

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent
Mental Health



2022



Cilt / Volume: 29

Sayı / Issue: 2

Temmuz / July

www.cogepderg.com





Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► EDITÖRLER KURULU

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

Geçmiş Baş Editörler/ Former Editors in Chief

Prof. Dr. Bahar Gökler (1994-2012)

Doç. Dr. Ebru Çengel Kültür (2012-2015)

Prof. Dr. Tümer Türkbay (2016)

Prof. Dr. Neslihan İnal (2016-2021)

Baş Editör/Editor in Chief

Prof. Dr. Ali Evren Tufan

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye

tevrenus@yahoo.com

ORCID: 0000-0001-5207-6240

Vekil Editör/Associate Editor

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

Yardımcı Editörler/Assistant Editors

Doç. Dr. Ülkü Akyol Ardic

Serbest Hekim, İzmir, Türkiye

ulkuakyol@yahoo.com

ORCID: 0000-0002-8837-6373

Doç. Dr. Burcu Serim Demirgören

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

burcuserim@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-1659-2798

Doç. Dr. 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. Zehra Hangül

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

zehratopal86@gmail.com

ORCID: 0000-0001-8397-5636

Doç. Dr. Ali Güven Kılıçoğlu

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

gkilocoglu@yahoo.com

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. 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

Doç. Dr. 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

Selin Naz Polat

9 yaş

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.com



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► EDITÖRLER KURULU

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Taş Torun

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği, Ankara, Türkiye
ysmn.ts@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4922-7594

Dr. Öğr. Üyesi Serkan Turan

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Bursa, Türkiye
serkanturan@uludag.edu.tr
ORCID: 0000-0002-6548-0629

Doç. Dr. Özhan Yalçın

Serbest Hekim, Antalya, Türkiye
cpozhan@gmail.com
ORCID: 0000-0002-6046-3395

Doç. Dr. İpek Perçinel Yazıcı

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

Doç. Dr. Çiğdem Yektaş

Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
cigdem.yektas@uskudar.edu.tr
ORCID: 0000-0002-5951-7253

Yönetim ve Gelişim Editörleri/ Executive and Development Editors

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. Ayşe Kutlu

Serbest Hekim, İzmir, Türkiye
kutluayse75@gmail.com
ORCID: 0000-0001-9359-6162

Doç. Dr. Caner Mutlu

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye
canerrmutlu@yahoo.com
ORCID: 0000-0001-6507-8042

Doç. Dr. Çilem Bilginer

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye
cilemcolak@yahoo.com
ORCID: 0000-0003-3375-3183

Editörler Kurulu/Editorial Board

Prof. Dr. Aynur Akay

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

Prof. Dr. Ömer Faruk Akça

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

Prof. Dr. Devrim Akdemir

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

Prof. Dr. Ayşe Rodopman Arman

Serbest Hekim, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Ayhan Bilgiç

Serbest Hekim, İzmir, Türkiye

Prof. Dr. Murat Coşkun

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

Prof. Dr. Ayhan Cöngöloğlu

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

Prof. Dr. Füsün Çuhadaroğlu Çetin

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

Prof. Dr. Onur Burak Dursun

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

Prof. Dr. Eyüp Sabri Ercan

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

Prof. Dr. Neşe Perdahlı Fiş

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



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► EDITÖRLER KURULU

Prof. Dr. Cem Gökçen

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erenköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu

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

Prof. Dr. Yasemen Işık

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

Prof. Dr. Neslihan İnal

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

Prof. Dr. Elvan İşeri

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

Prof. Dr. Gül Karaçetin

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

Prof. Dr. Birim Günay Kılıç

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

Prof. Dr. Ebru Çengel Kültür

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

Prof. Dr. 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. Dilşad Foto Özdemir

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. Fatih Ünal

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

Prof. Dr. Pınar Vural

Fatih Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Burcu Ersöz Alan

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

Doç. Dr. Burak Baykara

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

Doç. Dr. Esra Çöp

Ankara Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Gülser Şenses Dinç

Ankara Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Vahdet Görmez

İbn Haldun Üniversitesi Psikoterapi Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Esra Güney

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

Doç. Dr. Ümit Işık

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye

Doç. Dr. Mahmut Cem Tarakçıoğlu

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



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► DANIŞMA KURULU

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,
Psikoloji, 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

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
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

Yabancı Dil Editörü/Language Editor

Uzman Dr. Handan Özek

Yayınevi İletişim/Publisher Contact

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

Telefon/Phone: +90 (212) 621 99 25 Faks/Fax: +90 (212) 621 99 27 E-posta/E-mail: info@galenos.com.tr/yayin@galenos.com.tr Web: www.galenos.com.tr

Yayıncı Sertifika No/Publisher Certificate Number: 14521

Online Yayın Tarihi/Online Publishing Date: Temmuz/July 2022

E-ISSN: 2687-3532

Yılda üç kez yayımlanan süreli yayındır.

International periodical journal published three times in a year.





Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

▶ AMAÇ VE KAPSAM

Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi (TJCAMH) (E-ISSN:2687-3532), Türkiye Çocuk ve Gençlik Psikiyatrisi Derneği'nin bilimsel yayın organıdır ve 1994'ten beri yayınlanmaktadır.

Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Türkçe ve İngilizce dillerinde yayınlanmaktadır. Çift-kör hakem değerlendirmesi ilkesine dayanan bağımsız bir uluslararası dergidir. TJCAMH yılda düzenli olarak 3 kez (Mart, Temmuz, Kasım) yayınlanmaktadır.

TJCAMH'nin amacı, özgün araştırma ve alanıyla ilgili teorik, bilimsel ve klinik uygunluk bildirileri yayınlamak çocuk ve ergen psikiyatrisi bilimini ve pratiğini geliştirmektir. TJCAMH, özellikle çocukların, ergenlerin ve ailelerin ruh sağlığı, genetik, epidemiyolojik, nörobiyolojik ve psikopatolojik araştırmaları; bilişsel, davranışsal, psikodinamik ve diğer psikoterapötik araştırmaları; 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. Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi makale gönderme ve değerlendirme ücreti almamaktadır.

Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi; TÜBİTAK/ULAKBİM, EBSCO, Gale, Index Copernicus, CABI, ProQuest, IdealOnline, J-Gate, Türk Medline, Hinari, GOALI, ARDI, OARE, AGORA, DOAJ ve Türkiye Atıf Dizini'nde indekslenmektedir.

Derginin editöryal ve yayın süreçleri ile etik kuralları International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), World Association of Medical Editors (WAME), Council of Science Editors (CSE), Committee on Publication Ethics (COPE), European Association of Science Editors (EASE), ve National Information Standards Organization (NISO) gibi uluslararası kuruluşların kurallarına uygun olarak şekillenmektedir. Dergimiz, şeffaf olma ilkeleri ve "Akademik Yayıncılıkta En İyi Uygulamalar İlkeleri" ile (doaj.org/bestpractice) uyum içindedir.

Açık Erişim Politikası

Bu dergi, araştırmaları kamuya ücretsiz olarak sunmanın daha büyük bir küresel bilgi alışverişini desteklediği ilkesine dayanarak içeriğine anında açık erişim sağlar.

Yazarlar ve telif hakkı sahipleri, Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi'nde yayınlanan makaleler için tüm kullanıcılara ücretsiz olarak erişim sağlar. Makaleler kaynak gösterilmek şartıyla kullanıma açıktır.

Açık Erişim Politikası, Budapeşte Açık Erişim Girişimi'nin (BOAI) kurallarına dayanmaktadır; "açık erişim" ile, onun ücretsiz erişilebilirliğini kastedilmektedir. Herhangi bir kullanıcının bu makalelerin tam metinlerini okumasına, indirmesine, kopyalamasına, dağıtmasına, yazdırmasına,

aramasına veya bağlantı vermesine, indeksleme için taramasına, yazılıma veri olarak iletmesine veya başka herhangi bir yasal amaç için internetin kendisine erişim elde etmekten ayrılmaz olanlar dışında finansal, yasal veya teknik engeller olmadan kullanılmasına izin verir. Çoğaltma ve dağıtım üzerindeki tek kısıtlama ve bu alandaki telif hakkının tek rolü, yazarlara çalışmalarının bütünlüğü üzerinde kontrol ve uygun şekilde tanınma ve alıntılanma hakkı vermek olmalıdır.

Gönderim, değerlendirme ve yayın sürecinde yazarlardan herhangi bir ücret talep edilmez.

Creative Commons

Creative Commons lisansı, telif hakkıyla korunan çalışmaların veya çalışmaların ücretsiz dağıtımını sağlayan bir kamu telif hakkı lisansıdır. Yazarlar, çalışmalarını kullanma, paylaşma veya değiştirme hakkını üçüncü şahıslara devretmek için CC lisansını kullanır. Bu dergi, Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) altında lisanslanmıştır ve bu, üçüncü tarafların bu bilgileri orijinal çalışmaya uygun şekilde referans vererek paylaşmasına ve uyarlamasına ticari olmayan amaçlar için izin verir.

İçeriğin ticari amaçlı kullanımı için yayınevinden yazılı izin alınması gereklidir.

Reklam Politikası

Potansiyel reklam verenler, Yazı İşleri ile iletişime geçmelidir. Reklam görselleri sadece Genel Yayın Yönetmeni'nin onayı ile yayınlanır.

Materyal Sorumluluk Reddi

Dergide yayınlanan makalelerde yer alan ifadeler veya görüşler editörlerin, yayın kurulunun ve/veya yayıncının görüşlerini yansıtmaz. Editörler, yayın kurulu ve yayıncı bu tür materyaller için herhangi bir sorumluluk veya yükümlülük kabul etmez. Dergide yayınlanan tüm görüşler, makalelerin yazarlarına aittir.

Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi'nin mali giderleri Türkiye Çocuk ve Gençlik Psikiyatrisi Derneği tarafından karşılanmaktadır.

Reklam-Duyuru/Yayınevi Yazışma Adresi

Talepleriniz için lütfen yayıncı ile iletişime geçiniz.

Galenos Yayınevi Tic. Ltd. Şti.

Molla Gürani Mah. Kaçamak Sk. No:21 34093 Fındıkzade-İstanbul-Türkiye

Telefon: +90 212 621 99 25 - **Faks:** +90 212 621 99 27

E-posta: info@galenos.com.tr

Web sayfası: www.galenos.com.tr





Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

▶ AIMS AND SCOPE

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health (TJCAMH) (E-ISSN:2687-3532) the official organ of Turkish Association for Child And Adolescent Psychiatry and it has been published since 1994.

This is an international, open access, scientific, peer-reviewed journal in accordance with independent, unbiased, and double-blinded peer-review principles published quarterly in Turkish or English. The journal is published tri-annually in March, July and November electronically. It is an independent international periodical journal based on the double-blind peer-review principle.

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

The Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health is currently indexed in the **TUBITAK/ULAKBIM, EBSCO, Gale, Index Copernicus, CABI, ProQuest, IdealOnline, J-Gate, Türk Medline, Hinari, GOALI, ARDI, OARE, AGORA, DOAJ** and **Turkish Citation Index**.

The editorial and publication process of the Journal of the Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health are shaped in accordance with the guidelines of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), World Association of Medical Editors (WAME), Council of Science Editors (CSE), Committee on Publication Ethics (COPE), European Association of Science Editors (EASE), and National Information Standards Organization (NISO). The journal is in conformity with the Principles of Transparency and Best Practice in Scholarly Publishing.

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.

Author(s) and copyright owner(s) grant access to all users for the articles published in the Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health as free of charge. Articles may be used provided that they are cited.

Open Access Policy is based on rules of Budapest Open Access Initiative (BOAI). 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.

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health does not demand any subscription fee, publication fee or similar payment for access to electronic resources.

Creative Commons

A Creative Commons license is a public copyright license that provides free distribution of copyrighted works or studies. Authors use the CC license to transfer the right to use, share or modify their work to third parties. This journal is licensed under an Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) which permits third parties to share and adapt the content for non-commercial purposes by giving the appropriate credit to the original work. Written permission from the publisher is required for commercial use of the content.

Advertisement Policy

Potential advertisers should contact the Editorial Office. Advertisement images are published only upon the Editor-in-Chief's approval.

Material Disclaimer

Statements or opinions stated in articles published in the journal do not reflect the views of the editors, editorial board and/or publisher; The editors, editorial board and publisher do not accept any responsibility or liability for such materials. All opinions published in the journal belong to the authors.

The financial expenses of the Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health are covered by Turkish Association for Child and Adolescent Psychiatry.

Permissions/Publisher Correspondence Address:

Please contact the publisher for your requests.

Galenos Publishing House

Molla Gürani, Kacamak Street. No: 21/A 34093 Findikzade, Istanbul, Turkey

Phone: +90 (212) 621 99 25 **Fax:** +90 (212) 621 99 27

E-mail: info@galenos.com.tr

Web page: www.galenos.com.tr



► YAYIN ETİĞİ

Hakem Değerlendirmesi, Yayın Etiği ve Kötüye Kullanım

Hakem Değerlendirmesi

Makalelerin daha önce yayınlanmamış olması ve aynı anda başka bir yere gönderilmemiş olması koşuluyla başvuru kabul edilir; yazarlar, içeriği okuduğunu, onayladığını, tüm yazarların çıkar çatışmalarını beyan ettiğini, çalışmanın Etik Onay'a uygun olduğunu ve uluslararası kabul görmüş etik standartlarda yürütüldüğünü kabul eder. Etik suistimalden şüphelenilmesi durumunda, Yayın Kurulu ilgili uluslararası yayın etiği kurallarına (COPE yönergelerine) uygun olarak hareket edecektir.

Derginin yayın politikaları, Bilim Konseyi Editörleri tarafından önerilen kurallarda belirtildiği gibi yürütülür ve Biyomedikal Dergilere Gönderilen Makaleler için Tekdüzen Gereklikler: Biyomedikal Yayın için Yazma ve Düzenleme (<http://www.icmje.org/>)'da yansıtılır. Buna göre yazarlar, gözden geçirenler ve editörlerin bu bildirimde yer alan etik davranışa ilişkin en iyi uygulama kılavuzlarına uymaları beklenmektedir.

Gönderilen yazılar çift-kör hakem değerlendirmesine tabi tutulur. Dergide yayımlanacak yazıların seçimine rehberlik eden bilim kurulu, derginin seçilmiş uzmanlarından ve gerekirse ilgili araştırma alanında ulusal ve uluslararası uzmanlardan seçilmiş uzmanlardan oluşur. Tüm yazılar editör, bölüm yardımcı editörleri ve en az iki dahili ve harici uzman hakem tarafından incelenir. Tüm araştırma makaleleri de bir istatistik editörü tarafından yorumlanır.

İnsan ve Hayvan Araştırmaları

DeneySEL, klinik, ilaç ve insan çalışmaları için, etik kurul onayı ve çalışma protokolünün uluslararası anlaşmalara uygunluğuna dair bir beyan (World Medical Association Association of Helsinki "Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects," Ekim 2013, www.wma.net) gereklidir. DeneySEL hayvan çalışmalarında yazarlar, izlenen prosedürlerin hayvan haklarına uygun olduğunu (Laboratuvar Hayvanlarının Bakım ve Kullanım Kılavuzu) belirtmeli ve hayvan Etik Kurul Onayı almalıdır. Etik Kurul Onayı belgesi, makale ile birlikte Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi'ne gönderilmelidir.

Etik Kurul Onayı ile yukarıda belirtilen uluslararası kılavuzlara uyum ve hastanın aydınlatılmış onamının alındığına dair beyan "Gereç ve Yöntem" bölümünde belirtilmeli ve kullanılan veri/medyanın hastanın kimliğini ortaya çıkarabileceği durumlarda vaka raporları gerekmektedir. Yazarlar, kurumlar arasında çıkar çatışması beyanı, herhangi bir mali veya maddi desteğin kabulünün belirtilmesi makale gönderen yazarlar için zorunludur ve bu açıklama makalenin sonunda yer almalıdır. Hakemler, yazarlar veya kurumlar ile aralarında herhangi bir potansiyel çıkar çatışması varsa, bunu rapor etmelidir.

Yazar(lar), insanlar üzerinde yapılan çalışmalarda katılımcı bireylerden Bilgilendirilmiş Olur alındığını yazılarında belirtmeli ve çalışmanın yapıldığı kurumun Etik Kurulu veya eşdeğeri bir kuruldaki onay belgesini yazıyla birlikte göndermelidir(ler). Olgu sunumlarında, her olgunun kendisine ait bilgilerin yayın amacıyla kullanılacağına dair bilgilendirildiğini gösterir

bir belgenin sunulması gerekir. Tüm çalışmalar Helsinki Deklarasyonu'nun son değişiklikleri işlenmiş şekline uygun yapılmış olmalıdır. Hasta bilgileri 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uygun olarak alınmış olmalıdır. Hayvanlar üzerindeki sonuçları bildiren deneysel çalışmaların, Hayvan Hakları Evrensel Bildirgesi, DeneySEL ve Diğer Bilimsel Amaçlarla Kullanılacak Omurgalı Hayvanların Korunması Hakkındaki Avrupa Konvansiyonu (European Convention for the Protection of Vertebrate Animals Used for Experimental and Other Scientific Purpose), T.C. Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı'nın DeneySEL ve Diğer Bilimsel Amaçlar İçin Kullanılan Deney Hayvanlarının Üretim Yerleri ile Deney Yapacak Olan Laboratuvarın Kuruluş Çalışma Denetleme Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik, Laboratuvar Hayvanları Biliminin Temel İlkeleri (Principles of Laboratory Animal Science), laboratuvar hayvanlarının bakım ve kullanılmasıyla ilgili el kitaplarında yer alan kural ve ilkelere uygun olarak ve çalışmanın yapıldığı kurumda mevcut ise, Deney Hayvanları Etik Kurulu'ndan alacakları onay sonrasında yapılmış olması gerekir. Etik Kurul onayı yazı ile birlikte sunulmalıdır. Yazılarda, insan ve hayvanlarda yapılan çalışmalarda kullanılan ameliyat sonrası ağrı giderici tedavi yöntemleri hakkında da bilgi verilmelidir.

İntihal ve Etik Suistimal

Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, tüm makaleleri yayınlanmadan önce "iThenticate" kullanarak intihal taramasına tabi tutar.

Yazarların aşağıda yazılanlar gibi her türlü intihal ve etik suistimalden kaçınmaları önemlidir:

İntihal: Başka bir yazarın yayınındaki bir içeriğin tamamını veya bir kısmını kaynak göstermeden yeniden yayınlamak.

Fabrikasyon (Uydurma): Var olmayan veri ve bulguları/sonuçları yayınlamak.

Çoğaltma: Bir makalenin farklı dillerde yeniden yayınlanmasını içeren başka bir yayından alınan verileri kullanmak.

Dilimleme (Salamizasyon): Bir çalışmanın sonuçlarını bölerek birden fazla yayın oluşturma.

Veri Manipülasyonu/Yanlışlığı: Yanlış bir izlenim vermek için araştırma verilerini manipüle etmek veya kasıtlı olarak çarpıtmak.

İntihal, fabrikasyon, çoğaltma, veri manipülasyonu ve dilimleme gibi etik olmayan uygulamaları ve yazarlık hediye etme, uygunsuz teşekkür ve COPE akış şemalarına uygun olmayan referanslar gibi uygulamalarla inceleme sürecini etkilemeye yönelik çabaları onaylamıyoruz.

Gönderilen yazılar ayrıca otomatik yazılım tarafından intihal ve yayın değerlendirilmesine tabi tutulur. Yazarlar, çalışma sonuçlarını tamamen veya kısmen özet şeklinde yayınlayıp yayınlamadıklarını bildirmekle yükümlüdür.

► YAYIN ETİĞİ

A. YAYINCININ GÖREVLERİ:

Etik Olmayan Yayınlama Davranışının Ele Alınması

Yayıncı, iddia edilen veya kanıtlanmış bilimsel suistimal, hileli yayın veya intihal durumlarında, söz konusu makaleyi editörlerle yakın işbirliği içinde değiştirmek için tüm uygun önlemleri alacaktır. Bu, en ciddi durumda, etkilenen çalışmanın bir yanlışlık sonucu yayınlanmasını, ifşa edilmesini veya geri çekilmesini içerir. Yayıncı, editörlerle birlikte, araştırma suistimalinin meydana geldiği makalelerin yayınlanmasını tespit etmek ve önlemek için makul adımları atacak ve hiçbir koşulda bu tür kötüye kullanımın gerçekleşmesine teşvik etmeyecek veya bilerek izin vermeyecektir.

Editöryal Özerklik

Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, herhangi birinin veya ticari ortakların etkisi olmaksızın editöryal kararların özerkliğini sağlamayı taahhüt eder.

Fikri Mülkiyet ve Telif Hakkı

Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, dergide yayınlanan makalelerin mülkiyetini ve telif haklarını korur ve her makalenin yayınlanmış kaydını tutar. Dergi, yayınlanan her makalenin bütünlüğünü ve şeffaflığını sağlar.

Bilimsel Suistimal

Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi'nin yayıncısı, hileli yayın veya intihal ile ilgili gerekli tüm önlemleri almaktadır.

B. EDITÖRLERİN GÖREVLERİ:

Yayın Kararı ve Sorumluluğu

Dergi editörü, dergideki her şeyi kontrol altında tutar, okuyucuların ve yazarların ihtiyaçlarını karşılamaya çalışır. Editör ayrıca dergiye gönderilen makalelerin hangilerinin yayınlanması gerektiğine karar vermekten ve hakaret, telif hakkı ihlali ve intihal ile ilgili yasal gerekliliklere tabi politikalar tarafından yönlendirilmekten sorumludur. Editör, yayın kararları verirken hakemlerle tartışabilir. Yayının içeriğinden ve genel kalitesinden editör sorumludur. Editör, adil ve uygun bir hakemlik süreci sağlamalıdır.

Nesnellik

Dergiye gönderilen makaleler her zaman önyargısız olarak değerlendirilir.

Gizlilik

Editör, gönderilen bir makaleyle ilgili herhangi bir bilgiyi, editör kadrosu, hakemler ve yayıncı dışında hiç kimseye açıklamamalıdır.

Çıkar Çatışmaları ve İfşa

Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, yazarlar, hakemler ve editörler gibi taraflar arasında herhangi bir çıkar çatışmasına izin vermez. Gönderilen bir makaledeki yayınlanmamış materyaller, yazarın açık izni olmaksızın hiç kimse tarafından kullanılmamalıdır.

Yayımlanan Eserlerde Temel Hatalar

Yazarlar, yayınlanan çalışmada önemli hatalar veya yanlışlıklar tespit edilirse, derhal dergi editörlerini veya yayıncısını bilgilendirmek ve makaleyi düzeltmek veya geri çekmek üzere onlarla iletişim sağlamakla yükümlüdür. Editörler veya yayıncı, yayınlanan bir çalışmanın önemli bir hata veya yanlışlık içerdiğini üçüncü bir taraftan öğrenirse, yazarlar makaleyi derhal düzeltmeli, geri çekmeli veya dergi editörlerine makalenin doğruluğuna dair kanıt sağlamalıdır.

C. HAKEMLERİN GÖREVLERİ:

Değerlendirme

Hakemler, yazarların kökeni, cinsiyeti, cinsel yönelimi veya politik felsefesini gözetmeksizin yazıları değerlendirir. Hakemler ayrıca değerlendirme sırasında gönderilen yazılar için adil bir kör hakem incelemesi sağlar.

Gizlilik

Gönderilen makalelerle ilgili tüm bilgiler gizli tutulur. Hakemler, editör tarafından izin verilmedikçe başkalarıyla tartışılmamalıdır.

Çıkar Çatışmaları ve İfşa

Hakemlerin yazarlar, fon sağlayıcılar, editörler vb. taraflarla ilgili herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Editöre Katkı

Hakemler, editöre karar vermede ve makaleyi geliştirmede yardımcı olmalıdır.

Nesnellik

Daima objektif bir değerlendirme yapılır. Hakemler görüşlerini uygun destekleyici argümanlarla açıkça ifade eder.

Kaynakların Onaylanması

Hakemler, yazarların atıfta bulunmadığı ilgili yayınlanmış bir çalışmayı tanımlamalıdır. Hakemler ayrıca, makale ile kişisel bilgilerine sahip oldukları diğer yayınlanmış makaleler arasındaki önemli benzerlikleri veya örtüşmeleri editörün dikkatine sunarlar.

D. YAZARLARIN GÖREVLERİ:

Raporlama Standartları

Gönderilen bir makale orijinal olmalı ve yazarlar, makalenin daha önce herhangi bir dergide yayınlanmamış olmasını sağlamalıdır. Araştırmanın verileri makalede tam anlamıyla sunulmalıdır. Bir makale, başkalarının çalışmayı yeniden kopyalamasına izin vermek için gerekli ayrıntı ve referansları içermelidir.

Özgünlük

Çalışmalarını dergiye göndermek isteyen yazarlar, çalışmalarının tamamen özgün olduğundan emin olmalıdır. Literatürden alınan kelime ve cümleler uygun şekilde alıntılanmalıdır.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► YAYIN ETİĞİ

Çoklu Yayınlar

Yazarlar, aynı çalışmayı başka bir dergide yayınlanmak veya değerlendirilmek üzere göndermemiş olmalıdır. Aynı çalışmanın birden fazla dergiye aynı anda gönderilmesi kabul edilemez ve etik dışı bir davranış olarak nitelendirilir.

Kaynakların Belirtilmesi

Başkalarının çalışmalarının uygun bir şekilde alıntılanması gerekir. Yazarlar, çalışmayı belirlemede etkili olan yayınlara atıfta bulunmalıdır. Çalışmanın sürecini kapsayan tüm kaynaklar belirtilmelidir.

Makale Yazarlığı

Bir makalenin yazarlığı, çalışmaya kayda değer bir katkı yapmış olanlarla sınırlı olmalıdır. Başkaları araştırmaya katılmışsa, katkıda bulunanlar olarak listelenmelidir. Yazarlık aynı zamanda bir derginin editörü ile iletişim halinde olan bir sorumlu yazarı da içerir. Sorumlu yazar, tüm uygun ortak yazarların bir makaleye dahil edilmesini sağlamalıdır.

Çıkar Çatışmaları ve İfşa

Tüm finansal destek kaynakları açıklanmalıdır. Tüm yazarlar, çalışmalarını oluşturma sürecinde (varsa) çıkar çatışmasını ifşa etmelidir. Gönderilen bir çalışma için bireylerden veya kurumlardan alınan mali yardımlar veya diğer destekler, Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi Yayın Kurulu'na açıklanmalıdır. ICMJE Potansiyel Çıkar Çatışması Bildirim Formu, olası bir çıkar çatışmasını açıklamak için katkıda bulunan tüm yazarlar tarafından doldurulmalı ve gönderilmelidir. Derginin Yayın Kurulu, editörler, yazarlar veya hakemler arasında olası bir çıkar çatışması durumlarında COPE ve ICMJE yönergeleri kapsamında hareket eder.

Mali veya şahsi fayda sağlayan koşullar, bir çıkar çatışması doğurur. Bu durum, bilimsel sürecin ve yayınlanan makalelerin güvenilirliği, bilimsel çalışmaların planlanması, uygulanması, yazılması, değerlendirilmesi,

düzenlenmesi ve yayınlanması sırasında çıkar çatışmalarının objektif olarak ele alınması ile doğrudan ilişkilidir.

Finansal ilişkiler en kolay tespit edilen çıkar çatışmalarıdır ve derginin, yazarların ve bilimin güvenilirliğini zedelemesi kaçınılmazdır. Bu çatışmalara bireysel ilişkiler, akademik rekabet veya entelektüel yaklaşımlar neden olabilir. Yazarlar, çalışmanın tüm verilerine ulaşmalarını veya makalelerini analiz etme, yorumlama, hazırlama ve yayınlama olanaklarını kısıtlayan kâr veya başka bir avantaj elde etme düşüncesiyle sponsorlarla anlaşmalardan mümkün olduğunca kaçınmalıdır. Editörler, çalışmalarını değerlendirirken aralarında ilişki olabilecek kişileri bir araya getirmekten kaçınmalıdır. Makaleler hakkında nihai kararı verecek olan editörlerin, karar verecekleri konulardan hiçbirisiyle kişisel, mesleki veya mali bağı olmamalıdır. Yazarlar, makalelerinin bağımsız bir değerlendirme süreci ile etik ilkeler çerçevesinde değerlendirilmesini sağlamak için olası çıkar çatışmalarını yayın kuruluna bildirmelidir.

Editörlerden birinin herhangi bir yazıda yazar olması durumunda editör, makale değerlendirme sürecinden çıkarılır. Herhangi bir çıkar çatışmasını önlemek için makale değerlendirme süreci çift kör olarak yapılmaktadır. Çift kör değerlendirme sürecinden dolayı Baş Editör dışında hiçbir yayın kurulu üyesine, uluslararası danışma kurulu üyesine veya hakemlere, makalenin yazarları veya yazarların kurumları hakkında bilgi verilmemektedir.

Yayın ekibimiz tüm bu durumları göz önünde bulundurarak değerlendirme sürecinin tarafsız bir şekilde yürütülmesi için özveriyle çalışmaktadır.

Her yazarın imzalaması gereken Çıkar Çatışması Formu makale gönderimi sırasında yüklenmelidir.



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

▶ ETHICAL POLICY

Peer Review, Publication Ethics and Malpractice Statement

Peer-Review

Submission is considered on the conditions that papers are previously unpublished and are not offered simultaneously elsewhere; that authors have read and approved the content, and all authors have also declared all competing interests; and that the work complies with the Ethical Approval and has been conducted under internationally accepted ethical standards. If ethical misconduct is suspected, the Editorial Board will act in accordance with the relevant international rules of publication ethics (i.e., COPE guidelines).

Editorial policies of the journal are conducted as stated in the rules recommended by the Council of Science Editors and reflected in the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication. Accordingly, authors, reviewers, and editors are expected to adhere to the best practice guidelines on ethical behavior contained in this statement.

Submitted manuscripts are subjected to double blinded peer-review. The scientific board guiding the selection of the papers to be published in the journal consists of elected specialists of the journal and, if necessary, selected from national and international experts in the relevant field of research. All manuscripts are reviewed by the editor, section associate editors and at least two internal and external expert reviewers. All research articles are interpreted by a statistical editor as well.

Human and Animal Rights

For the experimental, clinical and drug human studies, approval by ethical committee and a statement on the adherence of the study protocol to the international agreements (World Medical Association Association of Helsinki "Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects," amended October 2013) are required. In experimental animal studies, the authors should indicate that the procedures followed were by animal rights (Guide for the care and use of laboratory animals), and they should obtain animal ethics committee approval. The Ethics Committee approval document should be submitted to the Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health together with the manuscript.

The approval of the ethics committee, statement on the adherence to international guidelines mentioned above and that the patient's informed consent is obtained should be indicated in the "Materials and Methods" section and is required for case reports whenever data/media used could reveal the identity of the patient. The declaration of the conflict of interest between authors, institutions, acknowledgement of any financial or material support, aid is mandatory for authors submitting a manuscript, and the statement should appear at the end of the manuscript. Reviewers are required to report if any potential conflict of interest exists between the reviewer and authors, institutions.

The author (s) should indicate in their articles that Informed Consent was received from the participating individuals in the studies conducted on people and send the approval document (s) received from the Ethics

Committee or equivalent board of the institution where the study was conducted. In case reports, a document must be presented, indicating that each case is informed that their information will be used for publication. All work must have been done in accordance with the final amendments to the Helsinki Declaration. Patient information should be obtained in accordance with the Patient Rights Regulation published in the Official Gazette dated 01.08.1998 and numbered 23420. The European Convention for the Protection of Vertebrate Animals Used for Experimental and Other Scientific Purpose, by the Universal Declaration of Animal Rights, which reports results on animals, for the Protection of Vertebrates to be Used for Experimental and Other Scientific Purposes, T.C. The Regulation of the Ministry of Agriculture and Rural Affairs on the Production Areas of the Experimental Animals Used for Experimental and Other Scientific Purposes and the Regulation on the Establishment Operation Control Procedures and Principles of the Laboratory to Experiment, the Principles of Laboratory Animal Science, by the care and use of laboratory animals. If it is available in accordance with the rules and principles contained in the relevant manuals and in the institution where the study is carried out, it should be made after approval from the Experimental Animals Ethics Committee. Ethics Committee approval must be submitted with the letter. In the articles, the information should be given about post-operative pain-relieving treatment methods used in human and animal studies.

PLAGIARISM AND ETHICAL MISCONDUCT

This journal uses "iThenticate" to screen all submissions for plagiarism before publication.

It is essential that authors avoid all forms of plagiarism and ethical misconduct as represented below.

Plagiarism: To Republish whole or part of a content in another author's publication without attribution.

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

Duplication: Using data from another publication that includes republishing an article in different languages.

Salamisation: Creating multiple publications by supernaturally splitting the results of a study.

Data Manipulation/Falsification: Manipulating or deliberately distorting research data to give a false impression.

We disapprove of such unethical practices as plagiarism, fabrication, duplication, data manipulation/falsification and salamisation and efforts to influence the review process with such practices as gifting authorship, inappropriate acknowledgements, and references in line with the COPE flowcharts.

Submitted manuscripts are also subjected to the evaluation of plagiarism, duplicate publication by automatic software. Authors are obliged to acknowledge if they published study results in whole or in part in the form of abstracts.



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► ETHICAL POLICY

A. DUTIES OF PUBLISHER:

Handling of unethical publishing behaviour

The publisher will take all appropriate measures to modify the article in question, in close cooperation with the editors, in cases of alleged or proven scientific misconduct, fraudulent publication, or plagiarism. This includes the prompt publication of an erratum, disclosure, or retraction of the affected work in the most severe case. Together with the editors, the publisher will take reasonable steps to detect and prevent the publication of articles in which research misconduct occurs and will under no circumstances promote or knowingly allow such abuse to occur.

Editorial Autonomy

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health is committed to ensuring the autonomy of editorial decisions without influence from anyone or commercial partners.

Intellectual Property and Copyright

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health protects the property and copyright of the articles published in the journal and maintains each article's published version of the record. The journal provides the integrity and transparency of each published article.

Scientific Misconduct

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health's publisher always takes all appropriate measures regarding fraudulent publication or plagiarism.

B. DUTIES OF EDITORS:

Decision on Publication and Responsibility

The editor of the journal keeps under control everything in the journal and strives to meet the needs of readers and authors. The editor is also responsible for deciding which articles submitted to the journal should be published and guided by the policies subjected to legal requirements regarding libel, copyright infringement, and plagiarism. The editor might discuss with reviewers while making publication decisions. The editor is responsible for the contents and overall quality of the publication. Editor ought to provide a fair and appropriate peer-review process.

Objectivity

Articles that are submitted to the journal are always evaluated without any prejudice.

Confidentiality

The editor must not disclose any information about a submitted article to anyone other than editorial staff, reviewers, and publisher.

Conflicts of Interest and Disclosure

The Editor of Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health does not allow any conflicts of interest between the parties such as authors,

reviewers and editors. Unpublished materials in a submitted article must not be used by anyone without the express written assent of the author.

Fundamental Errors in Published Works

Authors are obliged to notify the journal's editors or publisher immediately and to cooperate with them to correct or retract the article if significant errors or inaccuracies are detected in the published work. If the editors or publisher learn from a third party that a published work contains a material error or inaccuracy, the authors must promptly correct or retract the article or provide the journal editors with evidence of the accuracy of the article.

C. DUTIES OF REVIEWERS:

Evaluation

Reviewers evaluate manuscripts without origin, gender, sexual orientation or political philosophy of the authors. Reviewers also ensure a fair blind peer review of the submitted manuscripts for evaluation.

Confidentiality

All the information relative to submitted articles is kept confidential. The reviewers must not be discussed with others except if authorized by the editor.

Disclosure and Conflict of Interest

The reviewers have no conflict of interest regarding parties such as authors, funders, editors, etc.

Contribution to editor

Reviewers help the editor in making decisions and may also assist the author in improving the manuscript.

Objectivity

They always do objective judgment evaluation. The reviewers express their views clearly with appropriate supporting arguments.

Acknowledgement of Sources

Reviewers ought to identify a relevant published study that the authors have not cited. Reviewers also call to the editor's attention any substantial similarity or overlap between the manuscript and any other published paper of which they have personal knowledge.

D. DUTIES OF AUTHORS:

Reporting Standards

A submitted manuscript should be original, and the authors ensure that the manuscript has never been published previously in any journal. Data of the research ought to be represented literally in the article. A manuscript ought to include adequate detail and references to allow others to replicate the study.

▶ ETHICAL POLICY

Originality

The authors who want to submit their study to the journal must ensure that their study is entirely original. The words and sentences getting from the literature should be appropriately cited.

Multiple Publications

Authors should not submit the same study for publishing in any other journals. Simultaneous submission of the same study to more than one journal is unacceptable and constitutes unethical behaviour.

Acknowledgement of Sources

Convenient acknowledgement of the study of others has to be given. Authors ought to cite publications that have been efficient in determining the study. All of the sources that used the process of the study should be remarked.

Authorship of a Paper

Authorship of a paper ought to be limited to those who have made a noteworthy contribution to the study. If others have participated in the research, they should be listed as contributors. Authorship also includes a corresponding author who is in communication with the editor of a journal. The corresponding author should ensure that all appropriate co-authors are included in a paper.

Disclosure and Conflicts of Interest

All sources of financial support should be disclosed. All authors ought to disclose a meaningful conflict of interest in the process of forming their study. Any financial grants or other support received for a submitted study from individuals or institutions should be disclosed to the Editorial Board of the Journal of the Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health. The ICMJE Potential Conflict of Interest Disclosure Form should be filled in and submitted by all contributing authors to disclose a potential conflict of interest. The journal's Editorial Board determines cases of a potential conflict of interest of the editors, authors, or reviewers within the scope of COPE and ICMJE guidelines.

Conditions that provide financial or personal benefit bring about a conflict of interest. The reliability of the scientific process and the published articles is directly related to the objective consideration of conflicts of interest during the planning, implementation, writing, evaluation, editing, and publication of scientific studies.

Financial relations are the most easily identified conflicts of interest, and it is inevitable that they will undermine the credibility of the journal, the authors, and the science. These conflicts can be caused by individual relations, academic competition, or intellectual approaches. The authors should refrain as much as possible from making agreements with sponsors in the opinion of gaining profit or any other advantage that restrict their ability to access all data of the study or analyze, interpret, prepare, and publish their articles. In order to prevent conflicts of interest, editors should refrain from bringing together those who may have any relationship between them during the evaluation of the studies. The editors, who make the final decision about the articles, should not have any personal, professional or financial ties with any of the issues they are going to decide. Authors should inform the editorial board concerning potential conflicts of interest to ensure that their articles will be evaluated within the framework of ethical principles through an independent assessment process.

If one of the editors is an author in any manuscript, the editor is excluded from the manuscript evaluation process. In order to prevent any conflict of interest, the article evaluation process is carried out as double-blinded. Because of the double-blinded evaluation process, except for the Editor-in-Chief, none of the editorial board members, international advisory board members, or reviewers is informed about the authors of the manuscript or institutions of the authors.

Our publication team works devotedly to ensuring that the evaluation process is conducted impartially, considering all these situations.

You can review the related link to get more detailed information about conflict of interest. The conflict of interest form that each author has to sign must be uploaded during the manuscript submission.

▶ YAZARLARA BİLGİ

Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi (TJCAMH) (E-ISSN:2687-3532), Türkiye Çocuk ve Gençlik Psikiyatrisi Derneği'nin bilimsel yayın organıdır ve 1994'ten beri yayınlanmaktadır.

Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Türkçe ve İngilizce dillerinde yayınlanmaktadır. Çift-kör hakem değerlendirmesi ilkesine dayanan bağımsız bir uluslararası dergidir. TJCAMH yılda düzenli olarak 3 kez (Mart, Temmuz, Kasım) yayınlanmaktadır.

TJCAMH'in amacı, özgün araştırma ve alanıyla ilgili teorik, bilimsel ve klinik uygunluk bildirimleri yayınlamak çocuk ve ergen psikiyatrisi bilimini ve pratiğini geliştirmektir. TJCAMH, özellikle çocukların, ergenlerin ve ailelerin ruh sağlığı, genetik, epidemiyolojik, nörobiyolojik ve psikopatolojik araştırmaları; bilişsel, davranışsal, psikodinamik ve diğer psikoterapötik araştırmalar; ebeveyn-çocuk, kişilerarası ve aile 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.

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. 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" 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. (ICMJE Potansiyel Çıkar Çatışmaları Formu)

Makale doğrudan veya dolaylı ticari bağlantı içeriyorsa veya herhangi bir kurum çalışmaya maddi destek sağlamışsa, yazarlar ilgili ticari ürün, ilaç, ilaç firması vb. ile herhangi bir ilişkisinin olmadığını kapak yazısında belirtmelidir veya varsa ilişkinin türünü (danışman, diğer sözleşmeler) belirtilmelidir.

Yazarlar, yazarlar arasında çıkar çatışması olmadığına dair bir beyanda bulunmalı ve yazar katkılarını sağlamalıdır.

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 ulaştıncaya 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 yayınlanacak 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 çalışmada 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.

Makale türlerinin gönderimi, araştırma raporlama kılavuzlarına uygun olarak tasarlanmalıdır:

İnsan araştırmaları: Helsinki Declaration as revised in 2013

Sistemik incelemeler ve meta-analizler: PRISMA guidelines

Vaka raporları: CARE case report guidelines

Klinik denemeler: CONSORT

Hayvan çalışmaları: ARRIVE ve Guide for the Care and Use of Laboratory Animals

Yazar Hakları

Makalelerinin telif haklarını dergiye devreden yazarlar, yayınladıkları yazıdaki yazılarını diğer çalışmalarında kısmen veya tamamen, herhangi bir revizyon veya değişiklik yapmadan kullanma ve uygun gördükleri takdirde kitap haline getirme hakkını saklı tutarlar. Dergideki, CC BY-NC-ND 4.0 Lisansında ve derginin Açık Erişim politikasında belirtildiği gibi açıkça yayınlanmalıdır. Makale, yazar tarafından bir kitap bölümü olarak veya bir koleksiyonda veya derlemede yeniden kullanılacaksa veya ticari amaçlarla bir kitap haline

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

▶ YAZARLARA BİLGİ

getirilecekse, atama veya feragat etme hakkını saklı tutan Dergi'den izin alınması gerekir. Bu yeniden kullanım için bedel ve dergide asıl yayına açıkça verilmek üzere uygun bir atıf yapılması gerekmektedir.

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)i ve yazar isim(ler)inin ilk harfi, makale başlığı, dergi adı (dergide belirtilen orijinal kısaltması), yıl, cilt ve sayfa numaraları.

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

Kitap: Yazar(lar)ın soy isim(ler)i 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 (1st ed). Philadelphia; Mosby Harcourt; 1999:11;1-8.

Kitap bölümü: Yazar(lar)ın soy isim(ler)i 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 yapılyorsa 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.

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.

► YAZARLARA BİLGİ

Başlık sayfası: Makalenin başlığı, kısa başlık, yazar isimleri ve yazar bilgileri 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 özet 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 kelimedenden 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). 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: 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.

Derlemeler

Derlemeler, klinik veya çocuk ve ergen psikiyatrisi herhangi bir konusunu ele alabilir. Bir bilgi ya da konunun klinikte kullanılması için vardığı son düzeyi anlatan, tartışan, değerlendiren ve gelecekte yapılacak olan çalışmalara yön veren bir formatta hazırlanmalıdır. Derlemelerin çoğu davet ile hazırlanmaktadır, ancak davetli olmayan derleme başvuruları da kabul edilmektedir. Derleme başvurusu yapılmadan önce konunun editör ile görüşülmesi önerilir.

Güncel bir konuyu bağımsız, hiçbir farklı görüşü öne çıkarmadan derinlemesine inceleyen yazılardır. Yazının ilk bölümünde Türkçe ve İngilizce başlık, özet, anahtar kelimeler bulunmalıdır. Özet bölümü yapılandırılmamalıdır. Konuda geçen her alıntının kaynağı mutlak gösterilmelidir. Tümü 25 A4 sayfayı geçmemelidir.

Editöre Mektuplar

Psikyatrid 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.



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

▶ YAZARLARA BİLGİ

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 **GSM:** +90 541 440 33 54

Dernek İnternet Sayfası: www.cogepder.org.tr

Dergi İnternet Sayfası: cogepderg.com

E-posta: editor@cogepderg.com



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health (TJCAMH) (E-ISSN:2687-3532) the official organ of Turkish Association for Child And Adolescent Psychiatry and it has been published since 1994. This is an international, open access, scientific, peer-reviewed journal in accordance with independent, unbiased, and double-blinded peer-review principles published quarterly in Turkish or English.

The journal is published tri-annually in March, July and November electronically. It is an independent international periodical journal based on the double-blind peer-review principle.

TJCAMH aims 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 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 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 journal's name 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 manuscript's contents and the 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.

All submissions must be accompanied by a signed statement of scientific contributions and responsibilities of all authors and a statement declaring the absence of conflict of interests. Any institution, organization, pharmaceutical or medical company providing any financial or material support, in whole or in part, must be disclosed in a footnote (ICMJE Disclosure Form for Potential Conflict of Interest(s)).

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



► INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

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 manuscript format must comply with the ICMJE-Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (updated in December 2018).

The presentation of the article types must be designed in accordance with trial reporting guidelines:

Human research: Helsinki Declaration as revised in 2013

Systematic reviews and meta-analyses: PRISMA guidelines

Case reports: the CARE case report guidelines

Clinical trials: CONSORT

Animal studies: ARRIVE and Guide for the Care and Use of Laboratory Animals

Author Rights

Authors transferring the copyright of their article to the Journal retain their right to use the article in its published form in their other work, in part or whole, without any revision or modification and to expand it into a book form on condition that they give appropriate attribution to the publication in the Journal explicitly as stated in CC BY-NC-ND 4.0 License and in the Journal's Open Access policy. When the article is to be re-used by the author as a book chapter or in a collection or compilation or expanded into a book for commercial purposes, permission is required to be sought from the Journal, which reserves its right to levy or waive a fee for such re-use, and appropriate attribution is required to be given to the original publication in the Journal explicitly.

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 the 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. Involitional 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 Problemlı 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.

TABLES, GRAPHICS, FIGURES, AND IMAGES

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

▶ INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

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 the 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 data and analysis results 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, keywords relevant to the article's content, introduction, materials and methods, results, discussion, study limitations, conclusion, references, tables/figures/images, and acknowledgement sections. Title, abstract, and keywords 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:

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 an article.

Short title (Turkish and English), up to 60 characters

Name(s) and surname(s) of the author(s) (without abbreviations and academic titles) and affiliations

Name, address, e-mail, phone and fax number of the corresponding author
The place and date of the 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 the editorial office for the manuscripts that have been sent by foreign authors. References should not be cited in the abstract. The 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.

The 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 keywords must follow the abstract. Keywords in English should be consistent with "Medical Subject Headings (MESH)". (www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Turkish keywords 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.

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.



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

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 rarely seen cases, 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 keywords. The main text should consist of an 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 for current or future research. Most review articles are commissioned, but other review submissions are also welcome. Before sending a review, a discussion with the editor is recommended.

Review articles analyze topics in-depth, independently and objectively. The first chapter should include Turkish and English titles, an unstructured summary, and keywords. The 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.

Submitted manuscripts should be written in Microsoft Word, RTF or WordPerfect format.

The text should be double-spaced with 12 type sizes. (Except URL's) All the places of schemes, graphics, and tables should be pointed at appropriate points in a text.

All authors should be listed without being numbered in References section.

The text should be in accordance with the stylistic and bibliographic requirements specified in "Information to Authors."

For English keywords, <http://www.nlm.nih.gov/mesh> (Medical Subject Headings) and Turkish keywords <http://www.bilimterimleri.com> should be referenced.

CORRESPONDENCE

All correspondence should be directed to the Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health Editorial Board:

Post: Turkish Association For Child And Adolescent Psychiatry

Cinnah Street 35/12 Çankaya / ANKARA

Phone: +90 312 440 12 57 **GSM:** +90 541 440 33 54

Affiliation Web Page: www.cogepderg.org.tr

Journal Web Page: cogepderg.com

E-mail: editor@cogepderg.com

► İÇİNDEKİLER

DERLEMELER / REVIEWS

- 53 **Psychosocial, Neurobiological and Familial Influences on Children and Adolescents' Alcohol and Substance Use**
Çocuk ve Ergenlerin Alkol ve Madde Kullanımında Psikososyal, Nörobiyolojik ve Ailesel Etkenler
Ceren Şenyüz, İrem Bayramoğlu Erden; İstanbul, Turkey
- 60 **Kişilerarası İlişkilerde Problem Yaşayan Çocuk ve Gençlerin Davranışlarını Düzenlemeye Yönelik Bir Müdahale Modeli: İş Birliğine Dayalı ve Proaktif Çözümler**
An Intervention Model for Behavioral Regulation of Children and Young Having Problem in Interpersonal Relations: Collaborative and Proactive Solutions
Banu Karaahmetoğlu, Çiğil Aykut; Ankara, Türkiye

ÖZGÜN ARAŞTIRMALAR / ORIGINAL ARTICLES

- 67 **Sağlık Tedbiri Nedeniyle Takip Edilen Çocuk ve Ergenlerin Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri**
Socio-demographic and Clinical Characteristics of Children and Adolescents Followed for Court-mandated Treatment
Barış Güller, Ferhat Yaylacı; Bursa, Türkiye
- 75 **Ergenlerde Bilişsel Odaklı Psikoeğitim Programının Kaygı Düzeyi ve Bilişsel Hatalara Etkisi**
Effects of Cognitive Focused Psychoeducation Program on Anxiety Levels and Cognitive Errors of Adolescents
Neslihan Tekgül; İstanbul, Türkiye
- 84 **Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Metilfenidat Tedavisine Uyumu Etkileyen Faktörler: Retrospektif Bir Çalışma**
Factors That Affect Methylphenidate Treatment Adherence in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Retrospective Study
Mert Kaan Kale, Şermin Yalın Sapmaz, Tilbe Erten, Ece Akar, Öznur Bilaç, Hasan Kandemir; Manisa, Türkiye
- 93 **Bir Çocuk Psikiyatri Kliniğinin 6 Yıllık Hasta Kayıt Verilerinin İncelenmesi**
The Analysis of 6-year Data of a Child Psychiatry Clinic
Canan Kuygun Karıcı, Asiye Arıcı Gürbüz, Esra Güzel, Satı Sanberk, İpek Suzer Gamli, Ayşegül Yolga Tahiroğlu; Adana, İstanbul, Türkiye
- 100 **Changing Trends in Child and Adolescent Psychiatric Admissions During COVID-19: A Retrospective Cross-sectional Study at a Tertiary Center in Turkey**
COVID-19 Sırasında Çocuk ve Ergen Psikiyatri Başvurularında Değişen Eğilimler: Türkiye'deki Üçüncü Basamak Bir Merkezde Geriye Dönük Kesitsel Bir Çalışma
Esra Hoşoğlu, Bedia Sultan Önal, Berkan Şahin; Giresun, Turkey
- 107 **PedsQL 13-24 Aylık Bebek Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği**
Turkish Validity and Reliability of the PedsQL 13-24-month-old Infant Quality of Life Scale
Çilem Bilginer, Yasemin Demirci, Kübra Şahin, Serkan Karadeniz, Nazım Ercüment Beyhun; Trabzon, Gümüşhane, Samsun, Türkiye
- 116 **Arkadaşlık İlişkilerinde İlişkisel Saldırganlık Ölçeğinin Ergenlerde Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması**
Validity and Reliability Study of Relational Aggression Scale for Adolescents
Yıldız Kurtyılmaz, Mehmet Şahan, Esra Ceyhan; Eskişehir, Türkiye



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► İÇİNDEKİLER

OLGU SUNUMLARI / CASE REPORTS

- 125 The Rapunzel Syndrome in a Four-year-old Girl**
Dört Yaşındaki Bir Kız Çocuğunda Rapunzel Sendromu
Seda Aybüke Sarı, Levent Cankorkmaz, Ayla Uzun Çiçek; Sivas, Turkey
- 127 Is Occupational Therapy Beneficial for Attention-deficit/Hyperactivity Disorder Accompanying Agensis of the Corpus Callosum?**
Korpus Kallosum Agenezisine Eşlik Eden Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Bir Hastada Ergoterapi Faydalı mıdır?
Hicran Doğru; Erzurum, Turkey



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► EDİTÖRDEN / EDITORIAL

Değerli Meslektaşlarım ve Alanımızın Kıymetli Profesyonelleri,

Dergimizin doyurucu bir bilimsel içerik ile çocuk ve gençlerin güncel ruhsal sorunlarının değerlendirilmesi ve tedavisine katkı vermeyi amaçlayan yeni bir sayısı ile karşınızdayız. Bu sayımız kimlik oluşumu açısından önem taşıyan ancak ruhsal bozuklukların başlangıcı açısından da önemli bir risk dönemi olan ergenlik döneminde alkol ve madde kullanımı için riskler ve koruyucu etkenleri değerlendiren bir gözden geçirme ile başlamaktadır. Ergen madde kullanımına yatkınlık ve direncin ruhsal- toplumsal, ailesel ve nörobiyolojik yönlerini ele alan bu gözden geçirme ve sonuçlarının klinik uygulamalara katkı sağlayacağını umuyoruz. Ruhsal sağlık, esenlik ve sorunların gelişimi için önem taşıyan ergenlik dönemi, güncel sayımızda üç araştırma ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmalardan birinde sağlık tedbiri nedeniyle takip edilen çocuk ve ergenlerin özellikleri, diğerinde bilişsel odaklı psiko-eğitim programının ergenlerde kaygı düzeyi ve bilişsel çarpıtmalara etkisi, sonuncusunda ise arkadaş ilişkilerinde ilişkisel saldırganlığın belirlenmesi için kullanılabilecek bir ölçeğin ergenler için uyarlanması ele alınmıştır. Çocuk ve ergenlerin kişiler arası ilişkileri saldırganlık dışında diğer sorunlu davranışlardan da etkilenebilmektedir. Bu sayımızda yer alan diğer bir gözden geçirmede de kişiler arası ilişkilerde sorun yaşayan çocuk ve ergenlere uygulanabilecek iş birliğine dayalı ve proaktif çözümleri içeren bir girişim modeli tanıtılmaktadır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuklarda tedavi uyumunu etkileyen faktörler, Adana iline hizmet veren bir çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğinin altı yıllık başvuru verilerinin değerlendirilmesi, COVID-19 pandemisinin üçüncü basamak bir tedavi merkezindeki çocuk psikiyatrisi başvurularına etkisi ve bebek yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılabilecek bir ölçeğin uyarlanma süreci diğer çalışmalar arasında yer almaktadır. Ruhsal bozuklukların fiziksel hastalıklarla birlikte görülebileceği bilinmektedir. Sayımızda yayınlanan iki olgu sunumunun bu durumların tanınması ve yönetimine katkı sağlayacağı umulmaktadır.

Dergimize ilgi ve talebin zamanla ve gönderilen bilimsel çalışmaların kalitesi ile uyumlu biçimde artması mutluluk vericidir. Bu süreçte katkıları olan tüm yazarlar, hakemler, yardımcı editörler ve editörler kurulu üyelerine teşekkür ediyor, keyifli okumalar diliyorum.

En içten sevgi ve saygılarımla,

Prof. Dr. Ali Evren TUFAN



Psychosocial, Neurobiological and Familial Influences on Children and Adolescents' Alcohol and Substance Use

Çocuk ve Ergenlerin Alkol ve Madde Kullanımında Psikososyal, Nörobiyolojik ve Ailesel Etkiler

© Ceren Şenyüz, © İrem Bayramoğlu Erden

Istanbul Aydın University Faculty of Medicine, Department of Psychology, İstanbul, Turkey

ABSTRACT

Recent studies show that the starting age of alcohol and substance use has dropped to primary school. Many factors play a role in the initiation of alcohol and substance use by children and adolescents. In particular, peer relationships, comorbid mental disorders, socioeconomic levels, the relationships between parents, and the relationships of children and adolescents with their parents are considered risk factors for developing alcohol and substance use disorder. In this review, psychosocial and neurobiological influences playing roles in children and adolescents' alcohol and substance addiction are reviewed. Addiction risks and protective factors of children and adolescents are discussed regarding the results of current studies.

Keywords: Addiction, alcohol, substance, child, adolescent, family, neurobiology

ÖZ

Günümüzdeki çalışmalara bakıldığında alkol ve madde kullanımına başlama yaşı ilkökul çağına kadar düşmüştür. Çocuk ve ergenlerin alkol ve madde kullanmaya başlamalarında birçok etken rol oynamaktadır. Özellikle akran ilişkileri, eşlik eden ruhsal sorunların varlığı, sosyoekonomik düzeyler, ebeveynlerin kendi aralarındaki ilişkisi ve çocuk ve ergenlerin ebeveynleri ile ilişkisi alkol ve madde kullanım bozukluğunun gelişmesi için risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir. Bu derlemede, çocuk ve ergenlerin alkol ve madde bağımlılıklarında rol oynayan psikososyal ve nörobiyolojik etkiler gözden geçirilmiştir. Çocuk ve ergenlerin bağımlılık risk faktörleri ve koruyucu faktörleri güncel çalışmaların sonuçları kaynak gösterilerek tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık, alkol, madde, çocuk, ergen, aile, nörobiyoloji

Introduction

Substance use disorders (SUD) constitute an emerging global problem. Researchers argue that teenagers who start using alcohol and substances have a greater risk of developing the disorder.¹ There are various explanations of risks and protective factors for alcohol and substance use in terms of genetic susceptibility, sociocultural influences, personality traits, and comorbid mental disorders. Moreover, there are alcohol and substance use motives from different theoretical perspectives, such as learning, cognition, social learning, and expectancy theories.² There are interactions between these theoretical perspectives and the family environment. Thus, it is possible to claim that family relations significantly affect children's and adolescents' alcohol and substance use.

SUD includes loss of control over a substance and continuation of its use despite discernible negative consequences while behavioral addictions may include loss of control of a behavior.

To diagnose a person with the misuse of alcohol or substances, one should meet at least two or three of the specific criteria for the past year.³ These criteria are:

- Using alcohol and substances longer than intended for.
- Unsuccessful attempts at quitting or reducing the amount and frequency of use.
- Spending too much time procuring, using and recovering from the effects of alcohol and substances.
- Feeling powerful urges and cravings to use alcohol and substances.
- Repeated problems in completion of responsibilities at school, work or home.
- Continuing use of alcohol and substances despite recurrent problems in social activities and peer relations.
- Reduced attendance to/complete withdrawal from social, vocational and entertainment activities.

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Ceren Şenyüz, İstanbul Aydın University Faculty of Medicine, Department of Psychology, İstanbul, Turkey

Phone: +90 507 487 95 83 E-mail: cerensenyuz@stu.aydin.edu.tr ORCID: orcid.org/0000-0002-9573-9742

Received/Geliş Tarihi: 22.01.2021 Accepted/Kabul Tarihi: 29.03.2021

© Copyright 2022 by the Turkish Association for child and Adolescent Psychiatry / Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health. published by Galenos Publishing House.



- Repeated use of alcohol and substances even in physically hazardous situations.
- Continuation of alcohol/substance use despite emergence/continuation/recurrence/relapse of a related physical/psychological problem.

Tolerance development;

- a) The need for a increased amounts of alcohol and substance to achieve the desired effect or intoxication.
- b) Decreasing effects despite using the same amount of alcohol and substance.

Experiencing withdrawal symptoms;

- a) Experiencing withdrawal symptoms specific to alcohol and substance use.
- b) Use of the substance or its analogues (e.g. benzodiazepines for alcohol) to reduce or eliminate withdrawal symptoms.³

The criteria listed in the latest iteration of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (i.e. DSM-5) are mentioned above. Accurate diagnosis and evaluation of patients with SUD is a critical stage of treatment.² Those stages may be more crucial for children and adolescents due to the importance of prevention and earlier interventions in reducing negative consequences.⁴ Various arguments concerning risks and protective factors for alcohol and substance use exist in the literature. This narrative review will evaluate those factors on the basis of a family perspective.

Alcohol and Substance Use in Children and Adolescents

Prevalence

According to the Monitoring the Future survey applied to 50,000 American teenagers annually, alcohol is the most commonly used substance in the USA. Binge drinking (i.e. consuming 5-6 standard drinks/ occasion) is declining while illicit drug use is increasing. Marijuana is the most frequently used illegal substance with a rate of 11.4% which remained unchanged since 2003.⁵ In contrast, studies conducted in Turkey are limited and mostly cross-sectional. In the first study conducted in 1991; 1,500 high school students were evaluated and 2.6% of the students reported a life-time use of substances at least once.⁶

Further studies of varying methodologies were conducted in the upcoming years. As an example, Ögel et al.⁷ evaluated tenth graders' rate of using tobacco, alcohol and other substances in Istanbul, Turkey. In that study, 51.2% of the sample reported trying alcohol at least once while 45.1% reported that a family member provided them with the opportunity for their first trial. The results of this study may support the predictive values of family environment and interactions in future alcohol and substance use.

Gender Differences, Comorbidity and Cognitive Deficits

Gender and psychiatric comorbidities differentially affect alcohol and substance abuse among children and adolescents.^{2,8,9} Yıldız et al.⁸ evaluated adolescent inpatients receiving treatment for alcohol and substance abuse and found that 31.4% of the sample were females. Another study evaluated the interactions of specific psychopathologies such as attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD), post-traumatic stress disorder, anxiety, depression and self-injurious behaviors with SUD and gender. The results indicated that male participants were more likely to have SUD and ADHD, while female participants were more likely to suffer from anxiety and depression.¹⁰ Also, gender differences in SUD were observed only for alcohol and substances but not for tobacco use. According to the literature, female adolescents tend to smoke more tobacco compared with males.¹¹ Those studies may support the effects of gender on addictive disorders as well as comorbid psychopathologies and behaviors.

Evren¹² argued that adolescents' alcohol/substance use may interact with and augment emerging signs and symptoms of personality disorders in adulthood. Although, there are no studies in the literature supporting a direct, specific relationship between alcohol and other distinct substances and specific psychopathologies; alcohol/substance use may be viewed as a predictor for various future psychopathologies.¹³ Early relations with parents may also influence emergence of future personality disorders, such as borderline personality disorder (BPD).¹⁴ Supporting this view, patients with BPD were found to have worse parental relationships compared to controls.¹⁴ Early problems in relations with parents may be a risk factor for both personality disorders and substance use. Therefore, substance use, comorbidity of other psychopathologies and parental relationship quality may display complex, multi-directional interactions.

From a cognitive perspective, the damage to neurons caused by SUD might be irreversible, considering that the cognitive development continues until 25-year-old.¹⁵ SUD may lead to cognitive problems and interfere with decision making even when people are sober.¹⁶ A systematic review of eleven studies support the presence of decision making deficits in people with SUD.¹⁶ Apart from decision making; learning, attention, memory and other executive functions may be affected in SUD.¹⁷ The breadth of those dysfunctions complicate efforts for abstinence.¹⁸ Cognition may be affected by parental relations as well.¹⁹ Further studies may evaluate the effects of parental relations as a protective factor for cognitive dysfunction related with SUD. Further information on neurobiology will be discussed below.

Family Relations

Various positions on family influence on SUD exist in the literature. Parental relations, genetic impact, and even the

family's cultural environment have the potency to play a role in developing the disorder. In terms of parental relations, conflicts and discrepancies between parents can be risk factors for adolescents' alcohol and substance use.²⁰ In another study, adult patients with SUD attribute problems in adolescence, especially parental neglect as sources of their current condition.²¹ Further studies supporting the influence of family relations on SUD will be reviewed in upcoming sections.

Peer Relations and Conformity Concerns

Peer relationships also influence children and adolescents' alcohol and substance use as much as family relations. Engels and Ter Bogt²² found that firmly attached friendships in their sample of adolescents were related with use of alcohol and substances. Furthermore, friends using alcohol and substances reported greater intimacy and social support in this sample. The authors hypothesized that children and adolescents may engage in substance use due to need of peer intimacy and appreciation.²² Newcomb and Bentler²³ conducted another study on substance use among youth and found that peer modelling, family dysfunction and adult modelling to be influential factors. According to this study, peers who encourage and model substance use, family disturbance and adult models increase risk.²³

Cultural and Socioeconomic Influences

Studies also showed that there are cultural and socioeconomic influences on children and adolescents' behavioral patterns.²⁴ Those influences may differ based on the substance. For example, alcohol is approved and legal in many cultures compared with other substances. Additionally, marijuana was deviant 30 years ago; now, many countries are legalizing it.²⁴ Some other cultures also encourage psychoactive substance use due to spiritual ritualistic reasons.²⁵ Harkness and Super²⁶ introduced "The development niche" in their article, which suggests that their surroundings influence children while they grow up. The three subsystems (psychology of caretakers, settings, and customs) of the developmental niche figure interact with the children's surrounding culture.²⁶ Since one of the three subsystems is the psychology of caretakers, caretakers' culture and psychology are also intertwined systems for children behavioral outcomes.

In the literature, lower socio-economic status was supposed to increase risk of substance use among adolescents. However, different studies argue that high levels of income and parental education are associated with binge drinking, marijuana, and cocaine use.²⁷ Socio-economically disadvantaged communities generally overlap with other disadvantaged communities such as the physically disabled and non-educated communities.²⁴ This overlap is usually interpreted as a positive correlation between the socioeconomic status of families and substance use. Nonetheless, further research is necessary on this specific topic.

Genetic Susceptibility and Neurobiology

Genetic Susceptibility

Various factors affect substance and alcohol use in children and adolescents. One of the most important factors is the family and thus the genetic susceptibility. There are numerous studies on the family and its effects on a child's/adolescent's possible alcohol/substance use. The effects of the parental relationship will be explained in the next section under the title of "Relationships with parents. In this section, we will be focusing on genetic susceptibility and neurobiology. According to Tripathi and Lal²⁸, having a family member with substance abuse is the most crucial risk factor for children and adolescents to begin using substances, alongside other family factors like family conflict, an unstable household, and divorced parents. Biederman et al.²⁹ tried to determine whether parental SUD can predict alcohol and substance use in adolescents in their research. They controlled various factors like the duration of family SUDs, ADHD, social class, and family lifetime history of SUDs, and as a result, they determined that a family SUD increases the possibility of adolescents' SUD.²⁹

In Merikangas et al.'s³⁰ study, the researchers attempted to find the familial transmission of SUDs. The number of participants was 299 and 149 had drug dependence, 89 of them had alcohol dependence, and the remaining 61 participants had no dependence at all. Researchers reached the participants first-degree relatives who accepted to be a part of the study; later on, their family history of drug and alcohol use was gathered. Participants who had parents with opioid abuse showed the most significant dependence/abuse rates, whereas the lowest rate of dependence/abuse was found on the ones with alcoholic relatives. Furthermore, relatives of probands with substance disorders had significantly greater drug use rates than the relatives of adolescents with no drug use history. The results were the same for the alcoholic relatives and probands: The results showed that relatives of the participants with alcoholism had much higher alcoholism than non-user relatives.³⁰

According to a study by Kilpatrick et al.³¹, family alcohol use is related to adolescent alcohol and hard drug abuse/dependence but not marijuana use. In contrast, family drug use increased the risk of drug and marijuana use/dependence but not alcohol use. One other finding was that when there is familial alcohol use/abuse, the probability of children's alcohol and drug use/abuse is doubled, whereas marijuana use is not affected.³¹ The impact of familial substance use, therefore, is very effective on adolescents' lives.

Abdelrahman et al.³² studied the epidemiology of substance use among middle school children. They sought to find the impacts of a child's school environment, family, community, and individual risk factors like personality and characteristics. The results indicated that having a family member with a substance abuse treatment history is a powerful and consistent predictor of current substance use. Furthermore, having firm and strict rules against substance use in the family is a very powerful preventive factor for substance use. These rules are even more

effective than the family structure itself (whether one's parents are divorced) and the family conflict (the frequency of fights at the house). The results of this study showed that 31% of the children with a family member who underwent substance abuse treatment smoked cigarettes in the last 30 days, 41% used alcohol, and 18% used drugs. The values drop dramatically for the children with no family members who received treatment; 18% smoked cigarettes in the last 30 days, 28% used alcohol, and 7% used drugs.³²

In Brook et al.'s³³ study, there is another example of familial influence on a child's/adolescent's alcohol/substance use. Their research tried answering the questions like whether family use of substances, maternal and adolescent personality, parental support, discipline have any influence on adolescents' illegal drug use. For the data sampling process, researchers interviewed 2,837 adolescents and their biological mothers. The results suggested that adolescents' illegal substance use is significantly related to a family member's marijuana and illegal drug use habits. This family member does not necessarily have to be a first-degree relative. Comparing the adolescents who use illegal substances to those who do not, researchers found that alcohol and substance users were three times more likely to have a family member with similar alcohol and substance use behavior. Furthermore, parents' attachment to their child, their support, the amount of time they spend with them, and maternal satisfaction greatly reduce the risk of adolescent's illegal drug use.³³

In summary, these studies suggest that having a family member or relative with substance and alcohol use increases the risk of adolescent substance and alcohol use. Furthermore, family substance preferences influence adolescents' substance preferences as well. Some factors prevent substance and alcohol use, such as setting up strict rules, attachment style, maternal satisfaction, and family support.

Neurobiology

SUDs may deleteriously affect central nervous system development which undergoes critical changes such as morphology, fiber architecture and biochemistry in adolescence.³⁴

According to Nock et al.³⁵, there may be significant structural and functional changes in adolescents' brains if exposed to substances; underlining the importance of adolescence for prevention. Furthermore, it is thought that abnormal structural and functional brain development during childhood may increase the risk of substance misuse during adolescence.³⁵ Substance use during adolescence can be life-threatening since most adolescent deaths are caused by suicides, homicides, and motor vehicle accidents. These deaths are related to cognitive control (or uncontrol) and impulsive/risky behaviour. Moreover, it is suggested that substance use affects and even exacerbates impulsive/risky behaviors and cognitive (un) control. Furthermore, substance use in time may change the brain's functions, and the brain may become more responsive to substances and less responsive to natural reinforcers/rewards.³⁴

Also, the effects of substance use on the human brain do not disappear for an extended period, and all addictive drugs, including alcohol and marijuana, have long-lasting effects on adolescents' brains.³⁶

According to the World Health Organization genetic vulnerability is an essential factor for initiation of substances. Moreover, specific genes facilitate development of substance dependence; easing the progression from initiation and trial to dependence among people with underlying genetic vulnerabilities. Additionally, if an individual has a substance addiction due to genetic susceptibility or heritability, risks for addiction to other substances are also increased, suggesting shared genetic vulnerabilities for abuse/dependence.³⁷ When individual risk factors like environment, family structure, peers, interact with one's developmental state of vulnerability, which is called the sensitive period, adolescents may have a higher tendency to have substance addiction. Furthermore, Jordan and Andersen³⁸ suggested that adolescents' procedural learning (i.e., habit formation) and stress coping mechanisms may be especially vulnerable to SUD.

There are certain regions of the brain that are involved in substance addiction. According to the surgeon general of the USA, those are the basal ganglia, the extended amygdala, and the prefrontal cortex.³⁶ These disruptions are explained as followed:

“(1) enable substance-associated cues to trigger substance seeking (i.e., they increase incentive salience); (2) reduce the sensitivity of brain systems involved in the experience of pleasure or reward, and heighten the activation of brain stress systems; and (3) reduce functioning of brain executive control systems, which are involved in the ability to make decisions and regulate one's actions, emotions, and impulses”.³⁶

Relationships with Parents

There are a significant number of studies on the effects of parents on a child's life. Nation and Heflinger³⁹ suggest that family structural characteristics and communication patterns are some factors that may lead an adolescent to initiate alcohol or drugs. Farrell et al.⁴⁰ suggest that parental support (especially maternal nurturance) and monitoring are other factors that would affect adolescent alcohol use. “Support” is nurturance, attachment, acceptance, cohesion, and love, whereas monitoring means discipline, control, supervision, and punishment in this study. Researchers have tried to identify the effects of different factors, such as maternal nurturance and support. The family cohesion is negatively correlated with stressful life events and therefore risk of heavy drinking among adolescents. They also found that parenting practices influence adolescents' drinking behavior.⁴⁰ There is another example of parental monitoring in Stewart's⁴¹ research. In this study, the main goal was to determine adolescents' perceptions of various areas such as family characteristics (the existence of family rules), perception of self (self esteem), significant relationships and risk-taking behavior and their relationship to their attitudes. There were

294 questions in the survey trying to gather data like warmth toward mother and father, family rules, and whether curfews happen. According to Stewart⁴¹, parental monitoring and family rules are two critical factors in adolescents' use of alcohol, cocaine, and marijuana.⁴⁰ Parent-adolescent relationship and the quality and type of this relationship are also crucial buffering factors. The results did not vary by gender of adolescent and both males and females are affected by parental monitoring, parent-adolescent relationship, and family rules.⁴¹

According to Forgays⁴² study, social bonding within the family is a significant protective factor for adolescents alcohol initiation. Social bonding consists of 3 different factors: Family conflict/cohesion, family structure, and rationale for non-use of alcohol. If there is not enough social bonding inside of the family, an adolescent may start using alcohol. Family conflict and unstable family structure increase the risk of alcohol use in adolescents.⁴² Like Forgays⁴² study, Coombs et al.⁴³ focus on the dynamics of family relationships. They compared alcohol user adolescents to non-alcohol user adolescents and found that non-users (67% of them) feel better understood by their families than by their friends, whereas this number is only 40% of the users. Furthermore, alcohol users feel that they are better understood by their friends than their families (43%) when this number is only 21% for non-users.⁴³

Another example suggesting the importance of family cohesion is Duncan et al.⁴⁴ study. This study concluded that the initiatives for alcohol, marijuana, and cigarette use are similar: Family cohesion, peer influence, and gender. Researchers also found that adolescents' perceived cohesion levels can buffer initial levels of substance use and when there is a high level of family cohesion, the initial levels of substance use decreases. Furthermore, they found that peers are hazardous initiative factors for adolescent substance use.⁴⁴

Johnson and Pandina⁴⁵ focus on the family environment's effect on adolescent's alcohol, marijuana, and other drug use. Family environment in this study includes parental behaviors and attitudes, parenting styles, family harmony, and cohesion. This study shows that younger adolescents' alcohol use is related to the same gender parent's attitudes, whereas older adolescents' fathers are the leading risk factors for alcohol use. There was not a significant relationship between the family environment and marijuana use. However, parenting style, especially father's parenting style (warmth and hostility) and alcohol use, played an essential role for 12 to 15-year-old boys, who are the younger adolescents, whereas, for the girls, it was mothers' parenting style that would influence marijuana use. When we look at alcohol use, until the age of 18, same-gender parents play an important role in adolescent alcohol use, and then, the father plays a massive role in daughters' alcohol use. Furthermore, for the younger adolescents who are 12 years old, the father's alcohol use would influence their alcohol use, along with perceptions of maternal punishment/ strictness for alcohol initiation among girls.⁴⁵

Kung and Farrell⁴⁶ found that family structure is a critical risk factor for drug use. Their results showed that healthy, intact

families had a considerable influence on both boys' and girls' drug use. Both genders from intact families showed significantly lower drug use levels, whereas boys in adoptive or girls in single-parent families showed significantly higher levels of drug use.⁴⁶ Stoker and Swadi⁴⁷ suggest that poor parent-child relationships and disorganized family structure are associated with drug use in teenagers. According to researchers, adolescents with drug abuse had a distant, conflictual, mistrustful relationship with their parents, whereas it is the opposite for the non-users. Moreover, parental separation, divorce, and family loss through death may be common among adolescents with drug use.⁴⁷

Aydoğdu and Çam⁴⁸ found that adolescents who have substance abuse are less likely to have secure and preoccupied attachments and more likely to have fearful and avoidant attachment styles. Furthermore, the perception of family support on substance users is lower than that of those who are not, and the acceptance, care, monitoring is also low. They also found that adolescents who are not substance abusers got the highest score on the family support subscale, whereas peers were rated as the greatest sources of support among adolescents that are substance abusers.⁴⁸

According to the qualitative research of Yaman⁴⁹, youth with substance use with substance use, young people report greater problems with their families. Furthermore, the results of this study may support the importance of sincere familial communication as a buffer against substance use.⁴⁹

Conclusion

Relations with parents inevitably affect alcohol and substance use among youth and multiple studies exist which underline the various facets of this phenomenon. Those relations both directly affect SUDs as well as indirectly affecting comorbid disorders and interacting with socio-economic status. Presence of a family member using substances may be one of the most significant factors for adolescent initiation of substances. Alongside this, family conflict, chaotic households including parental divorce, limited parental supports and lack of communication among family members may be crucial for adolescents to start using alcohol and substances.

In contrast, strict family rules inside the house, authoritative disciplinary style, controlling and monitoring the child, good-enough parental support, family cohesion have buffering effects on substance and alcohol use. Specific genes may increase the risk of addiction, and some people have a higher tendency to become addicted. Both alcohol and substances have deleterious effects on youth: structural and functional features of the brain change when there is a use of substances or alcohol; furthermore, these changes will affect the brain even after the termination of the use. Adolescence may be a crucial period for preventive interventions against SUDs.

Acknowledgement

We would like to thank Hüseyin Burak Baykara MD, for the contributions he made to our article.

Ethics

Peer-review: Externally and internally peer-reviewed.

Authorship Contributions

Literature Search: C.Ş., İ.B.E., Writing: C.Ş., İ.B.E.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study received no financial support.

References

- Ciftci A. Ergenlerin Madde Kullanım Bozuklukları. In: Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R, eds. *Bağımlılık: Tanı, Tedavi ve Önleme*. İstanbul; Yeşilay Yayınları; 2018;575-596.
- Ögel K. Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları: Tanı, tedavi ve önleme. İstanbul; Yeniden Yayınları; 2010;3-4.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. 2013;481-484.
- Castellanos-Ryan N, O'Leary-Barrett M, Conrod PJ. Substance-use in Childhood and Adolescence: A Brief Overview of Developmental Processes and their Clinical Implications. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22:41-46.
- Johnston LD, Miech RA, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE, Patrick ME. 2020 Overview Key Findings on Adolescent Drug Use. Institute for Social Research: The University of Michigan. 2021;2-4.
- Özer OA. Ortaöğrenim öğrencilerinin psikoaktif madde kullanımına yaklaşımı ve demografik özellikler. İstanbul; Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 1991. (Uzmanlık tezi).
- Ögel K, Taner S, Eke CY. Tobacco, Alcohol and Substance Use Prevalence Among 10th Grade Students: Istanbul Sample. *Journal of Dependence*. 2006;7:18-23.
- Yıldız D, Çiftçi A, Yalçın Ö. Bir ÇEMATEM kliniğinde yatan ergen hastalarda madde kullanım eğilimleri, psikososyal travmalar, psikiyatrik komorbiditeler ve cinsiyet farklılıkları. *Dusunen Adam J Psikiyatr Neurol Sci*. 2020;33:190-202.
- Deas D, Brown ES. Adolescent substance abuse and psychiatric comorbidities. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:e02.
- Akça SÖ, Selen F, Demir E, Demir T. Cinsiyet ve yaş farklılıklarının ergenlerin depresyon, anksiyete bozukluğu, kendine zarar verme, psikoz, travma sonrası stres bozukluğu, alkol-uyuşturucu bağımlılığı ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili sorunlara etkisi. *Dicle Med J*. 2018;45:255-264.
- Maggs JL, Hurrelmann K. Do substance use and delinquency have differential associations with adolescents' peer relations? *International Journal of Behavioral Development*. 1998;22:367-388.
- Evren C. Alkol/madde kullanım bozukluğunda kişilik bozukluğu ek tanısı: Bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri*. 2004;7:111-119.
- Armstrong TD, Costello EJ. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70:1224-1239.
- Boucher MÈ, Pugliese J, Allard-Chapais C, Lecours S, Ahoundova L, Chouinard R, Gaham S. Parent-child relationship associated with the development of borderline personality disorder: a systematic review. *Personality Ment Health*. 2017;11:229-255.
- Pujol J, Vendrell P, Junqué C, Marti-Vilalta JL, Capdevila A. When does human brain development end? Evidence of corpus callosum growth up to adulthood. *Ann Neurol*. 1993;34:71-75.
- Dom G, Sabbe B, Hulstijn W, Van Den Brink W. Substance use disorders and the orbitofrontal cortex: systematic review of behavioural decision-making and neuroimaging studies. *Br J Psychiatry*. 2005;187:209-220.
- Verdejo-Garcia A, Garcia-Fernandez G, Dom G. Cognition and addiction. *Dialogues Clin Neurosci*. 2019;21:281-290.
- Gould TJ. Addiction and cognition. *Addict Sci Clin Pract*. 2010;5:4-14.
- Zhang H, Lee ZX, White T, Qiu A. Parental and social factors in relation to child psychopathology, behavior, and cognitive function. *Transl Psychiatry*. 2020;10:80.
- Kahyaoglu G. Bağımlılık ve Aile. In: Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R, eds. *Bağımlılık: Tanı, Tedavi ve Önleme*. İstanbul; Yeşilay Yayınları; 2018;85-92.
- Schafer G. Family functioning in families with alcohol and other drug addiction. *Social Policy Journal of New Zealand*. 2011;37:1-17.
- Engels RCME, Ter Bogt T. Influences of risk behaviors on the quality of peer relations in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*. 2001;30:675-695.
- Newcomb MD, Bentler PM. Substance use and abuse among children and teenagers. *Am Psychol*. 1989;44:242-248.
- Tekin K. Bağımlılığa Etki Eden Sosyal Faktörler. In: Öztürk M, Ögel K, Evren C, Bilici R, eds. *Bağımlılık: Tanı, Tedavi ve Önleme*. İstanbul; Yeşilay Yayınları. 2018;47-57.
- Oetting ER, Donnermeyer JF, Trimble JE, Beauvais F. Primary socialization theory: Culture, ethnicity, and cultural identification. The links between culture and substance use. IV. *Subst Use Misuse*. 1998;33:2075-2107.
- Harkness S, Super CM. Why understanding culture is essential for supporting children and families. *Applied Developmental Science*. 2020;14-25.
- Humensky JL. Are adolescents with high socioeconomic status more likely to engage in alcohol and illicit drug use in early adulthood? *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2010;5:19.
- Tripathi BM, Lal R. Substance abuse in children and adolescents. *Indian J Pediatr*. 1999;66:569-575.
- Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Feighner JA. Patterns of alcohol and drug use in adolescents can be predicted by parental substance use disorders. *Pediatrics*. 2000;106:792-797.
- Merikangas KR, Stolar M, Stevens DE, Goulet J, Preisig MA, Fenton B, Zhang H, O'Malley SS, Rounsaville BJ. Familial transmission of substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:973-979.
- Kilpatrick DG, Acierno R, Saunders B, Resnick HS, Best CL, Schnurr PP. Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:19-30.
- Abdelrahman AI, Rodriguez G, Ryan JA, French JF, Weinbaum MBA D. The Epidemiology of Substance Use Among Middle School Students: The Impact of School, Familial, Community and Individual Risk Factors. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. 1999;8:55-75.
- Brook JS, Brook DW, De La Rosa M, Whiteman M, Johnson E, Montoya I. Adolescent illegal drug use: the impact of personality, family, and environmental factors. *J Behav Med*. 2001;24:183-203.
- Hammond CJ, Mayes LC, Potenza MN. Neurobiology of adolescent substance use and addictive behaviors: treatment implications. *Adolesc Med State Art Rev*. 2014;25:15-32.
- Nock NL, Minnes S, Alberts JL. Neurobiology of substance use in adolescents and potential therapeutic effects of exercise for prevention and treatment of substance use disorders. *Birth Defects Res*. 2017;109:1711-1729.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); Office of the Surgeon General (US). *Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health* [Internet]. Washington DC; US Department of Health and Human Services; 2016;2-31.
- World Health Organization (WHO). Genetic Basis of Substance Dependence. In: *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva; World Health Organization; 2004;138-140.

38. Jordan CJ, Andersen SL. Sensitive periods of substance abuse: Early risk for the transition to dependence. *Dev Cogn Neurosci*. 2017;25:29-44.
39. Nation M, Heflinger CA. Risk Factors for Serious Alcohol and Drug Use: The Role of Psychosocial Variables in Predicting the Frequency of Substance Use Among Adolescents. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2006;32:415-433.
40. Farrell MP, Barnes GM, Banerjee S. Family cohesion as a buffer against the effects of problem-drinking fathers on psychological distress, deviant behavior, and heavy drinking in adolescents, *J Health Soc Behav*. 1995;36:377-385.
41. Stewart C. Family Factors of Low-Income African-American Youth Associated with Substance Use. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*. 2001;1:97-111.
42. Forgays DK. An Evaluation of the Relationship Between Family Bonding Characteristics and Adolescent Alcohol Use. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. 1998;7:1-17.
43. Coombs RH, Paulson MJ, Richardson MA. Peer vs. parental influence in substance use among Hispanic and Anglo children and adolescents, *J Youth Adolesc*. 1991;20:73-88.
44. Duncan TE, Tildesley E, Duncan SC, Hops H. The consistency of family and peer influences on the development of substance use in adolescence. *Addiction*. 1995;90:1647-1660.
45. Johnson V, Pandina RJ. Effects of the Family Environment on Adolescent Substance Use, Delinquency, and Coping Styles. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1991;17:71-88.
46. Kung EM, Farrell AD. The Role of Parents and Peers in Early Adolescent Substance Use: An Examination of Mediating and Moderating Effects. *J Child Fam Stud*. 2000;9:509-528.
47. Stoker A, Swadi H. Perceived family relationships in drug-abusing adolescents. *Drug Alcohol Depend*. 1990;25:293-297.
48. Aydoğdu H, Çam MO. Comparison of Attachment Styles, Parent Attitudes and Social Supports of Normal Adolescents and Those Diagnosed with Substance Use Disorder. *J Psychiatric Nurs*. 2013;4:137-144.
49. Yaman ÖM. Young Drug Addicts' Perceptions on Family Relations: The Case of Esenler - Bağcılar, İstanbul. *Addicta*. 2014;1:120-132.

Kişilerarası İlişkilerde Problem Yaşayan Çocuk ve Gençlerin Davranışlarını Düzenlemeye Yönelik Bir Müdahale Modeli: İş Birliğine Dayalı ve Proaktif Çözümler

An Intervention Model for Behavioral Regulation of Children and Young Having Problem in Interpersonal Relations: Collaborative and Proactive Solutions

© Banu Karaahmetoğlu, © Çığıl Aykut

Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi, Özel Eğitim Bölümü, Ankara, Türkiye

ÖZ

Hem okul hem de ev ortamında çocukların kendi aralarında ya da yetişkinlerle çocuklar arasında ortaya çıkan problem durumlarına yetişkinin müdahale etmesi alışılmış bir durumdur. Alışılmış bu süreç ise öğretmenin ya da ebeveynin çocukla geçirdiği zamanın önemli bir kısmını yaşanan bu problemlere ayırmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte problemin çözümüne katılmayan çocuklar yaşanan olumsuz durumlar karşısında nasıl davranacaklarını öğrenememekte, çözüm sürecinde söz sahibi olamamakta ve bu da problemin çözümünün başarıya ulaşmasını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu makalenin amacı problem durumlarında kendi sorunlarını bağımsız bir şekilde çözebilen bireyler yetiştirilmesine katkı sağlayan İş Birliğine Dayalı ve Proaktif Çözümler Modeli'ni tanıtmak ve aşamalar halinde nasıl uygulanması gerektiği hakkında bilgi vermektir. Yapılan araştırmalar bu modelin çocukların bağımsız problem çözme becerileri üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte bu model sadece yetişkin çocuk arasında yaşanan problemlerin değil, çocukların kendi aralarında yaşadıkları problemlerin çözümünde de etkili olmakta ve çocuklar karşısındaki kişinin kaygılarını anlayabilmektedirler. Böylece çocuklar problem çözmede daha bağımsız bireyler haline gelmektedirler.

Anahtar Kelimeler: İş birliğine dayalı ve proaktif çözümler modeli, davranış düzenleme, iş birliği, problem durumu

ABSTRACT

Interventions by adults are habitually observed for problematic situations between children or between adults and children in school and home environment. This habitual process leads teachers and parents to spend a significant part of their time with children addressing those problems. However, children excluded from participation in problem solving process are not able to learn appropriate behaviors in adversity and could not express their concerns in solutions. This may hinder successful solutions to those problems. The aim of this study is to introduce the Collaborative and Proactive Solutions Model which helps train youth in independent, individual problem solving and provide information in sequential applications. The studies show that this model is effective on children's independent problem-solving skills. Furthermore, this model is effective not only for the problems experienced between adults and children, but also for the solution of problems that children may experience among themselves and this help them understand the concerns of the other people. In this way, children become more independent individuals in problem solving.

Keywords: Collaborative and proactive solutions model, behavioral regulation, collaboration, problem situation

Giriş

Bilişsel-davranışçı bir model olan¹ İş Birlikçi ve Proaktif Çözümler [(İPÇ) Collaborative and Proactive Solutions], ilk kez "The Explosive Child"² kitabında yayınlanan şekilde davranış bozukluğu olan gençlere yönelik psikososyal bir müdahale yöntemi olarak ortaya çıkmıştır. İPÇ hem yetişkinlere hem de çocuklara, davranış problemlerine neden olacak sorunları birlikte ve proaktif olarak çözme konusunda yardımcı olmaya odaklanmaktadır.³ Proaktif çözümlerde problemi ortaya çıkaran sebeplerin belirlenmesi ve bu sebeplerin iş birliği içinde ortadan

kaldırılmasıyla olası sorunların önüne geçilmesi hedeflenmektedir. Proaktif çözümlerde tek taraflı olarak yetişkinin müdahale ettiği ve problem ortaya çıktığında uygulanan çeşitli müdahalelerin tersi bir durum söz konusudur. Modelin amacı yetişkinler ve çocuklar arasında iş birliğine dayalı bir ortaklık oluşturmak ve çocukları yaşamlarını etkileyen problemleri çözmeye teşvik etmektir.

Problemlerin çözümünde A planı ve B planı olmak üzere iki yöntem söz konusudur. A planı problemlerin çözümünde yetişkin müdahalesini içerirken, B planı ise çözüme çocuğun da dahil edilmesini içermektedir. Çocukların kendi problemlerini

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Banu Karaahmetoğlu, Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi, Özel Eğitim Bölümü, Ankara, Türkiye

Tel.: +90 312 202 36 72 E-posta: banuunver90@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0003-4205-0586

Geliş Tarihi/Received: 10.07.2020 Kabul Tarihi/Accepted: 31.05.2021

©Telif Hakkı 2022 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



çözme sorumluluğunu edinebilmeleri için atılacak adımlardan birisi bu modelde uygulanan B planını kullanmaktır. İPÇ modelinin kullanıldığı problem çözme sürecinde B planı kullanılmakta, problem hakkında bilgi toplama ve problemi anlama süreci ile problemin çözümü için ilk adım atılmaktadır. B planı herhangi bir problem karşısında sorunun yalnızca yetişkin tarafından değil, çocuk ve yetişkinin ortak sorumluluk ve işbirliği içindeki girişimleri ile çözümünü gerektirmektedir. A planında gözlenen bir probleme yalnızca yetişkin müdahale etmekte ve problemin nasıl çözüleceğine yetişkin karar vermektedir. B planında A planının aksine çocuk-yetişkin iş birliği yapmakta ve ortak sorumluluk almaktadır. A planında yetişkin problemin çözümüne ilişkin çocuğa neler yapması gerektiğini söylemekte ve çocuğun problemi yetişkinin belirlediği şekilde çözmesi beklenmektedir. A planında çocuk problem çözme sürecine katılmamakta ve ona kendi yaşamını etkileyen problemleri çözme sorumluluğu verilmemektedir. Özellikle özel eğitim ortamlarında ortaya çıkan problemlerin çözümüne öğretmenler müdahale etmekte ve çocukların söyleneni yapmalarını beklemektedir. Bu durum da çocukların davranışlarının sorumluluğunu almalarını engellemekte ve öğretmenlerin aynı şekilde devam eden durum karşısında yorgunluk hissetmelerine neden olmaktadır. Bununla birlikte yetişkinlerin sınır koyabileceği tek mekanizmanın A planı olduğu düşünülmemeli, B planında da bunun uygun şekillerle yapılabileceği göz ardı edilmemelidir. Bu nedenle geliştirilen İPÇ modeli cezalandırıcı ve muhalif değil, çatışma olasılığını azaltan, empatiyi artıran, iletişimi geliştiren bir görüş ile anlaşmazlıkların çatışma içermeyen yollarla, başkalarının bakış açılarını da dikkate alan dürüst bir biçimde çözülmesini temel almaktadır. Sonuçta yöntem hem çocuklar hem de yetişkinlerin, olumlu becerileri öğrenip sergilemelerini desteklemektedir.

Son 20 yılda, İPÇ modeli ailelerle,⁴⁻⁹ genel ve özel eğitim okulları¹⁰, psikiyatri servisleri,¹¹⁻¹⁴ çocuk bakımevleri ve çocuk cezaevleri¹⁰ de dahil olmak üzere çeşitli ortamlarda uygulanmış ve etkileri incelenmiştir. Modelin etkinliğini ve 'kanıta dayalı' statüsünü destekleyen çok sayıda çalışma yayınlanmıştır.^{10,15} 2013 yılına kadar, İPÇ modeli "İş Birlikçi Problem Çözme (Collaborative Problem Solving)" olarak adlandırılmış ve 2013'ten önce yayınlanan çalışmalarda bu isim kullanılmıştır. Ancak Massachusetts Genel Hastanesi ile yaşadıkları anlaşmazlığın ardından 2013 yılında bu modelin kurucusu olan Ross Greene'nin modelin ismini "İş Birlikçi Problem Çözme" olarak kullanmaya devam etmesi mahkeme tarafından engellenmiş ve Greene modelin adını "İş Birlikçi ve Proaktif Çözümler" olarak değiştirmiştir.¹⁰

Bu modele göre çocuğun olumsuz davranışı, kendisinden beklenenler ile çocuğun sahip olduğu beceriler arasındaki uyumsuzluğun bir sonucudur.¹ İPÇ modelinde karşılanmayan bu beklentiler çözülmemiş problemler olarak adlandırılmaktadır.¹⁶ Sorunları iş birliği içinde çözerken, çocukla ilgilenen kişiler genellikle çocuğun belirli bir beklentiyi karşılamasını zorlaştıran faktörler hakkında çocuktan yeni bilgiler elde ederler. Yetişkinler kendilerinin belirlediği tek taraflı çözümleri (A planı) uygulamak yerine durum hakkındaki endişelerini dile getirdiklerinde, çocuklar yetişkinlerin bakış açılarının

daha fazla farkına varmaktadırlar. Bu durum empati ve iletişimi teşvik etmektedir.^{10,16} Oysa ki B planında çocuklar ve çocuklarla ilgilenen kişiler gerçekçi ve karşılıklı olarak tatmin edici çözümler üzerinde iş birliği yaptıklarında, birbirlerinin endişelerini gidermek, yaşanan sorunlar için kullanılabilecek çözüm önerileri geliştirmek, yetişkin-çocuk ilişkisini geliştirmek ve iki taraf da birbirlerine olan güveni sonlandırmamak için uğraşmaktadırlar.¹⁰ Her iki taraf da endişelerinin dinleneceği ve ele alınacağından emin olmakta ve üzerinde anlaşılabilir çözümlerin üretilmesine ve onaylanmasına katılmaktadır. Sorunlar çözüldükçe, yaşanan uyumsuzluk azalmaktadır.¹⁰

Bu modelin cevaplamaya çalıştığı sorular şunlardır:

- Beklentileri karşılamayan çocuklar bunları neden karşılayamamaktadır?
- Beklentileri karşılamayan çocuklar bunları hangi zamanlarda/durumlarda karşılayamamaktadır?
- Beklentileri karşılayamayan çocuklar belirli taleplere uygun yanıt verme becerilerine sahip olmadıklarında hangi davranışları sergilemektedirler?
- Bu çocuklara yardım edebilmek için şu anda yapılanlardan farklı olarak onlara daha iyi neler yapılmalıdır?

Bu sorulara cevap verebilmek için model 1998 yılından bu yana güncellenmekte ve farklı araştırmalar yapılmaya devam edilmektedir.

İPÇ modeli ailelerle evlerde, uzmanlar aracılığıyla okullar ya da tedavi merkezlerinde de uygulansa mutlaka iki temel bileşeni içermektedir. Birinci bileşen çocukla ilgilenen kişilerin çocuğun desteklenmeye ihtiyaç duyduğu becerileri lagging skills ya da çözemediği problemleri belirlemesidir. Bu problemlerin genellikle yürütücü işlev, iletişim becerileri, zihinsel esneklik, dil işleme, duygu düzenleme ve sosyal becerilerdeki eksikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir.^{5,17-20} İkinci bileşen ise çocukla ilgilenen kişilere ve/veya gençlerin kendisine belirlenen bu sorunları iş birliği içinde ve proaktif olarak çözebilmeleri için yardımcı olmaktır.^{10,21} Çocukların desteklenmeye ihtiyaç duyduğu becerileri ve çözemedikleri sorunları belirlemek için kullanılması gereken bir araç önerilmektedir (Assessment of Lagging Skills and Unsolved Problems). Bu araç bir davranış kontrol listesi ya da bir derecelendirme ölçeği değildir. Çocuk ya da genç için üzerinde çalışılması gereken beceri ya da davranışı belirlemeye yarayan bir tartışma kılavuzu olarak kullanılmaktadır.¹⁶ Bu araçla değerlendirme yapıldığında üzerinde çalışılması gereken birçok beceri ya da problem davranış ortaya çıkabilmektedir. Burada müdahaleden sorumlu kişinin en önemli rolü, çocukla/gençle ilgilenen kişinin öncelikle çocuğun/gençin gereksinim duyduğu beceri ya da davranışa uygun karar verebilmesi için rehberlik etmesidir. Bir çocuğun ya da gencin desteklenmeye ihtiyaç duyduğu becerileri ve çözülmemiş sorunları belirlendikten sonra, çocuğun/gençin problem davranışı oldukça öngörülebilir olmakta ve müdahale neredeyse tamamen proaktif hale gelebilmektedir.¹⁶ Bundan sonraki aşama bu problemlerin çözülmesidir, ancak bu aşamada yetişkinler genellikle çözüme kendileri tek taraflı olarak karar vermekte ve çocuktan bu

çözüm üzerinde çalışmasını istemektedirler. Bununla birlikte yetişkinlerin kendi dünyalarında tek tarafın dayattığı çözümler çatışma ve olumsuz etkileşimlere neden olmaktadır ve aynı durum çocukların dünyası için de geçerlidir. İPÇ modelinde, hem çocuklar hem de yetişkinler problemin çözümüne katılmaktadır ve iş birliği içinde problemler çözülmektedir.¹⁶

İş Birliğine Dayalı ve Proaktif Çözümler Modeli

Problemi iş birliği içinde çözmenin üç aşaması bulunmaktadır: Empati aşaması, yetişkin endişelerini belirleme aşaması ve davet aşaması.^{2,16}

1. Empati Aşaması: Bilgi Toplama ve Problemi Anlama

Empati aşaması, bir problem karşısında çocuğun yaşadığı endişe veya problemin kaynağı olan ve karşılamakta zorlandığı özel bir beklentiye ilişkin düşünceleri hakkında bilgi toplama sürecidir. Bu süreç çoğu zaman proaktif olarak yapılmaktadır. Yorgunluk, endişe, belirli şeyleri yapma veya yapmama tercihi ile korkutucu olan, kendilerini rahatsız eden veya kendilerini yetkin hissetmedikleri şeylerden kaçınma eğilimi gibi çocuklar da yetişkinler gibi önemli ve anlaşılabilir kaygılara sahiptir. Empati aşamasındaki görev, çocukla gerçekten ilgilenildiğini ve endişelerinin anlaşıldığını ona göstermektir. Empati aşamasının başlangıcında genellikle "... fark ettim" ifadesi kullanılmakta ve "Sorun ne?" ifadesi ile sonlandırılmakta ve bunların başına çözülmemiş bir problem durumu eklenmektedir.

Aşağıda çözülmemiş problem durumları kullanarak girişin nasıl olması gerektiğini gösteren bazı örnekler verilmiştir:

- "Boyamayı tamamlamakta zorlandığımı fark ettim. Sorun ne?"
- "Teneffüs bitince sınıfa girmekte zorlandığımı fark ettim. Sorun ne?"
- "Arkadaşınla legoları paylaşmak istemediğini fark ettim. Sorun ne?"
- "Hayat bilgisi ödevine başlamakta zorlandığımı fark ettim. Sorun ne?"

Şimdiye kadarki süreç oldukça basit olmakla birlikte zor olan kısımlara geçmeden önce birkaç noktayı gözden geçirmek gerekmektedir. Öncelikle, empati aşamasında telkinle hiç yer verilmemelidir. Aslında, üç aşamanın hiçbirinde de telkin verilmemelidir. Yetişkinler yargılayıcı olmamalı ve ayrıca çocukların kaygılarına cevap olarak söyledikleri standart şeylerin birçoğunu da söylememeye dikkat etmelidirler. Yani "Ahmet'in yanında oturmaktan hoşlanmıyorum" söylemine "Yapma canım, bu o kadar da kötü bir şey değil!" diye cevap verilmemelidir. "Çarpım tablosunu ezberlemek çok zor" söylemine "Başarabilirsin. Bunun için biraz daha fazla çabalamaya ihtiyacın var" diye cevap verilmemelidir. "Kukla köşesinde Fatma ile oynamak istemiyorum" cevabına "Başarılı olmanın bir parçası sevmediğimiz insanlarla bir arada olmayı öğrenmektir" cevabı verilmemelidir. Bu cevaplar çocukların endişelerinin göz ardı edildiğini, dikkate alınmadığını, reddedildiğini, küçümsendiğini hissetmelerine neden olabilir ve erişkinle iletişim kesilebilir. Böyle durumlarda yetişkin problem çözen bir ortak olmamakta ve problemler çözülmemektedir.

Yetişkinler çoğunlukla, çok da gerçekçi olmayan bir biçimde, çocuğun nasıl davranması gerektiğini bildiklerini düşünürler. Halbuki çocuklar problem çözmeyi zaman ve uygulama ile adım adım öğrenir. Problem çözmeyi öğrenemeyen bir çocukta ise gelecekte daha çok problemin görülmesi ve bu sorunlar için erişkinin daha çok çaba harcaması doğaldır.

Bazı yetişkinler, çocuğun endişesi, bakış açısı veya görüşleriyle ilgili bilgi toplamayı ve bunun üzerinde durmayı kesinlikle önemsiz görmektedirler. Bu yüzden belki de birçok çocuk ne yazık ki endişelerinin göz ardı edilmesine ve bunlara değinilmemesine alışkın olmaktadır. Yetişkinlerin çocukların kaygılarıyla ilgili varsayımları yanlış temelde olabilmektedir. Bu nedenle, bu varsayımlara dayanan çözümlerin çoğu zaman etkisiz kaldığı ortaya çıkmakta ve sorunun çözülmesi için fazladan çaba harcamak durumunda kalabilmektedirler. Daha da kötüsü, endişelerinin göz ardı edilmesine alışkın olan çocuklar, yetişkinlerin endişelerini dikkate almakta çok daha az duyarlı olabilmektedirler. Empati aşamasında yetişkinlerin iyi bir zihin okuyucu olması gerekli değildir, aksine yetenekli ve becerikli olmaları gereken konu çocuklardan bilgi toplama konusudur.

Yetişkinlerin çocukların endişelerini göz ardı etme eğiliminin bir başka nedeni de kendi endişelerini ifade etmeye daha fazla istek duymalarıdır. Yetişkinler çoğu zaman yalnızca kendi endişe ve isteklerine hitap eden bir çözüme karar vermektedirler. Bunlar yetişkinlerin vazgeçmesi gereken alışkanlıklarıdır.

Yaşanan problem durumu karşısında çocuklara "Sorun nedir?" diye sorulduğunda, çocukların vermeleri olası beş tepki şu şekildedir:

Olasılık 1. Çocuklar bir şeyler söyler: Problemin ortaya çıkmasından sonra çocuğun konuşmaya başlaması istenen bir durumdur. Çocuğun bu ilk tepkisi onun endişesini, bakış açısını veya görüşünü net bir şekilde anlamaya imkan vermediğinden, bu aşamada daha fazla bilgi almak için çocuğun konuşturulmasına devam edilmeli ve problem irdelenmelidir. "Bilgiye ulaşmak" (en doğru bilgiye ulaşmak için irdelemek) olarak adlandırılan daha derine inme süreci, özellikle başlangıçta çoğu yetişkin için oldukça zor olmakta ve bu süreçte ne söylemeleri gerektiği konusunda kafa karışıklığı yaşamaktadırlar. İrdelemenin (derinlemesine bilgi edinme) zor olması birçok B planının başarısız olmasına neden olmakta, yetişkin B planını yarıda bırakmaktadır, ancak bu sürecin başarıyla atlatılması için problemin irdelenmesi konusunda ustalaşmaya yardımcı olacak bazı stratejiler bulunmaktadır. Bu stratejiler İPÇ modelinin her sürecinde ve tüm olası cevaplarda çocuktan daha doğru ve net bilgiler almak için kullanılabilir.

İrdeleme Stratejisi 1: Yansıtıcı dinleme kullanımı: Yansıtıcı dinleme, temel olarak çocuğun söylediklerini tekrarlayarak, söyledikleri hakkında sorular sorarak veya ifadeleri netleştirerek, çocuğu ek bilgiler vermesi için teşvik etmektir. "Nasıl yani?", "Tam olarak anlamadım", "Kafam karıştı", "Bununla ilgili aklına gelen başka bir şey var mı?", "Ne demek istiyorsun?" gibi ifadeler açıklayıcı soru ve ifadelerdir. Yansıtıcı dinleme her durumda ve genellikle ilk kullanılabilen

irdeleme stratejisidir. Hangi stratejinin kullanılacağını veya daha sonra ne söyleneceğinin bilinmediği durumlarda bu strateji kullanılmaktadır.

İrdeleme Stratejisi 2: 5N1K sorularının sorulması (ne, ne zaman, nerede, nasıl, neden, kim): “Ayakkabılarını kim dalga geçti?”, “Fen bilgisi ödevini nasıl tamamlayabilirsin?” ve “Arda size nerede bağırıyor?” soruları buna örnektir.

İrdeleme Stratejisi 3: Çözümlemeyen problemin doğal durumu hakkında soru sorulması: Örneğin; “Elif ve sen matematik dersinde gerçekten iyisiniz, ama sosyal bilgiler dersinde matematikteki kadar aktif değilsin. Sosyal bilgiler dersine daha az katılmanın nedeni sence nedir?”

İrdeleme Stratejisi 4: Çözümlemeyen problemin ortasında çocuğa ne düşündüğünün sorulması: Bu stratejinin çocuğa ne hissettiğinin sorulmasından farklı olduğuna mutlaka dikkat edilmelidir. Bu stratejide çocuğun çözülmemiş bir problemle ilgili endişesi veya bakış açısı hakkında genellikle fazla bilgi elde edilememektedir. Örneğin; “Sen kamyonla oynarken, Çağrı kamyonu izinsiz aldığında ne düşündün?”

İrdeleme Stratejisi 5: Çözümlemeyen problemi parçalarına ayırma: Örneğin; “Matematik sınavları senin için zor ama seni zorlayan şeyin ne olduğuna bir bakalım. Sınavdaki soruları bir düşünelim. İlk önce, sorunun ne sorduğunu anlamalısın. Bu kısım senin için zor mu? Daha sonra, sorunun çözüm yolunu düşünmen gerekir. Bu kısmı zor mu? Sonra da çözümün aşamalarını hatırlayarak çözümü kağıda yazman gerekli. Bu kısımda mı sorun yaşıyorsun? En sonunda cevabı yazıp bitirmelisin. Bu kısımla ilgili herhangi bir sorun var mı?”

İrdeleme Stratejisi 6: Söylenenden farklı/tutarsız gözlem yapma: Bu strateji, çocuğun belirli bir durum hakkında tarif ettiği durumdan farklı bir gözlemi içermektedir. Çocuğun konuşmayı bırakmasına neden olması açısından, tüm irdeleme stratejileri arasında en riskli olanı budur. Örneğin; “Son zamanlarda oyun alanında Melike ile hiçbir sıkıntı yaşamadığımı söylüyorsun ancak geçen hafta köşe kapma oyununda kurallar konusunda büyük bir anlaşmazlık yaşadığımız için grubunuzu dört defa uyarmak zorunda kaldım. Sence neden böyle oldu?”

İrdeleme Stratejisi 7: Durumu masaya yatırma ve anlamak için daha fazla soru sorma: Bu stratejide çocukların bilinenden farklı kaygılarının tespiti için bilinen kaygıları rafa kaldırılmaktadır. Örnek: “Ahu sana çok yakın oturmadıysa, Aslı ses yapmadıysa, yerler de kirli değilse ve pantolonunun düğmeleri de seni rahatsız etmediyse, sabahki kitap okuma etkinliğine katılmayı senin için zorlaştıran başka bir şey var mıydı?”

İrdeleme Stratejisi 8: Özetleme ve daha fazla bilgi için soru sorma: Şimdiye kadar bahsedilen ya da daha önceden bilinen endişelerin özetlenmesi ve daha önce konuşulmamış başka endişelerin olup olmadığının ele alındığı stratejidir. Modelin ikinci aşaması olan yetişkin endişelerini belirleme aşamasına geçmeden önce kullanılması önerilen bir stratejidir. Örneğin; “Tüm bunları doğru anladığımdan emin olalım. Sosyal bilgiler ödevinin olan çalışma sayfasını yapmakta zorlandığını çünkü bazen soruyu anlamadığını söylüyorsun ve önceki çalışma sayfalarına

öğretmenin henüz not vermedi. Bunların dışında ev ödevinin olan sosyal bilgiler çalışma sayfasını doldurmakta seni zorlayan başka bir şey var mı?”

Olasılık 2. Çocuklar hiçbir şey söylemez ya da “Bilmiyorum” derler: Bu durum, çocuğun çözülmemiş bir problemle ilk kez karşılaştığında verebileceği olası bir başka cevaptır. Bir çocuğun hiçbir şey söylememesinin ya da “bilmiyorum” demesinin birçok nedeni vardır. Bunlardan bazıları şöyledir:

- Yetişkinin soruları açık değildir,
- Zamanlama uygun değildir,
- Yetişkinin tartışmaya çalıştığı problemle ilgili çocuk kendi endişesinin gerçekten ne olduğunu bilmiyordur,
- Çocuğun yaşamında çok fazla A planı vardır ve hala yetişkin müdahalesi ile ilgili plan yapıyordur,
- Aklında ne olduğunu söyleme konusunda isteksiz olabilir,
- Zaman kazanıyor olabilir.

Olasılık 3. “Problem yok” derler: Çocuklar “Problem yok” dediğinde birçok yetişkin problem çözme sürecinin sonuna geldiğini düşünür. Yetişkinler çocuğun bir problem olmadığını söylemesi üzerine, çocukla “olmayan” bir problem hakkında nasıl konuşabileceği karmaşasını yaşasa da bu cevap bir son değildir. Hatta bu durum genellikle çocuğun endişesi, bakış açısı veya düşüncesi hakkında daha fazla şey öğrenmek için bir sıçrama noktasıdır. Problem durumunda çocuğun yetişkinin sorduğu sorularla hiç ilgilenmiyor olması gerçekten olası olsa da bu B planına devam edilemeyeceği anlamına gelmemektedir. Tüm olasılıklarda olduğu gibi burada da uygun irdeleme stratejileri kullanılmalıdır.

Olasılık 4. “Şu anda bunun hakkında konuşmak istemiyorum” derler: Çocuklar o anda konu hakkında konuşmak zorunda değildir ve konuşmak zorunda olmadıklarının kendileri tarafından bilinmesine izin vermek gerçekten iyi bir fikirdir. Genelde çocuklar konuşmama isteklerine saygıyla yaklaşıldığında kendiliğinden konuşmaya başlarlar. Eğer çocuk şu an konu hakkında konuşmak istemiyorsa, muhtemelen iyi bir nedeni vardır ve belki biraz sonra bunun hakkında konuşacak olabilir. Genellikle çocuklar konuşmaya başladıklarında kendileri ile ilgili fazlaca bilgi içeren bir şey hakkında neden konuşmak istemediklerinden de bahsedebilirler. Bundan bahsettikten sonra, ilk başta konuşmak istemedikleri problem hakkında konuşmaya başlamak için kendilerini yeterince rahat hissetmektedirler.

Olasılık 5. Kendini savunmaya başlar ve “Seninle konuşmak zorunda değilim” gibi ifadeler kullanır: Çocuğun konuşmanın iyi bir seçenek olmadığını düşünmesine neden olacak iletişim tarzı ve yetişkin tepkileri kullanılmamaya özen gösterilmelidir. Çocuğun kendini savunduğu durumlarda en uygun yetişkin yaklaşımı dürüstlüktür ve karşılıklı savunmaya geçme veya yaşanan durumun sonuçlarına ilişkin çocukları tehdit etmek uygun bir yaklaşım değildir. Çocuğun “Seninle konuşmak zorunda değilim” ifadesine iyi bir cevap, “Evet, benimle konuşmak zorunda değilsin” olacaktır. “Sen benim patronum değilsin” ifadesine iyi bir cevap, “Sana patronluk

taslamıyorum ki” olacaktır. “Beni konuşturamazsın” ifadesine iyi bir cevap “Evet sen istemezsen seni konuşturamam” olacaktır. “Sana ne yapıp yapmayacağını söylemiyorum”, “Bir sorunun var (ya da yok)” gibi yetişkin müdahalesinin kullanılmadığına dair bazı ifadeler de yararlı olabilir “Sana kızgınım/kızgın değilim” ve “Sadece seni anlamaya çalışıyorum” gibi ifadeler de yardımcı olabilir. “Sadece senin için en iyisini istiyorum” ve “Problemine yardımcı olmaya çalışıyorum çünkü seni seviyorum” gibi ifadeler ideal değildir.

2. Yetişkin Endişelerini Belirleme Aşaması: Gerçek Etki

Modelin bu aşaması, yetişkinlerin bazı problemlere ilişkin hiç endişe duymadıkları gerçeğine dayanarak oluşturulmuştur. Şöyle ki, yetişkinler sık sık geçmişte yaşadıkları endişeleri hatırlar, bu tecrübelerinden faydalanarak çözüm önerileri sunmaya başlar ve çoğu zaman bunu çocuğa dayatmaya çalışırlar. Yetişkinler iyi niyetle bunu yapmış olsa bile her iki tarafın da endişelerini belirlemeden önce önerilen çözümler işe yaramayacaktır. Çünkü taraflar birbirlerinin gerçekten ne için endişelendiklerini anlamayacaklardır. Taraflar birbirlerinin endişeleri üzerinde düşünmeden rekabetçi çözümler önerdiklerinde ortaya güç mücadelesi çıkmaktadır. Buna karşın bu aşamada tarafların birbirine rakip kaygıları yoktur, yalnızca ele alınması gereken farklı kaygılar vardır. Burada amaç hangi tarafın endişelerinin daha çok olduğunu veya kimin doğru kimin yanlış olduğunu saptamak değildir. Her iki tarafın kaygıları tamamen eşit haklılıktadır. Endişeleri olan tek taraf çocuklar değildir ve tecrübe, bilgi ve edindikleri değerlere dayanarak, yetişkinlerin geçerli ve önemli endişeleri olabilir. Bununla birlikte çocukla iş birliği içinde problem çözmek isteniyorsa, yetişkinlere oranla çocuğun endişelerinin daha az geçerli ve daha az anlamlı olduğu düşünülmesi de terk edilmelidir.

3. Davet Aşaması: Çözümler Üzerine İş Birliği Yapmak

Bu son adım, ilk iki adımda tespit edilen ve tarafların birbirlerine aktarmış olduğu endişeler ele alınarak, potansiyel çözümlerin değerlendirildiği aşamadır. Çocukların yetişkinler tarafından muhtemel çözümler üzerinde iş birliği yapmaya davet edilmesi nedeniyle bu aşamaya davet aşaması denilmektedir. Problemin çözümüne çocukların davet edilmesinin amacı, problemin tek taraflı olarak yalnızca yetişkinin çözeceği bir süreç olmadığını ve çözümün iş birliği gerektirdiğini çocukların kavramalarını sağlamaktır. Bu adıma başlamak için, “Bu sorunu nasıl çözebileceğimizi düşünelim” veya “Buna nasıl çözüm üretebileceğimizi düşünelim” gibi ifadeler kullanılabilir. Bu ifadeler yerine her iki tarafın da endişelerini giderecek çözümlerin değerlendirilmesini kolaylaştırmak için genellikle ilk iki adımda belirlenen endişeler için “(Endişe durumunu belirterek) bunu nasıl çözebileceğimizi düşünelim” ifadesini kullanmak daha fazla tercih edilebilir. “Oynadığınız oyunda sınıftaki bütün blokları kullanmak istiyorsun, bunu nasıl çözebileceğimizi düşünelim” ifadesi örnek olarak verilebilir.

“Herhangi bir önerin var mı?” şeklinde sorular sorularak bir çözüm önermesi için ilk fırsatın çocuğa verilmesi önemlidir. Bu durum problemi çözmeye yükünün yalnızca çocuğa verildiği anlamına gelmemektedir. Problemi çözmeye yükü, eşit olarak

problem çözmeye ekibine, yani yetişkin ve çocuğa aittir. Ancak çözüm önerme sürecinde ilk fırsatın çocuğa verilmesi, onun fikirleriyle gerçekten ilgilenildiğini bilmesi açısından iyi bir stratejidir. Bu durum aynı zamanda çocuğun çözümler üzerinde düşünmesi için pratik yapmasını sağlamaktadır. Probleme iyi bir çözüm getirebilecek tek kişinin genellikle yetişkin olduğu düşünülse ve çocukların herhangi bir çözüm üretmeyeceği ihtimali olsa da çocukların uygun çözümler düşünebilmesi ve ortak endişeleri hesaba katabilmeleri de oldukça muhtemeldir.

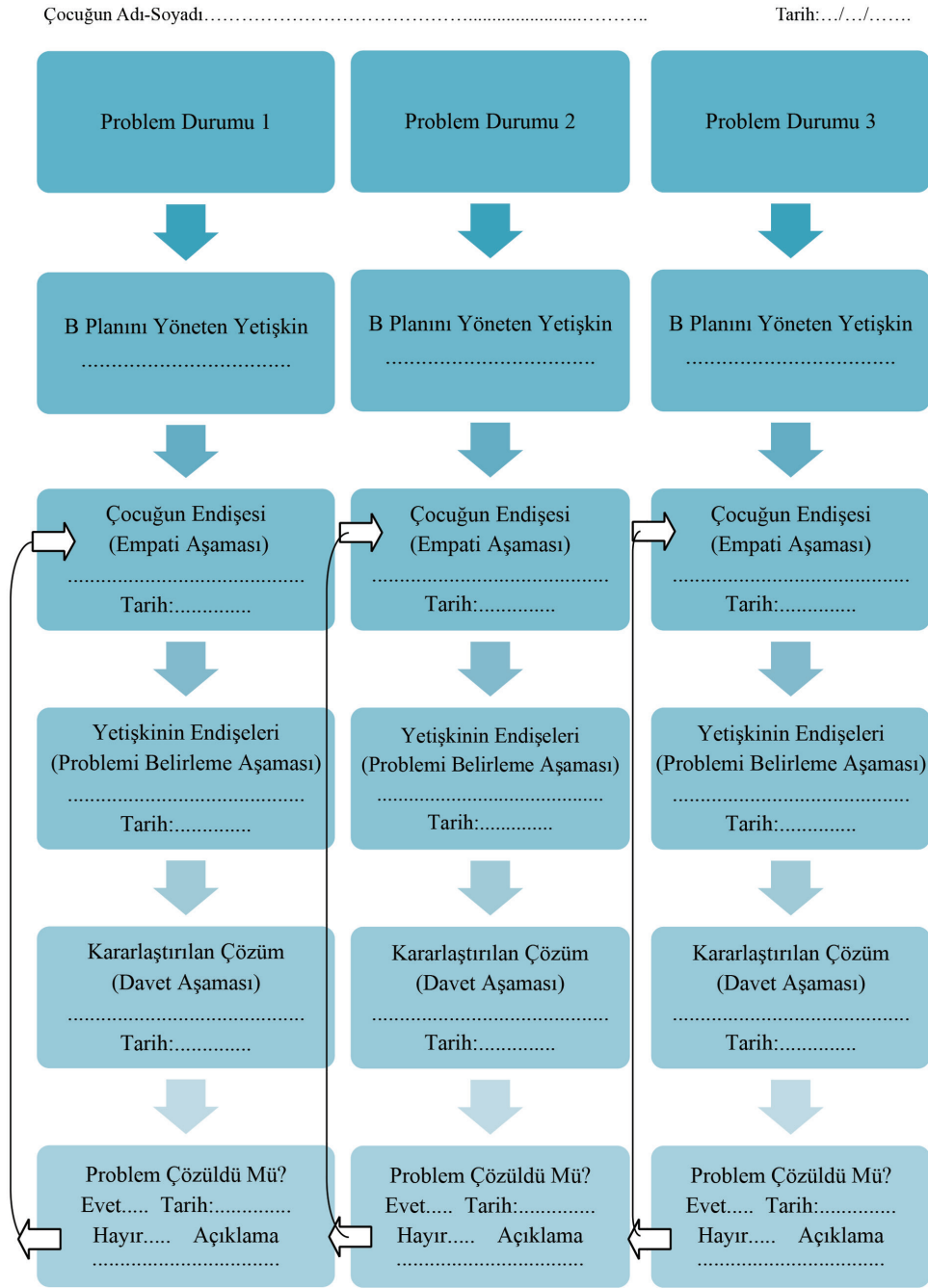
Bu aşamada gerçekçi olmak önemlidir. Yetişkin eğer çözüm sürecinde kendi payına düşenleri uygun şekilde yürütmeyecekse davet sürecini sonlandırmak için bu görevi kabul etmemelidir. Aynı şekilde bu süreçte çocuğun kendi üzerine düşen sorumluluğu yerine getiremeyeceği düşünülüyorsa, o zaman çocuğun yapmayı kabul ettiği şeyi gerçekten yapıp yapamayacağını düşünmesi için bir dakika gibi düşünme süreleri verilebilir. Bu aşamada çocuğa, “Bunu yapabileceğinden emin misin? Hadi ikimizin de daha kolayca yapabileceği bir çözüm bulalım” gibi sorular sorulabilir ve yönlendirmeler yapılabilir.

Bu aşamanın karşılıklı tatmin edici olması önemlidir ve yetişkin ile çocuğun, belirledikleri endişelere göre çözümü bilinçli ve kasıtlı düşünmeleri gerekmektedir. Başka bir deyişle, önerilen tüm çözümler, B planının ilk iki adımında belirtilen endişeleri ele alıp almadıklarına göre değerlendirilmelidir. Kararlaştırılan çözüm karşılıklı olarak tatmin edici ise o zaman doğal olarak endişeler de giderilmiş demektir.

Çocukların yetişkinin duyduğu endişeleri anlamaları ve yetişkinlerin de çocukların endişelerini giderme konusunda onlara destek olduklarını çocuklara hissettirmeleri gereklidir. Sürecin karşılıklı tatmin edici olabilmesi açısından bu önemlidir. Bu şekilde çatışan taraflar olmaktan kurtulup, problem çözen ortaklar olunabilmektedir. Böylece rakip taraflarda yer alan kişiler olmaktan, takım arkadaşlığına doğru bir geçiş sağlanmaktadır. Modelin uygulama süreci Şekil 1’de gösterilmiştir.

Sonuç

İş birliği içinde problemlerin nasıl çözüleceğini öğrenen çocuk ve gençler kendi endişelerinin farkına varmakta, başkalarının endişelerini nasıl dinlemeleri gerektiğini öğrenmekte, bunların sonucunda kendi yaşamlarındaki sorunları çözmekte ve sonuç olarak bunlardan fayda görmektedirler. Çeşitli çalışmalarda İPÇ modelinin uygulanması ile çocukların gösterdikleri karşıt gelme bozukluğu belirtilerinde azalmalar olduğu, öfkeli ve yıkıcı davranışların ve bunun sonucu olarak da annelerin stres düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Karşıt gelme bozukluğu olan çocuklarla sıklıkla uygulanmakta olan bu model, problem davranışı olan diğer yetersizlik gruplarındaki çocuk ve gençler için de oldukça uygundur. Ayrıca, İPÇ modelinin uygulanması ile birlikte çocuk ve ergen psikiyatrisi servislerinde cezalandırıcı strateji ve tekniklerin daha az kullanılmaya başlandığı, çocukların kendilerine zarar verme davranışlarının ve güvenlik personelinin katılımına gereksinim duyulan olayların azaldığı da görülmüştür. Burada bahsedilen araştırma sonuçlarına



Şekil 1. İşbirliğine Dayalı ve Proaktif Çözümler Modeli'ne göre problem çözme plan basamakları

göre İPÇ modelinin kullanılmasıyla birlikte hem çocukların hem de çevresindeki insanların bu modelden yararlandıkları sonucuna ulaşılmaktadır. Tüm bireylerin hayatlarının bazı dönemlerinde çözülmemiş sorunları olduğu, çatışma yaşadıkları ya da beklentileri karşılayamadıkları düşünüldüğünde; uygun olmayan davranışlarda bulunan, ailesi veya arkadaşlarıyla çatışma yaşayan, özel gereksinimi olan çocuk ve gençlerin yanı sıra İPÇ modelinin tüm çocuklar ve gençler ile uygulanması düşünülebilir. Ayrıca bu model sadece yetişkin çocuk arasında meydana gelen anlaşmazlıklarda değil, çocukların kendi

aralarında yaşadıkları anlaşmazlıklar için de uygulanabilir.

Hem okul hem de ev ortamında kullanılabilen İPÇ modeli problemin taraflarına eşit haklar sunması açısından çocukların çözüme katılımını artırmaktadır. Bu modelin kullanımı ile çocuklar kendi endişelerinin yetişkinler tarafından dikkate alındığını ve yetişkinin dayatmasının olmadığı çözüm sürecinde kendisinin de söz sahibi olduğunu bilmektedir. Bu durum da çocukların problem çözümünde yer almalarını teşvik etmekte, dolayısıyla kendi problemleri ve hayatları hakkında söz sahibi olmalarını desteklemektedir. Modelin bu yapısı sınıf ortamında

çocuğun sınıf arkadaşları ve öğretmeni ile olumlu ilişkiler kurmasını desteklemekte ve bu da olumlu sınıf iklimi oluşmasını sağlamaktadır. Çocuğun hem öğretmeni hem de arkadaşlarıyla iş birliği yaptığı ve eşit söz hakkının olduğu çözümler sayesinde yaşanan problemler derin krizlere dönüşmeden sonuçlandırılmakta ve olumlu sınıf iklimi sürdürülmektedir. Aynı özel eğitim uygulamaları yerine kaynaştırma eğitiminin tercih edildiği günümüzde, farklı ihtiyaçları olan çocukların da sorunlarını yapıcı yollarla çözmeleri olumlu sınıf iklimine katkı sağlayacaktır. Aynı durum ev ortamı için de geçerli olmaktadır. Aile ortamında kendi endişelerinin dikkate alındığını bilen ve çözüme katılması teşvik edilen çocuklar da problemleri daha yetkin şekilde çözen bireyler olmaktadır. Ebeveynler ve kardeşlerle iş birliği içinde çözülen problemler olumlu ev ortamının oluşmasına katkı sağlamaktadır. Sayılan bu faydaları göz önüne alındığında problem yaşanan okul ve ev ortamlarında İPÇ modelinin kullanılması önerilmektedir. Modelin okul ve evlerde uygulanması ile birlikte olumlu okul ve sınıf iklimi oluşabilir ve sürtüşmeli olan çocuk ve ebeveyn ilişkileri daha olumlu ve sıcak hale gelebilir.

Etik

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: B.K., Ç.A., Dizayn: B.K., Ç.A., Literatür Arama: B.K., Ç.A., Yazan: B.K., Ç.A.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

- Greene RW, Ablon JS, Goring JC. A transactional model of oppositional behavior Underpinnings of the Collaborative Problem Solving Approach. *J Psychosom Res.* 2003;55:67-75.
- Greene RW. *The Explosive Child.* Harper Collins; 1998.
- Booker JA, Capriola-Hall NN, Greene RW, Ollendick, TH. The Parent – Child Relationship and Posttreatment Child Outcomes Across Two Treatments for Oppositional Defiant Disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2020;49:405-419.
- Booker JA, Capriola-Hall NN, Dunsmore JC, Greene RW, Ollendick TH. Change in Maternal Stress for Families in Treatment for their Children with Oppositional Defiant Disorder. *J Child Fam Stud.* 2018;27:2552-2561.
- Dedousis-Wallace A, Drysdale S, Murrihy RC, Remond L, McAloon J, Greene RW, Ollendick TH. Predictors and Moderators of Parent Management Training and Collaborative Proactive Solutions in the Treatment of Oppositional Defiant Disorder in Youth. in Ninth World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies. 2019.
- Dedousis-Wallace A, Sophia D Murrihy RC, Reymond L, Ollendick TH. Moderators and Mediators of Parent Management Training and Collaborative Proactive Solutions in the treatment of Oppositional Defiant Disorder for children and adolescents. in Eighth World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies. 2016.
- Dunsmore JC, Booker JA, Atzaba-Poria N, Ryan S, Greene RW, Ollendick TH. Emotion Coaching Predicts Change in Family Functioning Across Treatment for Children with Oppositional Defiant Disorder. in Poster presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, 2015.
- Epstein T, Saltzman-Benaiah J. Parenting Children with Disruptive Behaviours : Evaluation of a Collaborative Problem Solving Pilot Program. *Journal of Clinical Psychology Practice.* 2010;2010:27-40.
- Miller-Slough RL, Dunsmore JC, Ollendick TH, Greene RW. Parent – Child Synchrony in Children with Oppositional Defiant Disorder: Associations with Treatment Outcomes. *J Child Fam Stud.* 2016;25:1880-1888.
- Greene R, Winkler J. Collaborative & Proactive Solutions (CPS): A Review of Research Findings in Families, Schools, and Treatment Facilities. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2019;22:549-561.
- Ercole-Fricke E, Fritz P, Hill LE, Snelders J. Effects of a Collaborative Problem-Solving Approach on an Inpatient Adolescent Psychiatric Unit. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2016;29:127-134.
- Greene RW, Ablon JS, Hassuk B, Regan KM, Martin A. Use of Collaborative Problem Solving to Reduce Seclusion and Restraint in Child and Adolescent Inpatient Units. *Psychiatr Serv.* 2006;57:610-612.
- Martin A, Krieg H, Esposito F, Stubbe D, Cardona L. Reduction of Restraint and Seclusion Through Collaborative Problem Solving : A Five-Year Prospective Inpatient Study. *Psychiatr Serv.* 2008;59:1406-1412.
- Sams DP, Garrison D, Bartlett J. Innovative Strength-Based Care in Child and Adolescent Inpatient Psychiatry. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2016;29:110-117.
- Ollendick TH, Booker JA, Ryan S, Greene RW. Testing Multiple Conceptualizations of Oppositional Defiant Disorder in Youth. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2018;47:620-633.
- Greene RW. Transforming School Discipline : Shifting from power and control to collaboration and problem solving. *Childhood Education.* 2018;94:22-27.
- Aebi M, Müller UC, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, Ebstein R, Eisenberg J, Gill M, Manor I, Miranda A, Oades RD, Roeyers H, Rothenberger A, Sergeant J, Sonuga-Barke E, Thompson M, Taylor E, Favaone SV, Steinhausen H-C. Predictability of oppositional defiant disorder and symptom dimensions in children and adolescents with ADHD combined type. *Psychol Med.* 2010;40:2089-2100.
- Dunsmore JC, Booker JA, Ollendick TH. Parental emotion coaching and child emotion regulation as protective factors for children with oppositional defiant disorder. *Soc Dev.* 2013;22. doi: 10.1111/j.1467-9507.2011.00652.x.
- Greene RW, Biederman J, Zerwas S, Monuteaux MC, Goring JC, Faraone SV. Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry.* 2002;159:1214-1224.
- Hamilton SS, Armando J. Oppositional defiant disorder. *Am Fam Physician.* 2008;78:861-866.
- Ollendick TH, Greene RW, Austin KE, Fraire MG, Halldorsdottir T, Allen KB, Jarrett MA, Lewis KM, Smith MW, Cunningham NR, Noguchi RJP, Canavera K, Wolff JC. Parent Management Training and Collaborative & Proactive Solutions : A Randomized Control Trial for Oppositional Youth. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2016;45:591-604.

Sağlık Tedbiri Nedeniyle Takip Edilen Çocuk ve Ergenlerin Sosyo-demografik ve Klinik Özellikleri

Socio-demographic and Clinical Characteristics of Children and Adolescents Followed for Court-mandated Treatment

Barış Güller, Ferhat Yayılcı

Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Psikiyatri Kliniği, Bursa, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada sağlık tedbiri kararı nedeniyle çocuk psikiyatrisi polikliniğinde takip edilen olguların sosyo-demografik özellikleri, sağlık tedbiri çıkartılma nedenleri, psikiyatrik tanıları ve risk faktörlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde Mart 2018-Ocak 2021 yılları arasında sağlık tedbiri nedeniyle takip edilen olgulara ait sosyo-demografik ve klinik özellikler, ebeveynlere ait özellikler, tedbir kararları ve nedenleri geriye dönük olarak incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya ortalama 12.3±4.2 yaşında olan 135 çocuk (%55.6 kız) dahil edildi. Olguların %17.0'sinin örgün eğitime devam etmediği, sadece %21.5'inin psikiyatrik tanı almadığı görüldü. En sık tanılar travma sonrası stres bozukluğu (%14.1), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (%11.1), davranış bozukluğu (%11.1) ve major depresif bozukluk (%11.1) olarak saptandı. Örgün eğitimi terk etme (P=0.000), düzensiz okul devamı (p=0.031), istismar mağduriyeti (p=0.033) ve psikiyatrik tanı varlığı (p=0.019) daha yüksek yaş grubunda anlamlı ölçüde sıklıkla. Babalarda ve annelerde sırasıyla %25.2 ve %21.5 oranlarında psikopatoloji bildirildi. Ebeveynlerden birinde psikopatoloji varlığı, daha yüksek oranda aile içi istismar (p=0.002) ve bakım tedbiri kararları (p=0.007) ile ilişkili bulundu.

Sonuç: Çalışmamız tedbir kararı ile takip edilen çocuklarda yüksek oranda ruhsal bozukluk tanısı, okul hayatından uzaklaşma ve aile işlevselliğinde bozulma varlığını göstermektedir. Bu çocukların ruh sağlığını etkileyen ve koruyucu faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Bu alanda geliştirilecek politikaların önleyici ve koruyucu nitelikte olması, toplumun genelini kapsayacak şekilde planlanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Zorunlu tedavi programları, adli çocuk ve ergen psikiyatrisi, adli psikiyatri, hukuk ve mevzuat

ABSTRACT

Objectives: In this study, it was aimed to evaluate the socio-demographic features of cases followed up at the child psychiatry department due to mandation of courts (i.e. "health measures"), the reasons of court orders, psychiatric diagnoses and risk factors.

Materials and Methods: Records of cases followed in our clinic between March 2018 and January 2021 under court-mandated treatment were evaluated retrospectively for socio-demographic and clinical characteristics of youth, parental characteristics and reasons for mandated treatment.

Results: One hundred thirty-five children (55.6% females) with a mean age of 12.3±4.2 years were included in the study. It was found that 17.0% of youth had left formal education while only 21.5 % did not fulfill criteria for a psychiatric diagnosis. Most common diagnoses were post-traumatic stress disorder (14.1%), attention deficit/ hyperactivity disorder (11.1%), conduct disorder (11.1%) and major depressive disorder (11.1%). Lack of attendance to formal education (p=0.000), irregular attendance to schools (p=0.031), being a victim of abuse (p=0.033) and presence of psychopathology (p=0.019) were significantly more common among older age group. Paternal and maternal histories of psychopathology were reported in 25.2% and 21.5%; respectively. Presence of mental illness in one of the parents was associated with elevated rates of domestic abuse (p=0.002) and court mandated foster placement (p=0.007).

Conclusion: Our study shows the presence of elevated rates of mental disorders, lack of attendance to formal education and impaired family functioning among youth under court-mandated treatment. Studies conducted to determine the protective factors affecting the mental health of these children are limited. It is important that the policies to be developed in this area are preventive and protective and planned in a way that covers the overall of public.

Keywords: Mandatory treatment programs, forensic child and adolescent psychiatry, forensic psychiatry, legislation and jurisprudence



Giriş

Çocuğun bedensel, zihinsel, duygusal, sosyal ve ahlaki alanlarda gelişimleri adına korundukları haklar çocuk hakları olarak adlandırılmaktadır.^{1,2} Çocuk koruma sistemi ise çocukların ihmal ve istismardan korunması amacıyla sağlanan hizmet veya yardımların bütünüdür.³ Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde çocukların korunması ve gereksinimlerinin karşılanmasında aile ve devletin sorumluluğu kabul edilmektedir. Sözleşmeye taraf olan devletler, çocuğun haklarından yararlanabilmesi için gereken tedbirleri almak, ihtiyaç varlığında beslenme, barınma, eğitim ve sağlık gibi alanlarda destekleyici programları uygulamakla sorumludurlar.⁴ Ülkemizde 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yasası ve 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu hükümleri ile çocukların korunmasına ilişkin düzenlemeler yapılmıştır.⁵ Ebeveynler çocukların ruh sağlığının korunmasında sorumluluk sahibi iken, bu anlamda başarısız olduklarında ya da ebeveynlerin bilinçli hataları ile çocuklarının tedavi alamadığı tespit edilirse devletler ebeveynlerin çocukları hakkındaki kararlarına müdahale edebilmekte ve çocuğun devlet gözetimi altında tedavi edilmesi kararı verilebilmektedir.⁶⁻⁸ Mahkeme tarafından çocuklar için danışmanlık, eğitim, bakım, sağlık ve barınma başlıkları altında koruyucu ve destekleyici tedbir kararları alınabilmektedir. Sağlık tedbiri, çocuğun ruhsal ve fiziksel sağlığının korunması ve tedavisi için tıbbi bakım ve rehabilitasyonunun sağlanmasına yönelik tedbir kararıdır.^{9,10} İhmal ve/veya istismar mağduru çocukların tıbbi bakımları, özellikle ruh sağlığı yönünde tedavilerinin sürdürülmesi sağlık tedbiri kapsamında yürütülür. Sağlık tedbiri kararı çıkarılan çocuklar için mahkeme tarafından ayrıca Sosyal İnceleme Raporu da talep edilmektedir. Bu raporda çocukların ve ailelerin ihtiyaçları tanımlanır, bu ihtiyaçların nasıl karşılanabileceği ve ailelerin nasıl güçlendirilebileceği belirlenir.¹¹

Haklarında koruma kararı olan ve istismar ve ihmale maruz kalan çocuklarda topluma kıyasla davranışsal sorunlarda artış ve ruh sağlığında bozulma daha sık bildirilmektedir.^{12,13} Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2008 yılına ait bir raporda çocuk koruma servislerine yapılan yaklaşık 3.3 milyon başvuruda içinde çocukların 772.000'inin istismar ya da ihmal mağduru olduğu saptanmıştır.¹⁴ Bakım evlerinde kalan çocuklar ile yapılan bir çalışmada örneklemin yarıya yakınında davranış sorunu bildirilmiştir.¹⁵ Şiddete maruz kalan çocuklar, fiziksel ve ruhsal gelişimlerini tamamlamada zorluk yaşayabilmektedirler. Bu olgularda uyum sorunları, özgüven eksikliği, yeme sorunları, madde kullanımı, intihar, mutsuzluk, uygunsuz cinsel davranışlar, suçta bulaşma, okul devamsızlığı, akademik başarısızlık, dikkat sorunları, kendine zarar verme davranışları, davranış problemleri riskinde artış olabilmektedir.¹⁶

Sağlık tedbiri kararı ile takip edilen olgular çocuk ve ergen psikiyatrisi klinik pratiğinde önemli yer tutmaktadır. Ancak ülkemizde bu olgular özelinde yapılan çalışmaların sayısı oldukça kısıtlıdır. Bu çalışmada sağlık tedbiri kararı alınarak çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğinde takip edilen çocuklarda sosyo-demografik ve klinik özellikler, ruhsal bozuklukların sıklıkları, alınan diğer tedbir kararları, ebeveynlere ait özellikler

ile koruyucu ve risk faktörlerini inceleyerek bu olgulara yönelik ileride planlanabilecek ruh sağlığı politikalarına katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bursa Dörtçelik Çocuk Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Birimi'nde Mart 2018-Ocak 2021 yılları arasında sağlık tedbiri nedeniyle takip edilen ve dosya bilgileri tam olan 135 olgu çalışmaya alınmıştır. Dosyalarında sosyal inceleme raporu eksik olan 18 olgu çalışmadan çıkarılmıştır. Olguların sosyo-demografik bilgileri, ebeveynlerine ait özellikler, ruhsal bozukluk tanıları, alınan tedbir kararları ve nedenleri poliklinik dosyalarından ve dosyalarında mevcut sosyal inceleme raporu bilgilerinden geriye dönük inceleme ile elde edilmiştir. Çalışma için onay Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (karar no: 2021-4/21, tarih: 24.02.2021).

İstatistiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows versiyon 25.0 (IBM Inc., Armonk, NY) paket programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için tanımlayıcı veriler sayı ve yüzde olarak, sayısal veriler ortalama ve standart sapma şeklinde hesaplanmıştır. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadığını kontrol etmek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uymaması nedeniyle gruplar arasında ortalamaların karşılaştırılmasında non-parametrik test olan Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler Pearson ki-kare testi ve Fisher's Exact testi ile karşılaştırılmıştır. Tüm analizlerde $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya 135 çocuk dahil edildi. Çocukların %55,6'sı (n=75) kız, %45,4'ü (n=60) erkek ve yaş ortalamaları $12,3 \pm 4,2$ yıldır. Çocukların %27,4'ü (n=37) ilkökul öğrencisiydi. Tüm olguların %26,4'ünün (n=33) sınıf tekrarı yaptığı, örgün eğitimden ayrılan ya da okula devam etmeyen olguların oranının ise %17,0 (n=23) olduğu saptandı. Annelerin yaş ortalaması $38,5 \pm 7,8$, babaların yaş ortalaması $43,2 \pm 7,2$ yıldır. Annelerin %74,1'i (n=100), babaların ise %67,4'ü (n=91) ilkökul veya altında eğitim düzeyine sahipti (Tablo 1).

Olguların %50,4'ünde (n=68) ailenin başvurusu sonrası, %19,3'ünde (n=26) okulun başvurusu ile sağlık tedbir kararı çıktığı saptandı. Sağlık tedbiri dışında çıkarılan en sık tedbir kararı %51,1 (n=69) oranıyla danışmanlık tedbiri idi. Sağlık tedbiri çıkarılmasında en sık neden %40,0 (n=54) ile cinsel istismardı (Tablo 2). Tedbir kararı sonrası çocukların %43,0'ünün (n=58) poliklinik takiplerine düzenli devam etmediği saptandı. Çocukların %21,5'i (n=29) herhangi bir psikiyatrik tanı almadı. Psikiyatrik tanı varlığı açısından kız ve erkekler arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0,708$). Çocukların %14,1'inde (n=19) Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), %11,1'inde (n=15) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), %11,1'inde (n=15) davranım bozukluğu (DB), %11,1'inde (n=15) majör depresif

bozukluk (MDB) ve %8,1'inde (n=11) anksiyete bozukluğu (AB) tanıları mevcuttu. Çocukların %57'sine (n=77) psikiyatrik ilaç başlandığı, tüm olguların %18,3'ünde (n=25) ise en az iki ilaç kullanımı olduğu görüldü. Tek başına en sık verilen ilaç grubu selektif serotonin geri alım inhibitörleriydi (n=28, %20,7).

Olguların takip dosyalarında aileye yönelik bilgiler ve sosyal inceleme raporlarından elde edilen verilere göre babaların %25,2'sinde, annelerin ise %21,5'inde psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu. Babalar için en sık tanının madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılıklar (%11,9), annelerde ise MDB (%8,1) olduğu saptandı (Tablo 3).

Çalışmamızda eğitim tedbiri kararı olması, poliklinik takiplerinin düzenli olup olmaması ve psikiyatrik tanı varlığı açısından kız ve erkek cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Kızlarda örgün eğitime devam etmeme ($p=0,015$) ve istismar mağduru olma oranı ($p=0,000$) erkek olgulara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksekti. Örgün eğitime devam etmeme

($p=0,000$), örgün eğitimde olan olgularda okula devamin düzensiz olması ($p=0,031$), istismar mağduru olma ($p=0,033$) ve psikiyatrik tanı varlığı ($p=0,019$) yüksek yaş grubu çocuklarda daha fazlaydı. Yine psikiyatrik tanısı olan çocuklarda, eğitim tedbiri kararı oranı daha yüksekti ($p=0,046$). Çalışmamızın bir diğer bulgusu da poliklinik takiplerine düzenli devam etme oranının düşük çıkmasıdır. Çocuklarda psikiyatrik tanı varlığı ile poliklinik takiplerinin düzensiz olması arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,143$). Ebeveynlerle ilişkili değişkenler incelendiğinde ise ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip ebeveyn varlığının çocuklarda daha düşük oranda örgün eğitime devam etme ile ilişkili olduğu ($p=0,043$); ayrıca ebeveynlerden birinde ruhsal hastalık varlığının daha yüksek oranda aile içi istismar varlığı ($p=0,002$) ve daha yüksek oranda bakım tedbiri kararı çıkarılması ile ilişkili olduğu ($p=0,007$) görüldü (Tablo 4).

Tartışma

Çalışmamızda sağlık tedbiri kararı ile takip edilen çocuklarda sosyo-demografik ve klinik özellikler, tedbir kararlarına ilişkin

Tablo 1. Haklarında sağlık tedbiri kararı alınan ve çalışma merkezinde takip edilen olguların sosyo-demografik özellikleri

| | | n | (%) |
|--|---|------------|------|
| Olgu cinsiyet | Kız | 75 | 55,6 |
| | Erkek | 60 | 45,4 |
| Olgu yaş ortalaması (ort ± SS) | | 12,31±4,17 | |
| Ebeveyn yaş ortalaması | Anne (ort ± SS) | 38,54±7,78 | |
| | Baba (ort ± SS) | 43,21±7,15 | |
| Olguların eğitim durumu | Okul öncesi dönem/anaokulu/kreş | 12 | 8,9 |
| | İlkokul | 37 | 27,4 |
| | Ortaokul | 32 | 23,7 |
| | Lise | 31 | 23,0 |
| | Okula gitmiyor/örgün eğitimden ayrılmış | 23 | 17,0 |
| Örgün eğitimde olan olgularda okula devam durumu | Düzenli | 61 | 61,0 |
| | Düzensiz | 39 | 39,0 |
| Sınıf tekrarı var mı? | Evet | 33 | 26,4 |
| Özel eğitime gidiyor mu? | Evet | 22 | 16,3 |
| Anne eğitim düzeyi | İlkokul ve altı | 100 | 74,1 |
| | Ortaokul ve üstü | 35 | 25,9 |
| Baba eğitim düzeyi | İlkokul ve altı | 91 | 67,4 |
| | Ortaokul ve üstü | 44 | 32,5 |
| Anne çalışma durumu | Çalışıyor | 39 | 28,9 |
| Baba çalışma durumu | Çalışıyor | 94 | 69,6 |
| Aile gelir düzeyi | 2.500 TL'nin altında | 82 | 60,7 |
| | 2.500 TL ve üstünde | 53 | 39,3 |
| Anne-baba birlikteliği | Birlikte | 76 | 56,3 |
| | Ayrı | 50 | 37,1 |
| | Anne ya da baba vefat etmiş | 9 | 6,7 |
| Çocuk kiminle yaşıyor | Anne ve baba ile | 63 | 46,7 |
| | Anne ya da baba ile | 41 | 30,4 |
| | Yakın akraba yanında | 11 | 8,1 |
| | Kurum bakımında | 20 | 14,8 |

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, TL: Türk lirası

Tablo 2. Haklarında sağlık tedbir kararı alınan ve çalışma merkezinde takip edilen olguların tedbir kararları ile ilgili özellikler

| | | n | (%) |
|--|----------------------------------|----|------|
| Tedbir kararı çıkarılma şekli | Ailenin başvurusu | 68 | 50,4 |
| | Okul başvurusu | 26 | 19,3 |
| | Komşu, sosyal çevrenin başvurusu | 16 | 11,8 |
| | Hastane başvurusu | 9 | 6,7 |
| | Diğer | 16 | 11,8 |
| Eğitim tedbiri var mı? | Evet | 33 | 24,4 |
| Danışmanlık tedbiri var mı? | Evet | 69 | 51,1 |
| Bakım tedbiri var mı? | Evet | 23 | 17,0 |
| Aynı nakti yardım var mı? | Evet | 18 | 13,3 |
| Sağlık tedbiri çıkarılma nedeni nedir? | Cinsel istismar | 54 | 40 |
| | Fiziksel istismar | 16 | 11,9 |
| | Bakım yetersizliği | 44 | 32,6 |
| | Suçta sürüklenen çocuk | 10 | 7,4 |
| | Psikiyatrik hastalık | 8 | 5,9 |
| | Diğer | 3 | 2,2 |

Tablo 3. Haklarında sağlık tedbir kararı alınan ve çalışma merkezinde takip edilen olgular ve ebeveynlerinin ruh sağlıkları ile ilgili veriler

| | | n | (%) |
|---|---|-----|------|
| Sağlık tedbiri sonrası poliklinik takibi nasıl? | Düzenli | 77 | 57,0 |
| | Düzensiz | 58 | 43,0 |
| Travma sonrası stres bozukluğu | | 19 | 14,1 |
| Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu | | 15 | 11,1 |
| Davranım bozukluğu | | 15 | 11,1 |
| Major depresif bozukluk | | 15 | 11,1 |
| DEHB + DB | | 13 | 9,6 |
| Anksiyete bozukluğu | | 11 | 8,1 |
| Zihinsel yetersizlik | | 8 | 5,9 |
| Madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları | | 6 | 4,4 |
| Diğer | | 4 | 2,9 |
| Psikiyatrik tanı yok | | 29 | 21,5 |
| Olgularda psikiyatrik ilaç kullanımı | İlaç kullanımı yok | 58 | 43,0 |
| | En az iki ilaç birlikte kullanımı | 25 | 18,3 |
| | Selektif serotonin geri alım inhibitörü | 28 | 20,7 |
| | Aripiprazol | 9 | 6,7 |
| | Risperidon | 6 | 4,4 |
| | Metilfenidat | 5 | 3,7 |
| | Diğer | 4 | 2,9 |
| Babada ruhsal hastalık öyküsü | Tanı yok | 101 | 74,8 |
| | Madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları | 16 | 11,9 |
| | Antisosyal kişilik bozukluğu | 8 | 5,9 |
| | Diğer | 10 | 7,4 |
| Annede ruhsal hastalık öyküsü | Tanı yok | 106 | 78,5 |
| | Major depresif bozukluk | 11 | 8,1 |
| | Mental retardasyon | 9 | 6,7 |
| | Diğer | 9 | 6,5 |

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, DB: Davranım bozukluğu

Tablo 4. Olguların cinsiyet, yaş, psikiyatrik tanı varlığı ve ebeveynlere ait özelliklerin diğer değişkenlerle karşılaştırılması

| | | Kız N (%) | Erkek N (%) | P |
|--|------------------|--------------|----------------|---------|
| Örgün eğitim varlığı | | 52 (74,3) | 51 (91,1) | 0,015* |
| Eğitim tedbiri varlığı | | 17 (22,7) | 16 (26,7) | 0,591* |
| Düzenli takip varlığı | | 43 (57,3) | 34 (56,7) | 0,938* |
| Psikiyatrik tanı varlığı | | 58 (77,3) | 48 (80,0) | 0,708* |
| İstismar varlığı | | 52 (69,3) | 20 (33,3) | 0,000* |
| Çocuk yaş ortalaması | | | | |
| Örgün eğitim var mı? | Evet | 12,14±3,66 | | 0,000** |
| Okula devam durumu | Düzenli | 12,23±3,77 | | 0,031** |
| Çocukta psikiyatrik bozukluk var mı? | Evet | 12,75±4,09 | | 0,019** |
| İstismar var mı? | Evet | 13,11±3,78 | | 0,033** |
| Olguda psikiyatrik bozukluk var mı? | | | | |
| | | Evet N (%) | Hayır N (%) | |
| Eğitim tedbiri var mı? | Evet | 30 (28,3) | 3 (10,3) | 0,046* |
| Düzenli takip var mı? | Evet | 57 (53,8) | 20 (69) | 0,143* |
| Örgün eğitim var mı? | | | | |
| | | Evet | Hayır | |
| Ebeveyn eğitim düzeyi | Ortaokul altı | 57 (55,3) | 18 (78,3) | 0,043* |
| | Ortaokul ve üstü | 46 (44,7) | 5 (21,7) | |
| Ebeveynde ruhsal hastalık var mı? | | | | |
| | | Evet | Hayır | |
| Aile içi istismar var mı? | Evet | 20 (74,1) | 26 (39,4) | 0,002* |
| Bakım tedbiri var mı? | Evet | 14 (60,9) | 9 (39,1) | 0,007* |

*Ki-kare testi, **Mann-Whitney U testi

özellikler, ruhsal patoloji sıklıkları, ebeveynlere ait özellikler ile koruyucu ve risk faktörlerini inceledik. Çalışmamızda çocukların %55,6'sı kız, %45,4'ü erkekti. Sağlık tedbiri kararıyla çocuk psikiyatrisi kliniğinde takip edilen çocukların psikososyal özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada çocukların %67,2'sinin kız olduğu bildirilmiştir.¹⁷ Başka bir çalışmada da sağlık tedbiri ile takip edilen çocukların %53,0'ünün erkek, %47,0'sinin kız olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada en sık sağlık tedbiri çıkarılma nedeninin davranış bozukluğu olduğu göz önüne alındığında ise erkek cinsiyetin daha yüksek olması anlaşılır bir bulgudur.¹⁸ Örneklemimizde sağlık tedbiri çıkarılmasının en sık nedeni ise cinsel istismardır. Dünya şiddet ve sağlık raporu'nda, özellikle yaşça büyük kız çocuklarının cinsel istismara daha fazla uğradıkları ifade edilmiştir.¹⁹ Literatürde cinsel istismarın kız çocuklarında daha fazla görüldüğü göz önüne alındığında çalışmamızda kız cinsiyetin daha yüksek oranda bulunması yazın bilgisi ile örtüşmektedir.

Çalışmamızda çocukların yaş ortalaması 12,3±4,2 yıldır. Sağlık tedbiri kararı alınan çocuk ve ergenlerin psikososyal özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada da en sık yaş aralığının 14-18 olduğu bildirilmiştir.¹⁷ Cinsel istismara uğrayan çocuklarda psikopatoloji sıklığının araştırıldığı bir çalışmada da yaş ortalaması 13,9 yıl olarak saptanmıştır.²⁰ Çalışmamızda

ayrıca örgün eğitime devam etmeme (p=0,000), okula devamın düzensiz olması (p=0,031), istismar mağduru olma (p=0,033) ve psikiyatrik tanı varlığı (p=0,019) yüksek yaş grubu çocuklarda daha fazlaydı. Çalışmalar istismara uğrama ile yaş arasında bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Çalışmamızda saptanan yaş grubu daha çok ergenlik dönemini içermekte olup bu yaş ortalaması cinsel istismarın da ergenlik döneminde daha sık görüldüğü bilgisi ile paralellik göstermektedir.¹⁹

Çalışmamızda tüm çocukların %26,4'ünün sınıf tekrarı yaptığı, %17,0'sinin örgün eğitimden ayrıldığı, örgün eğitimde olan olguların ise %39,0'unun okula düzenli olarak devam etmediği saptandı. Sağlık tedbiri kararı olan çocuklar ile ilgili başka bir çalışmada bu çocukların %28,0'inin okulu terk ettiği bildirilmiştir.¹⁸ Yine sağlık tedbiri ile takip edilen olguların değerlendirildiği bir çalışmada örgün eğitimi terk etme oranı %37,0 olarak saptanmıştır.¹⁷ Ergenlik döneminde örgün eğitimden uzaklaşma ile mesleki ve sosyal sorunlar artmakta ve ergenin biyo-psikososyal gelişimi olumsuz etkilenmektedir.²¹ Ergenlikte okula devam yıkıcı davranışlar ve şiddet içeren suçların düşük oranda olması ile ilişkilendirilmiştir.²² Okula devam etmemenin kendisi çocuklarda ruh sağlığında bozulmalara neden olabilirken, çocukların maruz kaldığı şiddet davranışı da ruh sağlığında bozulmalara, böylece okul

devamsızlığına, dikkat sorunlarına, okul başarısında düşüklüğe neden olabilmektedir.¹⁶ Yine okul hayatında aksaklıklar olması çocuk ve ergenlerde istismar ve ihmal riskini artırabilmektedir.²³ Yazın verileri ve çalışma bulgularımız göz önüne alındığında sağlık tedbiri ile takip edilen olguların eğitimlerine devamını desteklemenin, ruh sağlıklarının korunması adına önemli olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda çocukların yalnızca %21,5'inin psikiyatrik tanısı olmadığı saptandı. En sık tanılar ise TSSB (%14,1), DEHB (%11,1), DB (%11,1), MDB (%11,1) ve AB (%8,1) idi. Nasıroğlu tarafından yapılan çalışmada sağlık tedbiri ile takip edilen olguların %15,0'inin tanı almadığı, %15,0'inde TSSB, %26,3'ünde DEHB + DB olduğu görülmektedir.¹⁸ Yazında ihmal ve istismara maruz kalmanın AB, duygudurum bozuklukları ve DB gibi pek çok hastalık riskini artırdığı bildirilmektedir.²⁴ ABD'de yapılan bir çalışmada çocuk koruma sistemine dahil olan çocuklarda ruhsal patoloji görülme sıklıkları DEHB, DB, AB ve duygudurum bozuklukları için; sırasıyla % 50,0, % 50,0, % 10,0 ve % 10,0 olarak saptanmıştır.²⁵ Çalışma bulgularımız yazınla uyumlu olarak haklarında sağlık tedbir kararı alınan olgularda ruhsal bozukluk oranlarının artmış olduğunu göstermektedir. Çalışmamızın bir başka bulgusu herhangi bir psikiyatrik tanı varlığında eğitim tedbiri kararı oranının daha yüksek saptanmış olmasıdır (p=0,046). Bir çalışmada 16-18 yaş aralığında emosyonel sorunlar yaşayan öğrencilerin %45,0'inin okuldan ayrıldığı belirtilmiştir.²⁶ Bulgularımız ruhsal ve akademik sorunların ilişkili olduğunu desteklemektedir.

Örnekleminizdeki çocukların % 43,0'ünün takiplerine düzenli olarak devam etmediği, düzenli poliklinik takiplerinin ise psikiyatrik tanı varlığı ile ilişkisiz olduğu görülmüştür (p=0,143). Sağlık tedbiri kararı ile takip edilen olguların değerlendirildiği bir çalışmada bu çocukların yalnızca %45,0'inin poliklinik takiplerine düzenli devam ettiği bildirilmiştir.¹⁷ Başka bir çalışmada adli değerlendirme sonrası ruh sağlığında bozulma saptanan ve poliklinik takibi önerilen olguların %21,4'ünün takiplerinin düzenli olduğu saptanmıştır.²⁷ Bulgularımız tedavi edilmesi gereken olguların takipleri ile ilgili sorunlar olduğunu göstermektedir. Bu nedenle ebeveynlere ve çocuklara, çocuklardaki ruh sağlığı sorunları ve tedavi seçenekleri konusunda psiko eğitim verilmesinin düzenli psikiyatrik takip oranını artırabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda çocukların yalnızca %46,7'sinin anne ve babası ile birlikte yaşadığı saptandı. Sağlık tedbiri kararı ile takip edilen olguların değerlendirildiği bir çalışmada bu çocukların %48,0'inin anne babasının boşanmış olduğu bildirilmiştir.¹⁷ Nasıroğlu¹⁸ tarafından yapılan çalışmada da ebeveynlerin yalnızca %59,0'unun birlikte yaşadığı saptanmıştır. Yazında parçalanmış ailelerin çocuk istismarı için bir risk etkeni olduğu bildirilmiştir.^{28,29} Çocuk istismarının olduğu ve olmadığı ailelerin karşılaştırıldığı çalışmalarda, ebeveynlerin ayrılmış olması veya tek ebeveynli yaşamak, ihmal ve istismarı artırıcı etkenler arasında ifade edilmektedir.^{30,31} Literatür verileri de dikkate alındığında çalışma bulgularımız aile bütünlüğü bozulmuş çocuk ve ergenlere yönelik ruh sağlığını koruyucu yaklaşımların önemini destekleyebilir.

Takip dosyalarında aileye yönelik bilgiler ve sosyal inceleme raporlarından elde edilen verilere göre babaların %25,2'sinde, annelerin ise %21,5'inde psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Nasıroğlu'nun¹⁸ çalışmasında ise sağlık tedbiri kararı olan çocukların babalarında %16,0 oranında ruhsal hastalık bildirilmiştir. Ebeveynlerinde ruhsal bozukluk olan çocukların, çocukluk dönemlerinin zor ve sıkıntılı geçebileceği, bu çocukların ergenlik dönemlerinde ise depresyon ve davranış sorunları için riskin artabileceği bildirilmiştir.^{32,33} Çalışmamızda ebeveynlerden birinde ruhsal hastalık varlığı, daha yüksek oranda aile içi istismar (p=0,002) ve bakım tedbiri kararı çıkarılması ile ilişkiliydi (p=0,007). Literatürde ruhsal sorunu olan ebeveynle yaşayan çocukların ihmal ve istismara maruz kalma ve psikiyatrik bozukluk açısından risk altında olabileceği bildirilmiştir.³⁴⁻³⁶ Bulgularımız ebeveyn ruh sağlığında bozulma durumunda tedaviye yönelik müdahalelerin, çocukların ruh sağlığını korumak ve ihmal/ istismar riskini azaltmak adına önemini destekleyebilir.

Çalışmamızda annelerin %74,1'i, babaların ise %67,4'ü ilkökul ve altı eğitim düzeyine sahipti. Sağlık tedbiri ile takip edilen çocuklar ile yapılan başka bir çalışmada annelerin %63,0'ünün eğitim seviyesinin ilkökul düzeyinde olduğu saptanmıştır.¹⁸ Benzer bir çalışmada ebeveynlerin yarısına yakınının ilkökul mezunu olduğu tespit edilmiştir.¹⁷ Yazın verileri, düşük ebeveyn eğitiminin çocuklarda istismar riskini artırabileceğini desteklemektedir.^{37,38} Yine çalışmamızda ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip ebeveyn varlığının çocuklarda daha düşük oranda örgün eğitime devam etme ile ilişkili olduğu saptandı (p=0,043). Bulgularımız ebeveyn eğitim seviyesinin düşüklüğü ile olgularda okul hayatında aksama ve böylece ruh sağlığı için korucuyu bir faktör olabilen okul ortamı ve akran ilişkilerinden mahrum kalma riskinin ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Çalışmamızda ailelerin %60,7'sinin aylık gelir düzeyi 2.500 TL ve altında idi. Yazında düşük ekonomik düzeyin çocuk istismarını artıran bir risk etmeni olduğu ifade edilmektedir.^{28,29} Muhtemelen düşük sosyoekonomik seviye çocukların fiziksel, duygusal ve sosyal gereksinimlerini karşılamada yetersizlik oluşturmakta, buna ebeveyn denetiminde yetersizlik gibi faktörlerin de eklenmesi ile çocuklarda istismar ve psikopatoloji riski artmaktadır.

Çalışmamızda olguların %50,4'ünde ailenin başvurusu sonrası, %19,3'ünde okulun başvurusu sonrası tedbir kararlarının çıktığı saptandı. Sağlık tedbiri dışında en sık tedbir kararı danışmanlık tedbiri (%51,1) iken bunu %24,4 ile eğitim tedbiri kararı izledi. Başka bir çalışmada sağlık tedbiri kararı olan çocukların %35,0'ünde ek danışmanlık, %14,0'ünde ise ek eğitim tedbiri olduğu bildirilmiştir.¹⁷ Bulgularımız, haklarında sağlık tedbir kararı alınan çocuklar ve ebeveynlerinin diğer alanlarda da koruyucu ve destekleyici tedbirlerden faydalanabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın sonuçları kısıtlılıkları bağlamında değerlendirilmelidir. Çalışmamızın kesitsel bir çalışma olması, kontrol grubunun olmaması, geriye dönük dosya inceleme

yöntemiyle yapılması, ölçek kullanılmaması ve tek merkezli yürütülmüş olması kısıtlılıklar arasında sayılabilir. Çalışmaya dahil edilen olgu sayısının önceki çalışmalara göre yüksek olması, olgunun sosyal çevresi, ailenin sosyoekonomik koşulları hakkında önemli bilgiler veren sosyal inceleme rapor bilgilerinin çalışmaya dahil edilmiş olması ise güçlü yanlarıdır. İleride yapılacak çok merkezli, kontrol grubu dahil edilen, izlem çalışmaları sağlık tedbiri çıkarılan olgular hakkında daha fazla bilgi sahibi olmamızı sağlayacaktır.

Sonuç

Çalışmamızda çocuk ve ergen psikiyatrisi klinik pratiğinde önemli bir yer kaplayan sağlık tedbiri kararı ile takip edilen çocuklar değerlendirildi. Ülkemizde bu alanda yapılan çalışmaların kısıtlı sayıda olduğu göz önüne alındığında çalışma sonuçlarımızın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çok yönlü ve kapsamlı bir değerlendirme ve müdahale gerektiren bu alandaki önemli adımlardan bazıları ise; eğitim altyapısının güçlendirilmesi, çocukların örgün eğitime devamının sağlanması, ruhsal bozukluğu olan çocukların takip ve tedavisinin yapılandırılıp düzenlenmesi, ailenin tedavi sürecine katılımının artırılması, ebeveynlik becerilerine yönelik eğitimler ve ebeveyn ruh sağlığını koruyucu müdahaleler olacaktır.

Etik

Etik Kurul Onayı: Çalışma için onay Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (karar no: 2021-4/21, tarih: 24.02.2021).

Hasta Onayı: Retrospektif çalışma.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: B.G., F.Y., Dizayn: B.G., F.Y., Veri Toplama veya İşleme: B.G., F.Y., Analiz veya Yorumlama: B.G., F.Y., Literatür Arama: B.G., Yazan: B.G.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Akyüz E. Ulusal ve Uluslararası Hukukta Çocuğun Haklarının ve Güvenliğinin Korunması, Ankara, Milli Eğitim Basımevi, 2000.
2. Uğurlu Z, Gülsen İA. Çocuk hakları ve hukuki bağlamda çocuğun ihmal ve istismardan korunması. *International Journal of Social and Educational Sciences*. 2014;1:1-24.
3. Hetherington R. Learning from difference: Comparing Child Welfare Systems. In: *Towards Positive Systems of Child and Family Welfare International Comparisons of Child Protection. Family Service and Community Caring Systems*. Toronto: University of Toronto Press. 2006;28:27-50.
4. Yolcuoğlu İG. Türkiye'de çocuk koruma sisteminin genel olarak değerlendirilmesi, *Aile ve Toplum*. 2009;5:43-57.

5. Aldemir V. Çocuk Koruma Kanununun Sosyal Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumunda Uygulanmasına İlişkin Bir Değerlendirme, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi. 2011. (Yüksek lisans tezi).
6. Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: results from the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA Pediatr*. 2015;169:746-754.
7. Colgrove J, Bayer R. Manifold restraints: liberty, public health, and the legacy of Jacobson v Massachusetts. *Am J Public Health*. 2005;95:571-576.
8. Takaoka K, Mizoguchi F, Wada I, Nakazato M, Shiraishi T, Ando S, Iyo M, Shimizu E. How parents suspected of child maltreatment change their cognition and behavior: a process model of outreach and child protection, generated via grounded theory. *Children and Youth Services Review*. 2016;71:257-265.
9. Çocuk Koruma Kanunu, T. C. Resmi Gazete, sayı: 25876, 15 Temmuz 2005.
10. Karakuş Ö, Tekin HH. Çocuk koruma kanunu uyarınca haklarında danışmanlık tedbiri uygulanan çocukların özellikleri (Konya örneği), *Sosyal Politika Çalışmaları*. 2012;7:29-44.
11. Uluğtekin S. Çocuk Mahkemeleri ve Sosyal İnceleme Raporları. (2. baskı). Ankara; Türkiye Barolar Birliği Yayınları; 2004;89-92.
12. Woods SB, Farineau HM, McWey LM. Physical health, mental health, and behaviour problems among early adolescents in foster care. *Child Care Health Dev*. 2013;39:220-227.
13. Herrenkohl TI, Hong S, Klika JB, Herrenkohl RC, Russo MJ. Developmental impacts of child abuse and neglect related to adult mental health, substance use, and physical health. *J Fam Violence*. 2013;28:191-199.
14. Hussey DL, Falletta L, Eng A. Risk factors for mental health diagnoses among children adopted from the public child welfare system. *Children and Youth Services Review*. 2012;34:2072-2080.
15. Jee S, Szilagyi M, Blatt S, Meguid V, Auinger P, Szilagyi P. Timely identification of mental health problems in two foster care medical homes. *Children and Youth Services Review*. 2010;32:685-690.
16. Skinner D, Tsheko N, Mtero MS, Segwabe M, Chibatamoto P, Mfecane S, Chitiyo G. Towards a definition of orphaned and vulnerable children, *AIDS Behav*. 2006;10:619-626.
17. Er Fazlıoğlu A. Sağlık tedbiri kapsamında tedavisi yürütülen çocukların ve ailelerinin psikososyal özelliklerinin sosyal hizmet perspektifinden değerlendirilmesi. *Journal of International Social Research*. 2019;12:735-742.
18. Nasıroğlu S. Mental assessment of child and adolescents in health measure. *Cukurova Med J*. 2017;42:484-489.
19. Mian M. World report on violence and health: what it means for children and pediatricians. *J Pediatr*. 2004;145:14-19.
20. Taner HA, Çetin FH, Işık Y, İşeri E. Psychopathology in abused children and adolescents and related risk factors. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2015;16:294-300.
21. Alikashiçoğlu M. Ergenlerde davranışsal sorunlar. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi. 2008;63:5-59.
22. Frey A, Ruchkin V, Martin A, Schwab-Stone M. Adolescents in transition: school and family characteristics in the development of violent behaviors entering high school. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2009;40:1-13.
23. Cook PJ, Kang S. Birthdays, schooling, and crime: regression-discontinuity analysis of school performance, delinquency, dropout, and crime initiation. *American Economic Journal: Applied Economics*. 2016;8:33-57.
24. Nemeroff CB. Paradise lost: the neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron*. 2016;89:892-909.

25. Garland AF, Hough RL, McCabe KM, Yeh MAY, Wood PA, Aarons GA. Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:409-418.
26. Lingenfelter N, Hartung S. School Refusal Behavior. *NASN Sch Nurse*. 2015;30:269-273.
27. Gökçen C, Dursun OB. Bir Eğitim Hastanesi Çocuk Psikiyatri Birimine Gönderilen Adli Olguların İncelenmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2012;25:238-243.
28. Putnam FW. Ten-year research update review: child sexual abuse, *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*. 2003;42:269-278.
29. Berger LM. Income, family characteristics, and physical violence toward children. *Child Abuse Negl*. 2005;29:107-133.
30. Ayan S. Aile İçinde Çocuğa Yönelik Şiddet (Sivas İlköğretim İkinci Kademe Öğrencileri Üzerine Bir İnceleme), Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2007, (Doktora tezi).
31. Horton CB, Cruise TK. *Child Abuse and Neglect. The School's Response*. New York, The Guilford Press, 2001.
32. O'Connell KL. What can we learn? Adult outcomes in children of seriously mentally ill mothers. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2008;21:89-104.
33. Mowbray CT, Bybee D, Oyserman D, Allen-Meares P, MacFarlane P, HartJohnson T. Diversity of outcomes among adolescent children of mothers with mental illness. *J Emot Behav Disord*. 2004;12:206-221.
34. Mahoney L. Children living with a mentally ill parent: The role of public health nurses. *Nurs Prax N Z*. 2010;26:4-13.
35. Korhonen T, Pietila AM, Vehvilainen-Julkunen K. Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? a questionnaire survey. *Scand J Caring Sci*. 2010;24:65-74.
36. Akdemir D, Gökler B. Bipolar duygudurum bozukluğu olan anne babaların çocuklarında psikopatoloji. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2008;19:133-140.
37. Örsel S, Karadağ H, Karaoğla Kahiloğulları A, Akgün Aktaş E. The frequency of childhood trauma and relationship with psychopathology in psychiatric patients. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2011;12:130-136.
38. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, Miral S, Hanci H, Ersahin Y, Tepeli N, Bulguc AG, Tiras B. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse Negl*. 2001;25:279-290.



Ergenlerde Bilişsel Odaklı Psikoeğitim Programının Kaygı Düzeyi ve Bilişsel Hatalara Etkisi

Effects of Cognitive Focused Psychoeducation Program on Anxiety Levels and Cognitive Errors of Adolescents

© Neslihan Tekgül

Yıldız Teknik Üniversitesi Öğrenci Dekanlığı, Psikolojik Danışma Birimi, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu araştırmada ergenlerde bilişsel odaklı psikoeğitim programının kaygı düzeyi ve bilişsel hatalara etkisini incelemek ve koruyucu ruh sağlığı hizmetinin öneminin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Program, bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre 6 seans, plasebo grubu için yapılan eğitimse 3 seans olarak düzenlenmiştir. Çalışma için İstanbul İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nden izin alınarak Şişli'deki iki okuldan 416 öğrenciye tarama testleri uygulanmıştır. Taramada Çocuklar için Olumsuz Bilişsel Hatalar Ölçeği (ÇOBHÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılmıştır. Psikoeğitim programının kaygı düzeyi ve bilişsel hatalara etkisini değerlendirmek amacıyla öntest ve sontestte BAÖ ve ÇOBHÖ kullanılmıştır. Grupların kaygı ve bilişsel hata düzeyini karşılaştırmak için 3x2 tekrarlı ölçümler için varyans analizi ve çoklu karşılaştırmalar için Tukey testi yapılmıştır.

Bulgular: Deney grubunda, kontrol ve plasebo grubuna göre kaygı ve bilişsel hata düzeyinde anlamlı olarak azalma görülmüş ($p < 0,05$); plasebo grubunda düşüş olduğu ancak istatistikî anlamlılık düzeyine ulaşamadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Sonuç: Psikoeğitim programının ergenlerde kaygı ve bilişsel hatayı azaltmada etkili olduğu gösterilmiş ve programın koruyucu ruh sağlığı açısından önemi saptanmıştır. Çocuk ve ergenlerde anksiyete ile bilişsel hata arasındaki ilişkiler konusunda yapılacak kapsamlı deneysel çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Ergenlik, kaygı, bilişsel hata, psikoeğitim, koruyucu ruh sağlığı

ABSTRACT

Objectives: This study aimed to evaluate the effects of cognitive focused psychoeducation program on anxiety levels and cognitive errors of adolescents and to underline the importance of preventive mental health services.

Materials and Methods: Psychoeducational program was designed in the light of cognitive-behavioral approach. It included 6 educational sessions, while placebo group comprised 3 sessions. For the study, screening tests were applied to 416 students from two schools in Şişli, with the permission of the Istanbul Provincial Directorate of National Education. The Children's Negative Cognitive Errors Questionnaire (CNCEQ) and Beck Anxiety Inventory (BAI) were used in screening. BAI and CNCEQ scores were used in pretest and posttest. For comparison of the anxiety levels and cognitive error levels of three groups, 3x2 repeated measure of variance analysis and Tukey test were applied.

Results: Results revealed that anxiety level and cognitive error level in the experimental group significantly decreased compared to the control group and placebo group ($p < 0.05$). A slight decrease in placebo group was found; however, results were not statically significant.

Conclusion: It was found that 6-week cognitive focused psychoeducational program for adolescents was effective in reducing anxiety and cognitive error levels. The current study shows the importance of the cognitive focused psychoeducational program in preventive mental health services. Further research on the relationship between anxiety and cognitive errors among children and adolescents is necessary.

Keywords: Adolescent, anxiety, cognitive error, psychoeducation, preventive mental health

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Neslihan Tekgül, Yıldız Teknik Üniversitesi Öğrenci Dekanlığı, Psikolojik Danışma Birimi, İstanbul, Türkiye

Tel.: +90 212 383 70 70 E-posta: neslihanarikan@hotmail.com ORCID: orcid.org/0000-0001-6149-1825

Geliş Tarihi/Received: 03.02.2021 Kabul Tarihi/Accepted: 08.06.2021

©Telif Hakkı 2022 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



Giriş

Kaygı (anksiyete) normal gelişimin bir parçasıdır ve belli düzeyler arasında amaca yönelik etkinlik, tehlikelere karşı korunma ve canlılığın devamı için gerekli bir deneyimdir.¹ Çocukların korku ve kaygılarını kontrol edebilme algıları, gelişim sürecinde deneyimleri ve bu deneyimlerle ilgili öznel değerlendirmeleri aracılığıyla gelişir.² Olumsuz duygusal deneyimlerin bilişsel süreçleri bozucu etkisi dolayısıyla³ uygun düzeyin üzerinde yaşanan kaygının yönetilmesinde zorlanılmaktadır.¹ Bunun sonucunda yoğun kaygı yaşayan kişiler, günlük yaşamlarında nesnel bir tehdit olmasa da öznel tehlike algıları nedeniyle tetiktedirler.⁴ Tetikleyici olaylarla tehlike şemaları aktive olur. Ve şemaların içeriğiyle tutarlı olarak çevredeki olaylar yorumlanır, bu da olumsuz değerlendirmelere ve nihayetinde bilişsel hatalara neden olur.⁵ Tehlikeyi azaltmak için kaçınmaya ve güvenlik algısını destekleyecek davranışlara yönelinse de, bu davranışlar çelişkili olarak anksiyete bozukluğu belirtilerinin şiddetlenmesi ve kalıcılışmasına hizmet etmektedir.⁵

Anksiyete bozuklukları çocuk ve ergenlerin en yaygın sorunlarından biridir.⁶⁻⁸ Yurt dışında çocuk ve ergenler üzerinde yapılmış epidemiyolojik çalışmalarda anksiyete bozukluğu yaygınlığının %2,4-17,7⁹ arasında olduğu belirtilmiştir. Geniş örneklemlili (n>10,123) güncel bir çalışmada ise %30,9 oranı ile anksiyete bozukluğu ergenlerde en sık rastlanan psikopatoloji¹⁰ olarak bulunmuştur. Anksiyete bozuklukları çoğunlukla çocukluk veya ergenlikte başlayıp, genelde süregelenleşmekte veya belirtilerin alevlenip yatıştığı dönemlerle gitmektedir.¹¹ Bu bozukluklar birey, aile, okul ve toplum yaşamını olumsuz etkilediğinden çocuklarda ruhsal bozukluklar, özel olarak da anksiyete bozukluklarının bilişsel süreçlerle etkileşimi üzerine araştırmalar giderek önem kazanmaktadır.^{12,13}

Bilişsel hatalar, anksiyete bozukluğunun oluşması ve sürdürülmesinde önemli rol oynar.^{14,15} Bu hatalar bilişsel işlevde bir eksikliği yansıtmamakta, daha çok düşünce süreçlerinde çarpıtmalar/ön yargıları içermektedir.^{13,16,17} Bilişsel çarpıtmaları olan çocukların çevreden alınan bilgiyi yanlış ve işlevsiz olarak işleyebildiği, çevresel uyarıları yanlış algılayabildikleri ve bu çarpıtmaların anksiyete, depresyon gibi bozukluklara katkılık oluşturduğu düşünülmektedir.¹⁸⁻²⁰ Günümüze kadar yürütülmüş olan çalışmalar kaygı ve özgün bilişsel hatalar arasında, olasılıkla çocukluk çağı anksiyete bozuklukları için daha belirgin ilişkiler olduğunu belirtmiştir.^{13,21-24} Beck ve ark.²⁵ yedi tür bilişsel hata tanımlamış, Leitenberg ve ark.²⁶ bunlardan dördünün anksiyeteyle ilişkili olduğunu belirtmiştir: Aşırı genelleme (bir olay olumsuz bir şekilde sonuçlanırsa her olayın benzer sonuçlanacağına inanmak); seçici soyutlama (bir durumun sadece olumsuz özelliklerine odaklanma ve inanma); kişiselleştirme (kendini başarısızlık gibi tüm kötü şeylerden sorumlu tutmak); ve felaketleştirme (olması muhtemel olaylar içinden daima en kötüsünün olacağını düşünmek).²⁵

Bilişsel terapi çeşitli bilişsel, davranışsal, kişilerarası ve duygusal tepkileri içeren karmaşık bir modeldir.¹⁷ Anksiyete

bozukluklarının tedavisi ve önlenmesine yönelik bilişsel davranışçı terapinin (BDT) etkinliği kanıtlanmış¹⁶ olmakla birlikte, Beck'in modelindeki "bilişsel yapıların özgünlüğünü" farklı örneklemlerle ve ideal olarak kontrol grupları ile karşılaştırmalı olarak aydınlatabilecek çalışmaların azlığından bahsedilmiştir.¹³ Var olan deneysel çalışmalar, ergenlerde anksiyete bozukluklarında bilişsel davranışçı yönelimli erken müdahale programlarının hatalı bilgi işleme süreçlerini değiştirebileceğini, bozuklukların gelişimini önleyebileceğini, semptomları azaltıp/ortadan kaldırmabileceğini düşündürmektedir.^{27,28} Tanı alan ve almamış çocuklara BDT uygulandığında, başa çıkma yeteneklerinin geliştiği ve bir yıllık takip sonunda kazançların korunduğu görülmüştür.¹⁶ Yine ergenlerde müdahale sonrasında sosyal anksiyete belirtileri ve bilişsel hatalarda azalma görülmüştür.²⁹ Bilişsel hatalar ve kaygı bozukluğu ilişkisi üzerine verilerin gücüne rağmen, ülkemizde anksiyete bozukluklarını önlemede bilişsel hataların rolü üzerine yürütülmüş deneysel çalışmalar kısıtlıdır. Mevcut çalışma, ergenlerdeki kaygı ve bilişsel hataları ele alması, önleyici ruh sağlığına dönük bir müdahale programı sunması ve ayrıca bu müdahale programının öntest-sontest, kontrol ve plasebo gruplu deneysel desende sınanmış olması bakımından özgündür.

Pratikte anksiyete bozukluklarının BDT müdahalesinde bilişsel çarpıtmalar için psikoeğitim yaygındır. Psikoeğitim açıklanamaz gibi görünen kaygı epizotlarını açıklamada yardım eden, otomatik düşünceler ve bilişsel hata türleri hakkında yapılan bilgilendirir.³⁰ Psikoeğitim, ekonomiktir ve kısadır. Bu bakımdan kaygı ve bilişsel hataların ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda koruyucu ruh sağlığı hizmeti olarak ergenlikteki bilişsel hataların çalışılmasında ve ergenlerin kaygı bozukluğu geliştirme riskini azaltmada pratiktir. Bu ve benzeri çalışmalar okul ortamında kolayca uygulanabilir olması ile damgalanma riskini de azaltabilir. Bu doğrultuda çalışmanın amacı ergenlikte bilişsel odaklı psikoeğitim programının kaygı düzeyi ve bilişsel hatalara olan etkisini ortaya koymak ve koruyucu ruh sağlığı hizmetinin önemini göstermektir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Modeli

Araştırma öntest-sontest, kontrol ve plasebo gruplu deneysel desende tasarlanmıştır. 3x2 faktörlü "son faktörde tekrarlı ölçüm" desen kullanılmıştır. "3" grupları (deney/psikoeğitim alan, kontrol/müdahalenin olmadığı, plasebo/psikoeğitim görünümü-mesleki rehberlik), "2" yapılan ölçüm sayısını göstermektedir.

Katılımcılar

Hem İstanbul Valiliği ve hem de Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (karar no: 63316977/900-734, tarih: 24.08.2015) araştırma izni alınarak, 2015 eğitim-öğretim yılında, orta sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerin çocuklarının okuduğu

Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı iki okulun 7. sınıflarıyla yapılmıştır. Katılımcılar 13 yaşındaki öğrencileri içermiştir. Tarama çalışmasına 416 öğrenci katılmıştır. Gruplara katılma kriterlerini karşılayan 99 öğrencinin ebeveyninden yazılı onam alındıktan sonra, öğrenciler deney, kontrol ve plasebo gruplarına atanmıştır. Ancak 8 öğrenci (deney=5, kontrol=3) çalışmayı sürdüremediğinden çalışmanın katılımcıları 91 (deney=30, kontrol=31, plasebo=30) öğrenciden oluşmuştur. Gruplara katılma kriterleri şunlardır: gönüllü olmak, ebeveyn izni, ÇOBHÖ'den 55 ve üzeri puan almak, BAÖ'den 8 (hafif belirti) ve üzeri puan almak, psikiyatrik tanı almamış olmak ve psikolojik danışmanın değerlendirmesi. Çalışmaya dahil edilen öğrencilerin her biri okul psikolojik danışmanının değerlendirmesine tabi tutulmuştur. Kaygı ya da farklı bir nedenle tanı almamış olsa da ruhsal destek alan ergenler çalışmadan dışlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Çocuklar İçin Olumsuz Bilişsel Hatalar Ölçeği (ÇOBHÖ):

Leitenberg ve ark.²⁶ tarafından geliştirilmiş, beşli Likert tipi, 24 maddelik ölçektir. Aşırı genelleme, felaketleştirme, kişiselleştirme ve seçici soyutlamayı içeren ölçekten yüksek puan almak bilişsel hatanın düzeyinin yüksekliğini gösterir. Suadiye ve Aydın²³ güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında alfa değerini 0,91, iki yarım ters güvenilirliği 0,87, Karakaya ve ark.²² alfa katsayısını birinci uygulamada 0,82, ikinci uygulamada 0,79 ve test-tekrar test korelasyonunu 0,87 olarak bulmuşlardır. Faktör analizi sonucunda felaketleştirme, seçici algılama ve bireyselleştirme olarak üç faktör elde edilmiş; özgün ölçekteki aşırı genelleme faktörünün diğerleri altında toplandığı belirtilmiştir.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): BAÖ³¹ 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında iç tutarlık katsayısı 0,93 bulunurken, madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0,45-0,72 arasındadır.³² Ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayısıysa 0,57 olarak bulunmuştur. BAÖ psikiyatride yatarak tedavi gören ergenlerde³³ klinik uygulamada,³⁴ ayaktan görülen hastalarda⁶ ve ergen örneklerinde³⁵ kullanılabilir.

Kişisel Bilgi Formu (KBF): Katılımcıların cinsiyeti, nerede ve kiminle yaşadığı, anne-babasının eğitimi, ekonomik ve çalışma durumu, kardeş sayısı ve psikiyatrik öykü bilgilerini içeren, araştırmacı tarafından oluşturulmuş bir formdur.

İşlem

Tarama çalışması 2015 yılında Şişli'deki okullardan uygun koşulları sağlayan ikisinde, sınıf ortamında, araştırmacı ve rehber öğretmen tarafından okulun 7. sınıflarına, psikoeğitim programının uygulanmasından bir hafta önce yapılmıştır. Tarama çalışmasında KBF, ÇOBHÖ ve BAÖ uygulanmış olup rehber öğretmene testlerin yönergelerinin eğitimi araştırmacı tarafından verilmiştir. Katılım ölçütlerine uygun olanlar (bakınız: katılımcılar) gruplara atanmıştır (deney=35,

kontrol=33, plasebo=31). Uygulamalar bittikten bir hafta sonra son ölçümler araştırmacı ve psikolojik danışmanlar tarafından alınmıştır. Kontrol ve plasebo grubu için çalışma bittikten sonra etik ihlale neden olmamak için psikoeğitim yapılmak istenmiş, ancak müracaat eden sadece iki öğrenci olduğundan psikoloğa yönlendirilmiştir.

Psikoeğitim programı: Psikoeğitim programı "Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Ötesi",³⁶ "Bilişsel Yaklaşımda Anksiyete Bozuklukları"⁵ ve "Gevşeme Egzersizleri"³⁷ kitaplarından yararlanılarak hazırlanmıştır. Psikoeğitim programı duygu, düşünce, davranış ve bilişsel hatanın tanımlanmasına, bilişsel hatayı kişinin kendinde fark etmesine, anksiyete belirtilerinin azaltılmasına yönelik bazı tekniklerin tanıtılması ve sorunlarıyla baş edebileceklerine dair inançlarının güçlendirilmesini içermektedir. Plasebo grubuna uygulanan 3 seanslık mesleki rehberlik çalışması ise ilgi ve yeteneklerinin fark edilmesine yönelik psikoeğitim ve Holland'ın mesleki tercih envanterinin uygulanmasını içermektedir.

Süreç: Deney grubuna psikoeğitimi 6 hafta boyunca haftada bir gün, 50 dakika olarak aynı sınıfta, klinik psikoloji yüksek lisans programından bir psikolog uygulamıştır. İlk seansta protokol (aydınlatılmış onam katılımcılara verilmiş ve imzalatılmış) ve amaç; ikinci seansta problem tanımlanarak örneklendirilmesi ve üyelerin problemi kendi durumlarıyla ilişkilendirmeleri; üçüncüde düşünce, duygu ve davranışın tanımlanması, kendi problem durumlarıyla ilişkilendirilmesi; dördüncü seansta düşünce-duygu-davranış ilişkisinin kurulması, hatalı düşünceleri fark ederek bilişsel hatanın tanımlanması; beşinci seansta baş etme stratejileri, kaçınma tepkilerinin fark edilmesi, alternatif davranışlar, nefes egzersizi; altıncı seansta seansların özeti yapılarak program sonlandırılmıştır. Plasebo grubuna uygulanan mesleki rehberlik çalışması; 3 hafta boyunca haftada bir gün, 50 dakika yapılmıştır. Okul şartları nedeniyle, müdahale grubu ile eş sürede planlanan mesleki rehberlik üç seans olarak uygulanabilmiştir.

Uygulayıcı: Programı her hafta aynı kişi uygulamıştır. Uygulayıcı klinik psikoloji yüksek lisans öğrencisi olup teorik olarak BDT eğitimini tamamlamış ve bir yıl boyunca haftada 4 saat BDT süpervizyonu almıştır.

Ev ödevi: İki, üç ve dördüncü oturumlarda deney grubuna ev ödevi verilmiştir. İkinci seansta ergenlere kendi yaşamlarında kaygılandıkları durumları kaydetme, 3. seansta kaygılandıkları durumla ilişkili duygu ve düşüncelerini kaydetme ve 4. seansta ise kaygılandıkları olaya dönük duygu düşünceleri ile verdikleri tepkileri kaydetme ev ödevi olarak verilmiştir. Bu çalışmada katılımcıların ev ödevini yapma oranı %69,5'tir.

Pekiştirme: Seansların son 15 dakikası eğlenceli aktiviteye ayrılmıştır. Eğlenceli aktivite olarak gruplar halinde atasözü tamamlama ("Ağaç ... eğilir." gibi) ve kelime oyunları ("PS-KO-OJ-" gibi) gibi oyunlar oynanmıştır. Haftanın kazanan grubuna çikolata ve 6 haftanın sonunda en çok kazanan gruba birer kupa hediye edilmiştir.

İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS for Windows Versiyon 15.0 (SPSS Inc, Chicago, IL) paket programı kullanılmıştır. Değişkenler arasında ilişki derecesini ve yönünü görmek amacıyla Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Deney, kontrol ve plasebo gruplarındaki katılımcıların BAÖ ve ÇOBHÖ'den aldıkları öntest ve sontest puanlarına ait bulgular 2 (öntest-sontest) x3 (deney-kontrol-plasebo) tekrarlı ölçümler için varyans analizi ve çoklu karşılaştırmalar için Tukey testiyle analiz edilmiştir. Öntest ve sontest, denek-içi tekrarlayan değişken, grup ise gruplar-arası değişken olarak analize girmiştir. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ değeri kabul edilmiştir.

Sonuçlar

Araştırma katılımcıları, katılma kriterlerini karşılayan 13 yaşındaki, 59'u (%64,84) kız (deney=19, kontrol=24, plasebo=16), 32'si (%35,16) erkek (deney=11, kontrol=7, plasebo=14) ergenlerden oluşmuştur. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ait değerlendirmeler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Değişkenler arasında ilişki derecesini ve yönünü görmek amacıyla yapılan Pearson korelasyon analizine göre kaygı ve bilişsel hata değişkenleri pozitif yönde orta ($r=0,42$, $p=0,000$), felaketleştirme ve kişiselleştirme değişkenleri pozitif yönde yüksek ($r=0,64$, $p=0,000$), felaketleştirme ve seçici soyutlama değişkenleri pozitif yönde yüksek ($r=0,60$, $p=0,000$), seçici soyutlama ve kişiselleştirme pozitif yönde yüksek derecelerde ilişkilidirler ($r=0,53$, $p=0,000$).

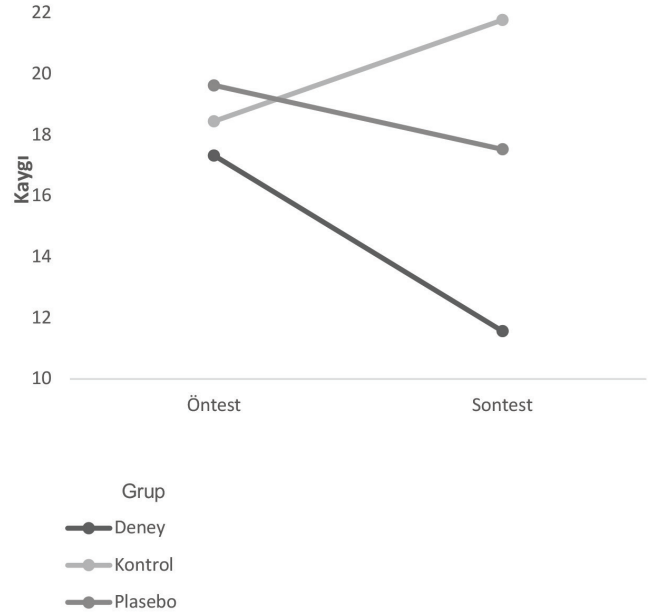
BAÖ puanları arasında öntest ve sontest ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$F(2,88)=3,339$, $p < 0,05$]. BAÖ puanlarının öntest-sontest ve gruplar arasındaki etkileşimi anlamlıdır (Wilk's $\lambda=0,852$, $F(2,88)=7,657$, $p=0,001$, $\eta^2=0,148$) (Tablo 2). Farklılık, deney ve kontrol grubundan kaynaklanmaktadır ($p=0,037$). Deney grubundaki öğrencilerin öntest ($M=17,33$) ve sontestte ($M=11,57$) aldıkları BAÖ puanları kontrol grubunun öntest ($M=18,45$) ve sontest ($M=21,77$) puanlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmıştır (Şekil 1).

Tablo 2'de görüldüğü üzere, ÇOBHÖ öntest ve sontest ortalamalarının, deney, kontrol ve plasebo gruplarında psikoeğitim programına bağlı olarak değişimi incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlılık vardır [$F(2,88)=3,660$, $p < 0,05$]. Gruplar arası etkileşim anlamlıdır [Wilk's $\lambda=0,728$, $F(2,88)=16,452$, $p=0,000$, $\eta^2=0,272$] (Tablo 2). Deney grubunun öntest ($M=73,57$) ve sontest ($M=51,37$) ÇOBHÖ puanları, kontrol grubunun öntest ($M=72,42$) ve sontest ($M=72,10$) puanlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmıştır (Şekil 2).

ÇOBHÖ'nün 3 alt ölçeğinden (felaketleştirme, seçici soyutlama-algılama ve kişiselleştirme) biri olan ÇOBHÖ-felaketleştirme (ÇOBHÖ-F) puanlarına bakıldığında deney, kontrol ve plasebo grupları [$F(2,88)=3,660$, $p < 0,05$] ve grupların etkileşimi anlamlıdır [Wilk's $\lambda=0,754$, F

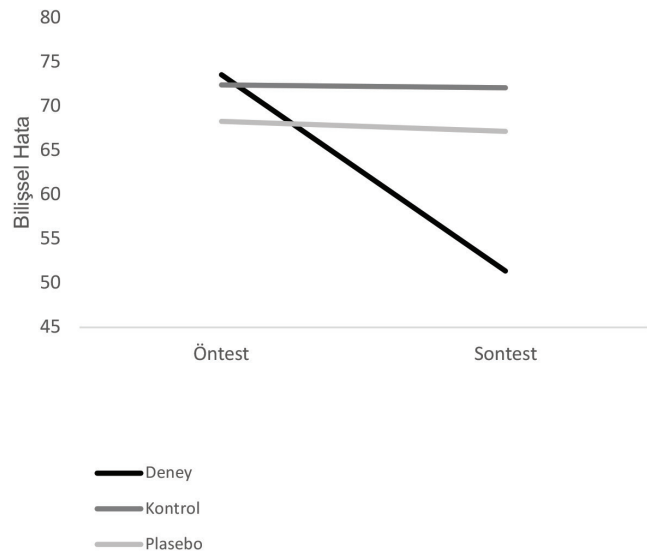
(2,88)=14,377, $p=0,000$, $\eta^2=0,246$]. Kontrol ve plasebo gruplarında felaketleştirme son ölçüm puanlarında artma gözlemlenmiş olsa da deney grubundaki öğrencilerin öntest ($M=26,40$) ve sontest ($M=18,23$) ÇOBHÖ-F puanları kontrol grubunun öntest ($M=25,00$) ve sontest ($M=25,97$) puanlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmıştır.

ÇOBHÖ-kişiselleştirme (ÇOBHÖ-K) puanlarına bakıldığında deney, kontrol ve plasebo grupları arasında istatistiksel olarak



Şekil 1. Deney, kontrol ve plasebo gruplarının BAÖ öntest ve sontest puanlarında ortaya çıkan farklılaşma

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği



Şekil 2. Deney, kontrol ve plasebo gruplarının ÇOBHÖ öntest ve sontest puanlarında ortaya çıkan farklılaşma

ÇOBHÖ: Çocuklar için Olumsuz Bilişsel Hatalar Ölçeği

Tablo 1. Deney, kontrol ve plasebo gruplarındaki katılımcıların demografik özellikleri

| Değişken | Deney | | Kontrol | | Plasebo | |
|-----------------------------------|-------|-------|---------|-------|---------|--------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Cinsiyet | | | | | | |
| Kadın | 19 | 63,30 | 24 | 77,40 | 16 | 53,30 |
| Erkek | 11 | 36,70 | 7 | 22,60 | 14 | 46,70 |
| Kimle yaşadığı | | | | | | |
| Annem-Babamla | 27 | 90,00 | 26 | 83,90 | 26 | 86,70 |
| Annemle | 3 | 10,00 | 3 | 9,70 | 2 | 6,70 |
| Babamla | 0 | 0,00 | 1 | 3,20 | 1 | 3,30 |
| Diğer | 0 | 0,00 | 1 | 3,20 | 1 | 3,30 |
| Anne-baba medeni durum | | | | | | |
| Berber resmi nikâhlı | 27 | 90,00 | 26 | 83,90 | 27 | 90,00 |
| Berberler nikâhlı değil | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 3,30 |
| Boşandılar | 2 | 6,70 | 2 | 6,50 | 2 | 6,70 |
| Diğer | 1 | 3,30 | 4 | 9,70 | 0 | 0,00 |
| Kardeş sayısı (kendisiyle) | | | | | | |
| 1 | 7 | 23,30 | 6 | 19,40 | 6 | 20,00 |
| 2 | 11 | 36,70 | 10 | 32,30 | 13 | 43,30 |
| 3 | 9 | 30,00 | 10 | 32,30 | 5 | 16,70 |
| 4 ve üzeri | 3 | 10,00 | 5 | 16,10 | 6 | 20,00 |
| Annenin eğitim durumu | | | | | | |
| Okuryazar değil | 0 | 0,00 | 2 | 6,50 | 2 | 6,70 |
| Okuryazar | 0 | 0,00 | 2 | 6,50 | 0 | 0,00 |
| İlkokul mezunu | 13 | 43,30 | 5 | 16,10 | 9 | 30,00 |
| Ortaokul mezunu | 7 | 23,30 | 8 | 25,80 | 10 | 33,30 |
| Lise mezunu | 9 | 30,00 | 9 | 25,80 | 6 | 20,00 |
| Üniversite mezunu | 1 | 3,30 | 5 | 16,10 | 3 | 10,00 |
| Babanın eğitim durumu | | | | | | |
| Okuryazar değil | 1 | 3,30 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Okuryazar | 0 | 0,00 | 3 | 9,70 | 1 | 3,30 |
| İlkokul mezunu | 14 | 46,70 | 4 | 12,90 | 10 | 33,30 |
| Ortaokul mezunu | 8 | 26,70 | 8 | 25,80 | 5 | 16,70 |
| Lise mezunu | 5 | 16,70 | 11 | 35,50 | 7 | 23,30 |
| Üniversite mezunu | 2 | 6,60 | 5 | 16,10 | 7 | 23,30 |
| Annenin çalışması | | | | | | |
| Evet | 12 | 40,00 | 13 | 41,90 | 11 | 36,70 |
| Hayır | 18 | 60,00 | 18 | 58,10 | 19 | 63,30 |
| Babanın çalışması | | | | | | |
| Evet | 29 | 96,70 | 29 | 93,50 | 30 | 100,00 |
| Hayır | 1 | 60,00 | 2 | 6,50 | 0 | 0,00 |
| Gelir durumu | | | | | | |
| Düşük | 7 | 23,30 | 7 | 22,60 | 6 | 20,00 |
| Orta | 20 | 66,70 | 16 | 51,60 | 16 | 53,30 |
| Ortanın üstü | 3 | 10,00 | 6 | 19,40 | 7 | 23,30 |
| Yüksek | 0 | 0,00 | 2 | 6,50 | 1 | 3,30 |
| Ailede psikiyatrik öykü | | | | | | |
| Evet | 5 | 16,70 | 4 | 12,90 | 0 | 0,00 |
| Hayır | 25 | 83,30 | 27 | 87,10 | 30 | 100,00 |

Tablo 2. BAÖ, ÇOBHÖ, ÇOBHÖ-F, ÇOBHÖ-K ve ÇOBHÖ-S öntest ve sontest puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri

| | Deney | | | Kontrol | | | Plasebo | | | | |
|---------|--------|-------|---------|---------|-------|---------|---------|-------|---------|-------|-------|
| | Öntest | | Sontest | Öntest | | Sontest | Öntest | | Sontest | | |
| | N | M | S | N | M | S | N | M | S | | |
| BAÖ | 30 | 17,33 | 8,65 | 31 | 18,45 | 9,80 | 30 | 19,63 | 10,16 | 17,53 | 12,15 |
| ÇOBHÖ | 30 | 73,57 | 11,77 | 31 | 72,42 | 16,87 | 30 | 68,30 | 13,38 | 67,17 | 17,24 |
| ÇOBHÖ-F | 30 | 26,40 | 5,10 | 31 | 25,00 | 6,88 | 30 | 23,37 | 6,27 | 23,67 | 6,80 |
| ÇOBHÖ-K | 30 | 26,53 | 5,93 | 31 | 26,77 | 7,00 | 30 | 24,83 | 5,30 | 24,63 | 6,84 |
| ÇOBHÖ-S | 30 | 20,63 | 4,47 | 31 | 20,64 | 5,47 | 30 | 20,10 | 4,64 | 18,87 | 5,42 |

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, ÇOBHÖ: Çocuklar için Olumsuz Bilişsel Hatalar Ölçeği, ÇOBHÖ-F: Çocuklar için Olumsuz Bilişsel Hatalar Ölçeği Felaketleştirme alt boyutu, ÇOBHÖ-K: Çocuklar için Olumsuz Bilişsel Hatalar Ölçeği Kişiselleştirme alt boyutu, ÇOBHÖ-S: Çocuklar için Olumsuz Bilişsel Hatalar Ölçeği Seçici Soyutlama alt boyutu, *p<0,05

anlamlılık vardır [F(2,88)=3,812, p<0,05]. Gruplar arasındaki etkileşim anlamlıdır (Wilk's $\lambda=0,778$, F(2,88)=12,589, p=0,000, $\eta^2=0,222$). Deney grubundaki öğrencilerin öntest (M=26,53) ve sontest (M=18,23) ÇOBHÖ-K puanları kontrol grubunun öntest (M=26,77) ve sontest (M=26,03) puanlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmıştır.

ÇOBHÖ-seçici soyutlama (ÇOBHÖ-S) puanları deney, kontrol ve plasebo grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı değildir [F(2,88)=2,857, p>0,05]. ÇOBHÖ-S puanlarında öntest-sontest ve gruplar arasında etkileşim gözlenmiştir (Wilk's $\lambda=0,875$, F(2,88)=6,289, p=0,003, $\eta^2=0,125$). Deney grubundaki öğrencilerin öntest (M=20,63) ve sontest (M=14,90) puanları, kontrol grubunun öntest (M=20,64) ve sontest (M=20,10) puanlarına göre, düşmüş ancak bu düşüş istatistiki anlamlılığa ulaşamamıştır.

Tartışma

Bu çalışmanın amacı, ergenlikte bilişsel odaklı psikoeğitim programının kaygı düzeyi ve bilişsel hatalara olan etkisini ortaya koymak ve koruyucu ruh sağlığı hizmetinin önemini göstermektir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar altı haftalık bilişsel odaklı psikoeğitim programının ergenlerde kaygı ve bilişsel hatayı azaltmada etkili olduğunu göstermiştir (p<0,05). Felaketleştirme ve kişiselleştirme türü bilişsel hatada anlamlı düzeyde azalma, seçici soyutlama türü bilişsel hatadaysa düşme eğilimi gözlenmiştir. Kaygı ve bilişsel hatalar üzerinde plasebo etkisi gözlenmemiştir (p>0,05).

Bu çalışmada anksiyete belirtisi gösteren tanı almamış ergenlere yönelik bilişsel-davranışçı psikoeğitim programı okul ortamında uygulanmış ve etkinliği değerlendirilmiştir. Psikoeğitim programı "Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Ötesi",³⁶ "Bilişsel Yaklaşımda Anksiyete Bozuklukları"⁵ ve "Gevşeme Egzersizleri"³⁷ kitaplarından yararlanılarak hazırlanmıştır. Psikoeğitim programı duygu, düşünce, davranış ve bilişsel hatanın tanımlanmasına, bilişsel hatayı kişinin kendinde fark etmesine, anksiyete belirtilerinin azaltılmasına yönelik bazı tekniklerin tanıtılması ve sorunlarıyla baş edebileceklerine dair inançlarının güçlendirilmesini içermektedir. Uygulamada bilişsel yeniden yapılandırma, hayal etme, rol yapma,

nefes-gevşeme egzersizleri ve ev ödevleri tekniklerinden yararlanılmıştır. Ev ödevleri BDT'nin önemli bir yönü olarak görülmektedir. Çalışmalarda ev ödevlerini düzenli yapan hastaların yapmayan hastalara göre daha fazla iyileşme gösterdiği belirtilmiştir.³⁸ Bu çalışmada ergenlerin ev ödevini yapma oranı %69,5'tir. Uygulama esnasında rol yapma etkinliklerine grubun etkin katılımı dikkat çekmiştir. Seansların sonundaki eğlenceli aktivitelerin denek kaybını azalttığı düşünülmektedir. Yine de programın etkinliğini grup büyüklüğü (deney=30, kontrol=31, plasebo=30) etkilemiş olabilir.

Çalışmada tanı almamış ergenlerde anksiyete belirtilerini belirlemede BAÖ kullanılmıştır. Bu çalışma tanı almamış ergenlerle yapılması planlandığından kaygı bozukluğuna ilişkin geçmişte ve mevcut durumda, ailede veya ergende psikiyatrik tanı almama ve psikolojik destek almıyor olma durumuna ek olarak okul psikolojik danışmanlarının değerlendirmesi dikkate alınarak öğrenciler araştırma gruplarına dahil edilmiştir. BAÖ'den alınan puanların deney, kontrol ve plasebo gruplarında öntest ve sontest karşılaştırmaları yapıldığında sontestte deney grubu puanlarında anlamlı olarak düşme gözlenmiştir. Yapılan müdahale ile ölçek puanlarında saptanan değişiklik literatürdeki tanı almış diğer çalışma sonuçları ile bilişsel çarpıtmaların ve anksiyete düzeylerinin azalması yönünden benzerdir.^{39,40} Hatta yurt dışında tanı gruplarıyla yapılmış deney, plasebo ve kontrol gruplu benzer çalışmalarda bu araştırma ile benzer sonuçlara ulaşılmıştır.⁴¹ Tanısız bireylerle ülkemizde yapılmış olan bu çalışmada, müdahale sonrası katılımcılarda kaygı düzeyinin düşmesi, kaygı bozukluğunun önlenmesi açısından önem taşıyabilir.

Deney grubundaki öğrencilerin psikoeğitim programı öncesi ve sonrasında elde ettikleri ÇOBHÖ puanları kontrol ve plasebo grubuna göre anlamlı şekilde farklılık göstermiştir. ÇOBHÖ'nün felaketleştirme ve kişiselleştirme türünde anlamlılık varken; seçici soyutlamadaki düşüş anlamlı düzeyde olmamıştır. Literatürde kişiselleştirme ve felaketleştirme türü bilişsel çarpıtmalar ergenlerde yüksek bulunurken²⁶ bu çalışmada da bu iki tip bilişsel hata yüksek ve müdahale sonrası düşüş anlamlı bulunmuştur. Araştırmalarda felaketleştirme ve aşırı genellenmenin kaygıyla ilgili olduğu, seçici soyutlamanın

ise depresyonla ilgili olabileceği belirtilmiştir.^{26,42,43} Olumlu deneyimleri minimize ederek olumsuz deneyimlere odaklanmak depresyonun bir özelliğidir.²⁴ Bu yüzden seçici soyutlama anksiyeteden çok depresyonla ilişkili olabilir.^{24,43} Bu araştırmada depresyon belirtilerini tarayan bir aracın kullanılmamış olması araştırmanın sınırlılığıdır. Ek olarak bilişsel hata ve düzeyleri çocukların yaşlarına göre farklılık göstermekle birlikte, var olan araştırmalar bilişsel hataların çocukluk döneminde yaşa göre değişebileceğiyle ilgili kesin bir sonuca varmak için yeterli bulunmamıştır.⁴⁴

Anksiyete bozukluğundaki bilişsel hataları ÇOBHÖ belirleyebilmekte, tedaviyi planlama ve sonuçlarını değerlendirme açısından kolaylık sağlamaktadır.²² Bilişsel hatalar çarpıtılmış düşüncelere neden olduğundan farmakolojik tedavinin (ilacı bırakmak ya da düzensiz kullanmak gibi) ve psikoterapinin etkisini azaltabilir. Tedavi etkisini artırmak için terapötik müdahalede bilişsel hataları ele almak etkili olabilir.³⁰

Bu çalışmada kaygı ve bilişsel hatalar üzerinde plasebo etkisi gözlenmemiştir (p>0,05). Gerçek plasebo etkisinin ancak tedavi verilmeyen hastalarla plasebo verilenler kıyaslanırsa ortaya konulabileceği ifade edilmiştir.⁴⁵ Mevcut çalışmada hem kontrol grubu hem plasebo grubu kullanılmış olup plasebo etkisi değerlendirilmiştir. Plasebo etkisi hastalıktan hastalığa, kişiden kişiye, kültürler arasında hatta zaman ve mekanda değişkenlik gösterebilmektedir.⁴⁵ Literatürde anksiyete bozukluğunun farmakolojik tedavisinde plasebo etkisinin gözlenebildiği belirtilmiştir.⁴⁶ Ancak tanı gruplarıyla yapılmış psikolojik müdahalelerde⁴¹ plasebo etkisinin gözlenmediği görülmüştür. Tanısız grupla yapılmış olan, psikoeğitim temelli önleyici psikolojik müdahale olan bu çalışmada ise plasebo etkisi gözlenmemiştir. Plasebo grubuna uygulanan programın üç seans olarak yapılmış olması sınırlılık olarak ele alınabilir. Ancak plasebo gruplu çalışmalarda^{41,47} plasebo grubu seans sayısının, müdahale grubunun seans sayısının en az yarısı kadar olması yeterli görülmektedir.

BDT'nin bir tekniği olan psikoeğitimin, pratikte ruh sağlığına olan katkısı bilinmektedir. Örneğin, anksiyete bozukluğu tanısı almış bireylerde psikoeğitimin diğer bireysel tedavilerin etkinliğini artırabileceği bildirilmiştir.⁴⁸ Bu çalışmada ise bilişsel hata türleri belirlenerek tanı almamış kaygılı ergenlerde önleyici hizmet olarak psikoeğitim tekniğinden yararlanılmıştır. Literatüre paralel olarak kaygı bozukluklarının tedavisi yanında koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde de bilişsel hataların belirlenip uygulamalara dahil edilmesi önemli olabilir.

Ruh sağlığıyla ilgili sorunlar sıklıkları, işlevi bozmaları ve ekonomik etkileri nedeniyle toplumsal açıdan büyük bir öneme sahiptir. Haliyle sunulan uygulama ve benzerlerinin tanı almamış ergenlerde ruhsal sorunlar gelişmeden uygulanması bireylerin psikososyal yaşamlarına yaptığı katkının yanında, sağlık personelinin yükünü hafifletip ülke ekonomisine katkı sağlayabilir. Ayrıca ruhsal sorunları olanların karşılaştığı önemli sorunlardan biri de damgalanmadır.⁴⁹ Özellikle toplumun

ruhsal hastalıklara yönelik damgalamasının, hastaların ve aile üyelerinin çare arama davranışını ve tedavilerini olumsuz etkilediği vurgulanmaktadır.⁵⁰ Bu çalışmanın hastane dışında uygulanabilir olması bireyler tarafından kabul edilebilirliğini kolaylaştırmaktadır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışma ülkemizde yapılan çalışmalar içerisinde anksiyete bozukluklarını önlemeye yönelik bilişsel hataları ele alan ve deneysel araştırma modeli ile tasarlanmış az sayıdaki çalışmalardan biridir. Ancak izleme ölçümlerinin olmaması, okul seçimindeki yanlılık, grupların daha küçük yapılandırılması, depresyon belirtilerini değerlendiren bir aracın olmaması ve plasebo grubunda müdahale grubuna göre daha az sayıda seans yapılmış olması çalışmanın sınırlılıklarıdır. Ayrıca bazı çalışmalar bilişsel yapının komorbidite, aile⁵¹ ve yaş⁴⁴ ile gelişip değişmesi sonucunda bilişsel çarpıtmaların nasıl şekillendiğinin ele alınmasının önemini vurgulamıştır. Ek olarak bu araştırmanın 13 yaşındaki ergenlerle yapıldığı ve Piaget'in kuramına göre bireylerin soyut düşünme yeteneğini 12 yaş ve sonrasında kazandığı⁵² göz önüne alındığında, gelecek araştırmalarda seçici soyutlama türü bilişsel hatanın ergen gelişimi ile etkileşimi daha geniş yaş aralığını içeren örneklerle detaylandırılabilir.

Sonuç

Kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde BDT'nin etkinliği araştırmalarla kanıtlanmıştır. Ancak çocuk ve ergen psikiyatrisinde BDT uygulaması konusunda ülkemizde yapılmış sınırlı sayıda deneysel çalışma vardır. Var olanların da tedaviye odaklandığı, koruyucu ruh sağlığı hizmetine yeterince yer verilmediği görülmektedir. Bu çalışmayla bilişsel odaklı psikoeğitim programının, ergenlerde kaygı ve bilişsel hatayı azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca kaygı ve bilişsel hataları azaltmada plasebo etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Program, tanı almamış kaygılı ergenlerde önleyici ruh sağlığı kapsamında uygulanabilir.

Bilgilendirme

Bu araştırma 2015 yılı Maltepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Klinik Psikoloji Programı Yüksek Lisans Tezi'nden üretilmiştir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Hem İstanbul Valiliği ve hem de Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (karar no: 63316977/900-734, tarih: 24.08.2015) araştırma izni alınarak yapılmıştır.

Hasta Onayı: Gruplara katılma kriterlerini karşılayan 99 öğrencinin ebeveyninden yazılı onay alındıktan sonra, öğrenciler deney, kontrol ve plasebo gruplarına atanmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Finansal Destek: Yazar tarafından finansal destek almadığı bildirilmiştir.

Kaynaklar

- Yerkes RM, Dodson DJ. The Relation of Strength of Stimulus to Rapidity of Habit-Formation. *Journal of Comparative Neurology & Psychology*. 1908;18:459-482.
- Ollendick T, Yule W, Ollier K. Fears in British Children and Their Relationship to Manifest Anxiety and Depresyon. *J Child Psychol Psychiatry*. 1991;32:321-331.
- Taitano K, Miller G. Neuroscience Perspectives on Emotion in Psychopathology. (1st ed). Flack W, Laird J, eds. *Emotions in Psychopathology: Theory and Research*, Oxford; Oxford University Press on Demand. 1998:26.
- Davison G, Neale J. Anormal Psikoloji. Dağ İ (çev. ed). Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2008:128-129.
- Wells A, Leahy RL. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. John Wiley & Sons Ltd. 1997;314.
- Steer RA, Kumar G, Ranieri WF, Beck AT. Use of the Beck Anxiety Inventory with Adolescent Psychiatric Outpatients. *Psychol Rep*. 1995;76:459-465.
- Lu W, Daleiden E. Lu S. Threat Perception Bias and Anxiety Among Chinese School Children and Adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2007;36:568-580.
- Karakaya E, Öztop DB. Cognitive Behavioral Therapy in Children and Adolescents with Anxiety Disorder. *JCBPR*. 2013;2:10-24.
- Ollendick T, Grills A, Alexander K. Fears, Worries, and Anxiety in Children and Adolescents. (1st ed). In: Cecilia A, Petermann F, eds. *Anxiety Disorders in Children And Adolescents: Epidemiology, Risk Factors and Treatment*, USA and Canada, Taylor&Francis, 2001:16.
- Merikangas KR, He J, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, Benjet C, Georgiades K, Swendsen J. Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49:980-989.
- Kessler R, Ruscio A, Shear K, Wittchen H. Epidemiology of Anxiety Disorders (1st ed). In: Stein M, Steckler T, eds. *Behavioral Neurobiology of Anxiety and Its Treatment, Current Topics in Behavioral Neurosciences*, Springer; Berlin. Heidelberg. 2009;2:21-35.
- Keeley M, Storch E. Anxiety Disorders in Youth. *J Pediatr Nurs*. 2009;24:26-40.
- Epkins CC. Cognitive Specificity in Internalizing and Externalizing Problems in Community and Clinic-Referred Children. *J Clin Child Psychol*. 2000;29:199-208.
- Foa EB, Franklin ME, Perry KJ, Herbert JD. Cognitive Biases in Generalized Social Phobia. *J Abnorm Psychol*. 1996;105:433-439.
- Hallion LS, Rusci AA. A Meta-Analysis of the Effect of Cognitive Bias Modification on Anxiety and Depression. *Psychol Bull*. 2011;137:940-958.
- Kendall PC, Panichelli-Mindel SM. Cognitive-Behavioral Treatments. *J Abnorm Child Psychol*. 1995;23:107-124.
- Clark DA, Beck AT. Cognitive Theory and Therapy of Anxiety and Depression: Convergence with Neurobiological Findings. *Trends Cogni Sci*. 2010;14:418-424.
- Kendall P, Panichelli-Mindel S, Gerow M. Cognitive-Behavioral Therapies with Children and Adolescents. Bilsen H, Kendall P, Slavenburg J, eds. Springer; Boston. MA. 1995:113-145.
- Kendall P, Stark K, Adam T. Cognitive Deficit or Cognitive Distortion in Childhood Depression. *J Abnorm Child Psychol*. 1990;18:255-270.
- Lefebvre MF. Cognitive Distortion and Cognitive Errors in Depressed Psychiatric and Low Back Pain Patients. *J Consult Clin Psychol*. 1981;49:517-525.
- Ostrander R, Nay WR, Anderson D, Jensen J. Developmental and Symptom Specificity of Hopelessness, Cognitive Errors, and Attributional Bias Among Clinic-Referred Youth. *Child Psychiatry Hum Dev*. 1995;26:97-112.
- Karakaya I, Coşkun A, Ağaoglu B, Öç OY, Memik NC, Şişmanlar SG, Arslan H. The reliability and validity of the children's negative cognitive errors questionnaire. *Turk Psikiyatri Derg*. 2007;18:155-162.
- Suadiye Y, Aydın A. Cognitive Errors in Adolescents with Anxiety Disorders. *J Clin Psy*. 2009;12:172-179.
- Weems CF, Costa NM, Watts SE, Taylor LK, Cannon MF. Cognitive Errors, Anxiety Sensitivity, and Anxiety Control Beliefs: Their Unique and Specific Associations With Childhood Anxiety Symptoms. *Behav Modif*. 2007;31:174-201.
- Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford. 1979.
- Leitenberg H, Yost LW, Carroll-Wilson M. Negative Cognitive Errors in Children: Questionnaire Development, Normative Data, and Comparisons Between Children With and Without Self-Reported Symptoms Of Depression, Low Self-Esteem, and Evaluation Anxiety. *J Consult Clin Psychol*. 1986;54:528-536.
- Linden D. How Psychotherapy Changes the Brain the Contribution of Functional Neuroimaging. *Mol Psychiatry*. 2006;11:528-538.
- Dadds M, Spence SH, Holland DE, Barrett PM, Lurens KR. Prevention and Early Intervention for Anxiety Disorders: A Controlled Trial. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65:627-635.
- Aydın A. Egenlerde Sosyal Anksiyete Belirtilerini Azaltmaya Yönelik Bilişsel Davranışçı Bir Müdahale Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi. İzmir, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006. (Yayınlanmış doktora tezi).
- Craske MG, Pontillo DC. Cognitive Biases in Anxiety Disorders and Their Effect on Cognitive-Behavioral Treatment. *Bull Menninger Clin*. 2011;65:58-77.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56:893-897.
- Ulusoy M, Hisli Sahin N, Erkmen H. The Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1998;12:163-172.
- Kumar G, Steer RA, Beck AT. Factor Structure of the Beck Anxiety Inventory with Adolescent Psychiatric Inpatients. *Anxiety, Stress and Coping*. 1993;6:125-131.
- Jolly JB, Aruffo JF, Wherry JN, Livingston R. The Utility of the Beck Anxiety Inventory with Inpatient Adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*. 1993;7:95-106.
- Osman A, Hoffman J, Barrios FX, Kopper BA, Breitenstein JL, Hahn SK. Factor Structure, Reliability, and Validity of the Beck Anxiety Inventory in Adolescent Psychiatric Inpatients. *J Clin Psychol*. 2002;58:443-456.
- Beck J. Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Ötesi. Şahin N (çev.). Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2001.
- Bursa T. Stresle Etkili Başa Çıkma Yöntemi: Gevşeme Egzersizleri. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2010.
- Soylu C, Topaloğlu C. Homework Assignments in Cognitive Behavioral Therapy. *Current Approaches in Psychiatry*. 2015;7:280-288.
- Özdel K, Taymur İ, Guriz SO, Tulaci RG, Kuru E, Turkcapar MH. Measuring Cognitive Errors Using the Cognitive Distortions Scale (CDS): Psychometric Properties in Clinical and Non-Clinical Samples. *PLoS One*. 2014;9-8:e105956.
- Kaplan SC, Morrison AS, Goldin PR, Olino TM, Heimberg RG, Gross JJ. The Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest): Validation in a Sample of Adults with Social Anxiety Disorder. *Cognit Ther Res*. 2017;41:576-587.
- Muris P, Meesters C, van Melick M. Treatment of Childhood Anxiety Disorders: A Preliminary Comparison Between Cognitive-Behavioral Group Therapy and A Psychological Placebo Intervention. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2002;33:143-158.
- Weems CF, Berman SL, Silverman W, Saavedra L. Cognitive Errors in Youth with Anxiety Disorders: The Linkages Between Negative

- Cognitive Errors and Anxious Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*. 2001;25:559-575.
43. Epkins CC. Cognitive Specificity and Affective Confounding in Social Anxiety and Dysphoria in Children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 1996;18:83-101.
44. Bulut M, Mercan N, Yüksel Ç. Bilişsel Çarpıtma Düzeyi ile Depresyon ve Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişki: Sistemik Derleme. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;215-226.
45. Göker C, Yılmaz A, Kumbasar H. Is placebo efficacious? *Ethical? Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2009;19:183-192.
46. Erdem M, Akarsu S, Gülsün M. Neurobiology of Placebo Effect. *Current Approaches in Psychiatry*. 2013;5:299-312.
47. Zeren ŞG, Yılmaz MB, Duy B. Çevrimiçi Psikolojik Danışma: Danışanın Öznel İyi Oluşu, Memnuniyeti ve Terapötik İşbirliğine Yönelik Algısı. TÜBİTAK SOBAG Proje. 2017.
48. Gezgin H. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Bireylere Verilen Psikoğitimin Tedavideki Etkinliğinin İncelenmesi. İzmir, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010, (Yayınlanmış yüksek lisans tezi).
49. Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur R. Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Kriz Dergisi*. 2004;12:63-73.
50. Bilge A, Çam O. The Fight against Stigma toward Mental Illness. *TAF Prev Med Bull*. 2010;9:71-78.
51. Muris P, Field AP. Distorted Cognition and Pathological Anxiety in Children and Adolescents. *Cognition and Emotion*. 2008;22:395-421.
52. Gander M, Gardiner H. Çocuk ve Ergen Gelişimi. Dönmez A, Çelen N, Onur B (çev.), Ankara, İmge Kitabevi, 2004:177-180.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Metilfenidat Tedavisine Uyumu Etkileyen Faktörler: Retrospektif Bir Çalışma

Factors That Affect Methylphenidate Treatment Adherence in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Retrospective Study

© Mert Kaan Kale, © Şermin Yalın Sapmaz, © Tilbe Erten, © Ece Akar, © Öznur Bilaç, © Hasan Kandemir

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

ÖZ

Amaç: Araştırmamızda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısıyla ilk kez medikal tedavi başlanan çocuklarda, tedaviye uyumu belirlemeyi ve uyumu etkileyen sosyo-demografik ve klinik faktörleri incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: 2018-2020 yılları arasında DEHB tanısı konup ilk defa medikal tedavi alan çocuk veya ergenler çalışmaya alınıp, tedaviye uyumları belirlendi ve uyumu etkileyen faktörler araştırıldı. Hastaların sosyo-demografik, verilerini, DEHB ve komorbid psikiyatrik bozukluklarla ilgili bilgilerini içeren bir bilgi formu oluşturuldu. Veriler klinik takip dosyalarından geriye dönük tarama yapılarak elde edildi. Altı aydan fazla tedaviye devam edenler uyumlu, 6 aydan az olanlar ise uyumsuz olarak kabul edildi ve bu verilerle değerlendirilerek uyumu etkileyen faktörler araştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 338 kişi dahil edildi. Altıncı ayın sonunda uyum oranı %48,2 olarak bulundu. Tedaviye uyumsuz grupta yaş ortalaması daha yüksekti. İki grup arasında yaş, ailede psikiyatrik bozukluk varlığı ve ilaç kullanımı, tedavi ile ders başarısının değişmesi, komorbid yıkıcı davranış bozukluğunun varlığı, birden fazla komorbid psikiyatrik bozukluk varlığı ve yan etkilerin çıktığı süre ile ilgili anlamlı fark bulundu. Regresyon analizi sonucunda ailede psikiyatrik bozukluk varlığı, tedavi ile ders başarısının değişmesi, yan etkilerin çıktığı süre ve tedavi uyumu arasındaki ilişki modelde anlamlı olarak kaldı.

Sonuç: DEHB tanısı konmuş olgularda yaş, ailede psikiyatrik bozukluk varlığı ve ilaç kullanımı, birden fazla komorbid psikiyatrik bozukluk varlığı, tedavi ile ders başarısının değişmesi, yan etkilerin çıkma zamanı tedaviye uyumu etkileyebilmektedir. Bu durum tedaviye başlanacak hastalarda dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, psikostimülan, tedavi uyumu

ABSTRACT

Objectives: In our research, we aimed to determine treatment adherence and examine socio-demographic and clinical factors that affect it in pediatric patients firstly given medical treatment for the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).

Materials and Methods: Between 2018 and 2020, children and adolescents who were first diagnosed with ADHD were enrolled in our study and factors that affect treatment adherence were investigated. A data form including socio-demographic, ADHD and clinical data of patients was created. Those data were extracted by retrospective search of clinical records. Patients who continued the treatment for six or more months were accepted as adherent, those who did not continue were accepted as non-adherent. Factors affecting treatment adherence were evaluated.

Results: Three hundred and thirty-eight patients were included in our research. At the end of the sixth month, adherence rate was 48.2%. The average age was higher in the non-adherent group. Between the adherent and non-adherent groups, age, psychiatric disorder and psychiatric treatment in family, time of the onset of side effects, presence of comorbid destructive behavior disorders, presence of multiple comorbid disorders, and change in academic achievement with treatment were statistically significant differences. As a result of the regression analysis, the relationship between the presence of psychiatric disorders in the family, change in the course success with treatment, time of the onset of side effects and treatment compliance remained significant in the model.

Conclusion: After the diagnosis of ADHD, age, psychiatric disorder and treatment in family, time of the onset of side effects, change in course success with treatment, presence of comorbid destructive behavior disorders, and presence of multiple comorbid disorders could affect the treatment adherence. This situation should not be ignored when the treatment was started to patients.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder, psychostimulant, treatment adherence

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Mert Kaan Kale, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

Tel.: +90 506 971 78 41 **E-posta:** mertkaankale@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0003-4034-1574

Geliş Tarihi/Received: 16.02.2021 **Kabul Tarihi/Accepted:** 22.06.2021

©Telif Hakkı 2022 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



Giriş

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), birden fazla alanda belirgin bozulmaya yol açan dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik ile karakterize erken dönemde ortaya çıkan, süregelen bir bozukluktur.¹ Dünya çapındaki DEHB ile ilgili yapılmış 175 çalışmanın meta-analizinde, yaygınlığı %7,2 olarak bildirilmiştir.² Ülkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmada ise yaygınlık %12,4 olarak bulunmuştur.³ DEHB'nin yönetimi ilaç tedavisi, davranış terapisi veya bunların bileşimini içerebilmektedir. Medikal tedavide farklı ilaç gruplarının etkili olduğu gösterilmiştir ve Gıda ve İlaç İdaresi tarafından metilfenidat, atomoksetin, guanfasin ve klonidinin kullanımı onaylanmıştır.⁴ Ülkemizde ise medikal tedavide metilfenidat ve atomoksetin preparatlarının kullanımı onaylanmıştır.⁵ Birleşik Krallık'ta yürütülmüş bir çalışmada bu tanıyı alan çocukların akademik, yasal, ruhsal ve toplumsal sorunları nedeniyle sosyal ve sağlık hizmetlerine sık olarak başvurduğu⁶, başka bir çalışmada ise bu sorunların hedeflenmesi ile bozukluğun olumsuz seyrinin engellenebileceği gösterilmiştir.⁷

DEHB tanısı alan çocuklarda akademik işlevler, akran ilişkileri ve aile işlevleri olumsuz etkilenmektedir.⁸ DEHB tedavi edildiğinde çocukların yaşamlarının birçok alanında olumlu etkilerin olduğu görülmektedir. Psikofarmakolojik tedavilerin akademik verimlilik ve başarıyı artırdığı gösterilmiştir.⁹ Diğer çalışmalarda ise medikal tedavinin bu çocukların akran ilişkilerinde genel bir iyileşmeye de yol açabileceği gösterilmiştir.¹⁰ Ercan ve ark.¹¹ yaptığı bir çalışmada tedaviye devam süresinin akademik başarı, okuldan uzaklaştırılma, kaza geçirme ve sigara kullanımı gibi alanlarda anlamlı farklılık yarattığı gösterilmiştir. DEHB, ergenlikte madde kullanımı için önemli bir risk faktörüdür ve farmakoterapi DEHB tanılı gençlerde madde kullanımı riskinde %85,0 azalma ile ilişkilendirilmiştir.¹² Medikal tedavi süresi uzadıkça, madde bağımlılığı riski düşebilir.¹³ Yetişkinlikte DEHB tanılı çalışanların %30,0'unun süregelen mesleki sorunlar yaşadığı, işten kovulma olasılıklarının %60,0 buna karşılık dürtüsel olarak işi bırakma olasılıklarının ise üç kat artmış olduğu bildirilmektedir.¹⁴ Diğer bir çalışma, DEHB tanılı yetişkinlerin evliliklerinde sık sorunlar yaşadığını saptamıştır.¹⁵ Başka bir çalışmada ise DEHB tanısının ciddi trafik kazaları için riski artırdığı ve bu tanıyı alan erkek olgularda medikal tedavi ile riskin %58,0 oranında azalabileceği bildirilmiştir.¹⁶

DEHB tanısı alan çocuklar ve ebeveynleri hekim tarafından önerilen medikal tedaviye uyum sağladıklarında semptomlarda iyileşme görülebilmektedir.¹⁷ Süregelen pediyatrik hastalıklarda tedavi uyumsuzluğu yaygındır ve bazı özgün durumlarda %50,0 veya üzerine çıkabilir.^{18,19} Tıbbi tedaviye uyumsuzluk hastalık belirtilerini artırmakta, hastalık kontrolünü güçleştirmekte, sağlık bakım maliyetlerini olumsuz etkilemektedir.^{20,21} Charach ve ark.²² tıbbi bir rejime bağlı olanların, stimülan tedaviye uyumsuz olanlara ve medikal tedavi almayanlara göre semptomlarda daha fazla iyileşme gösterdiğini bildirmişlerdir.

Gerekli zamanda ve dozda ilaç almamanın DEHB'nin seyrini olumsuz etkilediği bilirse de ilaç uyumunun DEHB olan çocuklarda %36,0 ile %86,8 arasında değiştiği ve tedaviyi yarıda bırakmanın yaygın olduğu bildirilmektedir.²³ Yazında DEHB tedavisinin ve devamının gidiş üzerine etkisine vurgu yapılmış olmakla birlikte, bu yaş grubunda DEHB tedavisine uyumu etkileyen faktörlerin incelendiği az sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Bu çalışmamızda Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Psikiyatri Kliniği'nde takip edilen DEHB olgularında sosyo-demografik bilgiler, olgunun özgeçmiş ve soygeçmişine ait bilgiler ve klinik değişkenler ile tedavi uyumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya başlamadan önce, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır (karar no: 20.478.486, tarih: 29.01.2020).

Çalışmamız geriye dönük tasarımla yürütülmüş ve 2018 yılı Ocak ve 2020 Mart ayları arasında DEHB tanısı alan çocukları değerlendirmiştir. Medikal tedavi başlanıp en az altı ay tedaviye devam edenler "tedaviye uyumlu", medikal tedavi başladıktan sonra görüşmelere devam etmeyen veya altı aydan az süre ile tedaviye devam edenler ise "tedaviye uyumsuz" olarak kabul edilmiştir. Belirlenen süre içerisinde DEHB ön tanısıyla değerlendirilmeye alınan 570 olgu saptanmıştır. Olgulara ait dosyalar araştırma ekibi tarafından incelenmiştir. DEHB ön tanısı düşünülmüş fakat değerlendirmesi tamamlanmamış olgular (80 olgu), DEHB tanısı konmuş fakat medikal tedavi başlanmamış olgular (65 olgu), DEHB tanısı konulmuş, tedavinin ilk 6 aylık sürecinde olan ve tedavisi devam eden fakat tedavi süresi 6 aylık süreyi tamamlamamış ve kliniğe devam eden olgular (80 olgu), atomoksetin kullanan olgular (7 olgu) çalışmadan dışlanmıştır. Bu ölçütler göz önüne alındığında toplamda 338 olgu çalışmaya alınmıştır.

Araştırma ekibi tarafından çalışma için bir bilgi formu oluşturulmuştur. Bilgi formunda sosyo-demografik veriler, tanı ve tanı alt tipi, medikal tedavi tipi ve süresi, yan etki varlığı (uykusuzluk, iştahsızlık, büyümede duraksama, bulantı kusma, karın ağrısı, baş ağrısı, çarpıntı ve kan basıncında değişiklikler, duygudurumda değişme, tikler, bellek sorunu), yan etkinin çıkış süresi (ilk ay, 1-3 ay arası, 3-6 ay arası, 6 aydan sonra), eşlik eden psikiyatrik bozukluk varlığı, süregelen hastalık varlığı, sigara, alkol, madde kullanımı, ailede psikiyatrik bozukluk ve süregelen hastalık varlığı, akademik düzeye ait veriler yer almıştır.

Kliniğimizde hastalar araştırma görevlileri ve öğretim üyeleri tarafından görülmekte ve her hastaya başvuru anında dosya açılmaktadır. Hasta ve ailesi ile görüşülmekte, Okul Çağı (6-18 yaş) Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi uygulanmaktadır. Tüm bilgiler (sosyo-

demografik veriler, özgeçmiş ve soygeçmiş, başvuru yakınması ve öykü, ruhsal durum muayenesi, okuldan alınan bilgiler, hastalığa özgü klinik değerlendirme ve öz bildirim ölçekleri, tedavi sürecine ait bilgiler) hastaya ait dosyaya kaydedilmektedir. Dosyalar bölüm içinde yer alan arşivde saklanmaktadır. Çalışmada kullanılan bilgi formunda yer alan veriler klinik takip dosyalarından elde edilmiştir.

İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde IBM SPSS for Windows Versiyon 21.0 (IBM Inc., Armonk, NY) paket programı kullanılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Tedavi uyumu olan ve olmayan olgulara ait değişkenlerin karşılaştırılmasında kategorik veriler için ki-kare, sayısal veriler için t-testi analizi uygulanmıştır. Tedavi uyumu olan ve olmayan olgu grubu arasında istatistiksel olarak farklı bulunan verilerin tedavi uyumu üzerindeki ortaklaşa etkileri lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. $P < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışma örneğine yaşları 6-16 yıl arası değişen 338 olgu dahil edildi. Medikal tedaviye başlanıp en az 6 ay tedaviye devam eden 163 olgu yer almakta olup medikal tedaviye uyum oranı %48,2 olarak bulundu.

Yaş açısından incelendiğinde tedaviye uyumlu grupta ortalama yaş $9,5 \pm 2,5$ yıl olarak bulunurken, tedaviye uyumsuz grupta $10,1 \pm 2,5$ yıldır. Yaş ile medikal tedaviye uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0,026$). Ailede hem psikiyatrik bozukluk hem de psikiyatrik bozukluğa bağlı ilaç kullanımı olması durumunda tedavi uyumunun anlamlı düzeyde etkilendiği görüldü. Anne-babanın eğitim düzeyi, çalışma durumu, birliktelik durumu tedavi uyumu ile ilişkili değildi. Örneklem grubunda sosyo-demografik değişkenler ve tedavi uyumu ilişkisi Tablo 1'de sunulmuştur.

Hem tedaviye uyumlu hem tedaviye uyumsuz grupta en sık tanı alt grubu DEHB birleşik görünüm olarak bulundu. Belirti şiddeti açısından her iki grupta da ağır derecede etkilenmiş olgular yüksek orandaydı. Tanı alt görünümü, belirti şiddeti ve tedavi uyumu arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Klinik değişkenler ve tedavi uyumu ilişkisi Tablo 2'de sunulmuştur.

İlaç yan etkisi değerlendirildiğinde tedaviye uyumlu grupta %23,9, tedaviye uyumsuz grupta %21,1 oranında yan etki görüldü. Yan etki varlığı ve tipi açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu. Tedaviye uyumsuz grupta yan etki en sık ilk 3 ayda (%18,9) görülmüştür. İlaç yan etkisinin çıktığı ay ile tedaviye uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,017$). İlaç yan etkisi varlığı, tipi ve yan etkinin ortaya çıkış zamanı ile tedavi uyumu ilişkisi Tablo 2'de sunulmuştur.

Genel olarak eş tanılar tedavi uyumu ile ilişkili değildi. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz grupta sırasıyla yıkıcı davranış bozuklukları %24,5 ve %11,4, özgül öğrenme güçlüğü %17,2 ve %14,3, mental retardasyon %10,4 ve %8,6, anksiyete bozuklukları %8,6 ve %8,6, duygudurum bozukluğu %2,5 ve %5,1, tik bozukluğu %1,8 ve %1,7, otizm spektrum bozukluğu %2,5 ve %1,1, obsesif kompulsif bozukluk ve bipolar bozukluk %0,6 ve %0,6 oranlarında saptanmıştır. Yıkıcı davranış bozuklukları tedaviye uyumlu grupta anlamlı ölçüde daha sıklıkla ($X^2=9,937$; $p=0,002$). Birden fazla komorbid hastalık tedaviye uyumlu grupta %14,1 oranında tedaviye uyumsuz grupta ise %5,7 oranında bulunmaktaydı ve gruplar arası anlamlı fark saptandı ($X^2=6,753$; $p=0,009$).

Tedavi öncesindeki ders başarısı her iki gruptaki olguların çoğunda sınıf düzeyinin altında bulundu. Tedaviye uyumlu grupta ders başarısının anlamlı olarak yükseldiği saptandı. Örneklem grubunda tedavi sonucu ders başarısındaki değişim oranları Tablo 2'de sunulmuştur.

Tedaviye uyumlu grupta %2,5, tedaviye uyumsuz grupta %0,6 oranında sigara, alkol veya madde kullanımı öyküsü bulundu. Gruplar arasında bu açıdan anlamlı fark bulunmadı ($X^2=2,052$; $p=0,154$).

Tedavi uyumu bakımından etkili olduğu saptanan değişkenlerin bir arada tedavi uyumu üzerine etkisi lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Bağımlı değişken tedavi uyumu; bağımsız değişkenler ise gruplar arasında farklı bulunan yaş, ailede psikiyatrik bozukluk varlığı, ailede psikiyatrik bozukluk varlığına bağlı ilaç kullanımı, olguda eşlik eden davranış bozukluğu bulunması, olguda birden fazla eşlik eden psikiyatrik bozukluk varlığı, yan etkilerin ortaya çıkma zamanı ve tedaviyle ders başarısının değişmesi olarak belirlenmiştir. Bu modelde tedavi sonucu ders başarısında ortaya çıkan değişim, yan etkilerin ortaya çıkma zamanı ve ailede psikiyatrik bozukluk varlığının tedavi uyumunu etkilediği görülmüştür ($p < 0,001$, $p=0,027$, $p=0,014$). Tahmini rölatif risk ders başarısındaki değişim için 5,9 [%95 güven aralığı (GA): 2,9-11,9], yan etkinin ortaya çıkış zamanı için 6,1 (%95 GA: 1,3-28,6), ailede psikiyatrik bozukluk varlığı için ise 2,6 (%95 GA: 1,2-5,6) olarak bulunmuştur.

Tartışma

Çalışmamızda 2018-2020 yılları arasında DEHB tanısı alan olgularda medikal tedaviye uyumu etkileyen faktörleri araştırdık. Sosyo-demografik veriler, akademik başarı, komorbid psikiyatrik bozukluk ve kronik hastalıkların varlığı, ailede kronik hastalık ve psikiyatrik bozukluk varlığı ve medikal tedaviye uyumun ilişkisini değerlendirdik. Çalışmamızda ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü olmasının, yan etkilerin ortaya çıkma zamanı ve tedaviyle ders başarısının değişmesinin medikal tedaviye uyumu etkilediğini gözlemledik.

Yazında tedaviye uyum oranının %20,0-70,0 arasında değiştiği bildirilmektedir.^{24,25} Ülkemizde yapılan çalışmalarda 1. yılın sonunda uyum oranı %30,2 ve %80,3 olarak bulunmuştur.^{26,27} Çalışmamızda medikal tedaviye uyum oranı %48,4 olarak saptanmış ve aradaki farkın çalışma sürelerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Bu önerme ile uyumlu olarak, 2018 yılında gerçekleştirilmiş ve 450 gün süren uzunlamasına bir çalışmada tedavi süresi arttıkça tedaviye uyumun azaldığı gösterilmiştir.²⁸

Daha önce yapılan çalışmalarda DEHB tanısı olan genç yaştaki çocukların medikal tedaviye daha uyumlu olduğu gösterilmiş olup^{26,27,29-31}, çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak yaş ilerledikçe tedaviye uyumun azaldığı görülmüştür. Bu durum

ergenlerin ilaç tedavisi ile ilgili ön yargılarını yansıtabilir. Ergenlerle gerçekleştirilmiş bir çalışmada tedavi uyumunun düşük olduğu (%46,5) ve bu bulgunun ilaçla ilgili algıya bağlı olabileceği bildirilmiştir.³² Diğer yandan tedavi uyumundaki düşme ergenlerin yaşları ilerledikçe semptom şiddetlerinin azalması ile de ilişkili olabilir.³³ Ergenlikte ayrışma ve bağımsızlaşma çabaları ile daha önce ebeveyn tarafından yapılan ilaç kontrolünden vazgeçilmek istenebilir. Geçmiş bir çalışmada da, ergenlerin ilaç kullanımını ebeveyn otoritesine boyun eğme ile ilişkilendirebildiği gösterilmiştir.²⁷

Toomey ve ark.'nın³⁴ gerçekleştirdiği bir çalışmada cinsiyet tedavi uyumunu etkilemezken, diğer bir çalışmada kadın cinsiyetin tedavi uyumunu düşürebileceği ancak bu bulgunun olguların

Tablo 1. Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuklarda sosyo-demografik değişkenler ve tedavi uyumu ilişkisi

| | Tedaviye uyumlu N=163 N (%) | Tedaviye uyumsuz N=175 N (%) | χ^2 (df) | p-değeri |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|---------------|----------|
| Cinsiyet | | | | |
| Kız | 36 (22,1) | 44 (25,1) | 0,437 (1) | 0,509 |
| Erkek | 127 (77,9) | 131 (74,9) | | |
| Anne eğitim düzeyi* | | | | |
| İlkokul | 95 (58,3) | 105 (60,0) | 3,119 (2) | 0,210 |
| Lise | 36 (22,1) | 47 (26,8) | | |
| Üniversite | 30 (18,4) | 21 (12,0) | | |
| Baba eğitim düzeyi* | | | | |
| İlkokul | 86 (52,8) | 98 (56,0) | 1,987 (2) | 0,370 |
| Lise | 40 (24,5) | 47 (26,8) | | |
| Üniversite | 36 (22,1) | 28 (16,0) | | |
| Anne çalışma durumu* | | | | |
| Çalışmıyor | 101 (61,9) | 118 (67,4) | 1,198 (1) | 0,274 |
| Çalışıyor | 60 (36,8) | 55 (31,4) | | |
| Baba çalışma durumu* | | | | |
| Çalışmıyor | 4 (2,5) | 7 (4,0) | 0,655 (1) | 0,418 |
| Çalışıyor | 158 (96,9) | 166 (94,8) | | |
| Anne baba evlilik durumu* | | | | |
| Evli | 137 (84,0) | 150 (85,7) | 0,340 (1) | 0,560 |
| Boşanmış | 23 (14,1) | 21 (12,0) | | |
| Sınıf düzeyi** | | | | |
| İlköğretim | 106 (65,0) | 101 (57,7) | 1,748 (2) | 0,417 |
| Ortaöğretim | 51 (31,3) | 66 (37,7) | | |
| Lise | 6 (3,7) | 6 (3,4) | | |
| Ailede psikiyatrik bozukluk*** | | | | |
| Var | 25 (15,3) | 39 (22,3) | 4,086 (1) | 0,043 |
| Yok | 117 (71,7) | 102 (58,3) | | |
| Ailede psikiyatrik bozukluk nedeni ile ilaç kullanımı*** | | | | |
| Var | 13 (7,9) | 25 (14,3) | 4,421 (1) | 0,035 |
| Yok | 120 (73,6) | 108 (61,7) | | |
| Ailede kronik hastalık*** | | | | |
| Var | 8 (4,9) | 9 (5,1) | 0,041 (1) | 0,839 |
| Yok | 126 (77,3) | 128 (73,1) | | |
| Çocukta kronik hastalık | | | | |
| Var | 17 (10,4) | 9 (5,1) | 3,322 (1) | 0,068 |
| Yok | 146 (89,6) | 166 (94,9) | | |

*Vefat eden ebeveynlerin verileri analize dahil edilmemiştir, **Toplamda 2 kişi okula gitmediği için sınıf düzeyi değerlendirilmemiştir, ***Toplamda 55 ebeveynin psikiyatrik bozukluğu olup olmadığı, 72 ebeveynin psikiyatrik bozukluk nedeni ile ilaç kullanımı olup olmadığı, toplamda 67 ebeveynin kronik hastalığı olup olmadığı verisine ulaşılamamıştır ve analize dahil edilmemiştir

Tablo 2. Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuklarda klinik değişkenler ve tedavi uyumu ilişkisi

| | Tedaviye uyumlu N=163 N (%) | Tedaviye uyumsuz N=175 N (%) | χ² (df) | p-değeri |
|---|--|---|---------------------------|-----------------|
| DEHB tanı alt tipi* | | | | |
| Dikkatsizlik baskın görünüm | 17 (10,4) | 29 (16,6) | 3,723 (2) | 0,155 |
| Hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm | 3 (1,8) | 1 (0,5) | | |
| Birleşik görünüm | 143 (87,7) | 145 (82,9) | | |
| Tanı şiddeti | | | | |
| Hafif | 4 (2,5) | 9 (5,1) | 1,847 (2) | 0,401 |
| Orta | 69 (42,3) | 68 (38,9) | | |
| Ağır | 90 (55,2) | 98 (56) | | |
| İlaç yan etkisi varlığı | | | | |
| Var | 39 (23,9) | 37 (21,1) | 0,375 (1) | 0,540 |
| Yok | 124 (76,1) | 138 (78,9) | | |
| İlaç yan etkisinin bildirildiği zaman | | | | |
| 0-3 ay | 24 (14,7) | 33 (18,9) | 8,122 (2) | 0,017 |
| 3 ay sonrası | 15 (9,2) | 4 (2,3) | | |
| Yan etki yok | 124 (76,1) | 138 (78,8) | | |
| Yan etkiler | | | | |
| Uykusuzluk | | | | |
| Var | 15 (9,2) | 15 (8,6) | 0,042 (1) | 0,838 |
| Yok | 148 (90,8) | 160 (91,4) | | |
| İştahsızlık | | | | |
| Var | 13 (8,0) | 10 (5,7) | 0,680 (1) | 0,409 |
| Yok | 150 (92,0) | 165 (94,3) | | |
| Duygudurum değişiklikleri | | | | |
| Var | 8 (4,9) | 7 (4,0) | 0,164 (1) | 0,685 |
| Yok | 155 (95,1) | 168 (96,0) | | |
| Karın ağrısı | | | | |
| Var | 1 (0,6) | 2 (1,1) | 0,269 (1) | 1,0 |
| Yok | 162 (99,4) | 173 (98,9) | | |
| Çarpıntı ve hipertansiyon | | | | |
| Var | 1 (0,6) | 3 (1,7) | 0,874 (1) | 0,624 |
| Yok | 162 (99,4) | 172 (98,3) | | |
| Tik | | | | |
| Var | 1 (0,6) | 0 (0,0) | 1,077 (1) | 0,482 |
| Yok | 162 (99,4) | 175 (100,0) | | |
| Baş ağrısı | | | | |
| Var | 0 (0,0) | 3 (1,7) | 2,819 (1) | 0,249 |
| Yok | 163 (100,0) | 172 (98,3) | | |
| Komorbid psikiyatrik bozukluk varlığı | | | | |
| Var | 89 (54,6) | 79 (45,1) | 3,020 (1) | 0,082 |
| Yok | 74 (45,4) | 96 (54,9) | | |
| Birden fazla komorbid psikiyatrik bozukluk varlığı | | | | |
| Var | 23 (14,1) | 10 (5,7) | 6,753 (1) | 0,009 |
| Yok | 140 (85,9) | 165 (94,3) | | |
| Tedavi öncesi ders başarısı** | | | | |
| Sınıf düzeyinin altında | 120 (73,6) | 128 (51,6) | 0,087 (2) | 0,957 |
| Sınıf düzeyinde | 33 (20,2) | 33 (50,0) | | |
| Sınıf düzeyinin üzerinde | 6 (3,7) | 7 (53,8) | | |
| Tedaviyle ders başarısında değişim*** | | | | |
| Olumlu yönde değişim var | 138 (84,7) | 73 (41,7) | 27,793 (2) | 0,000 |
| Etkisi yok/olumsuz yönde değişim var | 19 (11,7) | 47 (26,9) | | |

*DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, **2 kişi okula gitmemekle birlikte toplamda 9 olgunun verisine ulaşamamıştır ve analize katılmamıştır, ***2 kişi okula gitmemekle birlikte toplamda 59 kişinin verileri bulunmadığı için tedavi sonrası ders başarılarındaki değişim değerlendirilememiştir ve analize katılmamıştır

motivasyonu, çalışma tasarımı, takip süresi gibi pek çok farklı etken ile de açıklanabileceği bildirilmiştir.³⁵ 2013 yılında yapılan bir başka çalışmada erkek cinsiyetin tedavi uyumunu olumlu olarak yordayabileceği ve bu bulgunun örnekleme kız çocukların sayısının kısıtlılığı ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir.³⁶ Çalışmamızda tedaviye uyum ile cinsiyet arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Safavi ve ark.'nın³⁷ çalışması babanın eğitim düzeyi ile çocuklarının medikal tedaviye uyumun olumlu ve anlamlı bir ilişki gösterdiği bildirilmiştir. Rieppi ve ark.³⁸ da eğitim düzeyi yüksek ailelerin çocuklarının tedaviye daha uyumlu olduklarını saptamıştır. Diğer bir çalışmada ise babaların eğitim düzeyi arttıkça, çocuklarının medikal tedaviye uyumlarının düştüğü bildirilmiştir.³⁹ Ülkemizde Ayaz ve ark.²⁶ ebeveynlerin eğitim düzeyi ile çocukların tedaviye uyumu arasında anlamlı bir ilişki saptayamamıştır. Benzer şekilde çalışmamızda da anne ve babanın eğitim düzeyi ile istatistiksel anlamda ilişkili bulunmamıştır. Bu durum çalışmamızdaki anne ve babaların eğitim düzeyinin düşük olması ile ilişkili olabilir ve bu konuda ek araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Hem ABD hem de ülkemizde geçmişte yürütülmüş olan çalışmalarda ebeveynlerin evlilik durumu ile çocuklarının tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.^{26,38} Çalışmamızın bulguları bu yönden yazınla uyumludur.

Kore'de yapılan bir çalışmada, lise çağında olmanın medikal tedaviye uyumla ilişkili olabileceği gösterilirken⁴⁰, çalışmamızda sınıf düzeyi ile medikal tedaviye uyum arasında bir ilişki bulunamamıştır. 2013 yılında yapılan bir çalışmada akademik başarı ile tedaviye uyum arasında ilişki olabileceği gösterilirken⁴¹, çalışmamızda medikal tedaviye uyum ile tedavi öncesi ders başarısı arasında ilişki bulunamamış buna karşın tedavi uyumu ile tedavi ile ders başarısında değişim ilişkili bulunmuştur. Tedaviye uyumlu grupta akademik başarıda %84,7 oranında olumlu yönde değişim olurken, tedaviye uyumsuz grupta bu oran %41,7 olarak saptanmıştır. Bu durum psikostimülan kullanımı ile akademik performans artışının tedavi uyumu ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. 2018 yılında yapılan bir çalışmada metilfenidatın matematik ve okuma alanlarında hafiften orta düzeye kadar olumlu etkisi olduğu gösterilirken⁴², diğer bir çalışmada da psikostimülan tedaviye uyumun tedavi sonucu akademik başarıda artış ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.⁴³

Ailede DEHB öyküsü varlığı ile çocukların medikal tedaviye uyumları arasında ilişki saptanamayan ve ailede DEHB öyküsünün tedaviye uyumu olumsuz etkilediğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır.^{37,41} Avrupa ve Doğu Asya'da yapılan bir çalışmada ise ailede DEHB ya da başka bir psikiyatrik bozukluk olmasının tedaviye uyumsuzlukla ilişkili olabileceği gösterilmiştir.⁴⁴ Ülkemizde yapılan bir çalışmada ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü ile tedaviye uyum arasında istatistiksel bir ilişki bulunamamıştır.²⁶ Çalışmamızda ailede psikiyatrik bozukluk

öyküsünün varlığı ile medikal tedaviye uyum arasında bir ilişki olabileceğini saptadık. Bu durum ailenin psikiyatrik tedaviler ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olmasıyla ilişkili olabilir. Bu önermeyi destekleyebilecek şekilde geçmişte yürütülmüş bir çalışmada da⁴⁵ ailelerin hastalıkla ilgili bilgisinin artmasının tedaviye uyumu artırabileceği bildirilmiştir.

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında ailede psikiyatrik bozukluk nedeniyle ilaç kullanımı öyküsünün medikal tedaviye uyumu etkilediği gözlenirken³⁷, çalışmamızda bu değişken medikal tedaviye uyum ile ilişkili bulunmuştur. Bu konuda yazındaki çalışmalar kısıtlıdır ve ek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Hem ülkemizde hem de diğer ülkelerde yürütülmüş geçmiş çalışmalarda medikal tedaviye uyum ile kronik hastalık varlığı arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır.^{26,34} Bulgularımız bu yönden yazınla uyumludur.

Geçmiş bir çalışmada öğretmenler tarafından bildirilen dikkat eksikliği belirtilerinin tedaviye uyumla negatif ilişki gösterdiği, diğer bir çalışmada ise DEHB alt görünümü ile tedavi uyumu arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir.^{37,45} Çalışmamızda da DEHB alt görünümleri ve tedavi uyumu arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır. Bu bulgu örnekleminizdeki olguların daha çok bileşik tip tanısını karşılamalarına bağlı olabilir.

DEHB olgularında semptom şiddeti ile tedavi uyumu arasında olumlu ilişki bildiren, anlamlı bir ilişki saptamayan veya bu iki değişkenin negatif korelasyon gösterdiğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır.^{34,39,46,47} Çalışmamızda semptomların şiddeti ile tedaviye uyum arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum çalışmamızda semptom şiddetinin yapılandırılmış bir görüşme ile değerlendirilmemesi ile açıklanabilir.

Yapılan çalışmalarda kullanılan etken maddenin tedaviye uyumla ilişkili olmadığı gösterilmiştir.^{25,48} Christensen ve ark.⁴⁹ çalışmasında psikostimülan kullanımı ile tedaviye uyumun atomoksetinden daha iyi olduğu gösterilirken, diğer bir çalışma ise atomoksetin kullanımının tedaviye uyumu artırdığını göstermiştir.¹⁷ Bazı çalışmalarda ise uzun etkili metilfenidat kullanımının tedaviye uyumda daha etkili olabileceği gösterilmiştir.^{49,50} Bizim çalışmamıza atomoksetin kullanan olgu sayısının yeterli olmaması nedeniyle sadece metilfenidat kullanan olgular dahil edilmiştir. Tedavide kullanılan tüm preparatların kullanılmış olduğu büyük örneklerde bu açıdan değerlendirme için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yapılan çalışmalarda medikal tedaviyle oluşan yan etkilerin tedaviye uyumu etkilediği gösterilirken^{26,34,39}, çalışmamızda yan etki varlığının tedaviye uyumla ilişkisiz olduğu ancak yan etkilerin ortaya çıkma zamanının tedavi uyumunu etkileyebileceği saptanmıştır. Erken dönemde çıkan yan etkiler tedaviye uyumu olumsuz etkileyebilir. Yapılan bir çalışmada tedaviye uyumsuzluğun büyük kısmının ilk birkaç ayda çıkan yan etkilerle ilişkili olabileceği gösterilmiş olup¹⁴, çalışmamızdan elde edilen veriler de bu önermeyi desteklemektedir.

Yapılan bazı çalışmalarda^{31,40} komorbid hastalığın tedaviye uyumu etkilediği gösterilirken, başka çalışmalarda ise tedaviye uyumu etkilemediği^{37,51} gösterilmiştir. Ülkemizde yürütülmüş bir çalışmada²⁶ bir veya daha fazla komorbid hastalık varlığının tedaviye uyumu etkilemediği gösterilmiştir. Çalışmamızda ise davranım bozukluğu ve birden fazla komorbid hastalık varlığının tedaviye uyumu etkilediği gösterilmiştir. Bu durum DEHB'ye eşlik eden komorbid hastalık sayısı arttıkça daha fazla alanda problem yaşanması ile ilişkili olabilir. Bu önermeyi destekleyecek şekilde geçmişte DEHB olgularında akademik/sosyal sorunların, özel eğitim ihtiyacının ve psikiyatrik görüşme sayısının eşlik eden tanılar arttıkça yükseldiği gösterilmiştir.⁵²

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bulgularımız kısıtlılıkları ile birlikte değerlendirilmelidir. İlk olarak çalışmamız geriye dönük olarak tasarlandığından bazı veriler tam olarak elde edilememiş ve bu verilerin tedavi uyumuna etkisi tam olarak değerlendirilmemiş olabilir. Yan etkiler ve işlevselliğin standardize araçlarla değerlendirilmemiş olması da kısıtlılıklar arasındadır. Hastalık şiddeti, tanı alt tipleri, eşlik eden tanılar, ailede psikiyatrik bozukluk varlığı ve bu nedenle ilaç kullanımı için yapılandırılmış görüşmeler tekrar uygulanmamış, dosya verilerine dayanılmıştır. Ek olarak tedaviye uyumsuz olarak değerlendirilen ve kliniğimizde takip edilmemekte olan olguların reçete kayıtları incelenmediğinden başka merkezlerde takip edilip edilmedikleri bilinmemektedir.

Sonuç

DEHB tedavisi, medikal tedaviye ek olarak çocuk, aile ve öğretmenleri kapsayacak şekilde planlanmış psikososyal müdahaleleri de içermektedir. Çalışmamızda medikal tedaviye uyumu etkileyen faktörleri ayrıntılı olarak araştırdık. Elde edilen veriler erken dönemde tespit edilerek tedaviye uyumun artırılmasında yol gösterici olacaktır. Çalışmamızda bulduğumuz gibi, ailede var olan psikiyatrik bozuklukların ve yan etkilerin takibinin tedaviye uyuma etkisini daha iyi inceleyebilmek için daha geniş örneklemlemlerle ve uzun süreli olarak planlanacak izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Etik

Etik Kurul Onayı: Çalışmaya başlamadan önce, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır (karar no: 20.478.486, tarih: 29.01.2020).

Hasta Onayı: Retrospektif çalışma.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: M.K.K., Ş.Y.S., Dizayn: M.K.K., Ş.Y.S., T.E., Veri Toplama veya İşleme: M.K.K., T.E., E.A., Analiz veya Yorumlama:

Ş.Y.S., Ö.B., H.K., Literatür Arama: M.K.K., T.E., E.A., Yazan: M.K.K., Ş.Y.S., T.E., E.A., Ö.B., H.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;135:e994-e1001.
3. Ercan ES, Polanczyk G, Akyol Ardic U, Yuce D, Karacetin G, Tufan AE, Tural U, Aksu H, Aktepe E, Rodopman Arman A, Başgül S, Bilal O, Coşkun M, Celik GG, Karakoc Demirkaya S, Dursun BO, Durukan İ, Fidan T, Perdahlı Fiş N, Gençoğlu S, Gökçen C, Görker I, Görmez V, Gündoğdu ÖY, Gürkan CK, Hergüner S, Tural Hesapçıoğlu S, Kandemir H, Kılıç BG, Kılınçaslan A, Mutluer T, Nasiroğlu S, Özel Özcan Ö, Öztürk M, Öztop D, Yalın Sapmaz S, Süren S, Şahin N, Yolga Tahiroğlu A, Toros F, Ünal F, Vural P, Perçinel Yazıcı İ, Yazıcı KU, Yıldırım V, Yulaf Y, Yüce M, Yüksel T, Akdemir D, Altun H, Ayık B, Bilgic A, Hekim Bozkurt Ö, Demirbaş Çakır E, Çeri V, Üçok Demir N, Dinç G, Irmak MY, Karaman D, Kınık ME, Mazlum B, Memik NÇ, Foto Özdemir D, Sınır H, Ince Taşdelen B, Taşkın B, Uğur Ç, Uran P, Uysal T, Üneri Ö, Yılmaz S, Seval Yılmaz S, Açikel B, Aktaş H, Alaca R, Aliç BG, Almaidan M, Arı FP, Aslan C, Atabay E, Ay MG, Aydemir H, Ayrancı G, Babadağı Z, Bayar H, Çon Bayhan P, Bayram Ö, Dikmeer Bektaş N, Berberoğlu KK, Bostan R, Arıcı Canlı M, Cansız MA, Ceylan C, Coşkun N, Coşkun S, Çakan Y, Demir İ, Demir N, Yıldırım Demirdöğen E, Doğan B, Dönmez YE, Dönder F, Efe A, Eray Ş, Erbilgin S, Erden S, Ersoy EG, Eseroğlu T, Kına Fırat S, Eynallı Gök E, Güler G, Güles Z, Güneş S, Güneş A, Günay G, Gürbüz Özgür B, Güven G, Çelik Göksoy Ş, Horozcu H, Irmak A, Işık Ü, Kahraman Ö, Kalaycı BM, Karaaslan U, Karadağ M, Kılıç HT, Kılınçaslan F, Kınay D, Kocael Ö, Bulanık Koç E, Kadir Mutlu R, Lushi-Şan Z, Nalbant K, Okumus N, Özbek F, Akkuş Özdemir F, Özdemir H, Özkan S, Yıldırım Özyurt E, Polat B, Polat H, Sekmen E, Sertçelik M, Sevgen FH, Sevinç O, Süleyman F, Shamkhalova Ü, Eren Şimşek N, Tanır Y, Tekden M, Temtek S, Topal M, Topal Z, Türk T, Uçar HN, Uçar F, Uygun D, Uzun N, Vatanser Z, Yazgılı NG, Miniksar Yıldız D, Yıldız N. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nord J Psychiatry*. 2019;73:132-140.
4. Childress AC, Berry SA. Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder in adolescents. *Drugs*. 2012;72:309-325.
5. Öner Ö, Yılmaz EŞ, Karadağ H, Vural M, Vural EH, Akbulut A, Gürsöz H, Türkçapar H, Kerman S. ADHD Medication Trends in Turkey: 2009-2013. *J Atten Disord*. 2017;21:1192-1197.
6. ADDISS. A report based on research amongst children and parents illustrating the impact of ADHD on the school day. School report: Perspectives on ADHD – A New Source of Information (2004). Unpublished Data Available from: <http://www.addiss.co.uk/schoolreport.pdf>
7. Sonuga-Barke EJS, Halperin JM. Developmental phenotypes and causal pathways in attention deficit/hyperactivity disorder: potential targets for early intervention?. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51:368-389.
8. Evans SW, Pelham WE, Smith BH, Bukstein O, Gnagy EM, Greiner AR, Altenderfer L, Baron-Myak C. Dose-response effects of methylphenidate on ecologically valid measures of academic performance and classroom behavior in adolescents with ADHD. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2001;9:163-175.

9. Pelham WE Jr, Fabiano GA, Massetti GM. Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2005;34:449-476.
10. Whalen CK, Henker B, Buhrmester D, Hinshaw SP, Huber A, Laski K. Does stimulant medication improve the peer status of hyperactive children? *J Consult Clin Psychol.* 1989;57:545-549.
11. Ercan ES, Kose S, Kutlu A, Akyol O, Durak S, Aydin C. Treatment Duration is Associated with Functioning and Prognosis in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology.* 2012;22:148-160.
12. Biederman J, Wilens T, Mick E, Spencer T, Faraone SV. Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics.* 1999;104:e20.
13. Chang Z, Lichtenstein P, Halldner L, D'Onofrio B, Serlachius E, Fazel S, Långström N, Larsson H. Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse. *J Child Psychol Psychiatry.* 2014;55:878-885.
14. Barkley R, Murphy KR, Fischer M. ADHD in Adults: What the Science Says UMASS Study. 2008:279.
15. Robin AL, Payson E. The impact of ADHD on marriage. *The ADHD Report.* 2002;10:9-14.
16. Chang Z, Lichtenstein P, D'Onofrio BM, Sjölander A, Larsson H. Serious transport accidents in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effect of medication: a population-based study. *JAMA Psychiatry.* 2014;71:319-325.
17. Barner JC, Khoza S, Oladapo A. ADHD medication use, adherence, persistence and cost among Texas Medicaid children. *Curr Med Res Opin.* 2011;27:(Suppl 2)13-22.
18. Drotar D. Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness: Concepts, methods, and interventions. Lawrence Erlbaum Associates Publishers;2000.
19. Rapoff MA. Adherence to Pediatric Medical Regimens. NewYork, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 1999.
20. DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care.* 2002;40:794-811.
21. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, Johnson JA. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ.* 2006;333:15.
22. Charach A, Ickowicz A, Schachar R. Stimulant treatment over five years: adherence, effectiveness, and adverse effects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43:559-567.
23. Adler LD, Nierenberg AA. Review of medication adherence in children and adults with ADHD. *Postgrad Med.* 2010;122:184-191.
24. Barbaresi WJ, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Leibson CL, Jacobsen SJ. Long-term stimulant medication treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a population-based study. *J Dev Behav Pediatr.* 2006;27:448-457.
25. Wehmeier PM, Dittmann RW, Banaschewski T. Treatment compliance or medication adherence in children and adolescents on ADHD medication in clinical practice: results from the COMPLY observational study. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2015;7:165-174.
26. Ayaz M, Ayaz AB, Soyulu N, Yüksel S. Medication persistence in Turkish children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2014;24:442-447.
27. Kiliç BG, Bilgiç A, Gürkan K, Aysev A. Sociodemographic and clinical factors associated with compliance to methylphenidate treatment in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Turk Psikiyatri Derg.* 2007;18:207-213.
28. Brinkman WB, Sucharew H, Majcher JH, Epstein JN. Predictors of Medication Continuity in Children With ADHD. *Pediatrics.* 2018;141:e20172580.
29. Miller AR, Lalonde CE, McGrail KM. Children's persistence with methylphenidate therapy: a population-based study. *Can J Psychiatry.* 2004;49:761-768.
30. Sanchez RJ, Crismon ML, Barner JC, Bettinger T, Wilson JP. Assessment of adherence measures with different stimulants among children and adolescents. *Pharmacotherapy.* 2005;25:909-917.
31. Bahmanyar S, Sundström A, Kaijser M, von Knorring AL, Kieler H. Pharmacological treatment and demographic characteristics of pediatric patients with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Sweden. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013;23:1732-1738.
32. Emilsson M, Gustafsson PA, Öhnström G, Marteinsdottir I. Beliefs regarding medication and side effects influence treatment adherence in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017;26:559-571.
33. Weiss G, Minde K, Werry JS, Douglas V, Nemeth E. Studies on the hyperactive child. 8. Five-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry.* 1971;24:409-414.
34. Toomey SL, Sox CM, Rusinak D, Finkelstein JA. Why do children with ADHD discontinue their medication? *Clin Pediatr (Phila).* 2012;51:763-769.
35. van den Ban E, Souverein PC, Swaab H, van Engeland H, Egberts TC, Heerdink ER. Less discontinuation of ADHD drug use since the availability of long-acting ADHD medication in children, adolescents and adults under the age of 45 years in the Netherlands. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2010;2:213-220.
36. Hébert J, Polotskaia A, Joober R, Grizenko N. Adherence to psychostimulant medication in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: the role of attitudes. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;22:317-323.
37. Safavi P, Saberzadeh M, Tehrani AM. Factors Associated with Treatment Adherence in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Indian J Psychol Med.* 2019;41:252-257.
38. Rieppi R, Greenhill LL, Ford RE, Chuang S, Wu M, Davies M, Abikoff HB, Arnold LE, Conners CK, Elliott GR, Hechtman L, Hinshaw SP, Hoza B, Jensen PS, Kraemer HC, March JS, Newcorn JH, Pelham WE, Severe JB, Swanson JM, Vitiello B, Wells KC, Wigal T. Socioeconomic status as a moderator of ADHD treatment outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41:269-277.
39. Gau SS, Chen SJ, Chou WJ, Cheng H, Tang CS, Chang HL, Tzang RF, Wu YY, Huang YF, Chou MC, Liang HY, Hsu YC, Lu HH, Huang YS. National survey of adherence, efficacy, and side effects of methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder in Taiwan. *J Clin Psychiatry.* 2008;69:131-140.
40. Bhang SY, Kwack YS, Jung YS, Lee SI, Kim B, Sohn SH, Chung US, Yang J, Hong M, Bahn GH, Choi HY, Oh IH, Lee YJ, Hwang JW. Factors that Affect the Adherence to ADHD Medications during a Treatment Continuation Period in Children and Adolescents: A Nationwide Retrospective Cohort Study Using Korean Health Insurance Data from 2007 to 2011. *Psychiatry Investig.* 2017;14:158-165.
41. Ahmed R, Aslani P. Attention-deficit/hyperactivity disorder: an update on medication adherence and persistence in children, adolescents and adults. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2013;13:791-815.
42. Kortekaas-Rijlaarsdam AF, Luman M, Sonuga-Barke E, Oosterlaan J. Does methylphenidate improve academic performance? A systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2019;28:155-164.
43. Marcus SC, Durkin M. Stimulant adherence and academic performance in urban youth with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011;50:480-489.
44. Hong J, Novick D, Treuer T, Montgomery W, Haynes VS, Wu S, Haro JM. Predictors and consequences of adherence to the treatment of pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder in Central Europe and East Asia. *Patient Prefer Adherence.* 2013;7:987-995.
45. Charach A, Yeung E, Volpe T, Goodale T, Dosreis S. Exploring stimulant treatment in ADHD: narratives of young adolescents and their parents. *BMC Psychiatry.* 2014;14:110.

46. Faraone SV, Biederman J, Zimmerman B. An analysis of patient adherence to treatment during a 1-year, open-label study of OROS methylphenidate in children with ADHD. *J Atten Disord.* 2007;11:157-166.
47. Thiruchelvam D, Charach A, Schachar RJ. Moderators and mediators of long-term adherence to stimulant treatment in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40:922-928.
48. Bhang SY, Hwang JW, Kwak YS, Joung YS, Lee S, Kim B, Sohn SH, Chung US, Yang J, Hong M, Bahn GH, Choi HY, Oh IH, Lee YJ. Differences in Utilization Patterns among Medications in Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a 36-Month Retrospective Study Using the Korean Health Insurance Review and Assessment Claims Database. *J Korean Med Sci.* 2016;31:1284-1291.
49. Christensen L, Sasané R, Hodgkins P, Harley C, Tetali S. Pharmacological treatment patterns among patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: retrospective claims-based analysis of a managed care population. *Curr Med Res Opin.* 2010;26:977-989.
50. Marcus SC, Wan GJ, Kemner JE, Olfson M. Continuity of methylphenidate treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159:572-578.
51. Atzori P, Usala T, Carucci S, Danjou F, Zuddas A. Predictive factors for persistent use and compliance of immediate-release methylphenidate: a 36-month naturalistic study. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2009;19:673-681.
52. Larson K, Russ SA, Kahn RS, Halfon N. Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics.* 2011;127:462-470.

Bir Çocuk Psikiyatri Kliniğinin 6 Yıllık Hasta Kayıt Verilerinin İncelenmesi

The Analysis of 6-year Data of a Child Psychiatry Clinic

© Canan Kuygun Karcı¹, © Asiye Arıcı Gürbüz¹, © Esra Güzel², © Satı Sanberk², © İpek Suzer Gamli³, © Ayşegül Yolga Tahiroğlu⁴

¹Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği, Adana, Türkiye

²Özel Muayenehane, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, Adana, Türkiye

³Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁴Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

Amaç: Çocukluk çağı ruhsal hastalıklarının dağılımının iyi bilinmesi, bölgesel farklılıklara hakim olunması ve gerekli stratejilerin geliştirilmesi açısından oldukça önem taşımaktadır. Bu çalışma ile hastanemizin 6 yıllık çocuk psikiyatri klinik verilerini değerlendirip, literatüre katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bir Ocak 2012 ile 31 Aralık 2017 tarihleri arasında hastanemiz çocuk psikiyatri polikliniklerine başvurmuş çocuk ve ergenlerin cinsiyet ve tanılarına ait veriler hastane kayıt sistemi üzerinden retrospektif olarak taranmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen 34.106 hastanın %60,0'ı (n=20.469) erkek, %40,0'ı (n=13.637) ise kızdı. F90-Aktivite ve dikkat bozukluğu (%38,1), F91-Davranış bozuklukları (%24,8), F41-Anksiyete bozuklukları (%10,0) ve F32-Depresif nöbet (%5,9) en sık saptanan tanımlar olmuştur. Çalışmamızda en sık tekrarlayan başvurusu olan tanımlar sırasıyla F90-Aktivite ve dikkat bozukluğu, F31-Bipolar duygulanım bozukluğu, F91-Davranış bozuklukları, F28-Organik olmayan psikotik bozukluklar ve F42-Obsesif kompulsif bozukluk idi.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları, literatürü destekler şekilde, çocuk psikiyatri poliklinik başvurularında erkek cinsiyetin daha fazla olduğunu ve en sık konulan tanının F90-aktivite ve dikkat bozukluğu olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk psikiyatri, DEHB, çocukluk çağı ruhsal hastalıkları

Objectives: It is very important to know the distribution of childhood mental illnesses well, to master regional differences and to develop necessary strategies. With this study, it is aimed to evaluate the 6-year child psychiatry clinical data of our hospital and contribute to the literature.

Materials and Methods: Data on gender and diagnosis of children and adolescents who applied to our hospital's child psychiatry outpatient clinics between January 1, 2012 and December 31, 2017 were retrospectively scanned through the hospital registry system.

Results: Of the 34,106 patients included in our study, 60.0% (n=20,469) were male and 40.0% (n=13,637) were female. F90-Activity and attention disorder (38.1%), F91-Behavioral disorders (24.8%), F41-Anxiety disorders (10.0%) and F32-Depressive episode (5.9%) were the most common diagnoses. The diagnoses of the most recurrent applications were F90-Activity and attention disorder, F31-Bipolar affective disorder, F91-Behavioral disorders, F28-Non-organic psychotic disorders, and F42-Obsessive-compulsive disorder, respectively.

Conclusion: In this study, it was found that male gender was more common in the applications to child psychiatry outpatient clinic and the most common diagnosis was F90-Activity and attention disorder. The results of our study support the literature.

Keywords: Child psychiatry, ADHD, childhood mental illness

ÖZ

ABSTRACT

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Canan Kuygun Karcı, Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği, Adana, Türkiye

Tel.: +90 505 925 43 13 **E-posta:** c_kuy@hotmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0002-9355-9449

Geliş Tarihi/Received: 15.02.2021 **Kabul Tarihi/Accepted:** 30.06.2021

©Telif Hakkı 2022 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'ne¹ göre sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Sağlıklı bir toplum için bireylerin ruh sağlığının desteklenmesi, ruhsal hastalıkların önlenmesi ve/veya tedavi edilmesi gerekmektedir. Yetişkinlerde gözlenen birçok ruhsal bozukluğun ilk belirtilerinin çocukluk veya ergenlik döneminde başladığı göz önünde bulundurulduğunda, bu dönemde yapılacak uygun müdahaleler koruyucu ruh sağlığı açısından da büyük önem taşımaktadır.

Dünya genelinde çocukluk çağı ruhsal hastalıklarının görülme sıklığı yaklaşık %13,0'tür.² Ülkemizde yapılan ilk ulusal epidemiyolojik çalışmada çocukluk çağında en az bir ruhsal hastalık görülme sıklığı %37,6, bozulma kriteri eklendiğinde sıklık ise %17,1 olarak bildirilmiştir.³ Bu çalışmada ruhsal hastalıkların sıklığında bölgesel farklılıklar olduğu gösterilmiştir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) en sık Akdeniz bölgesinde, anksiyete bozuklukları ise Karadeniz Bölgesi'nde daha sık saptanmıştır.³

Ülkemizde daha önce klinik bazında çocuk psikiyatri başvurusu olan hastaların sosyo-demografik veri ve tanı dağılımlarını değerlendiren çalışmalar bulunmaktadır.⁴⁻⁷ Bu çalışmalarda çocuk psikiyatri polikliniğinde en çok karşılaşılan tanılar DEHB, anksiyete bozuklukları, depresyon, fobiler ve mental retardasyon olduğu, erkeklerin kızlardan daha sık başvurduğu bildirilmiştir. Bu kadar sık gözlenen ve bozulma ile giden çocukluk çağı ruhsal hastalıklarının dağılımının iyi bilinmesi, bölgesel farklılıklara hakim olunması ve gerekli stratejilerin geliştirilmesi açısından bu tür çalışmalar yol gösterici olmaktadır. Yazında Adana iline ait çocuk psikiyatri klinik verilerinin değerlendirildiği bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma ile Adana'da oldukça eski ve büyük bir bölgeye hizmet veren hastanemizin 6 yıllık çocuk psikiyatri klinik verilerini değerlendirip, literatüre katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın örneklemini 1 Ocak 2012 ile 31 Aralık 2017 tarihleri arasında hastanemiz çocuk psikiyatri polikliniklerine başvurmuş çocuk ve ergenler oluşturmaktadır. Hastaların cinsiyet ve tanılarına ait veriler [International Statistical Classification of Diseases (ICD-10) and Related Health Problems tanı kodları] hastane kayıt sistemi üzerinden geriye dönük olarak taranmıştır. Hastanemizde 2012 yılında 2, 2013 yılında 3, 2014 yılında 2, 2015 yılında 3, 2016 ve 2017 yıllarında ise 4 adet poliklinikte etkin olarak çalışan çocuk psikiyatri uzmanı bulunmaktadır. Hasta tanılarını The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) tanı ölçütlerine dayalı olarak konulmaktadır. Tanı koyma sürecinde tanı koydurucu ölçeklerden ve zeka testlerinden yardım alınmaktadır. Kurumumuza bağlı Çocuk Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi poliklinik verileri çalışmamıza dahil edilmemiştir, ancak poliklinik hizmetine ek olarak yürütülen adli olgular, tutuklu olgular ve sağlık kurulu hastaları çalışma verileri içinde yer almaktadır. Kurumumuzda sağlık kurulu bulunmamaktadır, il merkezinden ve ilçelerden

sağlık kurulu hastaları sevk ile başvurabilmektedir. Çalışmanın etik kurul onayı Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (karar no: 619, tarih: 04.12.2019).

İstatistiksel Analiz

Araştırmanın istatistiksel değerlendirmeleri, SPSS for Windows, Versiyon 22.0 (IBM Inc., Armonk, NY) paket programıyla yapıldı. Sayısal veriler ortanca ve çeyrekler arası aralık (IQR) şeklinde verildi. Kategorik değişkenlerin analizinde ki-kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, p<0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmamıza toplam 34,106 hastanın verisi dahil edildi. Hastaların %60,0'ı (n=20,469) erkek, %40,0'ı (n=13,637) ise kızdı. Hasta tanılarının tümü ICD-10 tanı kodu alt kırılımları ile birlikte değerlendirildi. Z00-Genel psikiyatrik muayene tanı kodu girilen hasta oranı %56,8 iken, en sık girilen tanı kodu %38,1 ile F90-Aktivite ve dikkat bozukluğu idi. En sık girilen tanılarla ilgili veriler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1'de yer alan tanılar dışında sıklığı %1,0'ın altında olan tanılar; F28-Organik olmayan psikotik bozukluklar, diğer (%0,1), F29-Organik olmayan psikoz (%0,1), F39-Duygudurum bozuklukları tanımlanmamış (%0,4), F42-Obsesif kompulsif bozukluk (%0,7), F63-Alışkanlık ve uyarım bozuklukları (%0,1), F70-Hafif zeka geriliği (%0,4), F71-Orta zeka geriliği (%0,3), F72-Ağır zeka geriliği (%0,2), F78-Zeka geriliği, diğer (%0,2), F79-Zeka geriliği, tanımlanmamış (%0,1), F94-Sosyal fonksiyon bozuklukları, başlangıcı çocuk ve ergenliğe özgü (%0,1), F95-Tık bozuklukları (%0,3), G47-Uyku bozuklukları (%0,1) ve Z55-Eğitim ve okuma yazma ile ilgili problemler (%0,2) idi.

Hastalar tekrarlayan poliklinik başvuru sıklığına göre incelendiğinde en çok tekrarlayan başvurusu olan hasta grubunu DEHB (F90) tanısı (ortanca: 2, IQR: 4) oluşturmaktaydı. Tanı grupları ve tekrarlayan başvurular ile ilgili veriler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Altı yıl boyunca çocuk psikiyatri polikliniğinde konulan tanılarının sıklıkları

| ICD-10 tanı kodu | % | n |
|---|------|--------|
| Z00-Genel psikiyatrik muayene | 56,8 | 19.379 |
| F90-Aktivite ve dikkat bozukluğu | 38,1 | 12.989 |
| F91-Davranış bozuklukları | 24,8 | 8.462 |
| F41-Anksiyete bozuklukları | 10 | 3.407 |
| F32-Depresif nöbet | 5,9 | 2.015 |
| F31-Bipolar duygulanım bozukluğu | 2,3 | 782 |
| F98-Davranışsal ve duygusal diğer bozukluklar | 2,1 | 706 |
| F80-Konuşma ve dil özel gelişimsel bozuklukları | 1,4 | 469 |
| F43-Ağır strese reaksiyon ve uyum bozuklukları | 1,3 | 438 |
| Z02-İdari amaçlar için muayene | 1,2 | 393 |
| F84-Yaygın gelişimsel bozukluklar | 1,1 | 378 |

Cinsiyet açısından tanılar incelendiğinde; Z00-Genel psikiyatrik muayene oranı kızlarda %63,2, erkeklerde %52,6 idi. Kızlarda en sık gözlenen tanılar F90-Aktivite ve dikkat bozukluğu (%29,2), F91-Davranış bozuklukları (%19,5), F41-Anksiyete bozuklukları (%14,3), F32-Depresif nöbet (%9,2) ve F31-Bipolar duygulanım bozukluğu (%2,8) olarak sıralanmaktaydı. Erkeklerde ise F90-Aktivite ve dikkat bozukluğu (%44), F91-Davranış bozuklukları (%28,4), F41-Anksiyete bozuklukları (%7,1), F32-Depresif nöbet (%3,7) ve F98-Davranışsal ve duygusal diğer bozukluklar (%2,3) en sık gözlenen tanılardı. Tanıların cinsiyet açısından karşılaştırılması Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tartışma

Adana ilinde bir çocuk psikiyatri kliniğinin altı yıllık verilerinin incelendiği bu çalışma, 34,106 hasta sayısı ile Türkiye'deki benzer çalışmalar içinde en büyük örnekleme sahip olma özelliği taşımaktadır. Türkiye'de farklı illerde yapılan benzer çalışmalarda çocuk psikiyatri ayaktan polikliniklerine başvurularında erkeklerin çoğunluğu oluşturduğu bildirilmiştir. Aras ve ark.⁸ İzmir ilinde (Dokuz Eylül Üniversitesi) yürüttüğü çalışmada 822 hastanın %63,6'sının, Akdemir ve Çetin'in⁹

Ankara ilinde (Hacettepe Üniversitesi) yürüttüğü çalışmada 755 hastanın %54,2'sinin, Aktepe ve ark.¹⁰ Isparta ilinde (Süleyman Demirel Üniversitesi) yürüttüğü çalışmada 763 hastanın %64,6'sının, Durukan ve ark.¹¹ Ankara ilinde (Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi) yürüttüğü çalışmada 538 hastanın %58,7'sinin, Akın Sarı'nın⁴ Batman ilinde (Batman Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi) yürüttüğü çalışmasında 2,489 hastanın %63,3'ünün, Karakoç Demirkaya ve ark.⁶ Aydın ilinde (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi) yürüttüğü çalışmada 832 hastanın %58,2'sinin, Uçar ve ark.⁵ Bursa ilinde (Bursa Uludağ Üniversitesi) yürüttüğü çalışmada 953 hastanın %57,7'sinin, Görmez ve ark.⁷ İstanbul ilinde (Bezmialem Vakıf Üniversitesi) yürüttüğü çalışmada 987 hastanın %63,8'inin, Çeri ve ark.¹² Kütahya ilinde (Üniversite hastanesi) yürüttüğü çalışmada 221 hastanın %59,7'sinin erkek olduğu bildirilmiştir (Tablo 4). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde hastaların %60,0'ını erkekler oluşturmaktaydı. Farklı ülkelerdeki çalışmalar da erkek oranının fazla olduğunu göstermektedir.^{13,14} Erkeklerde okul, aile, akran işlevselliğinde bozulma ile giden dışa vurum bozukluklarının daha sık görüldüğü,¹⁵ bu nedenle ailelerin erkek çocukları için daha fazla yardım arayışında olmalarının

Tablo 2. Altı yıl boyunca çocuk psikiyatri polikliniğine tekrarlayan poliklinik başvuru sayıları

| ICD-10 tanı kodu | Başvuru ortancası | CAA | En az başvuru sayısı | En çok başvuru sayısı |
|---|-------------------|-----|----------------------|-----------------------|
| F90-Aktivite ve dikkat bozukluğu | 2 | 4 | 1 | 64 |
| F31-Bipolar duygulanım bozukluğu | 2 | 3 | 1 | 29 |
| F91-Davranış bozuklukları | 2 | 2 | 1 | 38 |
| F28-Organik olmayan psikotik bozukluklar, diğer | 1 | 2 | 1 | 7 |
| Z00-Genel psikiyatrik muayene | 1 | 1 | 1 | 26 |
| F42-Obsesif kompulsif bozukluk | 1 | 1 | 1 | 8 |
| F32-Depresif nöbet | 1 | 1 | 1 | 16 |
| F41-Anksiyete bozuklukları | 1 | 1 | 1 | 17 |
| F29-Organik olmayan psikoz | 1 | 1 | 1 | 6 |
| F84-Yaygın gelişimsel bozukluklar | 1 | 1 | 1 | 10 |
| F94-Sosyal fonksiyon bozuklukları, başlangıcı çocuk ve ergenliğe özgü | 1 | 1 | 1 | 3 |
| F95-Tik bozuklukları | 1 | 1 | 1 | 8 |

CAA: Çeyrekler arası aralık

Tablo 3. Altı yıl boyunca çocuk psikiyatri polikliniğinde konulan tanıların cinsiyetler açısından karşılaştırılmaları

| ICD-10 Tanı kodu | Kız | Erkek | p |
|--|-------|-------|--------|
| F90-Aktivite ve dikkat bozukluğu | %29,2 | %44 | <0,001 |
| F91-Davranış bozuklukları | %19,5 | %28,4 | <0,001 |
| F41-Anksiyete bozuklukları | %14,3 | %7,1 | <0,001 |
| F32-Depresif nöbet | %9,2 | %3,7 | <0,001 |
| F31-Bipolar duygulanım bozukluğu | %2,8 | %2 | <0,001 |
| F98-Davranışsal ve duygusal diğer bozukluklar | %1,7 | %2,3 | 0,001 |
| F80-Konuşma ve dil özel gelişim bozuklukları | %0,8 | %1,8 | <0,001 |
| F43-Ağır strese reaksiyon ve uyum bozuklukları | %1,8 | %0,9 | <0,001 |
| F84-Yaygın gelişimsel bozukluklar | %0,6 | %1,5 | <0,001 |

*P<0,05

Tablo 4. Türkiye'de çocuk psikiyatri polikliniklerinde konulan tanılarla ilgili yürütülmüş benzer çalışmalar

| Yazarlar | Yürütüldüğü merkez | Hasta sayısı | Yöntem | En sık tanı | Birden fazla tanı |
|--|--|--|--|---|--|
| Aras ve ark. ⁸ | İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi | 822 hasta 523 erkek (%63,6) 299 kız (%36,4) | 2002 yılının ilk 6 ayı Retrospektif dosya taraması | Erkeklerde; DEHB, kekemelik Kızlarda; anksiyete bozuklukları, depresyon | Tanı kayıtlarına ulaşılan 790 hastanın 227'si (%28,7) Erkeklerde %30,6 Kızlarda %25,4 |
| Akdemir ve Çetin ⁹ | Ankara Hacettepe Üniversitesi | 755 ergen hasta 406 erkek (%54,2) 346 kız (%45,8) | 2004-2005 yılları arasında ilk kez başvurmış ergenler Retrospektif dosya taraması | Erkeklerde; yıkıcı davranım boz., anksiyete boz., MR, duygudurum boz., dışa atım boz. Kızlarda; duygudurum boz., anksiyete boz., yıkıcı davranım boz., MR, somatoform boz. | Erkeklerde %14,9 Kızlarda %13,6 |
| Aktepe ve ark. ¹⁰ | Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi | 763 hasta 493 erkek (%64,6) 270 kız (%35,4) | Ekim 2007-Ekim 2008 Tarihleri arasında başvuran hastalar Retrospektif dosya taraması | Erkeklerde; DEHB, depresyon, EN, anksiyete boz., uyum boz. Kızlarda; depresyon, anksiyete boz., EN, uyum boz., DEHB | 191 hasta %25,0 |
| Durukan ve ark. ¹¹ | Ankara GATA | 538 hasta 316 erkek (%58,7) 222 kız (%41,3) | Ocak 2009-Haziran 2009 tarihleri arasında başvuranlar Retrospektif dosya taraması | Erkeklerde; DEHB, MR, anksiyete boz., EN, depresyon Kızlarda; DEHB, anksiyete boz., depresyon, MR, EN | 73 hasta %13,7 |
| Akın Sarı ⁴ | Batman Batman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi | 2489 hasta 1576 erkek (%63,3) 913 kız (%36,7) | Şubat 2010-Ağustos 2011 tarihleri arasında başvuranlar Retrospektif dosya taraması | Erkeklerde; DEHB, kekemelik, EN, anksiyete boz. Kızlarda; DEHB, anksiyete boz., EN, majör depresyon, MR | 362 hasta %14,5 |
| Uçar ve ark. ⁵ | Bursa Uludağ Üniversitesi | 953 hasta 550 erkek (%57,7) 403 kız (%42,3) | Temmuz 2012-Aralık 2012 tarihleri arasında başvuranlar Retrospektif dosya taraması | Erkeklerde; DEHB, MR, depresyon, davranım boz. Kızlarda; depresyon, MR, DEHB, anksiyete boz. | 305 hasta %32,0 Erkeklerde %33,6 Kızlarda %39 |
| Karakoç Demirkaya ve ark. ⁶ | Aydın Aydın Adnan Menderes Üniversitesi | 832 hasta 484 erkek (%58,2) 348 kız (%41,8) | 01 Şubat-31 Temmuz 2014 tarihleri arasında başvuranlar Retrospektif dosya taraması | Erkeklerde; DEHB Kızlarda; anksiyete boz. | Veri bildirilmemiştir |
| Görmez ve ark. ⁷ | İstanbul Bezmialem Vakıf Üniversitesi | 987 hasta 630 erkek (%63,8) 357 kız (%36,2) | Temmuz 2015-Mayıs 2016 tarihleri arasında başvuranlar Yarı yapılandırılmış görüşme | Erkeklerde; DEHB, özgül fobi, KOKGB Kızlarda; özgül fobi, DEHB, uyum boz. | Erkeklerde %48,1 Kızlarda %47,1 |
| Çeri ve ark. ¹² | Kütahya Üniversite Hastanesi | 221 hasta 132 erkek (%59,7) 89 kız (%40,3) | Şubat-Mart-Nisan 2015 tarihlerinde başvuranlar Retrospektif, yarı yapılandırılmış görüşme | Erkeklerde; DEHB, KOKGB, depresif boz., anksiyete boz. Kızlarda; özgül fobi, DEHB, anksiyete boz., depresif boz. | %47,0 |

DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, EN: Enürezis nokturna, MR: Mental retardasyon, KOKGB: Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, GATA: Gülhane Askeri Tıp Akademisi

poliklinik başvuru oranlarında cinsiyet farklılığını oluşturduğu öne sürülmektedir.

Çalışmamızda Z00-Genel psikiyatrik muayene tanı kodu girilen yani herhangi bir psikiyatrik tanı konulmayan hasta oranı %56,8 idi. Bu oran ülkemizdeki benzer çalışmalarda %11,8 ila %25,3 arasında değişmektedir.^{4,7-9,11,12} Kurumumuzda psikolog ve çocuk gelişim uzmanlarının bireysel görüşme ile hasta takibi yapmaları, bu görüşmeler için öncelikle doktor muayenesi gerekmesi ve eşik altı belirtilerde hastaların psikolog ya da çocuk gelişim uzmanına yönlendirilmesi nedeniyle bizim çalışmamızda tanı konulmayanların oranının daha yüksek çıkmış olabileceği düşünülmüştür. En sık tekrarlayan poliklinik başvurularında ortanca =1, IQR =1 başvuru sayısı ile 5. sırada Z00-Genel psikiyatrik muayene tanı kodunun yer alması da bu görüşü desteklemektedir. Ayrıca örneklem sayımızın diğer çalışmalardan çok daha fazla olmasının da bu farkta katkısının olabileceği düşünülmüştür.

F90-Aktivite ve dikkat bozukluğu (%38,1), F91-Davranış bozuklukları (%24,8), F41-Anksiyete bozuklukları (%10,0) ve F32-Depresif nöbet (%5,9) örneklemimizde en sık saptanan tanıları olmuştur. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda en sık saptanan tanıları benzerlik göstermekte, ancak sıralama ve oranlarda farklılıklar gözlenmektedir. Birçok çalışmada DEHB en sık gözlenen tanı olmuştur. Aras ve ark.⁸ çalışmasında yıkıcı davranış bozuklukları en sık tanı grubunu oluştururken bu grup içerisinde %17,8 ile en sık DEHB yer almaktadır. Yıkıcı davranış bozukluklarını sırasıyla döneme özgü sorunlar, ilişki sorunları, normalin altında zeka düzeyi ve dışa atım bozuklukları takip etmektedir. Durukan ve ark.¹¹ çalışmasında ise DEHB %26,5 ile en sık tanı olarak saptanırken, yaygın anksiyete bozukluğu, mental retardasyon, depresyon ve enürezis diğer sık tanıları olarak sıralanmıştır. Görmez ve ark.⁷ çalışmasında en sık tanıları DEHB (%32,2), özgül fobi, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB), uyum bozuklukları ve enürezis olarak bildirilmiştir. Çeri ve ark.¹² çalışmasında ise yine DEHB (%35,5) en sık tanı olarak yer alırken, bunu özgül fobi, anksiyete bozuklukları, KOKGB ve depresif bozukluk takip etmektedir. Amerika'da 40,639 çocuk ile yapılan çalışmada en sık tanıların DEHB (%34,0), depresyon (%16,5) ve anksiyete bozuklukları (%7,0) olduğu bildirilmiştir.¹³ Türkiye epidemiyoloji çalışmasında da en sık saptanan tanı DEHB (%19,48) olurken, anksiyete bozuklukları, enürezis ve KOKGB diğer sık gözlenen tanıları olarak sıralanmıştır.³ Bizim çalışmamızdaki DEHB oranı yüksekliğinin epidemiyoloji çalışmasında³ da rapor edildiği üzere Akdeniz Bölgesi'nde DEHB oranının diğer bölgelerden daha fazla olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamız ICD-10 tanı kodları ile yürütüldüğünden KOKGB tanısı F91-Davranış bozuklukları tanı kodu içerisinde, enürezis ise F98-Davranışsal ve duygusal diğer bozukluklar tanı kodu içerisinde yer almaktadır, bu nedenle ayrı birer tanı olarak sıralamada yer almamıştır. Ek olarak eşlik eden tanıların ayrı listelenmeyip, hastanın tekrarlayan girişlerindeki farklı tanı kodlarının hepsinin ilgili tanı koduna dahil edilmesinin, tanı sıklığını etkilemiş olabileceği düşünülmüştür. Çalışmalar arasındaki tanı sıklığı sıralamalarındaki farklılıkların tanı koyma sürecinde

kullanılan yöntemler, geriye/ileriye dönük araştırma gibi yöntemsel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Cinsiyet açısından tanıları bakıldığında her iki cinsiyette de en sık tanı F90-Aktivite ve dikkat bozukluğu olurken, erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı şekilde F90-Aktivite ve dikkat bozukluğu, F91-Davranış bozuklukları, F98-Davranışsal ve duygusal diğer bozukluklar, F80-Konuşma ve dil özel gelişimsel bozuklukları ve F84-Yaygın gelişimsel bozukluklar tanıları daha sık saptanmıştır. Kızlarda ise F41-Anksiyete bozuklukları, F32-Depresif nöbet, F31-Bipolar duygulanım bozukluğu ve F43-Ağır strese reaksiyon ve uyum bozuklukları tanı kodları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha sık saptanmıştır. Sonuçlarımız kızlarda içe yönelim sorunlarının, erkeklerde ise dışa yönelim sorunlarının daha sık görüldüğü yazın bilgisi ile uyumludur.^{16,17} Kızlarda en sık saptanan tanının anksiyete bozuklukları olduğunu bildiren yayınların^{5,9,18,19} yanı sıra DEHB'nin en sık saptandığı çalışmalar da mevcuttur.^{3,11,12,20} Bizim çalışmamızda da güncel verilerle uyumlu olarak kızlarda en sık F90-Aktivite ve dikkat bozukluğu tanı kodu saptanmıştır.

Çocuk psikiyatri polikliniklerinde hastaların planlanan görüşmelere devam etmemeleri önemli bir sorun gibi gözükmektedir. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda^{21,22} hastaların randevu devamsızlığı oranı %58,0-59,0 arasında değişmekte iken ülkemizde oranlar %61,0-79,0 arasında bildirilmiştir.^{4,8} Çalışmamızda en sık tekrarlayan başvurusu olan tanıları sırasıyla F90-Aktivite ve dikkat bozukluğu, F31-Bipolar duygulanım bozukluğu, F91-Davranış bozuklukları, F28-Organik olmayan psikotik bozukluklar ve F42-Obsesif kompulsif bozukluk idi. En sık saptanan tanı olan F90-Aktivite ve dikkat bozukluğu tanısının, en sık tekrarlayan başvuru tanısı olması şaşırtıcı değildir. Ancak F31-Bipolar duygulanım bozukluğu, F28-Organik olmayan psikotik bozukluklar ve F42-Obsesif kompulsif bozukluk gibi görece daha az sıklıkta gözlenen tanıların daha sık tekrarlayan başvuru oluşturan tanıları olması dikkat çekicidir.

Çalışmamızda F84-Yaygın gelişimsel bozukluklar tanı kodunun oranı %1,1, zeka geriliği tanı kodlarının sıklığı ise toplam %1,2 [F70-Hafif zeka geriliği (%0,4), F71-Orta zeka geriliği (%0,3), F72-Ağır zeka geriliği (%0,2), F78-Zeka geriliği, diğer (%0,2), F79-Zeka geriliği, tanımlanmamış (%0,1)] olarak saptanmıştır. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda yaygın gelişimsel bozukluklar için yaklaşık %2,0, zeka geriliği için yaklaşık %5,0 sıklık bildirilmiştir.^{7,11} Türkiye prevalans çalışmasında ise sıklık yüzdesi yaygın gelişimsel bozukluklar için %0,15, zeka geriliği için %0,74 olarak bildirilmiştir.³ Çalışmamızdaki sıklığın benzer çalışmalardan daha düşük olmasının nedeni verilerin hasta kayıt sistemi üzerinden tanı kodları aracılığı ile elde edilmesi olabilir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamız hastane kayıt sistemi üzerinden geriye dönük olarak yürütüldüğü için sosyo-demografik verilerin olmayışı kısıtlılık yaratmaktadır. Bazı hastalarda yarı yapılandırılmış görüşme aracı kullanılırken bazı hastalarda kullanılmamıştır. Ancak sistem üzerinden taramada bu bilgiye ulaşamaması olması

bir diğer kısıtlılıktır. Ayrıca altı yıllık süreçte kurumda çalışan farklı hekimlerin tanısal tutarlılığına dair bilgi olmaması da kısıtlılık yaratmaktadır. Tanı koyma sürecinde DSM tanıların kullanılmasında ancak hastane veri sistemine ICD tanı kodu olarak girilmesi günlük pratiğimizde de sorun yaratmaktadır. DSM kriterlerine göre koyulan tanıların ICD tanı kodu karşılığı sisteme girilmektedir. Çalışmamızın ICD tanı kodları üzerinden yürütülmesi de metin içerisinde de bahsedildiği gibi bazı tanıları (enürezis, KOKGB gibi) açısından kısıtlılık yaratmıştır. Veri setinin büyüklüğü nedeni ile çocuk psikiyatri kliniklerinde oldukça önemli yer tutan komorbiditeye ilişkin verilerin bu çalışmada paylaşılabilmesi bir diğer kısıtlılıktır.

Sonuç

Çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarında sıklık açısından bölgesel farklılıklar gözlenebilse de tanıların benzerlik gösterdiği gözlenmiştir. Özellikle poliklinik yoğunluğunun çok fazla olduğu devlet hastanelerinde en sık tanıların ve tekrarlayan başvuru nedenlerinin iyi bilinmesinin zaman yönetimi, hızlı ve doğru müdahaleler açısından yardımcı olacağı düşünülmektedir. Bu alanda ileriye dönük olarak planlanmış, yapılandırılmış görüşme aracı kullanılmış, tedavi ve takip süreçlerini de içeren yeni çalışmaların katkısı olacaktır.

Etik

Etik Kurul Onayı: Çalışmanın etik kurul onayı Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (karar no: 619, tarih: 04.12.2019).

Hasta Onayı: Retrospektif çalışma.

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

Yazarlık Katkıları

Konsept: C.K.K., A.Y.T., Dizayn: C.K.K., A.Y.T., Veri Toplama veya İşleme: C.K.K., E.G., S.S., İ.S.G., Analiz veya Yorumlama: C.K.K., A.A.G., A.Y.T., Literatür Arama: C.K.K., A.A.G., Yazan: C.K.K., A.A.G.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Constitution of World Health Organization: Principles. Geneva, World Health Organization, 2017.
2. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56:345-365.
3. Ercan ES, Polanczyk G, Akyol Ardıc U, Yuce D, Karacetin G, Tufan AE, Tural U, Aksu H, Aktepe E, Rodopman Arman A, Başgöl S, Bilal O, Coşkun M, Celik GG, Karakoc Demirkaya S, Dursun BO, Durukan İ, Fidan T, Perdahlı Fiş N, Gençoğlu S, Gökçen C, Görker I, Görmez V, Gündoğdu ÖY, Gürkan CK, Hergüner S, Tural Hesapçıoğlu S, Kandemir H, Kılıç BG, Kılınçaslan A, Mutluer T, Nasiroğlu S, Özel Özcan Ö, Öztürk M, Öztop D, Yalın Sapmaz S, Süren S, Şahin N,

Yolga Tahiroğlu A, Toros F, Ünal F, Vural P, Perçinel Yazıcı İ, Yazıcı KU, Yıldırım V, Yulaf Y, Yüce M, Yüksel T, Akdemir D, Altun H, Ayık B, Bilgic A, Hekim Bozkurt Ö, Demirbaş Çakır E, Çeri V, Üçok Demir N, Dinç G, Irmak MY, Karaman D, Kınık ME, Mazlum B, Memik NÇ, Foto Özdemir D, Sınır H, Ince Taşdelen B, Taşkın B, Uğur Ç, Uran P, Uysal T, Üneri Ö, Yılmaz S, Seval Yılmaz S, Açıkkel B, Aktaş H, Alaca R, Aliç BG, Almaidan M, Arı FP, Aslan C, Atabay E, Ay MG, Aydemir H, Ayranç G, Babadağı Z, Bayar H, Çon Bayhan P, Bayram Ö, Dikmeer Bektaş N, Berberoğlu KK, Bostan R, Arıcı Canlı M, Cansız MA, Ceylan C, Coşkun N, Coşkun S, Çakan Y, Demir İ, Demir N, Yıldırım Demirdöğen E, Doğan B, Dönmez YE, Dönder F, Efe A, Eray Ş, Erbilgin S, Erden S, Ersoy EG, Eseroğlu T, Kına Fırat S, Eynallı Gök E, Güler G, Güles Z, Güneş S, Güneş A, Günay G, Gürbüz Özgür B, Güven G, Çelik Göksoy Ş, Horozcu H, Irmak A, Işık Ü, Kahraman Ö, Kalaycı BM, Karaaslan U, Karadağ M, Kılıç HT, Kılıçaslan F, Kınay D, Kocael Ö, Bulanık Koç E, Kadir Mutlu R, Lushi-Şan Z, Nalbant K, Okumus N, Özbek F, Akkuş Özdemir F, Özdemir H, Özkan S, Yıldırım Özyurt E, Polat B, Polat H, Sekmen E, Sertçelik M, Sevgen FH, Sevinç O, Süleyman F, Shamkhalova Ü, Eren Şimşek N, Tanır Y, Tekden M, Temtek S, Topal M, Topal Z, Türk T, Uçar HN, Uçar F, Uygun D, Uzun N, Vatasever Z, Yazgılı NG, Miniksar Yıldız D, Yıldız N. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nordic journal of psychiatry*. 2019;73:132-140.

4. Akın Sarı B. Symptoms and Diagnoses of Patients Referring to A Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic in Batman. *Klinik Psikiyatri*. 2013;16:7-17.
5. Uçar HN, Vural AP, Kocael Ö, Köle İH, Dağdelen F, Kırtıl İY. Bir Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastaların Yakınma, Tanı ve İlaç Uygulamaları Karakteristiklerinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2014;40:75-83.
6. Karakoç Demirkaya S, Aksu H, Yılmaz N, Özgür BG, Eren E, Avıl SN. Sociodemographic Characteristics and Diagnoses of Individuals Referred to a Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic of a University Hospital. *Meandros Med Dent J*. 2015;16:4-8.
7. Görmez V, Örengül AC, Baljinniyam S, Aliyeva N. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda tanı dağılımı ve demografik özellikler. *Journal of Mood Disorders*. 2017;7:41-46.
8. Aras Ş, Ünlü G, Taş FV. Symptoms, Diagnoses and Diagnostic Procedures of Patients who Presented to the Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic. *J Clin Psy*. 2007;10:28-37.
9. Akdemir D, Çetin FÇ. Çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümüne başvuran ergenlerin klinik özellikleri. *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 2008;15:5-14.
10. Aktepe E, Demirci K, Çalışkan AM, Sönmez Y. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirti ve tanı dağılımları. *Düşünen Adam-Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2010;23:100-108.
11. Durukan İ, Karaman D, Kara K, Türker T, Tufan AE, Yalçın Ö, Karabekiroğlu K. Diagnoses of patients referring to a child and adolescent psychiatry outpatient clinic. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2011;24:113-120.
12. Çeri V, Özer Ü, Layık ME, Ay İz FB. Evaluation of Psychiatric Disorders Among Children and Adolescents Who Applied To An Outpatient Service. *Van Tıp Derg*. 2018;25:520-526.
13. Harpaz-Rotem I, Rosenheck RA. Changes in outpatient psychiatric diagnosis in privately insured children and adolescents from 1995 to 2000. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2004;34:329-340.
14. Recart C, Castro P, Alvarez H, Bedregal P. Characteristics of children and adolescents attended in a private psychiatric outpatient clinic. *Rev Med Chil*. 2002;130:295-303.
15. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, Benjet C, Georgiades K, Swendsen J. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication—Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49:980-989.

16. Erşan EE, Doğan O, Doğan S Sümer H. The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13:354-361.
17. Benenson JF. Sex differences. In: Hopkins B (editor). *The Cambridge Encyclopedia of Child Development*. UK: Cambridge University Press, 2005;366-374.
18. Fettahoğlu Ç, Özatalay E. Çocuklarda hareketlilik ve/veya dikkatsizlik yakınmaları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2006;13:13-18.
19. Roberts RE, Roberts CR, Xing Y. Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *J Psychiatr Res*. 2007;41:959-967.
20. Ercan ES, Bilac O, Uysal Ozaslan TU, Akyol Ardic U. Prevalence of psychiatric disorders among Turkish children: the effects of impairment and sociodemographic correlates. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2016;47:35-42.
21. Lazaratou H, Vlassopoulos M, Dellatolas G. Factors affecting compliance with treatment in an outpatient child psychiatric practice: A retrospective study in a community mental health centre in Athens. *Psychother Psychosom*. 2000;69:42-49.
22. Hamiwka L, Jones JE, Salpekar J, Caplan R. Child psychiatry. *Epilepsy Behav*. 2011;22:38-46.

Changing Trends in Child and Adolescent Psychiatric Admissions During COVID-19: A Retrospective Cross-sectional Study at a Tertiary Center in Turkey

COVID-19 Sırasında Çocuk ve Ergen Psikiyatri Başvurularında Değişen Eğilimler: Türkiye'deki Üçüncü Basamak Bir Merkezde Geriye Dönük Kesitsel Bir Çalışma

Esra Hoşoğlu¹, Bedia Sultan Önal², Berkan Şahin²

¹Giresun University, Maternity and Children Training and Research Hospital, Child and Adolescent Psychiatry Clinic, Giresun, Turkey

²Giresun University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Giresun, Turkey

ABSTRACT

Objectives: There are various disruptions in health services as a result of the coronavirus pandemic process, and it brings along various changes in the application and delivery of mental health services, as in all other health services. There are limited data about child and adolescent psychiatry admissions during the pandemic. This study aimed to investigate the characteristics and trends of child and adolescent psychiatry admissions to an outpatient clinic during the pandemic and to compare them with a similar period in 2019.

Materials and Methods: The study was a retrospective cross-sectional study including subjects admitted by appointment to a tertiary hospital. The data of the study were collected from electronic medical records. Admissions for three months (September, October, November) in 2019 and 2020 were reviewed. Psychiatric diagnosis (according to ICD 10) and clinical information (including age and place category) at admission were evaluated for each child and adolescent.

Results: There was a significant decrease in the total number of admissions during the pandemic period to the pre-pandemic period ($p < 0.001$). During the pandemic period, an increase in the ratio of admission of the adolescent age group and female gender was detected. When the diagnostic distribution was examined, the diagnoses of obsessive-compulsive disorder ($p = 0.002$), anxiety disorders ($p < 0.001$) and speech and language disorders ($p < 0.001$) were more common. The admission rates for these three disorders increased significantly compared with the pre-pandemic period. The rates of attention deficit hyperactivity disorder and specific learning disorder were found to be significantly lower compared to the pre-pandemic period.

Conclusion: Although recent studies have determined that psychiatric problems increase during the pandemic period, our findings show that admissions to the child and adolescent psychiatric outpatient clinic were decreased. Our findings also suggest that females and the adolescent age group is more vulnerable to the pandemic in terms of mental problems.

Keywords: COVID-19, pandemic, child and adolescent, psychiatric admission, anxiety disorders

ÖZ

Amaç: Koronavirüs pandemi sürecinin sonucu olarak sağlık hizmetlerinde çeşitli aksaklıklar olduğu, diğer tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi ruh sağlığı hizmetlerine başvuruda ve bu hizmetlerin sunumunda çeşitli değişiklikleri beraberinde getirdiği bilinmektedir. Pandemi sırasında çocuk ve ergen psikiyatrisi başvuruları hakkında sınırlı veri bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, pandemi sürecinde çocuk ve ergen psikiyatrisi poliklinik başvurularının özelliklerini ve eğilimi araştırmak ve 2019 yılının benzer dönemiyle karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma üçüncü basamak bir hastaneye randevu ile kabul edilen denekleri içeren geriye dönük kesitsel bir çalışmaydı. Çalışmanın verileri elektronik tıbbi kayıtlardan toplandı. 2019 ve 2020 yılının üç ayının (Eylül, Ekim, Kasım) başvuruları gözden geçirildi. Her çocuk ve ergen için başvuru sırasındaki psikiyatrik tanı (ICD 10'a göre) ve klinik bilgiler (yaş ve yer kategorisi dahil) değerlendirildi.

Bulgular: Pandemi döneminde pandemi öncesi döneme göre toplam başvuru sayısında anlamlı azalma saptandı ($p < 0,001$). Pandemi döneminde ergen yaş grubu ve kız cinsiyet başvuru oranında artış tespit edildi. Tanı dağılımı incelendiğinde obsesif kompulsif bozukluk ($p = 0,002$), anksiyete bozuklukları ($p < 0,001$) ve konuşma ve dil bozukluğu ($p < 0,001$) tanıları daha sıkı. Bu üç bozukluğun başvuru oranı pandemi öncesi döneme göre anlamlı olarak artmıştır. Buna karşın dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme bozukluğu tanılarının oranları pandemi öncesi döneme göre anlamlı olarak düşük bulundu.

Sonuç: Son araştırmalar pandemi döneminde psikiyatrik sorunların arttığını saptamasına rağmen, edindiğimiz bulgular çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine başvuruların azaldığını göstermektedir. Bulgularımız aynı zamanda kız cinsiyetin ve ergen yaş grubunun ruhsal sorunlar açısından pandemiye karşı daha duyarlı olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, pandemi, çocuk ve ergen, psikiyatrik başvuru, anksiyete bozuklukları

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Esra Hoşoğlu, Giresun University, Maternity and Children Training and Research Hospital, Child and Adolescent Psychiatry Clinic, Giresun, Turkey

Phone: +90 546 561 52 81 E-mail: csesrahosoglu@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0003-0090-1389

Received/Geliş Tarihi: 23.05.2021 Accepted/Kabul Tarihi: 27.07.2021

© Copyright 2022 by the Turkish Association for child and Adolescent Psychiatry / Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health. published by Galenos Publishing House.



Introduction

Coronavirus disease-2019 (COVID-19) was detected in approximately 84 million people worldwide from December 2019 to January 2021, causing approximately 1.8 million deaths.¹ After appearing initially in March 2020, the number of cases began to increase rapidly in Turkey. The total number of cases reached approximately 2.2 million as of January 2021, and the number of people who died from the disease reached approximately twenty-one thousand.²

With the rapid spread of COVID-19 to the whole world, countries started to take precautions to prevent the spread of the disease, such as banning international travels, forcing quarantines and lockdowns.^{3,4} These precautions and changes related to the pandemic affected health care in the early stages of the pandemic. Emergency patients were given priority in emergency services and elective surgeries were postponed.⁵ In our country, some hospitals have been transformed into pandemic hospitals, and their capacities have been increased.⁵ To reduce hospital visits, patients who had a medication report could buy medication directly from the pharmacy without a prescription. In addition, the duration of the health board reports for the disabled was extended.⁶

During the pandemic periods, hospitals are considered risky places by people.⁷ Previous studies showed that admissions to emergency services decreased during the COVID-19 pandemic.⁸ Studies evaluating the effect of the COVID-19 pandemic on psychiatric hospital admissions are limited. It was found there was a 52.2% decrease in psychiatric emergency admissions during the pandemic period compared to the previous year in Portugal.⁹ A similar study compared psychiatric hospital admissions in the first period of the pandemic (February-March 2020) with the same months of 2019 in Italy. Despite a significant decrease in voluntary admissions, there was no noticeable decrease in involuntary admissions.¹⁰ Another study in the early stages of the pandemic showed that hospital admissions to child and adolescent psychiatry had decreased at different rates in China.¹¹

Children were thought to have milder or asymptomatic disease compared with adults. It was suggested that this situation caused children to be diagnosed with a lower rate of COVID-19 and would play a role in the transmission.¹² As a result, face-to-face education has been postponed or canceled in some countries including Turkey.^{5,13} Schools have an important place in the social and emotional development and routine of children.¹⁴ The closure of schools and lockdowns although beneficial from a public health standpoint, might increase various risks for children. During the pandemic period, children stayed away from their daily routines. Their sleep patterns were disrupted, their physical activities decreased, and the time spent on the screen increased.¹³ As a result, there have been reports about the effects of being in quarantine on mental health. Studies have shown that people react to being in quarantine with fear, anger, lethargy, confusion, insomnia, and experience elevated levels of psychological stress compared to the general population.¹⁵ In a

review including 51 studies, high rates of depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder symptoms were reported in children during the period of COVID-19.¹⁴ The above studies suggest that the number of psychiatric admissions increase in children and adolescents during the pandemic period.

Studies on hospital admissions generally include the acute phase of the pandemic and mostly evaluate emergency patient admissions.⁹⁻¹¹ Studies on the later stages of the pandemic are limited.⁸ To the best of our knowledge, there is no study in the literature evaluating the clinical features of outpatient admissions for the child and adolescent psychiatry. In this study, we compared the number and characteristics of admissions to the child and adolescent psychiatry department during the pandemic period with respect to the same period in 2019.

Materials and Methods

This was a retrospective cross-sectional study including subjects admitted by appointment to the Department of Child and Adolescent Psychiatry, Giresun University Maternity and Children Training and Research Hospital, which is a tertiary hospital. Our service has an appointment system coordinated by the Ministry of Health, with which patients can make their appointments via the phone or online. The outpatient clinic service is provided with direct interviews. There was no telehealth service option. The data of the study were collected from electronic medical records. Admissions from two different periods were included in the study: September 1 to November 30, 2019, and September 1 to November 30, 2020. The capacity of patient admission of our service was similar in both periods (each year 65 working days). Data screening and extraction were conducted by three experienced child and adolescent psychiatrists (E.H., B.Ş., B.S.Ö.).

Referred psychiatric symptoms and clinical information were evaluated according to ICD 10 for each subject. We examined common disorders under diagnostic groups: Neurodevelopmental Disorders (Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), intellectual disability (ID), oppositional defiant disorder (ODD), conduct disorder (CD), autism spectrum disorder (ASD), specific learning disorder (SLD), Tic disorders and speech and language disorders [language disorder, speech sound disorder and childhood-onset fluency disorder (stuttering)], depressive disorders (major depression and dysthymia), anxiety disorders (separation anxiety disorder, selective mutism, specific phobia, social anxiety disorder (social phobia), panic disorder, agoraphobia, generalized anxiety disorder), obsessive-compulsive disorder (OCD). Less common disorders in the children and adolescents were included among other psychiatric disorders (bipolar disorders, schizophrenia spectrum disorders, eating disorders etc.). Reasons for admissions not having any ICD 10 psychiatric diagnosis, such as relationship problems, nail biting, thumb sucking, were included in the advisory support group.

Information about the patients such as age, gender, and address (city/county/out of city) was also noted. To better determine

the effect of the pandemic on age groups, ages were divided into three categories: 0-6 age groups (preschool age), 6-12 age groups (school-age) and 12-18 (adolescent) age groups.

Statistical Analysis

All analyses were performed on SPSS version 21.0 (IBM Inc., Armonk, NY, USA). Histograms and Q-Q plots were used to determine whether variables were normally distributed. Data are given as mean \pm standard deviation for continuous variables according to the normality of distribution and as frequency (percentage) for categorical variables. The number of admissions in 2019 and 2020 was analyzed with one-sample chi-square test under the null hypothesis of equal probabilities. Continuous variables were analyzed with the independent samples t-test. Categorical variables were analyzed with the chi-square tests. Two-tailed p values of less than 0.05 were considered statistically significant.

Ethical approval was obtained from the University of Health Sciences Turkey, Kanuni Training and Research Hospital Clinical Research Ethics Committee (decision no: 2021/27, date: 12.02.2021). All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

Results

We had a total of 3,950 patients (2,336 boys and 1,614 girls) within two periods. The number of admissions was 2,162 in 2019 and 1,788 in 2020. The decrease in the number of admissions was 374 (17.30%) ($p < 0.001$). Figure 1 shows the trends in admissions for study weeks. There were 1320 (61.05%) boys and 842 (38.95%) girls in 2019 while there were 1016 (56.82%) boys and 772 (43.18%) girls in 2020. Rate of females was significantly higher in 2020 than in 2019 ($p = 0.007$). Mean age of the patients was 10.9 ± 4.2 years

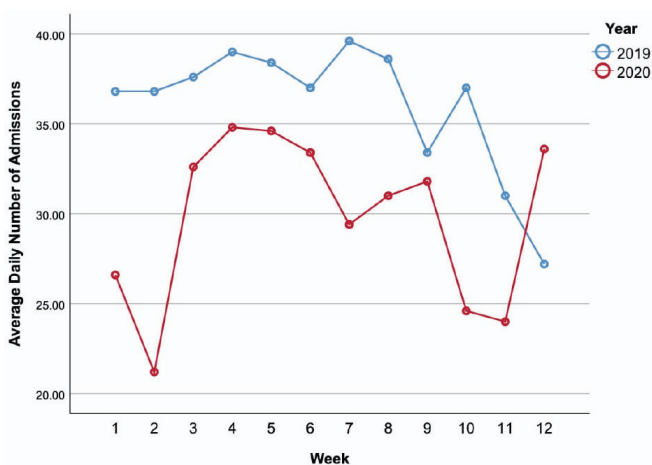


Figure 1. Average daily number of admissions between September 1 to November 30, 2019 and on September 1 to November 30, 2020

(range= 0.9-18.6). Mean age at applications was significantly higher in 2020 than in 2019 ($p = 0.029$). In addition, the rate of adolescents was significantly higher in 2020 than in 2019 ($p < 0.001$). Most of the patients were living in urban areas in both 2019 (50.14%) and 2020 (57.97%). The rate of applications from urban areas was significantly higher in 2020 than in 2019 ($p < 0.001$) (Table 1).

Neurodevelopmental disorders were the most common diagnoses in both years and ADHD was the most commonly diagnosed among this group. Rates for neurodevelopmental disorders ($p < 0.001$), ADHD ($p < 0.001$) and SLD ($p = 0.033$) were significantly higher in 2019 than in 2020. Rates for speech/ language disorders percentage ($p < 0.001$), anxiety disorder ($p < 0.001$) and OCD ($p = 0.002$) were significantly higher in 2020 than in 2019. There were no significant differences between years with regard to ID, ODD, CD, ASD, tic disorders, depressive disorders, admission for advisory support and other psychiatric disorders (Table 2, Figure 2).

Discussion

In this study, clinical and demographic characteristics of admissions to child and adolescent psychiatry outpatient service during autumn 2020, was compared with the autumn of 2019, which is the pre-pandemic period. Since the COVID-19 cases tended to increase in the autumn months in our country and autumn is an active school period in Turkey, the current study was planned on this period.² The findings showed a significant decrease in the number of voluntary admissions during 2020 compared to 2019. In 2020, while there was a decrease in admissions due to ADHD and SLD, the percentage of admissions due to anxiety disorder, OCD and speech and language disorders increased. It was also found that the rate of admissions of females and adolescents were increased during the pandemic period.

Most of the previous studies evaluating psychiatric admissions

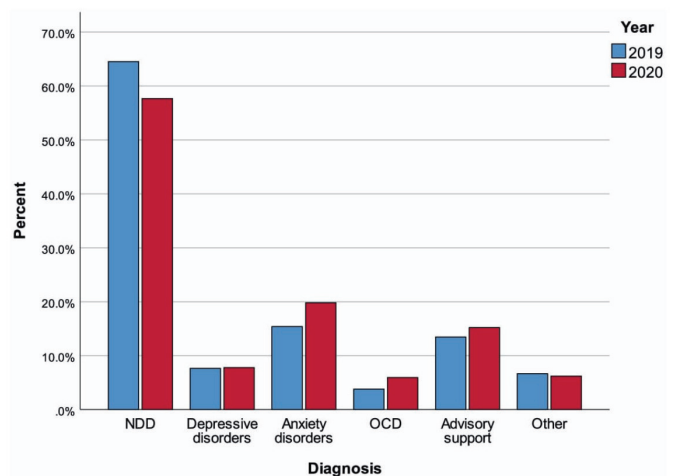


Figure 2. Comparison of admission diagnoses between two years
OCD: Obsessive-compulsive disorder, NDD: Neurodevelopmental disorders

during the pandemic period were conducted on emergency admissions and adult populations.^{10,16} A limited number of studies evaluating the child and adolescent psychiatry admissions showed that both emergency and outpatient psychiatric admissions decreased. Ferrando et al.¹⁷ found that there was no difference in emergency psychiatric admissions among adults during the pandemic period, but a decrease in the admissions of children and adolescents. In March 2020, it was found that outpatient visits and inpatient admissions to child and adolescent mental health services decreased by nearly half in hospitals in China.¹¹ Another study showed that there was more than half a decrease in admissions to the child and adolescent

psychiatry service before and during COVID-19 lockdown in the United Kingdom.¹⁸

In this study, the rate of admissions to child psychiatry department was found to reduce by 17.0% compared to the previous year. The fact that the rate of decrease in admission was relatively lower in our study may be related to the time frame of the study. The abovementioned studies were conducted by evaluating the admissions in the acute phase of the pandemic. At the beginning of the pandemic, people might have been more concerned about going to the hospital because uncertainties, warnings and restrictions. Over time, people may have less anxiety about

Table 1. Admission and patient characteristics of child psychiatry department of a tertiary hospital during pre-pandemic and pandemic periods

| | Year | | Change | Total | p |
|-----------------------------|---------------|---------------|-----------|---------------|------------------|
| | 2019 | 2020 | | | |
| Number of admissions | 2162 | 1788 | -17.30% | 3950 | <0.001 |
| Gender | | | | | |
| Males | 1320 (61.05%) | 1016 (56.82%) | -23.03% | 2336 (59.14%) | 0.007 |
| Females | 842 (38.95%) | 772 (43.18%) | -8.31% | 1614 (40.86%) | |
| Age (years) | 10.81±4.10 | 11.11±4.34 | 0.30±0.13 | 10.94±4.21 | 0.029 |
| Age groups | | | | | |
| 0-6 | 259 (11.98%) | 236 (13.20%) | -8.88% | 495 (12.53%) | <0.001 |
| 6-12 | 1020 (47.18%) | 688 (38.48%) | -32.55% | 1708 (43.24%) | |
| 12-18 | 883 (40.84%) | 864 (48.32%) | -2.15% | 1747 (44.23%) | |
| Living conditions | | | | | |
| Urban | 1082 (50.14%) | 1036 (57.97%) | -4.25% | 2118 (53.69%) | <0.001 |
| Rural | 1042 (48.29%) | 721 (40.35%) | -30.81% | 1763 (44.69%) | |
| Other urban/rural | 34 (1.58%) | 30 (1.68%) | -11.76% | 64 (1.62%) | |

Data are given as mean ± standard deviation for continuous variables according to normality of distribution and as frequency (percentage) for categorical variables

Table 2. Comparison of the rate of patient diagnosis and trend of change in 2019 and 2020 for the child psychiatry department of a tertiary hospital

| | Year | | Change | Total | p |
|--|---------------|---------------|---------|---------------|------------------|
| | 2019 | 2020 | | | |
| Neurodevelopmental disorders | 1395 (64.52%) | 1031 (57.66%) | -26.09% | 2426 (61.42%) | <0.001 |
| Intellectual disability | 151 (6.98%) | 139 (7.77%) | -7.95% | 290 (7.34%) | 0.344 |
| Attention deficit hyperactivity disorder | 1135 (52.50%) | 755 (42.23%) | -33.48% | 1890 (47.85%) | <0.001 |
| Oppositional defiant disorder | 137 (6.34%) | 122 (6.82%) | -10.95% | 259 (6.56%) | 0.539 |
| Conduct disorder | 81 (3.75%) | 71 (3.97%) | -12.35% | 152 (3.85%) | 0.715 |
| Autism spectrum disorder | 120 (5.55%) | 86 (4.81%) | -28.33% | 206 (5.22%) | 0.297 |
| Specific learning disorder | 175 (8.09%) | 113 (6.32%) | -35.43% | 288 (7.29%) | 0.033 |
| Tic disorders | 29 (1.34%) | 30 (1.68%) | 3.45% | 59 (1.49%) | 0.385 |
| Speech and language disorders | 118 (5.46%) | 182 (10.18%) | 54.24% | 300 (7.59%) | <0.001 |
| Depressive disorders | 165 (7.63%) | 139 (7.77%) | -15.76% | 304 (7.70%) | 0.867 |
| Anxiety disorders | 333 (15.40%) | 354 (19.80%) | 6.31% | 687 (17.39%) | <0.001 |
| Obsessive-compulsive disorders | 82 (3.79%) | 106 (5.93%) | 29.27% | 188 (4.76%) | 0.002 |
| Advisory support | 291 (13.46%) | 272 (15.21%) | -6.53% | 563 (14.25%) | 0.117 |
| Other psychiatric diagnoses | 144 (6.66%) | 111 (6.21%) | -22.92% | 255 (6.46%) | 0.565 |

Data are given as mean ± standard deviation for continuous variables according to normality of distribution and as frequency (percentage) for categorical variables

COVID-19.¹⁹ A study stated that hospital admissions increased in the later stages of the pandemic compared to the acute period.⁸ Our finding of reduction in admissions even after the acute phase of the pandemic may be important in this regard.

Various explanations for the reduction in psychiatric admissions were put forward in studies. One of these was people's fears of contamination in hospitals.¹⁰ Previous studies showed that people considered the hospitals as risky places and were afraid of visiting the hospital during the pandemic.⁷ Cui et al.¹¹ Reported that reductions in hospital admissions during the pandemic were related to the distance of hospitals to the city of Wuhan, where the virus was concentrated. Not only the hospital but also the transportation routes to the hospital would be risky in terms of contracting the virus.²⁰ This situation may have reduced the admissions of people who must use public transportation to go to the hospital. Similarly, it was found that city center admission rates were higher in 2020 than in 2019 in our study. This may be a factor affecting the decrease in the total number of patient admissions. Another explanation could be the use of alternative mental health services such as telepsychiatry. Telehealth services have created an alternative for those who want to get health care without going to the hospital.¹³ Telepsychiatry service is not provided in our hospital, but patients may have obtained this service from other sources. Schools play an important role in detecting and guiding psychiatric disorders.¹⁷ Our country was among the countries that started online education during the pandemic period.⁵ The lack of regular school life during the pandemic period may reduce the detection of psychiatric disorders and referral of children to professionals, especially in school-age children.

During the pandemic period, the rate of adolescent admissions increased in our study. Adolescence is a period of multiple somatic and behavioral changes as well as a critical period for onset of psychopathologies. Additionally, sociability increases during this period.²¹ Closing of schools and reduced social activities may have increased psychiatric symptoms in adolescents.²² Studies supporting our results reported that psychiatric symptoms among adolescents were elevated in the pandemic period compared to pre-adolescents.²³⁻²⁵ It was reported that adolescents had more somatic, anxiety and depressive symptoms than children in China.²⁴ Another study from China demonstrated that the level of anxiety symptoms was higher in adolescents than children.²⁵ However, in contrast to our finding, a study evaluating the child and adolescent psychiatry emergency admissions stated that there was no significant difference between the ages of subjects who were admitted during the pandemic period compared to the pre-pandemic period.¹⁷ The current study also found an increased rate of female admissions. Conflicting results were reported in adult emergency admissions.^{9,16,17} On the other hand, Ferrando et al.¹⁷ could not find a difference between genders in the child and adolescent psychiatry emergency admissions during the pandemic. It is known that females have a higher risk of depression and anxiety disorders than males.²⁶ The pandemic may have triggered psychiatric problems such as anxiety and

depression.²²⁻²⁴ The higher frequency of anxiety and depression in females may be related to gender differences found in our study.

We found a significant reduction in the rate of admission for neurodevelopmental disorders such as ADHD and SLD. Zhang et al.²⁷ reported that symptoms worsen in children with ADHD during the pandemic period. A study including parents of children and adolescents with ADHD reported that approximately one-third of children experienced an improvement in symptoms, while a third of them got worse.²⁸ Several explanations can be put forward to explain our finding. First, as mentioned above, legislature that enabled parents to take the drugs with reports from pharmacies without needing a prescription in our country may have decreased ADHD follow-up admissions. Another possible explanation is that the number of de novo ADHD diagnoses may have decreased due to the closed schools and the inability to monitor the functionality of children in the school environment.¹⁷ Face-to-face education could not be conducted in our country for a considerable time due to the pandemic.⁵ Given the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 criteria, symptoms must be present in at least two different settings (for example school and home) to diagnose ADHD.²⁹ The inability to evaluate children in the school environment may have made it difficult to diagnose ADHD. The decrease in admissions for another neurodevelopment disorder, SLD, may be due to ongoing health committee reports for the individual education program. Similar to ADHD, children with SLD may not be closely monitored in the school environment reducing referrals to child psychiatry departments. Despite the decrease in the total rate of neurodevelopmental disorders, an increased rate of speech and language disorders was found in the current study. During the pandemic period, the decrease in peer communication of children and the increase in the use of technology may have negatively affected their language development.^{13,30} Increased time spent within the house along with their children may have facilitated parental detection of delays/ impairments in language development among offspring.³¹

Staying away from school, fears about their own and their family's health, being in quarantine, economic problems are stress factors for children and adolescents.²² Stress can trigger psychiatric problems.¹³ Many studies showed that anxiety and depression symptoms increased in children and adolescents during the pandemic period.^{22,32,33} Although our study was not conducted in the acute phase of the pandemic, it was observed that the rates of admission for anxiety disorders increased compared to 2019. Similar to our study, when the pandemic eased in China, adolescents' anxiety levels were still higher than in the pre-pandemic period.³³ We found no difference in depressive disorder rates between the two periods. Similarly, an Australian study reported no difference in depressive symptoms in adolescents during the pandemic period.³¹ Most of the studies were based on symptoms rather than

clinical diagnosis during the pandemic period.^{24,32,33} Although depressive symptoms increased during the pandemic period, our study showed that the diagnosis of depression would not increase in parallel.

Since the beginning of the COVID-19, pandemic has raised concerns about the new onset of OCD and to cause exacerbation of symptoms in diagnosed cases.^{34,35} Studies evaluating the effects of the pandemic on OCD symptoms in the children and adolescents are limited.^{36,37} Schwartz-Lifshitz et al.³⁶ reported no worsening of symptoms, however Tanir et al.³⁷ suggested worsening symptoms. It was stated that the difference between the two studies may be related to the questionnaire used. In addition, deterioration detected with semi-structured interviews may be more objective. The diagnostic evaluation by experienced child psychiatrists in this study strengthens our findings. During the epidemic period, frequent reminders of transmission routes (such as touch) and emphasis on cleaning-hygiene rules may have triggered obsessive-compulsive symptoms in vulnerable individuals.^{35,36}

Study Limitations

Our study has several limitations. Firstly, the single-center nature of our design prevents the generalization of our findings. While evaluating the patients, their medical records were examined, but there was no standard diagnostic interview. In this case, other potential comorbidities of the patients may be missed. The strength of our study is the evaluation of outpatient clinic admissions for children and adolescents (other studies focused mainly on emergency visits) and being conducted in later stages of the pandemic. Other study strengths were the size of the study sample, the similarity of the admission season and the appointment system, and the retrospective collection of the electronic records by the same clinician who evaluated the study data at the time of admission.

Conclusion

The current study conducted after the acute phase of the pandemic reported a decrease in patient admissions compared to the previous year. The pandemic not only reduced emergency psychiatric admissions but also outpatient clinic admissions. Considering the negative impact of the pandemic on mental health, the decrease in the number of admissions suggests that individuals could not access the mental health service they needed. In situations that negatively affect the health system, such as a pandemic, it may be beneficial to develop new policies to ensure the continuity of mental health services. However, studies with larger sample sizes and multi-center designs are needed to evaluate the effect of the pandemic on the child and adolescent psychiatry hospital admissions. Another important finding of our study was the increase in adolescent admissions. This finding indicates that adolescents may be under elevated risk of experiencing mental problems during the pandemic period. Special interventions for adolescents may help promote and protect their mental health in future potential pandemics.

Ethics

Ethics Committee Approval: Ethical approval was obtained from the University of Health Sciences Turkey, Kanuni Training and Research Hospital Clinical Research Ethics Committee (decision no: 2021/27, date: 12.02.2021).

Informed Consent: Retrospective study.

Authorship Contributions

Concept: E.H., B.S.Ö., B.Ş., Design: E.H., Data Collection or Processing: E.H., B.S.Ö., B.Ş., Analysis or Interpretation: E.H., B.S.Ö., B.Ş., Literature Search: E.H., B.S.Ö., B.Ş., Writing: E.H., B.S.Ö., B.Ş.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study received no financial support.

References

1. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. World Health Organization. <https://covid19.who.int/> (Accessed on 2th January 2021)
2. Genel Koronavirüs Tablosu. T.C Sağlık Bakanlığı. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html> (Accessed on 24th April 2021).
3. 2 Gün Sokağa Çıkma Yasağı Bu Gece Saat 24.00 İtibarıyla Sona Eriyor. T.C İçişleri Bakanlığı. <https://www.icisleri.gov.tr/2-gun-sokaga-cikma-yasagi> (Accessed on 24th April 2021).
4. Guidance, Red, amber and green list rules for entering England. <https://www.gov.uk/guidance/transport-measures-to-protect-the-uk-from-variant-strains-of-covid-19> (Accessed on 24th April 2021).
5. Ögütülü H. Turkey's response to COVID-19 in terms of mental health. *Ir J Psychol Med.* 2020;37:222-225.
6. RAM ve Sağlık Kurulu Raporlarının Süreleri Uzatıldı. Türkiye Down Sendromu Derneği. <https://www.downturkiye.org/ram-ve-saglik-kurulu-raporlarinin-sureleri-uzatildi> (Accessed on 24th April 2021).
7. Hoşoğlu E, Şahin B, Önal BS, Baki Yıldırım S. Anxiety states and knowledge of COVID-19 among pregnant women during the pandemic in Turkey—a cross-sectional study. *Eur J Clin Exp Med.* 2021;19:10-17.
8. Birkmeyer JD, Barnato A, Birkmeyer N, Bessler R, Skinner J. The Impact Of The COVID-19 Pandemic On Hospital Admissions In The United States: Study examines trends in US hospital admissions during the COVID-19 pandemic. *Health Aff (Mildwood).* 2020;39:2010-2017.
9. Gonçalves-Pinho M, Mota P, Ribeiro J, Macedo S, Freitas A. The impact of COVID-19 pandemic on psychiatric emergency department visits—a descriptive study. *Psychiatr Q.* 2020;92:621-631.
10. Clerici M, Durbano F, Spinogatti F, Vita A, De Girolamo G, Micciolo R. Psychiatric hospitalization rates in Italy before and during COVID-19: did they change? An analysis of register data. *Ir J Psychol Med.* 2020;37:283-290.
11. Cui Y, Li Y, Zheng Y. Mental health services for children in China during the COVID-19 pandemic: results of an expert-based national survey among child and adolescent psychiatric hospitals. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2020;29:743-748.
12. Williams PCM, Howard-Jones AR, Hsu P, Palasanthiran P, Gray PE, McMullan BJ, Britton PN, Bartlett AW. SARS-CoV-2 in children: spectrum of disease, transmission and immunopathological underpinnings. *Pathology.* 2020;52:801-808.

13. Ashikalli L, Carroll W, Johnson C. The indirect impact of COVID-19 on child health. *Paediatr Child Health (Oxford)*. 2020;30:430-437.
14. De Miranda DM, da Silva Athanasio B, de Sena Oliveira AC, Silva ACS. How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? *Int J Disaster Risk Reduct*. 2020;51:101845.
15. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395:912-920.
16. Capuzzi E, Di Brita C, Caldiroli A, Colmegna F, Nava R, Buoli M, Clerici M. Psychiatric emergency care during Coronavirus 2019 (COVID 19) pandemic lockdown: results from a Department of Mental Health and Addiction of northern Italy. *Psychiatry Res*. 2020;293:113463.
17. Ferrando SJ, Klepacz L, Lynch S, Shahar S, Dornbush R, Smiley A, Miller I, Tavakkoli M, Regan J, Bartell A. Psychiatric emergencies during the height of the COVID-19 pandemic in the suburban New York City area. *J Psychiatr Res*. 2020;136:552-559.
18. Tromans S, Chester V, Harrison H, Pankhania P, Booth H, Chakraborty N. Patterns of use of secondary mental health services before and during COVID-19 lockdown: observational study. *BJPsych Open*. 2020;6:e117.
19. Varga TV, Bu F, Dissing AS, Elsenburg LK, Bustamante JJH, Matta J, van Zon SKR, Brouwer S, Bültmann U, Fancourt D, Hoeyer K, Goldberg M, Melchior M, Strandberg-Larsen K, Zins M, Clotworthy A, Rod NH. Loneliness, worries, anxiety, and precautionary behaviours in response to the COVID-19 pandemic: a longitudinal analysis of 200,000 Western and Northern Europeans. *Lancet Reg Health Eur*. 2021;2:100020.
20. Carmo RF, Nunes BE, Machado ME, Armstrong AC, Souza CD. Expansion of COVID-19 within Brazil: the importance of highways. *J Travel Med*. 2020;27:taaa106.
21. Paus T, Keshavan M, Giedd JN. Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nat Rev Neurosci*. 2008;9:947-957.
22. Guessoum SB, Lachal J, Radjack R, Carretier E, Minassian S, Benoit L, Moro MR. Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Res*. 2020;291:113264.
23. Chen F, Zheng D, Liu J, Gong Y, Guan Z, Lou D. Depression and anxiety among adolescents during COVID-19: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun*. 2020;88:36-38.
24. Liu S, Liu Y, Liu Y. Somatic symptoms and concern regarding COVID-19 among Chinese college and primary school students: A cross-sectional survey. *Psychiatry Res*. 2020;289:113070.
25. Duan L, Shao X, Wang Y, Huang Y, Miao J, Yang X, Zhu G. An investigation of mental health status of children and adolescents in china during the outbreak of COVID-19. *J Affect Disord*. 2020;275:112-118.
26. Altemus M, Sarvaiya N, Epperson CN. Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Front Neuroendocrinol*. 2014;35:320-330.
27. Zhang J, Shuai L, Yu H, Wang Z, Qiu M, Lu L, Cao X, Xia W, Wang Y, Chen R. Acute stress, behavioural symptoms and mood states among school-age children with attention-deficit/hyperactive disorder during the COVID-19 outbreak. *Asian J Psychiatr*. 2020;51:102077.
28. Bobo E, Lin L, Acquaviva E, Caci H, Franc N, Gamon L, Picot MC, Pupier F, Speranza M, Falissard B, Purper-Ouakil D. How do children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) experience lockdown during the COVID-19 outbreak? *Encephale*. 2020;46:85-92.
29. American Psychiatric Association, APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, (5th ed.) Arlington, VA; American Psychiatric Association; 2013.
30. Madigan S, McArthur BA, Anhorn C, Eirich R, Christakis DA. Associations between screen use and child language skills: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2020;174:665-675.
31. Westrupp EM, Bennett C, Berkowitz T, Youssef GJ, Toubourou JW, Tucker R, Andrews FJ, Evans S, Teague SJ, Karantzas GC, Melvin GM, Olsson C, Macdonald JA, Greenwood CJ, Mikočka-Walus A, Hutchinson D, Fuller-Tyszkiewicz M, Stokes MA, Olive L, Wood AG, McGillivray JA, Sciberras E. Child, parent, and family mental health and functioning in Australia during COVID-19: Comparison to pre-pandemic data. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;1-14.
32. Xie X, Xue Q, Zhou Y, Zhu K, Liu Q, Zhang J, Song R. Mental health status among children in home confinement during the coronavirus disease 2019 outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatr*. 2020;174:898-900.
33. Zhou SJ, Zhang LG, Wang LL, Guo ZC, Wang JQ, Chen JC, Liu M, Chen X, Chen JX. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29:749-758.
34. Chatterjee SS, Malathesh Barikar C, Mukherjee A. Impact of COVID-19 pandemic on pre-existing mental health problems. *Asian J Psychiatr*. 2020;51:102071.
35. Shafran R, Coughtrey A, Whittal M. Recognising and addressing the impact of COVID-19 on obsessive-compulsive disorder. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:570-572.
36. Schwartz-Lifshitz M, Basel D, Lang C, Hertz-Palmor N, Dekel I, Zohar J, Gothelf D. Obsessive compulsive symptoms severity among children and adolescents during COVID-19 first wave in Israel. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2021;28:100610.
37. Tanir Y, Karayagmurlu A, Kaya İ, Kaynar TB, Türkmen G, Dambasan BN, Meral Y, Coşkun M. Exacerbation of obsessive compulsive disorder symptoms in children and adolescents during COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res*. 2020;293:113363.

PedsQL 13-24 Aylık Bebek Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği

Turkish Validity and Reliability of the PedsQL 13-24-month-old Infant Quality of Life Scale

Çilem Bilginer¹, Yasemin Demirci², Kübra Şahin³, Serkan Karadeniz⁴, Nazım Ercüment Beyhun⁵

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

²Gümüşhane Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Gümüşhane, Türkiye

³Samsun Tekkeköy İlçe Sağlık Müdürlüğü, Samsun, Türkiye

⁴Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

⁵Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Amaç: Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (PedsQL) bebekler için yaşam kalitesi ölçeği 13-24 aylık formu (PedsQL 13-24) genel bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Bu çalışmada, ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, 13-24 aylık 224 bebek (141 sağlıklı, 44 akut hasta, 39 kronik hasta) dahil edilmiştir. Araştırmada sosyo-demografik veri formu, PedsQL 13-24 formu ve ebeveyn yaşam kalitesini değerlendiren SF-36 kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 23.0 ve SPSS AMOS programlarında analiz edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa değeri ve alt boyut korelasyonları ile hesaplanmıştır. Yapı geçerliliği analizi öncesinde örneklem büyüklüğü yeterli Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ile hesaplanmış ardından doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır.

Bulgular: PedsQL 13-24 toplam puanı sağlıklı grupta 83,93±9,98, akut hastalarda 75,71±13,1, kronik hastalarda 67,48±14,28 bulunmuş, gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Ölçek toplam puanı için Cronbach alfa değeri 0,939 olarak bulunmuştur. Fiziksel işlevsellik, fiziksel semptomlar, duygusal işlevsellik, toplumsal işlevsellik ve bilişsel işlevsellik alt boyutları için Cronbach alfa değerleri ise sırasıyla 0,884, 0,836, 0,879, 0,808 ve 0,899 bulunmuştur. Tüm alt boyutların birbirleri ile orta-iyi düzeyde anlamlı korele olduğu saptanmıştır. Ayrıca KMO katsayısı 0,889 olarak bulunmuş, buna göre orijinal faktör yapısına sadık kalınarak yapılan DFA analizinde X²/df oranı 2,102, RMSEA değeri 0,07 bulunmuştur. Son olarak PedsQL 13-24 toplam puanları ile ebeveynlerinin SF-36 alt ölçek puanlarının zayıf-orta düzeyde anlamlı korele olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada, PedsQL 13-24 Türkçe formunun iç tutarlılığı orijinal çalışmaya benzer bulunmuşken, orijinal faktör yapısının kabul edilebilir olduğu gösterilmiştir. Diğer bir deyişle araştırma sonuçları ölçeğin Türkçe formunun geçerliliğini ve güvenilirliğini desteklemiştir. Ayrıca bebeklerin ve ebeveynlerinin yaşam kalitelerinin pozitif korele olduğu gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bebeklik, bebek yaşam kalitesi, sağlık ile ilişkili yaşam kalitesi, PedsQL

Objectives: The Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) infant quality of life scale 13-24 month form (PedsQL 13-24) is a general quality of life scale. In this study, the validity and reliability of the Turkish version of the scale were examined.

Materials and Methods: A total of 224 infants (141 healthy, 44 acutely ill, 39 chronically ill) who were 13-24 months old were included in the study. Socio-demographic data form, PedsQL 13-24 form and SF-36 form were used. The obtained data were analyzed in SPSS 23.0 and SPSS AMOS programs. Internal consistency of the scale was calculated by Cronbach's alpha value and sub-dimension correlations. Before the construct validity analysis, sample size adequacy was calculated with the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) coefficient, and then confirmatory factor analysis (CFA) was performed.

Results: PedsQL 13-24 total score was 83.93±9.98 in the healthy group, 75.71±13.1 in acutely ill patients, 67.48±14.28 in chronically ill patients. There was a significant difference between the groups. The Cronbach's alpha value for the scale total score was 0.939. Cronbach's alpha values for physical function, physical symptom, emotional function, social function and cognitive function sub-dimensions were 0.884, 0.836, 0.879, 0.808 and 0.899, respectively. All sub-dimensions displayed moderate- strong significant correlations with each other. In addition, the KMO coefficient was 0.889, and accordingly, the X²/df ratio was 2.102 and the RMSEA value was 0.07 in the CFA analysis performed according to the original factor structure. Finally, PedsQL 13-24 total scores displayed weak-moderate significant correlations with their parents' SF-36 subscale scores.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Çilem Bilginer, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Tel.: +90 530 227 93 95 **E-posta:** cilemcolak@yahoo.com **ORCID:** orcid.org/0000-0003-3375-3183

Geliş Tarihi/Received: 14.10.2021 **Kabul Tarihi/Accepted:** 30.12.2021

©Telif Hakkı 2022 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



Conclusion: In this study, the internal consistency of the PedsQL 13-24 Turkish form was similar to the original study, and the original factor structure was acceptable. In other words, the results supported the validity and reliability of the Turkish version of the scale. It was also shown that there was a positive correlation between the quality of life of infants and their parents.

Keywords: Infancy, infant quality of life, health-related quality of life, PedsQL

Giriş

Bebekler ve çocuklar, çevresel olumsuzluklardan daha fazla etkilenen, kendi gereksinimlerini karşılayamayan ve özel ilgi gerektiren, sağlık açısından riskli gruplardır. Gelişen tıbbi tedaviler ile bebeklerin hayatta kalma oranları artarken hastalıklar giderek azalmaktadır. Tıbbi müdahaleler, çoğu zaman çocukların sağlık durumunda nesnel bir iyileşmeye yol açsa da sık hastaneye yatış, çoklu operasyonlar, gelecekle ilgili belirsizlikler ve hastalığın gidişatı hem çocuğun hem de bakım verenlerin bu durumla başa çıkmasını olumsuz etkileyebilmektedir.¹ Bu da çocuk sağlığının uzun vadeli değerlendirilmesinde sağlık ile ilişkili yaşam kalitesi kavramını giderek daha önemli hale getirmektedir.²

Sağlık ile ilişkili yaşam kalitesi, kişinin sağlık durumuna odaklanarak, fiziksel, sosyal, duygusal ve bilişsel iyilik halini inceleyen sınırlı bir kavramdır.^{2,3} Akut veya kronik hastalıkları olan çocukların sağlık ile ilişkili yaşam kalitelerinin sağlıklı çocuklarla güvenilir bir şekilde kıyaslanabilmesi için geçerli ölçeklere ihtiyaç duyulmaktadır. Bebek sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesinin ölçümü, bir bebeğin genel sağlığı ve gelişimi, fiziksel, zihinsel ve sosyal esenliği hakkında bilgi sunar. Ülkemizde bebek yaşam kalitesini değerlendirebilecek geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş bir ölçme aracı yoktur. Bebek yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, hem sağlıklı gelişimin desteklenmesi hem de bebeğin işlevselliğinin artırılması açısından oldukça değerlidir.

Çocukluk çağıının genel yaşam kalitesini değerlendiren KINder Lebensqualitätäfragebogen: Children Quality of Life Questionnaire, Child Health Questionnaire ve PedsQL 4.0™ ölçeklerinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.⁴ Bebeklik ve okul öncesi dönem yaşam kalitesini değerlendiren ölçekler ise sınırlıdır. Türkçe geçerlikleri bulunmayan TNO-AZL Preschool Children Quality of Life Questionnaire ve Infant and Toddler Quality of Life Questionnaire, 0-5 yaş aralığındaki bebek ve çocuklar için aynı öğeler kullanılarak tasarlanmış iki ölçektir.⁵ Bu ölçeklerin bebek grubunda yaşam kalitesini değerlendirmek için yetersiz kaldıkları bildirilirken Varni ve ark.⁶ tarafından geliştirilmiş, PedsQL bebekler için yaşam kalitesi ölçeğinin etkili bir ölçme aracı olduğu bildirilmektedir. PedsQL, diğer ölçeklerden farklı olarak bebeklik dönemini 0-12 aylık ve 13-24 aylık kesitsel dönemlere ayırmakta ve iki ayrı form ile değerlendirmektedir. Bu ölçeklerin, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği daha önce incelenmemiştir. Bu çalışmanın amacı PedsQL 13-24 aylık bebek ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek, ayrıca bebek yaşam kalitesi ile ebeveyn yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç ve Yöntem

PedsQL bebek yaşam kalitesi ölçeğinin telif hakkı ve temini Mapi Research Trust adlı bir şirkete aittir. Bu şirketin Türkçe çevirisini yaptığı ve akademik araştırmalarda kullanılmak üzere geçerli olarak sunduğu PedsQL 13-24 Türkçe versiyonunun kullanımı için şirket ile temas kurulmuş, kullanıcı anlaşması imzalanarak form temin edilmiştir.

Orijinal ölçeklerin (PedsQL infant scales) farklı dillere çeviri metodolojisi Mapi Araştırma Enstitüsü tarafından ayrıntılı olarak sunulmuştur.⁷ Bu araştırma için temin edilen Türkçe versiyon öncelikle sağlıklı ya da kronik hastalığı olan 13-24 aylık 20 bebekten oluşan bir grupta yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Ölçeğin uygulanabilirliği ve ebeveynler tarafından anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir. Uygulama sırasında ebeveynlerin ölçek maddelerini hızlı ve uygun şekilde yanıtladığı, ölçek maddelerine ilişkin araştırmacı tarafından ek açıklama yapılması gerekmediği görülmüştür. Ardından araştırma için katılımcı alımına geçilmiştir.

Katılımcılar

Katılımcılar, bir üniversite hastanesinin pediatrik enfeksiyon, pediatrik nöroloji, pediatrik nefroloji, pediatrik gastroenteroloji ve çocuk-ergen ruh sağlığı hastalıkları kliniklerinden toplanmıştır. Bu araştırma için orijinal geçerlik ve güvenilirlik çalışmasındaki bebek sayıları temel alınarak örneklem oluşturulmuştur. Buna göre 141 sağlıklı bebek ve 39 kronik hasta, 44 akut hasta olmak üzere toplam 224 bebek çalışmaya dahil edilmiştir. Bebeklerin bakım verenleri araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve onamları alınmıştır.

Araştırma Grupları

Bu çalışmada akut hastalık, Ulusal Sağlık Görüşmesi Anketi'nin tanımına uygun olarak üç aydan daha kısa bir süre için aktivite kısıtlaması veya tıbbi müdahale gerektiren herhangi bir hastalık veya yaralanma olarak kabul edilmiştir.⁸ Akut hasta grubundaki bebekler üst solunum yolu enfeksiyonu, idrar yolu enfeksiyonu, akut gastroenterit, deri döküntüsü, bronşit, el-ayak-ağız hastalığı, artrit, göz enfeksiyonu bulunan bebeklerden oluşmuştur. Kronik hastalık ise bulaşıcı olmayan, 3 ay ve daha uzun süre ile devam eden, genellikle yavaş seyir gösteren ve gelişiminde pek çok risk faktörünün rol oynadığı hastalıklar olarak tanımlanır.⁹ Kronik hasta grubundaki bebekler, epilepsi, epilepsi dışı nörometabolik hastalıklar, büyüme geriliği, hemato-onkolojik hastalıklar, kalp hastalıkları, astım, gelişimsel kalça displazisi bulunan bebeklerden oluşmuştur. Hem akut hem de kronik hastalık tanısı olan bebekler kronik hasta grubuna dahil edilmiştir. Sağlıklı gruptaki bebekler ise son

bir aydır hastalanmamış ve kronik hastalık tanısı bulunmayan bebeklerden oluşmuştur.

Kullanılan Ölçekler

Sosyo-demografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış bu form ile bebeğin cinsiyeti, yaşı (ay), doğum haftası, doğum kilosuna, tıbbi hastalık öyküsü, anne babanın eğitim durumu, mesleği, tıbbi ve psikiyatrik hastalık öyküsü gibi sosyo-demografik bilgiler elde edilmiştir. Ayrıca bebeğin tıbbi hastalığı, varsa belirtilerinin başlama zamanı, hastalığın süresi gibi bilgiler edinilerek araştırma grupları oluşturulmuştur.

PedsQL Bebek Yaşam Kalitesi Ölçeği 13-24 Aylık Formu (PedsQL 13-24)

Varni ve ark.⁶ tarafından geliştirilmiş olan PedsQL bebek yaşam kalitesi ölçeklerinin (0-24 aylık) geçerlik güvenilirlik çalışması 2011 yılında yapılmıştır. PedsQL 13-24 formu, 45 maddeden oluşmaktadır. Fiziksel işlevsellik (9 madde), fiziksel semptomlar (10 madde), duygusal işlevsellik (12 madde), sosyal işlevsellik (5 madde) ve bilişsel işlevsellik (9 madde) olmak üzere beş alt boyutu vardır. Bunun yanında ölçek toplam puanı, fiziksel işlevsellik ve fiziksel semptomlar puanlarından oluşan fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), duygusal, sosyal ve bilişsel işlevsellik puanlarından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı hesaplanarak elde edilir. Beşli Likert tipi ölçeğin puanlama yöntemi PedsQL 2-18 yaş ölçeği ile aynıdır. Her bir madde doğrusal olarak 0-100 puanlık skalada ters kodlanır (0=100, 1=75, 2=50, 3=25, 4=0). Böylece ölçekten elde edilen yüksek puanlar daha iyi bir yaşam kalitesini işaret eder.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yetişkin yaşam kalitesini ölçmek için yaygın olarak kullanılan bu ölçek, 1992 yılında Ware ve Sherbourne¹⁰ tarafından geliştirilmiştir. Kişilerin sağlık durumunun olumlu ve olumsuz yönlerini birlikte değerlendirme imkanı sunan bu öz bildirim ölçeğinin; fiziksel işlevsellik (10 madde), fiziksel rol kısıtlılığı (4 madde), sosyal işlev (2 madde), emosyonel rol kısıtlılığı (3 madde), enerji/canlılık (4 madde), ağrı (2 madde), mental sağlık (5 madde) ve genel sağlık algısı (5 madde) olmak üzere alt boyutları mevcuttur. SF-36 ölçeği her bir alt boyut için ayrı ayrı toplam puan vermekte, tüm ölçek puanı bulunmamaktadır. SF-36'nın Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve ark.¹¹ tarafından yapılmıştır.

İstatistiksel Analiz

Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS 23 paket programı (IBM Inc., Armonk, NY) ve SPSS AMOS (Arbuckle JL 2014, AMOS Versiyon 23.0, Chicago, IBM SPSS) programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Tanımlayıcı istatistikler ortalama \pm standart sapma, frekans ve yüzde olarak sunulmuştur. Ölçümsel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Sağlıklı, akut hasta ve kronik hasta grupları

arasındaki ortalamaların karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi ve Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır. Grupların kendi içindeki karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı p değeri $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir.

Güvenirlilik Analizleri

Ölçeğin iç tutarlılığı, Likert tipi ölçüm yapması nedeniyle Cronbach alfa (Cronbach's alpha), ve madde toplam korelasyon (item-total correlation) değerleri hesaplanarak ölçülmüştür. Ek olarak, ölçeğin alt boyutlarının birbirleriyle ve ebeveyn yaşam kalitesi ile korelasyonu Spearman korelasyon analizi kullanılarak hesaplanmıştır.

Geçerlik Analizleri

Ölçeğin yapı geçerliği doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile değerlendirilmiştir. Veri setinin DFA'ya uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ölçütü ve Bartlett testi ile değerlendirilmiştir. Örneklem yeterliliği için Bartlett testinin anlamlı çıkması ($p < 0,05$) ve KMO değerinin 0,50'den büyük olması beklenir. KMO değeri için 0,50-0,70 arası orta, 0,70-0,80 arası iyi, 0,80-0,90 arası çok iyi ve 0,90 ve üzeri mükemmel olarak kabul edilir. DFA sonucunda ölçeğe ilişkin uyum iyiliği değerleri incelenirken ilk olarak X^2/df (ki-kare/serbestlik derecesi) değerine bakılır. Bu değer 0-2 arasında olması beklenirken 2-5 arasındaki değerler kabul edilebilir olarak yorumlanır. Bir diğer uyum iyiliği göstergesi de RMSEA değeridir. Bu değer 0,05'ten küçük olması beklenirken 0,05-0,08 arasındaki değerler kabul edilebilir düzeylerdir. İyi uyum indeksi olarak ifade edilen GFI değerinin 1'e yaklaşması daha yüksek uyumun göstergesi olarak kabul edilir. Beklenen, GFI'nin 0,95'ten büyük olmasıdır. Ancak GFI'nin 0,90'dan büyük değerler alması da kabul edilebilmektedir. Benzer şekilde normlaştırılmış uyum indeksi anlamına gelen NFI değerinin 0,95'ten büyük olması beklenirken 0,90'dan büyük değerler de kabul edilebilir. Son olarak karşılaştırmalı uyum indeksini ifade eden CFI değerinin ise 0,97'den büyük olması beklenirken 0,95'ten büyük değerler kabul edilebilir düzeylerdir.¹²

Etik Onay

Araştırma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 2019/9 dosya numarası (tarih: 11.02.2019) ile etik onay alınmıştır.

Bulgular

Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya 141 sağlıklı bebek (66 kız, 75 erkek), sadece akut hastalık tanısı olan 44 bebek (19 kız, 25 erkek) ve kronik hastalık tanısı olan 39 bebek (19 kız, 20 erkek) dahil edilmiştir. Hem kronik hastalık tanısı olan hem de akut hastalığı olan 6 bebek kronik hasta grubuna alınmıştır. Bebeklerin %53,6'sı (n=120) erkek, %46,4'ü (n=104) kız ve yaş ortalaması $19,2 \pm 4,6$ ay olarak saptanmıştır. Yaşam kalitesi formlarının %92'sini

anneler, %6,3'ünü babalar ve %1,7'sini diğer bakım verenler doldürmüştü. Sağlıklı, akut hasta ve kronik hasta grupları arasında yaş ve cinsiyet açısından fark saptanmamıştır (sırasıyla $p=0,319$ ve $p=0,871$). Gruplar arasında anne ve baba eğitim düzeyleri açısından anlamlı bir fark yoktu (sırasıyla, $p=0,261$ ve $p=0,231$).

Güvenirlige İlişkin Bulgular

PedsQL 13-24'ün toplam puan Cronbach alfa katsayısı 0,939 olarak bulunmuştur. Ölçeğin tüm alt boyutları için Cronbach alfa değerleri Tablo 1'de sunulmuştur.

PedsQL 13-24'ün iç tutarlığına ilişkin tüm maddeler ile toplam madde korelasyon katsayılarının 0,22-0,66 arasında değiştiği bulunmuştur (Tablo 2). Ayrıca ölçeğin tüm alt boyutlarının birbirleriyle orta düzeyde pozitif korele olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Geçerliğe İlişkin Bulgular

Sağlıklı, akut hasta ve kronik hasta bebeklerin PedsQL 13-24 ölçek puanları karşılaştırıldığında, sağlıklı grupta tüm ölçek puanlarının hem akut hem de kronik hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, akut hastaların tüm ölçek puanlarının kronik hastalara göre daha yüksek olduğu, ancak fiziksel semptomlar, duygusal işlevsellik ve toplumsal işlevsellik alt ölçek puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 3).

Bu çalışmada KMO değeri 0,889 ve Bartlett testi istatistiksel olarak anlamlı ($X^2=5894,16$; $p<0,001$) bulunmuştur. Örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu gösterilmiş ve DFA orijinal çalışmaya uygun olarak fiziksel işlevsellik, fiziksel semptomlar, duygusal işlevsellik, toplumsal işlevsellik ve bilişsel işlevsellik alt boyutları baz alınarak değerlendirilmiştir. DFA sonucunda, PedsQL 13-24 Türkçe versiyonunun χ^2/df değeri 2,102, RMSEA değeri ise 0,07 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4).

PedsQL 13-24 alt boyutlarına ilişkin yol şeması Şekil 1'de verilmiştir. Şekilde, standardize edilmiş parametrelere bakıldığında, PedsQL ölçeğinin fiziksel işlevsellik boyutundaki maddelerin yüklerinin 0,32-0,87, fiziksel semptomlar maddelerinin 0,32-0,74, duygusal işlevsellik maddelerinin 0,43-0,74, toplumsal işlevsellik maddelerinin 0,42-0,84 ve bilişsel

işlevsellik maddelerinin yüklerinin 0,58-0,83 arasında değiştiği görülmektedir.

Bebek ve Ebeveyn Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Bu çalışmada sağlıklı bebeklerin ebeveynlerinin SF-36 ölçek puanları hem akut hasta hem de kronik hasta bebeklerin ebeveynlerine göre daha düşük saptanmıştır. Ancak üç grubun SF-36 alt boyut puanları Kruskal-Wallis testi ile karşılaştırıldığında yalnızca SF-36 emosyonel rol kısıtlılığı alt boyutunda üç grup arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,034$). Bu farkın sağlıklı bebeklerin ebeveynlerinden kaynaklandığı, hem akut hem de kronik hasta bebeklerin ebeveynlerinin SF-36 emosyonel rol kısıtlılığı alt boyut puanlarının sağlıklı bebeklerin ebeveynlerinden anlamlı olarak daha düşük olduğu (sırasıyla $p=0,041$ ve $p=0,038$) bulunmuştur. Öte yandan kronik hasta bebeklerin ebeveynlerinin SF-36 emosyonel rol kısıtlılığı alt boyutuna ek olarak fiziksel rol kısıtlılığı ve ağrı alt boyut puanlarında da sağlıklı bebeklerin ebeveynlerinden anlamlı olarak daha düşük puan elde ettiği bulunmuştur (sırasıyla $p=0,025$ ve $p=0,023$). Akut ve kronik hasta bebeklerin ebeveynlerinin SF-36 tüm alt boyut puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bunun yanında tüm bebeklerin PedsQL 13-24 puanları ile ebeveynlerin SF-36 ölçek puanları arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 5).

Tartışma

Son yıllarda pediatrik sağlık hizmetlerinin gelişmesi, doğuştan ya da edinsel hastalığı olan bebeklerde morbidite ve mortalitenin azalmasını sağlamıştır.^{13,14} Bu durum akut ya da kronik hastalıkların, ayrıca bebelere yönelik tıbbi girişim ve tedavilerin bebek sağlığına ve işlevselliğine olan etkilerinin değerlendirilmesine verilen önemi artırmıştır. Bu kapsamda PedsQL™ bebek yaşam kalitesi ölçeği pek çok örneklem grubunda kullanılan, geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak sunulmaktadır.¹⁵⁻¹⁷ Ülkemizde PedsQL™ çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 2-7 yaş formu Üneri ve Çakın Memik⁴ tarafından, 8-12 yaş çocuk formu Çakın Memik ve ark.¹⁸ tarafından, 13-18 yaş ergen formu ise Çakın Memik ve ark.¹⁹ tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bu araştırma ile PedsQL™ bebekler için yaşam kalitesi ölçeklerinden 13-24 aylık Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir.

Güvenirlige İlişkin Bulgular

PedsQL™ 13-24 formunun orijinal geçerlik güvenilirlik araştırmasında Cronbach alfa değerinin 0,92 olduğu görülmektedir.⁶ Mohammad ve ark.²⁰ kronik karaciğer hastalıkları olan bebekler ile yürüttüğü araştırmalarında PedsQL™ 13-24 formunun Cronbach alfa değeri 0,91 olarak bildirilmiştir. Alanyazın ile uyumlu olarak bu çalışmada Türkçe versiyonun Cronbach alfa değeri 0,939 bulunmuştur. Bir ölçeğin ya da testin güvenirliliği için Cronbach alfa katsayısının 0,60'ın üstünde olması beklenmektedir. Bu değer 0,90'ın üstünde olması, ölçeğin mükemmel güvenirlilikte olduğunu göstermektedir. Araştırma sonuçlarımız PedsQL™ 13-24 Türkçe

Tablo 1. PedsQL bebek yaşam kalitesi ölçeği 13-24 aylık formunun ölçek toplam ve alt ölçek Cronbach alfa katsayıları

| | Cronbach α | Madde sayısı |
|--------------------------------|-------------------|--------------|
| Toplam puan | 0,939 | 45 |
| Fiziksel sağlık toplam puan | 0,903 | 19 |
| Fiziksel işlevsellik | 0,884 | 9 |
| Fiziksel semptomlar | 0,836 | 10 |
| Psikosozyal sağlık toplam puan | 0,914 | 26 |
| Duygusal işlevsellik | 0,879 | 12 |
| Toplumsal işlevsellik | 0,808 | 5 |
| Bilişsel işlevsellik | 0,899 | 9 |

*Güvenirlilik analizi yapılmıştır

formunun mükemmel iç tutarlılığı olduğunu desteklemektedir. Öte yandan ölçeğin alt boyutları değerlendirildiğinde, fiziksel işlevsellik, fiziksel semptomlar, duygusal işlevsellik, toplumsal işlevsellik, bilişsel işlevsellik, FSTP, psikososyal toplam puan Cronbach alfa değerlerinin 0,808-0,914 arasında değiştiği saptanmıştır. Bu değerler, orijinal çalışmada 0,73-0,88 ve Mohammad ve ark.²⁰ araştırmasında 0,69-0,94 arasında bulunmuştur.⁶ Sonuç olarak bu çalışma PedsQL 13-24 formunun Türkçe versiyonunun orijinal form ve diğer dil uyarlamaları kadar iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermiştir.

Ölçek güvenilirliğine ilişkin araştırmalarda ölçekteki bir madde ile toplam puan arasındaki korelasyonun zayıf olması, incelenen maddenin testteki diğer maddelerden farklı bir niteliği ölçtüğünü işaret etmektedir. Madde toplam korelasyon katsayısının 0,30'un üzerinde olması önerilirken, 0,20'nin üzeri kabul edilebilir bulunur.^{21,22} Çalışmamızda madde toplam korelasyon değerlerinin 0,224-0,661 arasında değiştiği bulunmuştur. En düşük madde toplam korelasyon değerine sahip olan fiziksel semptomlar alt boyutundaki "deri döküntüsü" maddesi aynı zamanda korelasyon katsayısının 0,30'un altında olduğu tek madde olarak saptanmıştır. Bu sonucun, ebeveynlerin ölçekte yer alan "döküntü" kelimesini

bir hastalık bulgusu olarak değerlendirmemiş olması, diğer bir deyişle yanlış yorumlamış olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Öte yandan ölçeğin orijinal çalışmasında da "having rush" maddesine ait madde toplam korelasyon katsayısı 0,25 olarak bildirilmiş, klinik önemi olduğu düşünülen bu madde gibi diğer korelasyon katsayısı düşük çıkan maddelerin de ölçekten silinmediği bildirilmiştir.⁶

PedsQL 13-24 Türkçe versiyonunun iç tutarlılığını destekleyen bir diğer bulgu ise ölçek alt boyutları arasında pozitif anlamlı bir korelasyon olduğunun gösterilmiş olmasıdır. Bunun yanında araştırmadaki sağlıklı bebeklerin PedsQL 13-24 toplam puan ve alt ölçek puanlarının akut ve kronik hasta bebeklerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu, ayrıca akut hastaların ölçek puanlarının da kronik hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Orijinal çalışma da benzer bulguları işaret etmektedir.⁶ Diğer bir deyişle Türkçe PedsQL 13-24 yaşam kalitesi ölçeği hasta ve sağlıklı bebekleri birbirinden ayırt edebilen güvenilir bir ölçektir.

Geçerliğe İlişkin Bulgular

Ölçeğin Türkçe dil geçerliği bu çalışmadan önce Mapi Araştırma Enstitüsü tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu

Tablo 2. PedsQL bebek yaşam kalitesi ölçeği 13-24 aylık formunun madde toplam korelasyon değerleri

| | r' | | r' |
|-------------------------------------|-------|---|-------|
| Bedensel işlevsellik | | Kendisini yatıştırmakta güçlük çekmesi | 0,533 |
| Enerji düşüklüğü | 0,549 | Uykuya dalma güçlüğü | 0,468 |
| Oyunlara katılma güçlüğü | 0,593 | Sarınlca neşesinin kaçması | 0,534 |
| Ağrı | 0,556 | Üzgün hissetme | 0,592 |
| Yorgunluk | 0,653 | Alıp ya da sarılıp yatıştırma güçlüğü | 0,580 |
| Aşırı halsizlik | 0,648 | Gece boyunca uyumakta güçlük | 0,355 |
| Çok dinlenmek | 0,473 | Toplumsal işlevsellik | |
| Oynamak için yorgun hissetmek | 0,604 | Çok ağlaması | 0,553 |
| Yürümekte güçlük çekmek | 0,323 | Huysuz olması | 0,572 |
| Düşmeden koşmakta güçlük | 0,300 | Gündüz uykusunda güçlük | 0,480 |
| Bedensel semptomlar | | İnsanlara gülümsememesi | 0,539 |
| Gazı olması | 0,454 | Gıdıklandığında gülmemesi | 0,420 |
| Yedikten sonra çıkarma | 0,459 | Bakıcıyla göz teması kurmaması | 0,387 |
| Nefes alma güçlüğü | 0,481 | Sarınlca gülmemesi | 0,513 |
| Midesinin bozulması | 0,480 | Çocukların yanında rahatsız olması | 0,455 |
| Yutma güçlüğü | 0,544 | Bilişsel işlevsellik | |
| Kabızlık | 0,348 | Bakıcıların hareketlerini taklit etmemesi | 0,599 |
| Deri döküntüsü | 0,224 | Yüz ifadelerini taklit etmemesi | 0,412 |
| İshal | 0,316 | Çıkarılan sesleri taklit etmemesi | 0,515 |
| Hırıltılı soluma | 0,569 | Dikkatini nesnelere üzerine sabitleyememesi | 0,535 |
| Kusma | 0,500 | Bakıcıların konuşmalarını taklit etmemesi | 0,465 |
| Duygusal işlevsellik | | Vücut parçalarını göstermekte güçlük | 0,414 |
| Korku hissetme | 0,505 | Tanıdık nesnelere ismini söylemekte güçlük | 0,479 |
| Kızgınlık hissetme | 0,390 | Sözcükleri tekrarlamakta güçlük | 0,499 |
| Yalnız kaldığında neşesinin kaçması | 0,454 | Dikkatini sabitlemekte güçlük | 0,661 |

*Madde-toplam korelasyon analizi yapılmıştır

Tablo 3. Gruplar arasında PedsQL bebek yaşam kalitesi ölçeği 13-24 aylık formunun alt ölçek ve toplam puanlarının karşılaştırılması

| PedsQL 13-24 | Madde sayısı | Sağlıklı (S) (n=141) | | Akut (A) (n=44) | | Kronik (K) (n=39) | | p* | Post-hoc MWU† |
|--------------|--------------|----------------------|-------|-----------------|-------|-------------------|-------|--------|---------------|
| | | Ort | SS | Ort | SS | Ort | SS | | |
| TP | 45 | 83,93 | 9,98 | 75,71 | 13,10 | 67,48 | 14,28 | <0,001 | S>A>K |
| FSTP | 19 | 91,21 | 9,25 | 81,91 | 15,51 | 73,92 | 14,40 | <0,001 | S>A>K |
| Fİ | 9 | 92,47 | 10,34 | 82,95 | 19,86 | 70,51 | 20,32 | <0,001 | S>A>K |
| FS | 10 | 90,07 | 10,42 | 80,97 | 15,39 | 76,99 | 15,59 | <0,001 | S>K S>A |
| PSTP | 26 | 82,06 | 13,11 | 74,41 | 14,60 | 65,68 | 18,89 | <0,001 | S>K S>A |
| Dİ | 12 | 77,59 | 15,72 | 68,75 | 16,71 | 63,35 | 19,56 | <0,001 | S>K S>A |
| Tİ | 5 | 88,90 | 19,10 | 83,98 | 18,25 | 79,36 | 25,00 | 0,008 | S>K |
| Bİ | 9 | 84,22 | 18,87 | 76,64 | 21,87 | 61,18 | 28,98 | <0,001 | S>K |

PedsQL: Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği, TP: Toplam puan, FSTP: Fiziksel sağlık toplam puan, Fİ: Fiziksel işlevsellik, FS: Fiziksel semptomlar, PSTP: Psikososyal sağlık toplam puan, Dİ: Duygusal işlevsellik, Tİ: Toplumsal işlevsellik, Bİ: Bilişsel işlevsellik, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, *Kruskal-Wallis testi ve Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır, †Gruplar arası ikili karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi yapılmıştır

Tablo 4. PedsQL bebek yaşam kalitesi ölçeği 13-24 aylık formunun hata ve uyum iyiliği değerleri (n=224)

| Uyum ölçütleri* | Elde edilen değerler |
|--------------------|----------------------|
| X ² /df | 2,102 |
| RMSEA | 0,070 |
| NFI | 0,691 |
| CFI | 0,808 |
| GFI | 0,720 |

*Doğrulamalı faktör analizi yapılmıştır. PedsQL: Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği

Tablo 5. PedsQL bebek yaşam kalitesi ölçeği 13-24 aylık formu ve SF-36 alt boyut puanlarının korelasyonu*

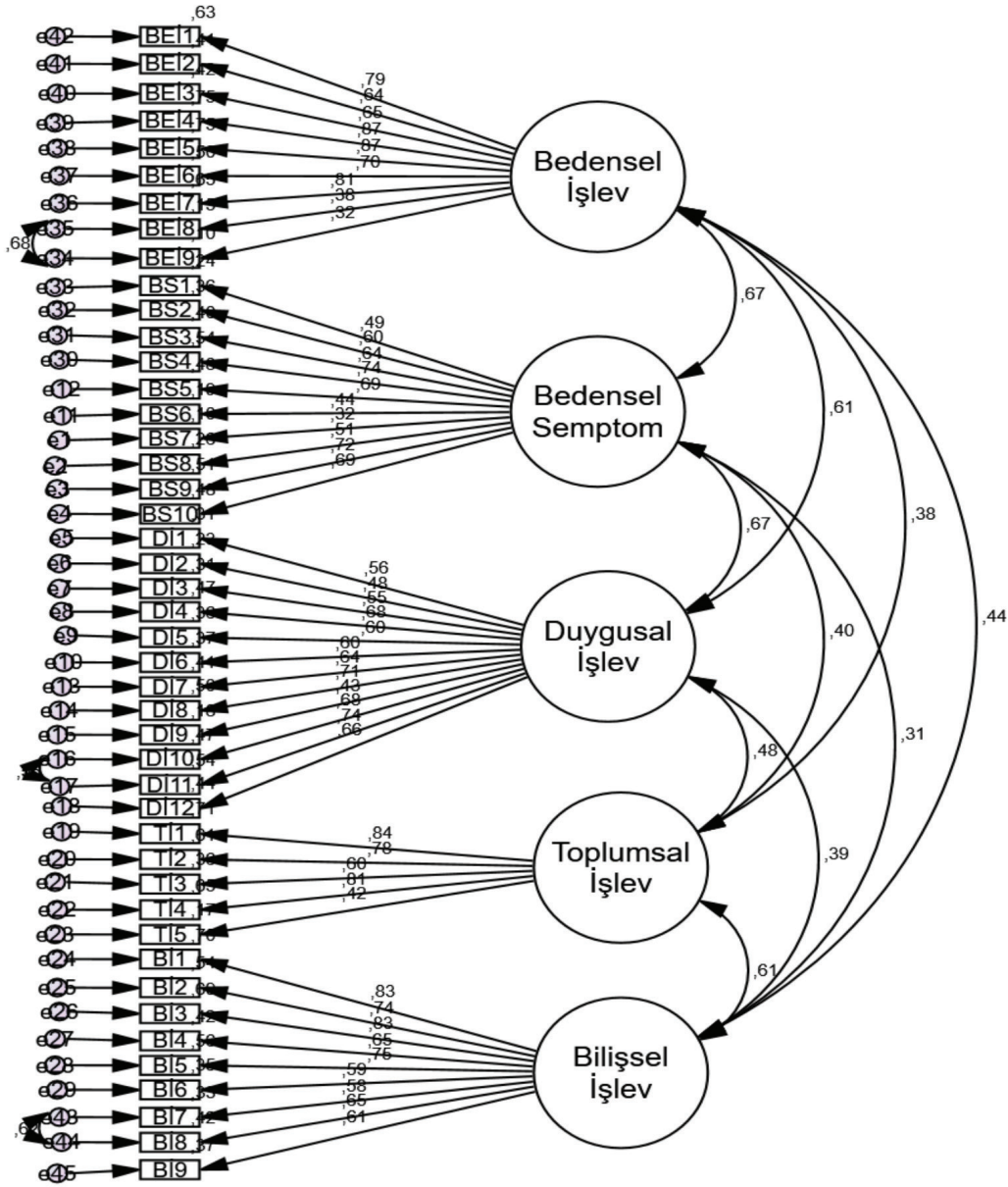
| SF-36 alt boyutları | PedsQL 13-24 alt boyutları | | | | | |
|---------------------------|----------------------------|---------------------|----------------|-----------------|----------------|-------------|
| | Bedensel işlev | Bedensel semptomlar | Duygusal işlev | Toplumsal işlev | Bilişsel işlev | Toplam puan |
| Fiziksel fonksiyon | 0,275** | 0,362** | 0,408** | 0,450** | 0,244** | 0,453** |
| Fiziksel rol kısıtlılığı | 0,229** | 0,318** | 0,272** | 0,319** | 0,221** | 0,328** |
| Emosyonel rol kısıtlılığı | 0,265** | 0,194** | 0,228** | 0,196** | 0,203** | 0,263** |
| Enerji canlılık | 0,169* | 0,239** | 0,344** | 0,260** | 0,240** | 0,336** |
| Ruhsal sağlık | 0,119 | 0,136* | 0,181** | 0,138* | 0,232** | 0,216** |
| Sosyal işlevsellik | 0,248** | 0,275** | 0,271** | 0,289** | 0,220** | 0,330** |
| Ağrı | 0,286** | 0,364** | 0,353** | 0,334** | 0,290** | 0,425** |
| Genel sağlık | 0,120 | 0,269** | 0,321** | 0,280** | 0,168* | 0,301** |

*p<0,05, **p<0,01, *Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. PedsQL: Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği

araştırma kapsamında Türkçe formun yapı geçerliliğine ilişkin DFA sonuçları ölçeğin beş faktörlü yapısının kabul edilebilir olduğu sonucunu vermiştir. Elde edilen sonuçlar orijinal çalışma bulguları ile benzer olarak yorumlanmıştır.⁶ Uyum indeksleri arasında gözlenen değer farkının kültürlerarası yapılan ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında normal olduğu kabul edilmektedir.¹²

Bebek ve Ebeveyn Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Bu çalışmada bebekler hakkında bilgi veren ve bebeklerin yaşam kalitelerini değerlendiren katılımcıların büyük oranda annelerden oluştuğu görülmüştür. Anneler, genellikle bebeklerin birincil bakım sağlayıcıları olmalarından aile işleyişini yansıtan temsilciler olarak kabul edilebilirler. Çoğu çalışmada bilgiye erişim kaynağı olarak karşımıza anneler çıkmaktadır. Ancak giderek artan kanıtlar, çocuk hastalıklarının babalar da



Şekil 1. PedsQL bebek yaşam kalitesi ölçeği 13-24 aylık formunun doğrulayıcı faktör analizi sonuçları ve standardize katsayılar

PedsQL: Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği

dahil tüm aile sistemi üzerinde güçlü bir etki oluşturduğunu göstermektedir.²³ Bu bakımdan, öznel hastalıkların bebek yaşam kalitesi üzerindeki etkileri ve bebek yaşam kalitesindeki bozulmanın diğer aile bireyleri üzerindeki etkilerini inceleyen yeni araştırmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Bebek sağlığı ve bebeklik dönemi hastalıkları ile ebeveynin stres yükü ve ruh sağlığı yakın ilişkilidir.²³ İran'da yapılmış, spina bfida tanılı ve serebral palsi tanılı bebeklerin ebeveyn yaşam kalitesini inceleyen bir araştırmada, iki kronik rahatsızlığın da ebeveyn yaşam kalitesini benzer biçimde olumsuz etkilediği, hastalık ağırlıkları arttıkça ebeveyn yaşam kalitesinin daha fazla bozulduğu gösterilmiştir.²⁴ Bizim çalışmamızda da sağlıklı bebeklerin ebeveynlerine göre hem akut hem de

kronik hastalıkları olan bebeklerin ebeveynlerinde yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Ancak gruplar arasında yalnızca emosyonel rol kısıtlılığı açısından anlamlı fark olduğu ve kronik hastaların ebeveynlerinde fiziksel rol kısıtlılığı ile ağrı alt boyutlarında da anlamlı bozulma olduğu saptanmıştır. Ayrıca bebek yaşam kalitesi bozuldukça ebeveyn yaşam kalitesinin de bozulduğu gösterilmiştir. Araştırmalar, kronik hastalıkları olan çocukların ebeveynlerinde ağrı, kronik yorgunluk gibi yakınmalar ve depresyon, panik bozukluk gibi psikolojik sorunların daha sık gözlemlendiğini, ayrıca bakım verenlerin bakım verme yükü arttıkça fiziksel rol kısıtlılığı, canlılık, sosyal işlevsellik, emosyonel işlevsellik gibi alt boyutlarında bozulmanın arttığını göstermektedir.²⁵⁻²⁷ Sonuç

olarak, bebek sağlığındaki bozulma bakım verenlerin özellikle emosyonel güçlükler yaşamasına neden olarak iş ve sosyal yaşamlarında zorluklara yol açabilmektedir. Hastalığın kronik seyri ise bakım verenlerde fiziksel sağlık sorunlarına ve buna bağlı işlev kayıplarına yol açabilmektedir. Elde edilen bulguları destekleyecek yeni araştırmalara ve müdahale girişimlerine ihtiyaç vardır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın kesitsel deseni, akut ve kronik hastalığı olan bebeklerin hastalık başlangıcına ve tedavi takibine ait yaşam kalitesi verilerini sunmakta yetersiz kalmıştır. Bebeklik döneminde belli hastalıkların ya da belli tedavi süreçlerinin bebeklerdeki yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi için uzunlamasına çalışmalar planlanmalıdır. Öte yandan bu çalışmada yalnızca bebeklerin annelerinin yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir. Ülkemizde fenilketonüri tanılı çocukların ebeveynlerinin değerlendirildiği bir araştırmada annelerin yaşam kalitelerinin babalardan daha düşük olduğu gösterilmiştir.²⁸ Bebek yaşam kalitesinde olumsuz etki oluşturan yaşamsal değişkenlerin anne dışındaki diğer bakım verenlere etkisi ve bu olası etkilerin anne üzerindeki etkisini inceleyen yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç

Bu çalışma, PedsQL 13-24 formunun Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin yeterli olduğunu göstermektedir. Bu ölçme aracı temelinde bebekler için hastalığa özgü yaşam kalitesi formlarının geliştirilmesinin, ayrıca PedsQL 0-12 aylık Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin çalışılmasının alana önemli katkı sunacağı açıktır. Öte yandan bu çalışma, akut ve kronik hasta bebeklerin ebeveynlerinin yaşam kalitelerinin sağlıklı bebeklerden daha kötü olduğunu göstermiştir. Bu da bebekler ile çalışan sağlık ekiplerinin bebek ile birlikte bakım verenlerini de ele alması gerektiğini, özellikle hastalık yönetimi ve stresle başa çıkma becerilerinin artırılmasının hem bebek hem de bakım veren yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebileceğini düşündürmüştür. Bu kapsamda özellikle yüksek riskli bebekler ile çalışılan kliniklerde bebek ve bakım veren yaşam kalitesinin inceleneceği yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

Teşekkür

Araştırmaya katılmayı kabul eden, tüm 13-24 aylık bebeklerin bakım verenlerine teşekkür ederiz.

Etik

Etik Kurul Onayı: Araştırma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 2019/9 dosya numarası (tarih: 11.02.2019) ile etik onay alınmıştır.

Hasta Onayı: Bebeklerin bakım verenleri araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve onamları alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: Ç.B., Dizayn: Ç.B., N.E.B., Veri Toplama veya İşleme: Ç.B., Y.D., S.K., Analiz veya Yorumlama: Ç.B., Y.D., K.Ş., S.K., N.E.B., Literatür Arama: Ç.B., Y.D., K.Ş., Yazan: Ç.B., Y.D., K.Ş., S.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Ravens-Sieberer U, Karow A, Barthel D, Klasen F. How to assess quality of life in child and adolescent psychiatry. *Dialogues Clin Neurosci.* 2014;16:147-158.
2. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Med Care.* 1999;37:126-139.
3. Fekkes M, Theunissen NC, Brugman E, Veen S, Verrips EG, Koopman HM, Vogels T, Wit JM, Verloove-Vanhorick SP. Development and psychometric evaluation of the TAPQOL: a health-related quality of life instrument for 1-5-year-old children. *Qual Life Res.* 2000;9:961-972.
4. Üneri Ö, Çakın Memik N. Concept of quality of life in children and review inventories about quality of life. *Turk J Child Adolesc Ment Health.* 2007;14:48-56.
5. Bunge E, Essink-Bot M-L, Kobussen MPH, van Suijlekom-Smit LWA, Moll HA, Raat H. Reliability and validity of health status measurement by the TAPQOL. *Arch Dis Child.* 2005;90:351-358.
6. Varni JW, Limbers CA, Neighbors K, Schulz K, Lieu JEC, Heffer RW, Tuzinkiewicz K, Mangione-Smith R, Zimmerman JJ, Alonso EM. The PedsQL™ Infant Scales: feasibility, internal consistency reliability, and validity in healthy and ill infants. *Qual Life Res.* 2011;20:45-55.
7. Acquadro C, Conway K, Hareendran A, Aaronson N, European Regulatory Issues and Quality of Life Assessment (ERIQA) Group. Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. *Value Health.* 2008;11:509-521.
8. Wise PH. The transformation of child health in the United States. *Health Aff (Millwood).* 2004;23:9-25.
9. Bernell S, Howard SW. Use your words carefully: what is a chronic disease?. *Front Public Health.* 2016;4:159.
10. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30:473-483.
11. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Reliability and Validity of the Turkish Version of Short Form-36 (SF-36). *İlaç ve tedavi dergisi.* 1999;12:102-106.
12. Çokluk Ö, Şekerioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları. Ankara; Pegem Akademi; 2012.
13. Aspesberro F, Fesinmeyer MD, Zhou C, Zimmerman JJ, Mangione-Smith R. Construct Validity and Responsiveness of the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 Generic Core Scales and Infant Scales in the PICU. *Pediatr Crit Care Med.* 2016;17:e272-9.
14. Knoester H, Bronner MB, Bos AP. Surviving pediatric intensive care: physical outcome after 3 months. *Intensive Care Med.* 2008;34:1076-1082.
15. Schepers SA, van Oers HA, Maurice-Stam H, Huisman J, Verhaak CM, Grootenhuis MA, Haverman L. Health related quality of life in Dutch infants, toddlers, and young children. *Health Qual Life Outcomes.* 2017;15:81.
16. Buck D. The PedsQL™ as a measure of parent-rated quality of life in healthy UK toddlers: psychometric properties and cross-cultural comparisons. *J Child Health Care.* 2012;16:331-338.

17. Souza JGS, Pamponet MA, Souza TCS, Pereira AR, Souza AGS, Martins AME. Tools used for evaluation of Brazilian children's quality of life. *Rev Paul Pediatr.* 2014;32:272-278.
18. Çakın Memik N, Ağaoglu B, Coşkun A, Karakaya I. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 8-12 yaş çocuk formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Turk J Child Adolesc Ment Health.* 2008;15:87-98.
19. Çakın Memik N, Ağaoglu B, Coşkun A, Üneri ÖŞ, Karakaya I. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2007;18:353-363.
20. Mohammad S, Kaurs E, Aguirre VP, Varni JW, Alonso EM. Health-related quality of life in infants with chronic liver disease. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition.* *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016;62:751-756.
21. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling (3rd ed). New York, NY; Guilford, 2011.
22. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelik Araştırma Dergisi.* 2002;5:3-14.
23. Cohen MS. Families coping with childhood chronic illness: A research review. *Families, Systems, & Health.* 1999;17:149-164.
24. Dalvand H, Dehghan L, Hosseini SA, Feizi A, Kalantari M. Comparison of health-related quality of life in mothers of children with Spina bifida and cerebral palsy. *International Journal of Pediatrics.* 2017;5:5677-5685.
25. Erdem E, Korkmaz Z, Tosun Ö, Avcı Ö, Uslu N, Bayat M. The Burden of Care in The Mothers of The Children With Chronic Disease. *Journal of Health Sciences.* 2013;22:150-157.
26. Er MD. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 2006;49:155-168.
27. Yeşil T, Uslusoy EÇ, Korkmaz M. Examining Of The Life Quality And Care Burden Of Those Who Are Looking After The Patients Suffering From Chronic Diseases. *Gümüşhane University Journal Of Health Sciences.* 2016;5:54-66.
28. Öztürk FÜ. Fenilketonürlü çocukları olan ebeveynlerin yaşam kalitelerinin ve hastalığa ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]: Kırıkkale Üniversitesi; 2018.



Arkadaşlık İlişkilerinde İlişkisel Saldırganlık Ölçeğinin Ergenlerde Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Validity and Reliability Study of Relational Aggression Scale for Adolescents

Yıldız Kurtyılmaz¹, Mehmet Şahan², Esra Ceyhan¹

¹Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

²Millî Eğitim Bakanlığı Eskişehir Atatürk Güzel Sanatlar Lisesi, Eskişehir, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada üniversite öğrencileri ile geliştirilmiş olan ilişkisel saldırganlık ölçeğinin ergenlik dönemindeki bireylerle geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını gerçekleştirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın çalışma grubu 856 lise öğrencisinden oluşmuştur. Geçerlik için açımlayıcı faktör analizi ile benzer ölçekler geçerliği, güvenilirlik için ise Cronbach alfa ile test-yeniden test yöntemlerinden yararlanılmıştır.

Bulgular: Açımlayıcı faktör analizi sonucunda üç boyut altında toplanan 16 maddelik ölçeğe ulaşılmıştır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğunu ortaya koymuştur.

Sonuç: Ölçme aracının ergenlerde de üniversite öğrencileri ile elde edilen yapıya benzer olduğu ortaya konmuştur. İlişkisel saldırganlık ölçeğinin ergenlik döneminde de kullanılabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İlişkisel saldırganlık, dolaylı saldırganlık, ergenlik

ABSTRACT

Objectives: It was aimed to conduct the validity and reliability study of the relational aggression scale which was originally developed with university students on adolescents.

Materials and Methods: Participants were 856 high school students. For validity exploratory factor analysis and concurrent validity techniques, for reliability Cronbach alpha coefficient and test-retest analysis techniques were utilized.

Results: As a result of explanatory factor analysis, a-16-item scale under three dimensions was obtained. Validity and reliability studies indicated that the scale was valid and reliable.

Conclusion: The scale was found to have a similar structure also in adolescents compared to university students. It was concluded that relational aggression scale can be used with adolescents.

Keywords: Relational aggression, indirect aggression, adolescence

Giriş

Şiddet ve saldırganlık toplumun her kesiminde ortaya çıkmakta, medya ve sosyal medya gibi farklı bağlamlara da yansımaktadır. Bireylerin yaşamlarında travmatik sonuçlara yol açan şiddet ve saldırganlık davranışlarının önlenmesine yönelik duyarlılıklar artmış, birçok adım atılmış olsa da bu çabaların pek çoğunun bireylerin fiziksel varoluşuna tehdit oluşturan fiziksel ya da doğrudan saldırganlık davranışları ile sınırlı kaldığı görülmektedir.¹ Dışarıdan fark edilmesi güç olan örtük, dolaylı ya da ilişkisel saldırganlık olarak adlandırılan davranışlar ise sıklıkla dikkatlerden kaçmakta, hatta ilişkisel

saldırganlık gibi bazı saldırganlık davranışları normal sosyal işleyişin ve ilişkilerin bir parçasıymış gibi değerlendirilmekte ve normalleştirilmektedir.²⁻⁴ İlişkisel saldırganlık davranışlarında hem zarar verme amacının hem de zarara veya incinmeye yol açan davranışların gizlenebilmesi bu davranışın dışarıdan fark edilmesini daha da güçleştirmektedir.⁵ Bu durum bireylere ilişkileri yoluyla zarar vermeyi amaçlayan ilişkisel saldırganlık davranışlarının ilişki kurma ve sürdürme stratejisi olarak ele alınmasına ve ilişkisel saldırganlığı önlemeye yönelik girişimlerin de gereksiz bulunmasına yol açabilmektedir. Bu nedenlerle ilişkisel saldırganlık davranışlarına yönelik

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Yıldız Kurtyılmaz, Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

Tel.: +90 532 478 03 60 **E-posta:** ykurtyilmaz@anadolu.edu.tr **ORCID:** orcid.org/0000-0003-0298-4579

Geliş Tarihi/Received: 04.02.2022 **Kabul Tarihi/Accepted:** 06.04.2022

©Telif Hakkı 2022 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



farkındalık oluşturmak ve önlemeye yönelik çalışmalar daha da önem kazanmaktadır.²

İlişkisel saldırganlık davranışlarına başvuran bireyler, mağdurun hem kendisi ile hem de başkaları ile kurduğu ilişkilerine kullandıkları dışlama, manipülasyon ve dedikodu gibi yöntemlerle zarar vermeyi hedeflemektedirler.⁶ İlişkisel saldırganlık tepkisi ile saldırgan, hem mağdurun karşı saldırısını, hem de kendisinin başkaları tarafından cezalandırılmasını önlemektedir.⁷ İlişkisel saldırganlık davranışları ilk çocukluk döneminden itibaren kullanılmaya başlanmaktadır. İlk çocukluk dönemindeki gelişimsel süreçlerle fiziksel saldırganlık davranışlarının yanı sıra ilişkisel saldırganlık da tercih edilmeye başlamakta, ancak ilişkisel saldırganlık davranışları ikili ilişkilerde daha doğrudan ve basit yollarla ortaya konmaktadır.^{8,9} Bireyler gelişim sürecinde ilerledikçe ilişkisel saldırganlık davranışlarını daha karmaşık ve gizil yollarla sergilemelerini sağlayan bilişsel, sosyal yeterlik ve beceriler edinmektedirler.¹⁰ Özellikle ergenlik dönemine adım atılmasıyla soyut düşünebilme, çoklu bakış açısı ile karşıdaki bireylerin hassasiyetlerini doğru olarak tahmin edebilme, aynı zamanda sosyal ilişki ağlarının genişlemesi¹¹ de ilişkisel saldırganlık davranışlarının hem daha fazla tercih edilmesine hem de ilişkisel saldırganlık davranışlarının daha karmaşık ve belirlenmesi güç yollarla sergilenmesine yol açmaktadır.⁷

İlişkisel saldırganlık davranışlarının ortaya konduğu kişilerarası ilişkiler yaşamın her döneminde kritik rol oynasa da her dönemde farklı işlevlere sahiptir.¹¹ Yaşamın ilk yıllarında güven duyma ihtiyacı bireyleri bağlılığa yöneltirken, fiziksel olarak özgürce hareket edebilme yeteneğinin kazanılması ve zihinsel yeterliliklerdeki gelişmeler ile birlikte özerklik çabası sergilenmeye başlamaktadır. Ayrışma ve bireyselleşme süreci yaşamın ilk yıllarından başlasa da ergenlik döneminin gelişimsel süreçleri ile bireylerin benlik algılarını ebeveynlerinden ayrı, yetkin ve bağımsız olarak geliştirme adımları hız kazanmakta ve kimlik kazanımı olarak bu dönemin gelişim görevine dönüşmektedir.¹²⁻¹⁴

Ergenler gelişim sürecinde özgün kimliklerini oluşturmaya çalışırken kişilerarası ilişkilerini de yeniden düzenlemekte, ebeveynlerinin sunduğu sınırlı ve kurallı ortamdan uzaklaşıp kendilerini daha özgür hissettikleri arkadaşlarına yönelmekte, akran ilişkilerine daha fazla ağırlık vermektedirler.¹² Ergenler, kimlik gelişimi sürecinde farklı rolleri deneyebilmek için çok sayıda kişiyle arkadaşlık ilişkisi kurmakta, sosyal yaşamlarını genişletmektedirler.¹¹ Ayrıca, ergenlik döneminde bireyler arkadaşlık ilişkilerinde daha fazla yakınlık ve karşılık beklemekte, iç dünyalarını arkadaşlarına daha fazla açmakta ve onların onayına daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar. Hem aidiyet duygusunu hem de kimlik oluşturma sürecini ağırlıklı olarak arkadaş ilişkilerine dayandıran ergenler için olumlu arkadaşlık ilişkileri koruyucu ve gelişimi destekleyen faktör olurken, olumsuz arkadaşlık ilişkileri ise bireylerin uyum sürecine yönelik risk faktörüne dönüşebilmektedir.^{12,14} Akran ilişkilerinin kritik önemi ve işlevleri nedeni ile ilişkisel saldırganlık ergenlik dönemindeki bireyler tarafından daha fazla tercih edilmekte, bu nedenle de ilişkisel saldırganlık bireylerin psikolojik sağlıklarına ve

uyum süreçlerine ciddi tehdit oluşturmaktadır.^{4,15} Bu çerçevede ergenlik dönemindeki ilişkisel saldırganlık davranışlarının araştırılması gereği ortaya çıkmaktadır.

Ergenlerin ilişkisel saldırganlık davranışlarının daha iyi anlaşılması öncelikle bu davranışların geçerli ve güvenilir şekilde belirlenebilmesine, ölçülmesine dayanmaktadır.¹⁶ Türkiye’de ergenlik döneminde sergilenen ilişkisel saldırganlık örüntüsünü tek başına, diğer saldırganlık türlerinden bağımsız olarak belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir ölçme aracı bulunmamaktadır. Türkiye’de geliştirilen ya da uyarlanan ölçme araçlarında ilişkisel saldırganlık davranışlarına, akran zorbalığını belirleme ya da farklı özellikleri ölçme amacıyla geliştirilmiş olan ölçme araçlarının alt boyutu olarak yer verilmiştir. Ayrıca, alanyazındaki bu ölçme araçlarının ergenlerin yanı sıra farklı yaş grubundaki bireylerin de ilişkisel saldırganlık davranışlarını belirlemeyi hedeflediği gözlenmiştir. Okulöncesi dönemdeki bireylerin sosyal davranışlarını belirlemeye yönelik olarak Crick ve ark.¹⁷ tarafından geliştirilmiş olan bir ölçme aracının Türk kültürüne uyarlanması gerçekleştirilmiş, ilişkisel saldırganlık boyutu, dört boyutlu bir yapının bileşeni olarak belirlenmiştir.^{18,19} Benzer bir ölçme aracının⁶ ilköğretim ikinci kademe öğrenciler için uyarlama çalışmasında da ilişkisel saldırganlık boyutunun, diğer dört boyut ile birlikte beş alt boyutlu bir yapıyı oluşturduğu ortaya konmuştur.²⁰ Aynı zamanda çocukluk ve ergenlik dönemindeki bireylerin akran zorbalığını inceleyen araştırmalarda da ilişkisel saldırganlığın alt boyutları olan dışlama, dedikodu alt boyutlarını diğer zorbalık türleri ile birlikte değerlendiren ölçme araçları da geliştirilmiştir.^{21,22}

Türkiye’deki alanyazın kronolojik olarak incelendiğinde ilişkisel saldırganlık yapısına ilişkin göstergelere zorbalığı belirlemeye yönelik ölçme araçlarının alt boyutları olarak yer verildiği görülmüştür. İlişkisel saldırganlığın göstergelerinden olan dışlama ve görmezden gelmeye ilişkin maddelerin sosyal zorbalık olarak adlandırılan alt boyutta yer aldığı ilk ölçek, Dölek²³ tarafından uyarlanarak literatüre kazandırılmıştır. Dölek²³, Olweus’un²⁴ Zorba/Mağdur Anketini uyarlamıştır. Gültekin²⁵ ise Mynard ve Joseph²⁶ tarafından geliştirilen “Akran Zorbalığı Kurbanlarını Belirleme Ölçeği”ni uyarlamış, Pekel²⁷ de zorbalık davranışı sergileyenleri belirlemek amacıyla, Gültekin’in²⁵ zorbalık mağdurlarını belirlemek için uyarlamış olduğu ölçekten yararlanmıştır. Akran Zorbalarını Belirleme Ölçeği’nin psikometrik özellikleri incelendiğinde, dört maddeden oluşan ilişkisel saldırganlık boyutunun geçerlik ve güvenilirlik değerlerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu görülmüştür.²⁷ Ayas ve Pişkin²² ise 6.-11. sınıflara devam eden öğrencilerle hem kurban hem de zorbaları belirlemeye yönelik bir ölçek geliştirmişler, ölçeklerin geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir.

İlişkisel saldırganlık davranışlarının göstergelerinin yer aldığı alt boyutun, ilişkisel saldırganlık kavramı ile adlandırıldığı, öte yandan zorbalık davranışlarının belirlenmesinde ölçüt olan saldırgan ve mağdur arasındaki güç dengesizliğinin dikkate alınmadığı ilk çalışma Karakuş¹⁸ tarafından uyarlanan Okul Öncesi Sosyal Davranış Ölçeği-Öğretmen Formu’dur. Crick ve ark.¹⁷ tarafından geliştirilmiş olan bu ölçme aracının

Türk kültürüne uyarlaması farklı örneklem gruplarıyla gerçekleştirilmiş^{18,19,27}, her üç çalışmada da özgün ölçekteki gibi dört boyut altında toplanan 16 maddelik yapının geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ancak açıklanan varyans açısından orijinal çalışmada birinci faktör ilişkisel saldırganlık iken, uyarlama çalışmalarında en çok varyans açıklayan faktörün ilişkisel saldırganlık dışındaki faktörler olduğu ortaya konmuştur. Ersan²⁸ tarafından gerçekleştirilen doğrulayıcı faktör analizi ile de altı maddeden oluşan ilişkisel saldırganlık yapısının geçerli ve güvenilir olduğuna ilişkin ek kanıtlar elde edilmiştir. Bu çalışmalarda ölçek maddeleri içerik açısından incelendiğinde ilişkisel saldırganlık alt boyutunda ağırlıklı olarak dışlama yoluyla gerçekleştirilen saldırganlık davranışlarının yer aldığı, manipülasyon ve dedikodu yoluyla zarar verme davranışlarının bulunmadığı gözlenmiştir. Kurnaz ve Kapçı²⁰ ise Crick ve Grotpeter⁶ tarafından ikinci çocukluk dönemindeki bireylerin sosyal uyumlarını belirlemek için geliştirilmiş olan Çocuk Sosyal Davranış Ölçeği - Kişisel Bildirim formunu uyarlamışlar, ilişkisel saldırganlık beş boyuttan birisi olarak doğrulanmıştır. İlişkisel saldırganlıkla ilgili maddeler incelendiğinde, maddelerin dışlama ve manipülasyon boyutuna ilişkin olduğu, dedikodu boyutuna ilişkin maddenin faktör yükünün yeterli olmamasından dolayı ölçekten çıkarıldığı belirlenmiştir.

Türkiye'deki saldırganlık alan yazınında başlangıçta çocuk ve ergen akran zorbalığını belirlemeye yönelik ölçme araçlarının alt ölçekleri şeklinde ele alınan, bir sonraki adımda ise okul öncesi ve okul çağındaki çocukların ilişkisel saldırganlık davranışlarını ölçmeyi amaçlayan ölçme araçlarının geçerli ve güvenilir olduğu görülmüştür. Ancak bu ölçme araçlarının ilişkisel saldırganlık yapısını bütünsel olarak değerlendirmeye izin veren toplam puan üretmediği belirlenmiştir. Zorbalık davranışlarını belirlemeyi hedefleyen ölçme araçları ise saldırgan ve mağdur arasında güç dengesizliği olması gerektiği koşulu ile değerlendirme yapmakta, oysa ilişkisel saldırganlık davranışları güç açısından birbirine denk olan, benzerlik gösteren bireyler tarafından da tercih edilebilmektedir. Özellikle ergenlik döneminde kimlik oluşturma çabasıyla, yetişkinlerle kurulan otoriteye dayalı ilişkilerden sıyrılıp, eşitliğe dayanan ilişkilere yönelen ergenler¹² için de ilişkisel saldırganlık davranışları sıklıkla tercih edilen bir alternatif olabilmektedir. Çünkü ebeveynlerinden duygusal olarak ayrılmak, bağımsızlaşmak isteyen ergenler için arkadaşlık ilişkilerinin zarar görmesi son derece yıkıcı olabilmektedir. Akranlar ve arkadaşlarla ilişkiler ergenlerin gelişimsel süreçleri için en uygun ortamı sağladığı için arkadaşlık ilişkilerinin zarar görmesine yol açan ilişkisel saldırganlık davranışları, ergenlik dönemindeki bireylerin hem akran gruplarına aidiyet hissetme görevini hem de bu dönemin kritik gelişim görevi olan kimlik gelişimini yerine getirmelerine engel olmaktadır.²⁹

Akranlar yetişkin değerlerinden bağımsızlaşma çabasında olan ergenlere bir pusula gibi yön vermeye başlamakta³⁰, bir başka ifadeyle, ergenler arkadaşlık ilişkilerindeki sosyal karşılaştırma süreci ile kendi kimliğini test etme fırsatı bulmakta¹², referans noktası olarak da arkadaşlarını belirlemektedirler. Ergenler kendilerini arkadaşları ile karşılaştırarak, onların onayını almaya

çalışmaktadırlar. Bu nedenlerle akran grupları ve arkadaşlık ilişkilerinde başarı ergenlerin aidiyet duygusunun yanı sıra kendilerine saygılarını beslerken, başarısızlık ise bireylerin sadece aidiyet duygularına değil aynı zamanda kimlik kazanım süreçlerine de zarar vermektedir.¹⁴

Kendilik kavramlarını ve öz-saygılarını beslemeyi akranlarının onayına ve onlardan gelen geribildirimlere dayandırdıkları için ergenler akran ilişkilerine yatırım yapmaktadırlar.³⁰ Ergenler arkadaşları ile birlikte daha fazla zaman geçirip, daha fazla etkileşimde, daha önce ebeveynlerinin üstlendiği rolleri arkadaşlarına ve onlarla kurdukları ilişkilere transfer etmektedirler.^{11,31} Tüm bu faktörler dikkate alındığında ergenler için arkadaşlık ilişkileri bir yandan kendilerini geliştirebilecekleri ortamlar sunmakta³² öte yandan kırılabilirlikleri kullanılarak zarar görecekları bir ortama da dönüşebilmektedir. Bu kapsamda arkadaşlık ilişkilerinde ilişkisel saldırganlık davranışlarının ergenlik döneminde araştırılması ve bu yapıyı belirlemeye yönelik ölçme araçlarının geliştirilmesi de kritik derecede önem kazanmaktadır. Bu çalışmada daha önce üniversite öğrencileri ile geliştirilmiş olan, güvenilir ve geçerli olduğu ortaya konmuş dışlama, manipülasyon ve dedikodu alt boyutlarından oluşan Arkadaşlık İlişkilerinde İlişkisel Saldırganlık Ölçeği'nin (ARİLSÖ)^{33,34} ergenlik dönemindeki bireylere uyarlanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubu 2019-2020 öğretim yılında İç Anadolu Bölgesi'nde orta büyüklükteki bir kent merkezindeki Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı devlet liselerine devam eden öğrencilerden oluşmaktadır. İldeki devlet liselerine devam eden toplam öğrenci sayısı temel alınarak gerçekleştirilen oranlı örnekleme sonucunda toplam 945 lise öğrencisinden veri toplanmıştır. Verilerin incelenmesi sonucunda boş madde bırakan 58 katılımcının verileri çıkarılmıştır. Sekiz yüz seksen yedi katılımcıdan elde edilen verilerin normal dağılım koşulunu sağlayıp sağlamadığı madde bazında çarpıklık ve basıklık değerleri ile incelenmiş, 31 katılımcının puanları uç değer olarak belirlendiği için analize dahil edilmemiştir. Araştırmanın çalışma grubu 856 lise öğrencisinden oluşmuştur. Merkezi sınav puanı ile öğrenci alan liselere devam eden öğrenci sayısı 342 (%30,3), merkezi sınav puanı olmaksızın kayıt yaptırılabilen liselere devam eden öğrenci sayısı ise 597 (%69,7) idi. İki yüz yirmi sekiz (%26,6) katılımcı birinci sınıf, 217 (%25,4) katılımcı ikinci sınıf, 222 (%25,9) katılımcı üçüncü sınıf ve 189'u (%22,1) ise dördüncü sınıfa devam etmekteydi. Katılımcılardan 495'i (%57,8) kız öğrenci, 361'i (%42,2) ise erkek öğrenciydi. Katılımcıların yaşları 14-18 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 15,8, medyan değeri ise 16,0 olarak belirlenmiştir.

Veri Toplama Araçları

Arkadaşlık İlişkilerinde İlişkisel Saldırganlık Ölçeği (ARİLSÖ)

Kurtyılmaz ve ark.³³ tarafından üniversite öğrencilerinin arkadaşlık ilişkilerinde sergiledikleri ilişkisel saldırganlık

davranışlarını belirlemek için geliştirilmiş olan ARİLSÖ, dışlama, söylenti yayma ve manipülasyon alt boyutlarını da içeren bir ölçme aracıdır. Açımlayıcı faktör analizi ile 23 maddeden oluşan üç boyutlu yapı elde edilmiş, açıklanan toplam varyansın %51,7 olduğu belirlenmiştir. On maddeden oluşan dışlama alt boyutunun açıkladığı varyans %34,2, sekiz maddeden oluşan manipülasyon alt boyutunun açıkladığı varyans %10,8, beş maddeden oluşan dedikodu alt boyutunun açıkladığı varyans ise %6,7 olarak belirlenmiştir. Madde faktör yüklerinin ise 0,83 ile 0,52 arasında değiştiği gözlenmiştir.³⁴ Benzer ölçekler geçerliği kapsamında ARİLSÖ'nün, Can³⁵ tarafından uyarlanan saldırganlık ölçeği'nin dolaylı saldırganlık boyutu ile korelasyon katsayısının 0,55, Kiper'in³⁶ geliştirdiği Saldırganlık Envanteri'ndeki edilgen saldırganlık boyutu ile 0,56 düzeyinde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ölçme aracının iç tutarlılık katsayısı 0,91 olarak belirlenmiş, dışlama, manipülasyon ve dedikodu alt boyutlarına ilişkin iç tutarlılık katsayıları ise sırasıyla 0,92, 0,80 ve 0,76 olarak belirlenmiştir. On beş gün ara ile gerçekleştirilen test-yeniden test analizi sonrasında iki uygulama arasında 0,93 düzeyinde ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu ölçme aracının farklı bir örnekleme doğrulayıcı faktör analizi de gerçekleştirilmiş³³, gerçekleştirilen ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizinde dedikodu alt boyutunda yer alan bir maddenin faktör yükünün düşük, hata varyansının yüksek olmasından dolayı bu madde çıkarılarak üç boyutta toplanan 22 maddeli yapı test edilmiş, modelle veri arasında uyumun sağlandığı belirlenmiştir. ARİLSÖ'de tersten puanlanan madde bulunmamakta, ölçekten alınabilecek puanlar 22 ile 110 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe ilişkisel saldırganlık düzeyi yükselmektedir.

Saldırganlık Ölçeği

Bu çalışmada benzer ölçekler geçerliği için Can³⁵ tarafından Türk kültürüne uyarlanan saldırganlık ölçeği'nin alt boyutları olan dolaylı ve sözel saldırganlık boyutları kullanılmıştır. Özbildirime dayalı bu ölçek beşli Likert tipinde bir ölçektir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,91, dolaylı ve sözel saldırganlık alt boyutları için ise 0,54 ve 0,60 olarak belirlenmiştir. Test-tekrar test yönteminde, dolaylı ve sözel saldırganlık alt boyutlarına ve ölçeğin tümüne ilişkin iki uygulama arasındaki korelasyon katsayısı sırasıyla 0,74, 0,70 ve 0,86 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar aracın Türk kültürü için geçerli ve güvenilir olduğunu ortaya koymuştur.³⁵ Bu uyarlama çalışması yetişkinlerle gerçekleştirildiği için ölçme aracının lise öğrencileri ile geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları da gerçekleştirilmiştir.³⁷ Güvenirlik ve geçerlik çalışmalarında ölçme aracının lise öğrencilerinde de geçerli ve güvenilir olduğuna ilişkin bulgulara ulaşılmıştır.^{37,38} Bu çalışmada iç tutarlılık katsayısı dolaylı saldırganlık için 0,67, sözel saldırganlık için 0,76 olarak bulunmuştur.

Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği - Ergen Formu

Bu çalışmada benzer ölçekler geçerliği için kullanılan diğer ölçek ise Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği - Ergen Formu'dur. Ayas ve Pişkin²² tarafından geliştirilmiş olan beşli Likert ölçeği, "zorba" ve "kurban" olmak üzere paralel iki ölçekten oluşmaktadır. Bu çalışmada "zorba ölçeği"nin izolasyon, söylenti yayma ve sözel

zorbalık boyutları kullanılmıştır. Gerçekleştirilen analizler sonrasında zorba ölçeğindeki 53 maddenin 6 faktör altında toplandığı belirlenmiştir. Puanlar arttıkça zorba ve kurban olma düzeyleri artmaktadır. Zorba ölçeğinin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı toplam ölçek için 0,92, "sözel zorbalık" alt ölçeği için 0,74, "izolasyon" alt ölçeği için 0,75, "söylenti yayma" alt ölçeği için 0,66 olarak hesaplanmıştır.²² Bu çalışmada iç tutarlılık katsayısı sözel zorbalık için 0,84, izolasyon için 0,86, söylenti yayma için 0,84 olarak bulunmuştur.

İstatistiksel Analiz

Araştırmada kullanılan Arkadaşlık İlişkilerinde İlişkisel Saldırganlık Ölçeği'nin Ergen Formu'nun (ARİLSÖ-E) geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları için gerçekleştirilen uygulamalar 2019-2020 öğretim yılı bahar yarıyılında gerçekleştirilmiştir. Veri toplama süreci öncesinde il sınırları içerisinde yer alan ve iki araştırmacının görev yaptığı Anadolu Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan araştırma izni (protokol no: 48673, tarih: 14.06.2019), aynı zamanda İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nden de uygulama izni (araştırma izin no: 50206, tarih: 12.07.2019) alınmıştır. Gerekli izinler alındıktan sonra ilgili okulların yöneticileri başta olmak üzere katılımcılar ile görüşülerek, verilerin gizliliği, gönüllü katılım ve kimlik bilgilerine ihtiyaç duyulmadığı konusunda da hem bilgilendirilmiş onam formu ile hem de sözel olarak bilgilendirme yapılmış, veriler belirlenen gün ve saatlerde velisinden ve kendisinden yazılı onam alınmış olan gönüllü öğrencilerden toplanmıştır. Veri analizinde Pearson korelasyon analizi, bağımsız gruplar için t-testi ve açımlayıcı faktör analizinin en çok olabilirlik yönteminden yararlanılmış, analizler SPSS paket programı (IBM Inc., Armonk, NY) ile gerçekleştirilmiştir.

Bulgular

ARİLSÖ-E'nin Geçerlik Çalışmalarına İlişkin Bulgular

Analizlere başlamadan önce kız ve erkek lise öğrencilerinin ölçekten aldıkları puanların anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiş, farklılık bulunmamıştır. Bu nedenle tüm veriler analize bölünmeksizin dahil edilmiştir. İlişkisel saldırganlık ölçeğinin lise öğrencilerindeki yapısını incelemek için açımlayıcı faktör analizi yaklaşımı ile en çok olabilirlik yönteminden yararlanılmış, döndürme işleminde ise Varimax yöntemi işe koşulmuştur. Öncelikle örneklemin ve verilerin faktör analizine uygun olup olmadığı Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett'in küresellik testi ile incelenmiştir. KMO değerinin 0,944 olduğu belirlenmiş, Bartlett'in küresellik testinde ki-kare değerinin ($\chi^2=9383,69$, standart sapma=231, $p<0,001$) anlamlı olmasından dolayı verilerin faktör analizi için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

İlk aşamada döngüsüz olarak gerçekleştirilen işlem sonrasında maddelerin dört boyut altında toplandığı belirlenmiştir. Boyut belirlenmesi sürecinde özdeğerin 1'den büyük olma koşulu uygulandığında, üç boyut altında toplanması beklenen maddelerin dört boyut altında toplandığı,

manipülasyon boyutunda yer alması beklenen iki maddenin (m1, m9) dördüncü boyutu oluşturduğu görülmüştür. Daha önceki çalışmalarda manipülasyon boyutuna yüklenen bu iki maddenin telefon aracılığıyla karşı tarafı reddetmeye ve önemsememeye yönelik içerik barındırdığı, dördüncü boyut olarak ayrılan bu iki maddenin sadece kullanılan yöntem ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Yamaç grafiği incelendiğinde de üç boyutlu yapının uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca literatürde de ilişkisel saldırganlık değişkeninin dışlama, dedikodu ve manipülasyon boyutlarıyla açıklanması nedeniyle de ilişkisel saldırganlık ölçeği üç boyuta indirgenerek incelenmiştir. Bu çerçevede faktör analizinde maddeler üç boyuta sabitlenmiştir.

Dört boyuta yüklenen maddelerin açıkladıkları toplam varyans %52,0 olarak belirlenmiş, üç boyuta zorlandığında ise açıklanan varyans %48,5 olmuştur. Maddeler üç boyuta toplandığında bir önceki aşamada ayrı bir boyut olarak ortaya çıkan iki maddenin paylaşılan varyans değerlerinin 0,30'un altında olması ve manipülasyon boyutunda açıkladıkları varyansın katkısının da sınırlı olması nedeni ile bu iki madde analize dahil edilmemiştir. Geriye kalan ve üç boyuta yüklenen 20 maddenin açıkladığı toplam varyansın ise %50,9 olduğu belirlenmiştir. Birinci boyut olan dışlama boyutuna yüklenen üç maddenin (m4, m6, m7) faktör yükleri ile diğer boyutlardaki faktör yük değerleri arasındaki farkın 0,10'un altında olması ölçütünü karşılayamadığı görülmüştür. Bulaşık madde olarak değerlendirilen bu maddeler çıkarılarak analiz tekrar edilmiştir. Analiz sonrasında 17 maddelik yapının açıkladığı varyansın

%51,9 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Maddelerin paylaşılan varyans değerleri incelendiğinde, dedikodu alt boyutunda yer alan ikinci maddenin değerinin 0,253 olması nedeni ile daha güçlü bir yapıya ulaşmak adına bu madde de ölçekten çıkarılmış, analiz tekrarlandıktan sonra üç boyuta yüklenen on altı maddelik yapının açıkladığı varyansın %53,7 olduğu belirlenmiş, ölçeğe en son hali (Ek-1) verilmiştir. Tablo 1'de görüldüğü üzere toplam varyansın %25,2'sini açıklayan ve yedi madde yüklenen boyutun dışlama boyutu olduğu belirlenmiştir. Toplam varyansın açıklanmasına %19,4'lük katkı getiren ve altı maddenin yer aldığı boyutun ise manipülasyon boyutu olduğu görülmüştür. Sonuncu boyut olan dedikodu alt boyutuna yüklenen üç madde ise toplam varyansın %9,1'ini açıklamaktadır.

Maddelerin madde yük değerleri incelendiğinde, dışlama boyutundaki maddelerin faktör yük değerlerinin 0,793 ile 0,601 arasında, manipülasyon boyutundaki maddelerin yük değerlerinin ise 0,722 ile 0,517 arasında, dedikodu boyutundaki faktör yük değerlerinin de 0,699 ile 0,366 arasında değiştiği belirlenmiştir.

ARİLSÖ-E'nin Güvenirlik Çalışmalarına İlişkin Bulgular

On altı maddeden oluşan ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,911 olarak belirlenmiştir. Her bir maddenin çıkarılması sonucunda elde edilen iç tutarlılık katsayısının ölçeğin tümüne ilişkin olan alpha değerini (0,911) aşmadığı görülmüş, bu nedenle maddelerin her birinin genel ve tek bir yapı oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır. Her maddenin toplam puanla ilişkilerinin 0,380 ile 0,733 arasında yer aldığı, bu değerlerin alt sınır olan 0,30'dan büyük olması nedeni ile ölçek maddelerinin tamamının ölçeğin bütünü ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda her bir boyutun iç tutarlılık katsayısı da belirlenmiştir. Alt boyutların iç tutarlılık katsayıları dışlama için 0,914, manipülasyon boyutu için 0,851 ve dedikodu boyutu için ise 0,659 olarak belirlenmiştir.

Güvenirlik ve geçerlik ile ilgili ilk aşama çalışmalar sonrasında, ARİLSÖ-E'nin toplam puanı ile benzer ölçekler arasındaki ilişkileri benzer ölçekler geçerliği yöntemi ile incelemek için 128 katılımcıdan tekrar veri toplanmıştır. Gerçekleştirilen analizler sonrasında, ilişkisel saldırganlık ölçeğinin saldırganlık ölçeğinin dolaylı ve sözel saldırganlık alt boyutları ile zorbalık ölçeğinin izolasyon, söylenti yayma ve sözel alt boyutları arasındaki korelasyon katsayılarının hepsinin anlamlı olduğu ($p<0,01$) belirlenmiştir. İlişkisel saldırganlık ölçeğinin Tablo 2'de görülen yapılarla olan pozitif yönlü ilişkisinin orta düzeyde olduğu

Tablo 1. ARİLSÖ-E'nin faktör analizi sonuçları

| Maddeler | Faktör yükü | | |
|-------------------|--------------|----------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 |
| 17 | 0,793 | 0,184 | 0,214 |
| 13 | 0,756 | 0,261 | 0,232 |
| 8 | 0,727 | 0,231 | 0,122 |
| 11 | 0,709 | 0,185 | 0,215 |
| 19 | 0,706 | 0,287 | 0,213 |
| 12 | 0,658 | 0,236 | 0,233 |
| 10 | 0,601 | 0,325 | 0,229 |
| 20 | 0,313 | 0,722 | 0,159 |
| 15 | 0,195 | 0,712 | 0,069 |
| 21 | 0,202 | 0,711 | 0,178 |
| 5 | 0,229 | 0,698 | 0,157 |
| 14 | 0,097 | 0,550 | 0,207 |
| 18 | 0,245 | 0,517 | 0,067 |
| 16 | 0,171 | 0,176 | 0,699 |
| 22 | 0,337 | 0,165 | 0,622 |
| 3 | 0,245 | 0,147 | 0,366 |
| Açıklanan varyans | %25,156 | %19,409 | %9,098 |
| | | Toplam varyans | %53,663 |

ARİLSÖ-E: Arkadaşlık ilişkilerinde ilişkisel saldırganlık Ölçeği'nin ergen formu

Tablo 2. İlişkisel saldırganlık toplam puanı ile benzer ölçekler arasındaki ilişki katsayıları

| | Dolaylı saldırganlık | Sözel saldırganlık | Sözel zorbalık | İzolasyon yoluyla zorbalık | Söylenti yayma yoluyla zorbalık |
|------------------------|----------------------|--------------------|----------------|----------------------------|---------------------------------|
| İlişkisel saldırganlık | 0,62* | 0,52* | 0,57* | 0,61* | 0,57* |

* $p<0,01$

sonucuna ulaşılmıştır. Ölçeğin zaman içerisindeki kararlılığını belirlemek amacıyla 96 katılımcıdan 15 gün ara ile veri toplanmış, iki uygulama arasındaki korelasyon katsayısı 0,848 olarak belirlenmiş, bu değer 0,01 düzeyinde anlamlı olduğu ($p < 0,01$) sonucuna ulaşılmıştır.

Tartışma

Ergenlik dönemindeki bireyler kimlik geliştirme süreci öncelikli olmak üzere bu döneme özgü gelişim görevlerini yerine getirirken aileden duygusal olarak bağımsızlaşmaya çalışırken, arkadaşlarına ve arkadaş gruplarına bağlanmaya ve onların onayını almaya ihtiyaç duymaktadırlar.¹² Bu çerçevede arkadaşlara zarar vermek istenildiğinde akranlarla ilişkilerin hedef alınması şaşırtıcı değildir. Bu nedenle bu çalışmada alanyazına ergenlik dönemindeki bireylerin ilişkisel saldırganlık davranışlarını belirlemek için bir ölçek kazandırılması amaçlanmıştır, bu kapsamda üniversite öğrencileri için geliştirilmiş olan ARİLSÖ'nün^{33,34} lise öğrencileri için uyarlaması gerçekleştirilmiştir.

ARİLSÖ'nün ergen formunun uyarlama çalışmasında yapı geçerliği kapsamında gerçekleştirilen analizler sonucunda dışlama, manipülasyon ve dedikodu alt boyutları altında toplanan 16 maddelik ölçek formu elde edilmiştir. Elde edilen üç boyutlu yapı hem üniversite öğrencileri ile geliştirilen form hem de alan yazındaki kuramsal ve kavramsal alt yapı ile benzerlik göstermektedir. Ancak madde sayısı açısından üniversite öğrencileri için geliştirilmiş formdan farklılık ortaya çıkmıştır. Veri toplama sürecine yirmi iki maddeden oluşan üniversite öğrencileri formundaki maddeler ile başlansa da analizler sonrasında madde faktör yükleri, maddelerin faktör yükleri arasındaki fark ve ortak varyans değerleri ölçüt olarak alındığında altı madde ölçekten çıkarılmış, analizler sonrasında varyansın %53,7'sini açıklayan 16 maddelik forma ulaşılmıştır. Bu üç boyuttan varyansı en çok açıklayan boyut üniversite öğrencileri formundaki gibi dışlama boyutudur. Manipülasyon boyutu ise varyansın açıklanmasına katkı getiren ikinci boyut olarak belirlenmiştir. Dedikodu boyutunun ise varyansın açıklanmasına en düşük katkıyı sunduğu belirlenmiştir. Elde edilen üç boyutun toplam varyansın açıklanmasına getirdiği katkı ve ağırlıkları üniversite öğrencileri için geliştirilmiş olan ölçekteki gibi sıralanmıştır. Ayrıca ölçekle açıklanan varyans, alt sınır olarak kabul edilen %40,0 değerinin^{39,40} üzerinde olduğu için ölçeğin yapı geçerliğine sahip olduğu ifade edilebilir. Ayrıca, az değişkenle daha çok varyans açıklanarak sadelik-tasarıfluluk ilkesinin⁴¹ de karşılandığı söylenebilir. Ölçme aracının psikometrik özelliklerine ilişkin sonuç ve bulguların bu çalışmanın örnekleme ile sınırlı kalmayıp, aracın daha sonraki çalışmalarda da kullanılabilmesini sağlamak amacı ile en çok olabilirlik yönteminden⁴²⁻⁴⁴ yararlanılması nedeniyle bu ölçme aracının farklı örneklemlere uygulanabileceği sonucuna varılmıştır. Bir başka deyişle, faktör analizinde maddeler arasındaki ilişkileri örtük bir yapı ile açıklamaya izin veren ve ortak varyans ile hata varyanslarını da dikkate alan en çok olabilirlik yöntemi^{42,45} kullanıldığından bu ölçme aracı ilişkisel

saldırganlık davranışlarını farklı örneklemlerle incelemek isteyen araştırmacılarca kullanılabilir. Bu çerçevede bu çalışmanın doğrulayıcı faktör analizi için de güvenilir bir temel oluşturduğu söylenebilir. Dolayısıyla, ölçme aracının psikometrik özellikleri daha geniş örneklem grupları ile incelenebilir ve doğrulayıcı faktör analizi gerçekleştirilebilir.

Ölçeğin güvenilirliğini belirlemek için Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı ve test-tekrar test analizi uygulanmıştır. Elde edilen güvenilirlik katsayısının 0,70 ve daha yüksek olması ölçütünü⁴⁵ karşılamasından dolayı bu ölçme aracının ilişkisel saldırganlık yapısını güvenilir olarak ölçtüğü, zaman içerisinde de tutarlı sonuçlar ürettiği sonucuna varılmıştır. Alt boyutlar madde faktör yükleri ve iç tutarlılık katsayıları açısından değerlendirildiğinde, dedikodu alt boyutunun dışlama ve manipülasyon boyutlarının aksine iç tutarlılık katsayısının düşük, bir maddenin faktör yükünün de görece düşük olduğu belirlenmiştir. Dedikodu alt boyutunun varyansın açıklanmasına da daha sınırlı katkıda bulunması, dedikodu ya da söylenti yayarak diğerlerine zarar verme davranışlarının sosyal olarak onaylanmaması ile açıklanabilir.

Ölçeğin geçerliğini desteklemek için benzer ölçekler geçerliği de uygulanmış, ARİLSÖ-E ile Saldırganlık Ölçeği'nin³² dolaylı ve sözel saldırganlık alt boyutları ile Zorbalık Ölçeği'nin²² izolasyon, söylenti yayma ve sözel alt boyutları arasındaki tüm ilişkilerin pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular ilişkisel saldırganlık yapısının diğer saldırganlık davranışları ile ilişkili olmasına karşın farklı bir yapı olduğunu ortaya koymuş, ilişkisel saldırganlık davranışlarını belirlemede kullanılabileceğini göstermiştir. Korelasyon katsayıları incelendiğinde en yüksek korelasyon katsayılarının ilişkisel saldırganlık ile dolaylı yollarla gerçekleştirilen saldırganlık ve izolasyon yoluyla zorbalık arasında olması, dışlama yoluyla gerçekleştirilen ilişkisel saldırganlık davranışlarının da dolaylı saldırganlık gibi daha örtük yöntemlerle sergilenmesi ile açıklanabilir. Dışlama yoluyla zorbalık alt ölçeği ile ARİLSÖ-E arasındaki güçlü ilişki de ARİLSÖ-E'de açıklanan toplam varyansa en fazla katkıda bulunan ilk faktörün de dışlama olması ile açıklanabilir. En zayıf ilişkinin sözel saldırganlık değişkeni ile elde edilmiş olması da sözel saldırganlığın ilişkisel saldırganlığın aksine daha doğrudan yollarla gerçekleştiriliyor olması ile açıklanabilir. Benzer ölçekler geçerliğine ilişkin bulgular ilişkisel saldırganlık davranışlarının farklı yollarla gerçekleştirildiğini ancak diğer yapılardan farklı olarak temel hedefin ilişkilere zarar vermek olduğunu kanıtlar niteliktedir. Zira hangi yöntem (sözel, doğrudan, dolaylı) kullanılırsa kullanılsın ilişkisel saldırganlık davranışlarında asıl hedef ilişkilere zarar vermektir.⁸ Özellikle manipülasyon boyutunda başvurulan yöntemler diğer boyutlara göre daha doğrudandır.^{6,8}

Saldırganlık alanyazınında ilişkisel saldırganlık davranışlarını belirlemeye yönelik ölçme araçlarının^{20,22,23,25,27} psikometrik özellikleri oldukça güçlü olmakla birlikte ergenlik dönemindeki bireylerin ilişkisel saldırganlık davranışlarının zorbalık ölçeklerinin alt boyutları olarak belirlendiği görülmüştür. Bu nedenle zorbalıkla ilgili ölçme araçlarında katılımcılardan taraflar arasında güç dengesizliği kapsamında değerlendirme

yapması istenmektedir. Bu çalışma ile elde edilen ölçme aracında (ARİLSÖ-E) zorbalıkla ilgili ölçme araçlarındaki gibi saldırgan ve mağdur arasındaki güç dengesizliği ölçütünün olmaması, zorbalık kapsamında değerlendirildiğinde belirlenemeyecek olan ilişkisel saldırganlık davranışlarının belirlenmesini sağlayabilecektir. Böylelikle, sergilenen ilişkisel saldırganlık davranışlarının “normal” olarak algılanmasının da önüne geçilebilecektir. Bu çerçevede ARİLSÖ-E'nin ilişkisel saldırganlık davranışlarını önleme konusunda farkındalık oluşturulmasına ve önleme çalışmalarının ivedilikle işe koşulmasına katkıda bulunabileceği ifade edilebilir. Aynı zamanda, ARİLSÖ-E ile alt boyutların yanı sıra ilişkisel saldırganlığa ilişkin toplam puan elde edilebilmesi de bu yapının bütünsel olarak incelenmesine olanak sağlayabilecektir.

Ergenlik dönemindeki bireylerin temel gelişim görevleri nedeniyle ilişkisel saldırganlık davranışları bireylerin psikososyal gelişimini sekteye uğratmakta, uyum sorunları yaşamasına davetiye çıkarmaktadır. Bu nedenlerle bu ölçme aracı ile ergenlik dönemindeki bireylerde ilişkisel saldırganlık davranışlarının belirlenmesi, ardından hedef kitlenin ihtiyaç ve özelliklerine bağlı olarak farklı düzeylerde önleme çalışmalarının gerçekleştirilmesi ile ruh sağlığının desteklenmesi sağlanabilecektir.⁷

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışma ile ergenlik dönemindeki bireylere uyarlanan ölçme aracıyla ilişkisel saldırganlık davranışlarının açıklanmasına ve alanyazına katkı sağlansa da tüm çalışmalarda olduğu gibi bu çalışmada da bazı sınırlılıklar söz konusudur. Araştırmanın çalışma grubu liselere devam eden ergenlik dönemindeki bireylerden oluşmaktadır. Bu nedenle, daha sonraki çalışmalarda okula devam edemeyen ya da etmeyen ergenler de çalışma grubuna dahil edilebilir. Dedikodu alt boyutunun hem açıklanan varyansa olan sınırlı katkısı hem de iç tutarlılık katsayısının görece düşük olması katılımcıların sosyal istenirlik faktörü ile açıklanabilir. Sosyal istenirlik faktörünün katılımcıların ilgili maddelere kendilerini yansıtan cevaplar vermesini engellemiş olması nedeni ile sınır değerler elde edilmiş olabileceğinden, daha sonra gerçekleştirilecek çalışmalarda sosyal istenirliğin farklı yöntemlerle kontrol edilmesi sağlanarak bu sınırlılığın üstesinden gelinir. Örneğin, veri çeşitlemesi yoluyla katılımcıların hem kendisinden hem de onları gözleyen akranlarından veya öğretmenlerinden veri toplanabilir. Ölçeğin zaman içerisinde kararlı sonuçlar üretip üretmediği test-yeniden test yöntemi ile incelenmiş, bu süreçte iki uygulama arasındaki süre Koronavirüs hastalığı-2019 salgınının yol açtığı kısıtlama ve sınırlamalar sonrasında akademik takvimde yaşanan belirsizlik ve zaman baskısı nedeniyle on beş gün olarak belirlenmiştir. Daha sonraki çalışmalarda test-yeniden test analizi için daha geniş zaman aralığıyla veri toplanabilir.

Sonuç

Sonuç olarak, ARİLSÖ-E'nin de ARİLSÖ gibi ilişkisel saldırganlık davranışlarını dışlama, manipülasyon ve dedikodu olmak üzere üç alt boyut kapsamında ve toplam puan olarak belirlemeye olanak sağladığı belirlenmiştir. ARİLSÖ-E'nin

psikometrik özellikleri bu ölçme aracının ergenlik dönemindeki bireylerin ilişkisel saldırganlıklarını geçerli ve güvenilir olarak belirleyebildiğini, bu nedenle hem araştırmacılar hem de alanda görev yapan uzmanlarca kullanılabileceğini ortaya koymuştur.

Bilgilendirme: Bu çalışma, 7-10 Ekim 2021 tarihleri arasında düzenlenmiş olan 22. Uluslararası Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuş, özeti kongre özet kitapçığında yer almıştır.

Etik

Etik Kurul Onayı: Anadolu Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan araştırma izni (protokol no: 48673, tarih: 14.06.2019), aynı zamanda İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nden de uygulama izni (araştırma izin no: 50206, tarih: 12.07.2019) alınmıştır.

Hasta Onayı: Onam formu alınmıştır.

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

Yazarlık Katkıları

Konsept: Y.K., M.Ş., E.C., Dizayn: Y.K., M.Ş., E.C., Veri Toplama veya İşleme: Y.K., M.Ş., Analiz veya Yorumlama: Y.K., E.C., Literatür Arama: Y.K., M.Ş., Yazan: Y.K., E.C.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Prinstein MJ, Boergers J, Vernberg EM. Overt and Relational Aggression in Adolescents: Social-Psychological Adjustment of Aggressors and Victims. *J Clin Child Psychol.* 2001;30:479-491.
2. Gomes MM. A Concept Analysis of Relational Aggression. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2007;14:510-515.
3. Underwood MK, Galen BR, Paquette JA. Top Ten Challenges for Understanding Gender and Aggression in Children: Why Can't We All Just Get Along?. *Social Development.* 2001;10:248-266.
4. Yoon JS, Barton E, Taiarol J. Relational Aggression in Middle School: Educational Implications of Developmental Research. *The Journal of Early Adolescence.* 2004;24:303-318.
5. Young EL, Boye AE, Nelson DA. Relational Aggression: Understanding, Identifying, and Responding in Schools. *Psychology in the Schools.* 2006;43:297-312.
6. Crick NR, Grotpeter JK. Relational Aggression, Gender and Social-Psychological Adjustment. *Child Dev.* 1995;66:710-722.
7. Xie H, Swift DJ, Cairns BD, Cairns RB. Aggressive Behaviors in Social Interaction and Developmental Adaptation: A Narrative Analysis of Interpersonal Conflicts During Early Adolescence. *Social Development.* 2002;11:205-224.
8. Archer J, Coyne SM. An Integrated Review of Indirect, Relational, and Social Aggression. *Pers Soc Psychol Rev.* 2005;9:212-230.
9. Björkqvist K, Lagerspetz KM, Kaukiainen A. Do Girls Manipulate and Boys Fight? Developmental Trends in Regard to Direct and Indirect Aggression. *Aggressive Behav.* 1992;18:117-127.
10. Kaukiainen A, Björkqvist K, Lagerspetz K, Österman K, Salmivalli C, Rothberg S, Ahlbom A. The Relationships Between Social Intelligence Empathy and Three Types of Aggression. *Aggressive Behavior.* 1999;25:81-89.

11. Collins WA. Relationships and Development during Adolescence: Interpersonal Adaptation to Individual Change. *Personal Relationships*. 1997;4:1-14.
12. Bornstein MH, Jager J, Steinberg LD. Adolescents, Parents, Friends/Peers: A Relationships Model. In: Weiner IB, Lerner RM, Easterbrooks MA, Mistry J, eds. *Handbook of Psychology vol. 6 Developmental Psychology*. New Jersey; John Wiley & Sons, Incorporated. 2012:393-433.
13. Meeus W, Iedema J, Maassen G, Engels R. Separation-Individuation Revisited: On the Interplay of Parent-Adolescent Relations, Identity and Emotional Adjustment in Adolescence. *J Adolesc*. 2005;28:89-106.
14. Scott SK, Saginak KA. Adolescence: Emotional and Social Development. In: Capuzzi D, Stauffer MD, eds. *Human Growth and Development Across The Lifespan: Applications For Counselors*. New Jersey; John Wiley & Sons, Incorporated. 2016:374-414.
15. Sullivan TN, Farrell AD, Kliewer W. Peer Victimization in Early Adolescence: Association between Physical and Relational Victimization and Drug Use Aggression and Delinquent Behaviors among Urban Middle School Students. *Dev Psychopathol*. 2006;18:119-137.
16. Geiger TC, Zimmer-Gembeck MJ, Crick NR. The Science of Relational Aggression. In: Moretti MM, Odgers CL, Jackson MA, eds. *Girls and Aggression. Perspectives in Law & Psychology vol 19*. Boston; MA; Springer. 2004:27-40.
17. Crick NR, Casas JF, Mosher, M. Relational and Overt Aggression in Preschool. *Dev Psychol*. 1997;33:579-588.
18. Karakuş A. Okul Öncesi Sosyal Davranış Ölçeği Öğretmen Formu'nun Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. 2008; Marmara Üniversitesi: İstanbul. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)
19. Şen M. 3-6 Yaş Grubu Çocukların Sosyal Davranışlarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2009; Hacettepe Üniversitesi: Ankara. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)
20. Kurnaz A, Kapçı E. Adaptation Studies of the Aggression and Victimization Scales for Elementary School Children. *J Cogn Behav Psychother Res*. 2013;2:106-115.
21. Pişkin M, Ayas T. Akran Zorbalığı Ölçeği: Çocuk Formu, Akademik Bakış Dergisi. 2011;23:1-12.
22. Ayas T, Pişkin M. Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği Ergen Formu, Akademik Bakış Dergisi. 2015;50:316-324.
23. Dölek N. Öğrencilerde Zorbaca Davranışların Araştırılması ve Bir Önleyici Program Modeli. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. 2002; Marmara Üniversitesi: İstanbul. (Yayımlanmamış Doktora Tezi)
24. Olweus DA. The Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire, *British Journal of Educational Psychology* / *Journal of Adolescent Health*. 1996; University of Bergen: Norway.
25. Gültekin Z. Akran Zorbalığını Belirleme Ölçeği Geliştirme Çalışması. Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2003; Hacettepe Üniversitesi: Ankara. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)
26. Mynard H, Joseph S. Development of the Multidimensional Peer-Victimization Scale. *Aggressive Behavior*. 2000;26:169-178.
27. Pekel N. Akran Zorbalığı Grupları Arasında Sosyometrik Statü, Yalnızlık ve Akademik Başarı Durumlarının İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2004; Hacettepe Üniversitesi: Ankara. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)
28. Ersan C. Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Saldırganlık Düzeylerinin Duygu İfade Etme ve Duygu Düzenleme Açısından İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. 2017; Pamukkale Üniversitesi: Denizli. (Yayımlanmamış Doktora Tezi)
29. Crick NR, Casas JF, Nelson DA. Toward A More Comprehensive Understanding of Peer Maltreatment: Studies of Relational Victimization. *Current Directions in Psychological Science*. 2002;11:98-101.
30. Brechwald WA, Prinstein MJ. Beyond Homophily: A Decade of Advances in Understanding Peer Influence Processes. *J Res Adolescence*. 2011;21:166-179.
31. Collins WA, Laursen B. Parent-Adolescent Relationships and Influences. In: Lerner RM, Steinberg L, eds. *Handbook of Adolescent Psychology*. New Jersey; John Wiley & Sons, Inc. 2004:331-361.
32. Berndt TJ. Children's Friendships: Shifts over a Half-Century in Perspectives on their Development and their Effects. *Merrill-Palmer Quart*. 2004;50:206-223.
33. Kurtyılmaz Y, Can G, Ceyhan AA. Relationships Among Relational Aggression and Self Esteem, Social Connectedness and Social Anxiety Levels of University Students. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Association*. 2017;7:33-52.
34. Kurtyılmaz Y, Can G, Ceyhan AA. Üniversite Öğrencilerinin Arkadaşlık İlişkilerinde İlişkisel Saldırganlığın Değerlendirilmesine İlişkin Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. XI. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi Kitapçığı. 2011: 390-391.
35. Can S. Aggression Questionnaire Adlı Ölçeğin Türk Popülasyonunda Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Haydarpaşa Eğitim Hastanesi. 2002; GATA: İstanbul. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi)
36. Kiper İİ. Saldırganlık Türlerinin Çeşitli Ekonomik, Sosyal ve Akademik Değişkenlerle İlişkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. 1984; Ankara Üniversitesi: Ankara. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)
37. Karataş Z. Anger And Aggression On High School Students, Ç. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2008;17:277-294.
38. Donat BS. Çocuk ve Ergenlerde Şiddet ve Saldırganlığın Önlenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. 2011; Dokuz Eylül Üniversitesi: İzmir. (Yayımlanmamış Doktora Tezi)
39. Köklü N, Büyüköztürk Ş, Çokluk O. Sosyal Bilimler İçin İstatistik. Ankara; Pegem A Yayıncılık; 2007.
40. Stevens JP. Exploratory and Confirmatory Factor Analysis. In: Stevens JP, ed. *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. Mahwah, NJ; Lawrence Erlbaum Associates. 1996:362-392.
41. Watkins MW. Exploratory Factor Analysis: A Guide to Best Practice. *Journal of Black Psychology*. 2018;44:219-246.
42. Büyüköztürk Ş. Actoranalysis: Basic Concepts And Using To Development Scale, Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi. 2002;32:470-483.
43. Costello AB, Osborne J. Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most from Your Analysis. *Practical Assessment Research and Evaluation*. 2005;10:1-9.
44. Conway JM, Huffcutt AI. A Review and Evaluation of Exploratory Factor Analysis Practices in Organizational Research. *Organizational Research Methods*. 2003;6:147-168.
45. Kline TJB. *Psychological Testing: A Practical Approach to Design and Evaluation*. Thousand Oaks, CA; Sage Publications Inc. 2005.

Ek-1. Arkadaşlık İlişkilerinde İlişkisel Saldırganlık Ölçeği-Ergen Formu (ARİLSÖ-E)

| | Her zaman | Sık sık | Bazen | Nadiren | Hiçbir zaman |
|---|-----------|---------|-------|---------|--------------|
| Arkadaşıma zarar verecek ya da incitecek derecede kızarsam/sinirlenirsem, | | | | | |
| 1) Ona soğuk davranırım. | () | () | () | () | () |
| 2) Sorduğu sorulara geçiştirerek cevap veririm. | () | () | () | () | () |
| 3) Arkasından konuşurum. | () | () | () | () | () |
| 4) Onunla normalde paylaştığımdan daha az şey paylaşıyorum. | () | () | () | () | () |
| 5) Onunla ilgili olumsuz yaşantılarımı başkalarıyla paylaşarak onu zor durumda bırakırım. | () | () | () | () | () |
| 6) Kendisini gruba ait hissetmemesi için grupta sadece onun anlamadığı espriler yaparım. | () | () | () | () | () |
| 7) Ondan habersiz diğer arkadaşlarımla gerçekleştirdiğim bir etkinlik hakkında onun yanında yorumlar yaparım. | () | () | () | () | () |
| 8) Onu başkalarıyla çekiştiririm. | () | () | () | () | () |
| 9) Onun hoşlandığı etkinlikleri başkalarıyla yapmayı planlarken onu bu planlara dahil etmem. | () | () | () | () | () |
| 10) Sorduğu sorulara "evet", "hayır" gibi kısa cevaplar veririm. | () | () | () | () | () |
| 11) Grup içinde kendisini yabancı hissetmesi için ilgisi dışındaki konulardan söz ederim. | () | () | () | () | () |
| 12) Ona bir şey vermem gerekiyorsa, ona seslenip doğrudan vermek yerine onun görebileceği yere bırakırım. | () | () | () | () | () |
| 13) Onun katılamayacağı bile bile, onun gözü önünde bir grup etkinliği planlarım. | () | () | () | () | () |
| 14) Gruptaki diğer arkadaşlarımla birlikte onun anlamayacağı espriler yapmaya gayret ederim. | () | () | () | () | () |
| 15) Diğer arkadaşlarımla birlikteyken, onun bilgisinin olmadığı konulardan söz ederim. | () | () | () | () | () |
| 16) Küserim. | () | () | () | () | () |



The Rapunzel Syndrome in a Four-year-old Girl

Dört Yaşındaki Bir Kız Çocuğunda Rapunzel Sendromu

© Seda Aybüke Sarı¹, © Levent Cankorkmaz², © Ayla Uzun Çiçek¹

¹Sivas Cumhuriyet University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Sivas, Turkey

²Sivas Cumhuriyet University Faculty of Medicine, Department of Pediatric Surgery, Sivas, Turkey

ABSTRACT

Trichobezoar is a rare pathology in which swallowed hair accumulates in the stomach. An unusual form of bezoar extending from the stomach to the small intestine or beyond is described as Rapunzel syndrome (RS). Trichobezoars typically cause abdominal pain and nausea, but can also present as an asymptomatic abdominal mass, progressing to abdominal obstruction and perforation. Trichobezoar with RS is an uncommon diagnosis. It is predominantly found in emotionally disturbed or mentally retarded young people. The diagnosis may be suspected in young females with abdominal pain, epigastric mass, and malnutrition, who have a history of trichophagia. We present a case of successful laparotomy removal of a gastro-duodenal trichobezoar in a 4-year-old girl with a history of trichotillophagia. The psychodynamic aspects, clinical manifestations, diagnoses, and therapeutic strategies are discussed.

Keywords: Trichobezoar, rapunzel syndrome, child

ÖZ

Trikobezoar, yutulan kılların midede birikmesi sonucu oluşan nadir bir patolojidir. Mideden ince bağırsağa veya ötesine uzanan alışılmadık bir bezoar formu, Rapunzel sendromu (RS) olarak tanımlanır. Trikobezoarlar tipik olarak karın ağrısı ve mide bulantısına neden olur, ancak aynı zamanda obstrüksiyon ve perforasyona ilerleyen asemptomatik bir abdominal kitle olarak da ortaya çıkabilir. Trikobezoarın neden olduğu RS nadir görülen bir tanıdır. Ağrılı olarak emosyonel olarak sıkıntılı veya zihinsel engelli gençlerde görülür. Trikofaji öyküsü olan karın ağrısı, epigastrik kitle ve yetersiz beslenme olan genç kadınlarda bu tanıdan şüphelenilebilir. Biz burada trikotillofaji öyküsü olan ve başarılı bir laparotomi ile çıkarılan gastro duodenal trikobezoarlı 4 yaşında kız olguyu psikodinamik yönler, klinik belirtiler, tanı ve tedavi stratejileri açısından tartışarak sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Trikobezoar, rapunzel sendromu, çocuk

Introduction

A bezoar is a dense mass formed by the non-absorbable ingested materials in the gastrointestinal tract. Based on their compositions, bezoars are classified into phytobezoars (vegetables or fruit fibers), trichobezoars (hair or hair-like fibers), diospyrobezoars (of persimmon), pharmacobezoar (of pills), lactobezoars (of milk and curd), lithobezoars (fragments of stones) or plasticobezoars (plastic).¹ Usually, trichobezoar is confined to the stomach, but rarely tail of hair may extend beyond the stomach to the small intestine and even up to the colon, it is called Rapunzel syndrome (RS).² Trichobezoar leading to RS is an extremely rare entity, with about 90 cases reported in the literature.¹ Less than 40 cases of trichobezoar with RS have been reported in the medical literature.³ It is usually seen in children and young girls predisposed to psychiatric illnesses like trichotillomania and trichophagia or some problem.^{4,5} It is diagnosed incidentally while investigating the patient for these symptoms as the history of coexisting psychiatric illness is usually concealed by the patients and the parents. Treatment

is the removal of the mass either by upper gastrointestinal endoscopy or by surgery or treatment of the coexisting psychiatric illness, if any.

Case Report

A 4-year-old girl presented to the pediatric gastroenterology department with a history of abdominal pain and recurrent vomiting for 3-4 months. There was a history of coin ingestion when she was two-years old which was removed by endoscopy. She had a history of loss of appetite, gradual loss of weight, early satiety, and a feeling of epigastric fullness. In abdominal examination, there was a firm, mobile, minimally tender lump palpable in the epigastrium. An abdominal X-ray in erect position did not reveal any significant air-fluid levels. The initial diagnosis of trichobezoar was made once her parents admitted to a history of ingestion of hair by the patient. In endoscopy, a large mass of hair in stomach was observed. Surgery was planned due to the size of the mass and the potential for complications. After the operation, she was referred to a child

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Seda Aybüke Sarı, Sivas Cumhuriyet University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Sivas, Turkey

Phone: +90 346 258 23 67 E-mail: aybuke_sari@hotmail.com ORCID: orcid.org/0000-0003-4793-0662

Received/Geliş Tarihi: 14.08.2020 Accepted/Kabul Tarihi: 21.09.2020

© Copyright 2022 by the Turkish Association for child and Adolescent Psychiatry / Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health. published by Galenos Publishing House.



and adolescent psychiatrist for evaluation. Parents and child were assessed together. The parents complained about her irritability, withdrawal, and consuming non-food materials (hair, tiny pieces, etc.). She started kindergarten this year and there was an increase in her frustration, withdrawal, and eating non-food items for 6 months. According to the mother, she had never eaten her hair so far but swallowed hair or tiny pieces she observed on the ground from the time she was ambulatory. Therefore, they applied to a child and adolescent psychiatrist with the same symptoms when she was 1,5 years old. The psychiatrist made some recommendations to the parents about the situation and did not initiate any medication.

During her psychiatric evaluation in the playing room, she was often negative, unable to communicate, and to separate from her parents. Also, she was not interested in the toys. Although she received commands and established eye contact, no reciprocal communication with the clinician was established. Based on the Ankara Developmental Screening Inventory her development was on par with chronological age.

According to her mother and teachers, she had not been observed eating her hair in school. Also, she never participated in group activities; instead, she used to play with one of her schoolmates only, and was found shy by her teachers in general. When investigating the stress factors; it became clear that the mother gave birth eight months ago and her communication with the patient was reduced during pregnancy and the post-partum period which also coincided with the patient's initiation of kindergarten.

After the operation, when her requests were not met, she was frustrated and said to her parents "if you do not do what I want, I will eat hair again". The symptoms were thought to arise due to problematic relationship with the mother. Because of depressive symptoms the mother reported, she was referred to an adult psychiatrist for a detailed evaluation while treatment for her daughter was initiated in our department. Low dose risperidone (0.25 mg/day) was started along with play therapy sessions. Monthly follow-up of the patient continues at our outpatient clinic.

Discussion

Very few reports of RS among children are documented in the psychiatric literature. This may be due to early referral of most cases of trichotillomania and trichophagia to child and adolescent psychiatrists prior to development of RS.⁶ Trichobezoars are most commonly seen in females (approximately 90.0%) in the age group 13-19 years with an unrevealed psychiatric disorder. About 50.0% of these patients are found to be trichophagic. Classically, trichobezoars develop because of trichophagia in mental retardation and psychiatric disorders.⁷ However, our patient's intelligence level was found normal. Most trichobezoar cases are accompanied by trichotillomania, a rare psychiatric disorder, which is usually characterized by the urge to pull the hair. Therefore, recent studies suggest that bezoar cases should be evaluated from a psychiatric perspective.⁸ The clinical evaluation of our case did not reveal trichotillomania.

Trichobezoar is usually seen in adolescent girls and young women. It is associated with psychiatric conditions accompanied by emotional trauma.⁸ In 78 cases with pediatric RS, only 5 cases were found to be under 4 years of age.⁹ Trichophagia, on the other hand, maybe seen as a clinical reflection of pica. Pica is generally observed in the presence of iron deficiency anemia and childhood neglect.⁶ Iron deficiency anemia was not detected in our study. However, considering factors such as sibling birth and mother's depressive appearance, it was thought that the patient could not receive adequate parental warmth.

Since trichobezoars are often associated with underlying psychiatric disorders, the evaluation of these patients by psychiatrists is critical. Considering the risk of recurrence of trichobezoar, medical treatment and behavioral therapies for these patients should be arranged appropriately and their follow-up should be performed at close intervals.

Ethics

Informed Consent: We obtained a written consent form from the patient and her parents.

Peer-review: Externally and internally peer-reviewed.

Authorship Contributions

Surgical and Medical Practices: L.C., Concept: S.A.S., L.C., A.U.Ç., Design: S.A.S., L.C., A.U.Ç., Data Collection or Processing: S.A.S., L.C., A.U.Ç., Analysis or Interpretation: S.A.S., L.C., A.U.Ç., Literature Search: S.A.S., L.C., A.U.Ç., Writing: S.A.S.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study received no financial support.

References

1. Sehgal VN, Srivastava G. Trichotillomania +/- trichobezoar: revisited. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006;20:911-915.
2. Nirasawa Y, Mori T, Ito Y, Tanaka H, Seki N, Atomi Y. Laparoscopic removal of a large gastric trichobezoar. *J Pediatr Surg.* 1998;33:663-665.
3. Iwamuro M, Okada H, Matsueda K, Inaba T, Kusumoto C, Imagawa A, Yamamoto K. Review of the diagnosis and management of gastrointestinal bezoars. *World J Gastrointest Endosc.* 2015;7:336-345.
4. Ripolles T, Garcia-Aguayo J, Martinez MJ, Gill P. Gastrointestinal bezoars: sono-graphic and CT characteristics. *AJR Am J Roentgenol.* 2001;177:65-69.
5. Alsafwah S, Alzein M. Small bowel obstruction due to trichobezoar: Role upper endoscopy in diagnosis. *Gastrointest Endosc.* 2000;52:784-786.
6. Islek A, Sayar E, Yilmaz A, Boneval C, Artan R. A rare outcome of iron deficiency and pica: Rapunzel syndrome in a 5-year-old child. *Turk J Gastroenterol.* 2014;25:100-102.
7. Gonuguntla V, Joshi DD. Rapunzel syndrome: a comprehensive review of an unusual case of trichobezoar. *Clin Med Res.* 2009;7:99-102.
8. Grant JE, Odlaug BL. Clinical characteristics of trichotillomania with trichophagia. *Compr Psychiatry.* 2008;49:579-584.
9. Phillips MR, Zaheer S, Drugas GT. Gastric trichobezoar: case report and literature review. *Mayo Clin Proc.* 1998;73:653-656.



Is Occupational Therapy Beneficial for Attention-deficit/Hyperactivity Disorder Accompanying Agenesis of the Corpus Callosum?

Korpus Kallosum Agenezisine Eşlik Eden Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Bir Hastada Ergoterapi Faydalı mıdır?

© Hicran Doğru

Atatürk University Hospital, Clinic of Child and Adolescent Psychiatry, Erzurum, Turkey

ABSTRACT

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a disorder characterized by inattention, hyperactivity, and impulsivity, causing social, academic, emotional, and cognitive difficulties. ADHD symptoms start before age 12, and in some children, they're noticeable as early as 4 years of age. This case documents an ADHD case accompanying agenesis of the corpus callosum (ACC) who showed clinically significant improvement after 12 occupational therapy sessions. Sensory integration therapy, which is a branch of occupational therapy, was applied to the patient by an occupational therapist for approximately 12 sessions. After 3 months of occupational therapy sessions, there was six-month progress on the Denver Development Test 2. The ACC, an organic pathology, may lead to academic, psychiatric, and social problems. Patients can benefit from pharmacological treatment, physical therapy, speech therapy, physiotherapy as well as occupational therapy. Treatment is symptomatic according to the patient's current problem, and early intervention and supportive treatment are critical. Most children need individual rehabilitation, even if their intelligence quotient remains within the normal range.

Keywords: Agenesis of the corpus callosum, attention-deficit/hyperactivity disorder, occupational therapy

ÖZ

Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB), dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik ile karakterize, sosyal, akademik, duygusal ve bilişsel zorluklara neden olan bir bozukluktur. DEHB belirtileri 12 yaşından önce başlar ve bazı çocuklarda 4 yaşında fark edilir. Bu olgu sunumu, on iki ergoterapi seansından sonra, klinik olarak anlamlı iyileşme gösteren korpus kallozum agenezisine (KKA) eşlik eden bir DEHB olgusunu belgelemektedir. Ergoterapinin bir dalı olan duyu bütünleme terapisi hastaya bir ergoterapist tarafından yaklaşık 12 seans uygulandı. Hastaya uygulanan 3 aylık ergoterapi seanslarından sonra, Denver Gelişim Testi 2'de altı aylık ilerleme kaydedilmiştir. KKA akademik, psikiyatrik ve sosyal sorunlara yol açabilen organik bir patolojidir. Hastalar ergoterapinin yanı sıra farmakolojik tedavi, fizik tedavi, konuşma terapisi ve fizyoterapiden de faydalanabilmektedir. Tedavi hastanın mevcut sorunlarına göre semptomatik olup erken müdahale ve destek tedavisi çok önemlidir. Çoğu çocuk, zeka kapasitesi normal aralıkta kalsa bile bireysel rehabilitasyona ihtiyaç duymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Korpus kallozum agenezisi, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, ergoterapi

Introduction

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is characterized by inattention, hyperactivity, and impulsivity, a common neuropsychiatric disorder in which symptoms usually begin around the age of four years. This disorder can cause social, academic, emotional, and cognitive turmoil. The prevalence of ADHD in school-age children varies between 5.0 and 10.0%.¹ Although the cause of ADHD has not been yet been clarified, the deterioration in the early developmental stage is caused by various genetic and environmental factors². This article documents a case of ADHD accompanying corpus

callosum agenesis showing clinically significant improvement after twelve occupational therapy sessions. The development of the Corpus Callosum begins with the formation of primitive lamina terminals in the sixth week of fetal life³. Structural formation continues between the 8th and 20th weeks of pregnancy. Meanwhile, radiation, infectious and chemical agents, chromosomal defects, maternal hormones, and nutritional disorders may cause complete or partial defects of the corpus callosum⁴. Agenesis of the corpus callosum (ACC) is a white matter anomaly characterized by the absence of a main interhemispheric commissure. The prevalence of ACC, which is the most common brain malformation, is 3-7/1000⁵.

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Hicran Doğru, Atatürk University Hospital, Clinic of Child and Adolescent Psychiatry, Erzurum, Turkey

Phone: +90 555 559 09 04 E-mail: hicran_ktekin@yahoo.com ORCID: orcid.org/0000-0001-7022-0461

Received/Geliş Tarihi: 20.03.2020 Accepted/Kabul Tarihi: 23.11.2020

©Copyright 2022 by the Turkish Association for child and Adolescent Psychiatry / Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health. published by Galenos Publishing House.



The corpus callosum is a neuroanatomical region that connects stimuli from the cortex to the contralateral hemisphere, aiding sensory and cognitive processes. Communication and perception problems are observed in the anatomical problems of this structure. Although its characteristics in adults are well known, its mechanism(s) remain to be elucidated in the prenatal, early childhood, and childhood stages. A large body of literature examining the relationship between callosal dysgenesis/agenesis and clinical reflections has produced inconsistent findings. Most of the clinical findings in patients with ACC are mental retardation (60.0%), vision problems (33.0%), speech delay (29.0%), seizures (25.0%), abnormal muscle tone (25.0%), and nutritional problems (20.0%)⁶. If there is no developmental delay or mental problem, clinical symptoms such as mild behavioral or social problems, cognitive dysfunction, and ADHD may be seen⁷. Cognitive dysfunction includes learning difficulties, intellectual impairment, and mental retardation and ranges from mild (2/3 of cases) to moderate and severe (1/3 of cases). Behavioral or psychiatric disorders include ADHD, movement disorder, balance problems, speech disorders, learning difficulties, emotional disturbances, and autistic symptoms⁸. Despite these problems, functioning may be nearly intact.^{9,10}

Case Report

A 4-year-old male patient was admitted to the outpatient clinic with complaints of sudden anger attacks, cognitive abnormalities, poor motor coordination, hyperactivity, restlessness, excessive talkativeness and difficulties in problem solving and planning. Physical examination findings were normal (no dysmorphic features, no hypotonia, ataxia, autistic behavior, seizures, or speech problems). On clinical examination, distractibility, hyperactivity, disinhibition, and inability to maintain attention were evident. In the developmental history of the patient, it was learned that milestones such as ambulation and speech were delayed. The teacher form stated that the patient was constantly on the move, had difficulty paying attention to the given tasks, and frequently quarreled with his friends. No features were identified in his family history. The Denver Developmental Screening Test 2 was applied to the patient. The Denver test revealed a 1-year delay in fine motor-adaptive and personal-social areas according to the age of the patient.

Routine blood tests and electrocardiogram were normal. Since neuro-genetic syndromes may also accompany hyperactivity, a neurology consultation was requested. While the electroencephalography was normal in neurological examination, magnetic resonance imaging showed asymmetry in the cerebral hemisphere, agenesis of the corpus callosum, and colpocephaly. The patient was started on 0.25 mg risperidone treatment for complaints of hyperactivity, restlessness, and excessive speech. During the follow-up, the dose was rearranged to 0.50 mg and the patient's complaints were controlled. After obtaining informed consent from the child's parents, occupational therapy sessions were started. Sensory integration therapy, which is a branch of occupational therapy, was applied

to the patient once a week (approximately 12 sessions) for 3 months.

After the sensory integration therapy sessions, six-month progress was achieved in fine motor-adaptive and personal-social areas on the Denver Developmental Test 2. According to the renewed Denver Developmental Test 2, personal social development was determined as 3 years-6 months, gross motor development 4 years-3 months, fine motor-adaptive 3 years-6 months, and language 4 years-3 months. The final exam was better than before in perceiving instructions, cognitive functioning, and cooperating with others.

Discussion

Agenesis of the corpus callosum is one of the most common brain malformations in children with developmental delays. It is a heterogeneous condition (an isolated or congenital condition) and is more common in males than in females (2: 1)¹¹. These children may present with mental retardation, vision problems, microcephaly, epilepsy, and behavioral, social, and attention-related symptoms. This case did not have epilepsy, but febrile seizures are more common in the ACC than in the normal population. Additionally, problems related to the corpus callosum may cause deterioration in areas such as cognitive, attention, language, learning skills, and impulse control mechanisms⁷. Because of these symptoms, the probability of being diagnosed with some psychiatric disease such as ADHD may increase. The impact of the structural change in the brain throughout the patient's clinic was not fully understood in ADHD, but it was clear that there was a neurodevelopmental impairment. Moreover, microstructural changes in the corpus callosum were also seen in ADHD¹². We could not be sure whether ADHD might be related to ACC in this patient, or whether these two conditions were independent of each other. More case-control studies are needed to understand the relationship between ADHD and ACC. Therefore, neuro-radiological tools are of great importance to exclude corpus callosum agenesis, especially in cases with developmental delay. Here, we focused on occupational therapy, which has a beneficial effect on the patient's developmental delay, rather than the etiological underlying causes of this comorbidity. Additionally, we observed that sensory integration therapy improved the current clinical situation in this patient with developmental delay and hyperactivity complaints. Within the case of sensory integration therapy; the Wilbarger approach, deep pressure assessment, vestibular studies in a platform swing, proprioceptive applications in the ball pool, and selective visual stimulus therapy applications were applied to the patient¹³.

Occupational therapy, which increases the participation of patients in daily activities and to support areas where they have difficulties, is gaining increasing value today. When determining the interventions to be applied to the patient, the patient's limitations and sensory and motor skills should also be taken into account¹³. Sensory integration interventions, especially applied to children with developmental delay, can be considered an early support program while focusing on increasing the

patient's participation in activity areas. Organizing an individual early support program is essential for children to reach their full potential.

Agenesis of corpus callosum is an organic pathology and may lead to academic, psychiatric, and social problems. Most children need an individual rehabilitation program, even if their IQ remains within normal limits. These patients may benefit from many treatments, including pharmacological and neurological treatment, auditory rehabilitation, physical therapy, occupational therapy, and speech therapies. Treatment is symptomatic, and early intervention and supportive treatment are critical for the child to reach the normal developmental stage

Ethics

Informed Consent: Informed consent was obtained from the parents.

Peer-review: Internally peer-reviewed.

Financial Disclosure: The author declared that this study received no financial support.

References

1. Polanczyk G, Jensen P. Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: a review and update. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2008;17:245-260.
2. Sharp SI, McQuillin A, Gurling HM. Genetics of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neuropharmacology.* 2009;57:590-600.
3. Hatten ME. Central nervous system neuronal migration. *Ann Rev Neurosci.* 1999;22:511-539.
4. Pisani F, Bianchi ME, Scarano A, Viola P, Volante E, Faienza C. Clinical features in subjects with congenital anomalies of the corpus callosum. *Acta Biomed Ateneo Parmense.* 2000;71:497-502.
5. Glass HC, Shaw GM, Ma C, Sherr EH. Agenesis of the corpus callosum in California 1983-2003: a population-based study. *Am J Med Genet A.* 2008;146A:2495-2500.
6. Schilmoeller G, Schilmoeller K. Filling a void: Facilitating family support through networking for children with a rare disorder. *Family Sci Rev.* 2000;13:224-233.
7. Brown WS, Paul LK. Cognitive and psychosocial deficits in agenesis of the corpus callosum with normal intelligence. *Cogn Neuropsychiatry.* 2000;5:135-157.
8. Moutard ML, Kieffer V, Feingold J, Kieffer F, Lewin F, Adamsbaum C, Gélot A, Campistol I, Plana J, van Bogaert P, André M, Ponsot G. Agenesis of corpus callosum: prenatal diagnosis and prognosis. *Childs Nerv Syst.* 2003;19:471-476.
9. Blum A, André M, Droulle P, Husson S, Leheup B. Prenatal diagnosis of the corpus callosum agenesis. The Nancy experience, 1982-1989. *Genet Couns.* 1990;38:115-126.
10. Pilu G, Sandri F, Perolo A, Pittalis MC, Grisolia G, Cocchi G, Foschini MP, Salvioli GP, Bovicelli L. Sonography of fetal agenesis of the corpus callosum: a survey of 35 cases. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 1993;3:318-329.
11. Barbara KB. Agenesis of the corpus callosum. In: Kumar P, Burton B, eds. *Congenital Malformations: Evidence Based Evaluation and Management.* New York: McGraw-Hill Companies, Inc.; 2007;77-82.
12. Seidman LJ, Valera EM, Makris N. Structural brain imaging of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry.* 2005;57:1263-1272.
13. Schaaf RC, Dumont RL, Arbesman M, May-Benson, TA. Efficacy of occupational therapy using Ayres Sensory Integration: A systematic review. *Am J Occup Ther.* 2018;72:7201190010p1-7201190010p10.