

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent
Mental Health



2023



Cilt / Volume: 30

Sayı / Issue: 1

Mart / March

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

tevenus@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

Toprak Güney

6 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. 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

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



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► EDITÖRLER KURULU

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: Mart/March 2023

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 iletilmesine 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 alınan 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 atfı 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 yapıyorsa 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

Psikiyatri 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



Cocuk 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

- 1 **Erken Çocuklukta Bağlanmanın ve Psikopatolojinin Nesiller Arası Aktarımında Anne Duyarlılığının Rolü**
The Role of Maternal Sensitivity in Intergenerational Transmission of Attachment and Psychopathology in Early Childhood
Zeynep Taşel-Günay, Gizem Arıkan; İstanbul, Türkiye
- 11 **Ebeveyn Sosyotelizminin Ergenlerdeki Olumsuz Yansımaları: Sistematik Bir Derleme**
Negative Reflections of Parental Phubbing in Adolescents: A Systematic Review
Fuat Aydoğdu, Nilüfer Koçtürk; Ankara, Türkiye
- 20 **Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisinde Uzun Etkili Guanfasinin Yeri**
The Role of Long-acting Guanfasine in the Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder
Ümit Işık, Hakan Öğütlü, Meryem Özlem Kutuk, Eyüp Sabri Ercan; Isparta, Ankara, Adana, İzmir, Türkiye

ÖZGÜN ARAŞTIRMALAR / ORIGINAL ARTICLES

- 28 **Ergenlerde Sosyal Medya Bağımlılığı ve Psikopatoloji ile İlişkisi**
Social Media Addiction in Adolescents and It's Relationship with Psychopathology
Özlem Şireli Bingöl, Mehmet Çolak; Muğla, İzmir, Türkiye
- 34 **Bebek Davranış Ölçeği – Çok Kısa Formunun Türkçeye Uyarlanması**
Adaptation of the Infant Behavior Questionnaire - Very Short Form Into Turkish
Müeyesser Fazlıoğlu, Özden Yalçınkaya Alkar; Ankara, Türkiye
- 44 **Why 'Sharenting'? Is it Related to Parents' or Children's Psychiatric Symptoms?**
Neden 'Sharenting'? Ebeveynlerin veya Çocukların Psikiyatrik Semptomlarıyla İlişkili mi?"
Fevzi Tuna Ocakoğlu, Binay Kayan Ocakoğlu, Caner Mutlu, Büşra Duran, Adem Güneş, Gül Karaçetin; İstanbul, Bursa, Turkey
- 53 **Öğrencilerdeki Ruh Sağlığı Bozuklukları Fark Edilebiliyor mu? Öğretmenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlık Durumları**
Can Mental Health Disorders in Students Be Recognized? Mental Health Literacy Status of Teachers
Yavuzalp Solak, Erhan Kaya, Hasan Durmuş, Halil Canbolat; Ankara, Kahramanmaraş, Kayseri, Hatay, Türkiye
- 61 **Batman İlinde 2013-2018 Yılları Arasında Gerçekleşmiş İntihar Girişimlerinin Geriye Dönük Olarak Değerlendirilmesi**
The Retrospective Evaluation of the Suicide Attempts which Occurred in the Batman Province in between 2013-2018
Binay Kayan Ocakoğlu, Meltem Oğuz, Zehra İpek; İstanbul, Batman, Türkiye
- 70 **Babasal İşlev Ölçeği Geliştirme: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması**
Paternal Functioning Scale Development: Validity and Reliability Study
Elif Erol, Neslihan Zabcı; İstanbul, Türkiye
- 80 **How Does the Parental Test Anxiety Affect the Test Anxiety of the Student: A Cross-Sectional Study in Secondary Schools in Turkey**
Ebeveynin Sınav Kaygısı Öğrencinin Sınav Kaygısını Nasıl Etkiler: Türkiye'deki Ortaokullarda Kesitsel Bir Çalışma
Ahmet Büber, Ömer Başay; Denizli, Turkey



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► İÇİNDEKİLER

OLGU SUNUMLARI / CASE REPORTS

- 89 **Capgras Syndrome in a Child with Obsessive Compulsive Disorder: A Case Report**
Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Bir Çocukta Capgras Sendromu: Bir Olgu Sunumu
Börte Gürbüz Özgür, Hülya Kayıloğlu, Levent Sevinçok; Aydın, Muğla, Turkey
- 93 **Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Bir Olguda Yüksek Doz Risperidon İntoksikasyonu**
High Dose Risperidone Intoxication in a Patient with Autism Spectrum Disorder
Selma Tekeş Özdeş, İpek Perçinel Yazıcı, Kemal Utku Yazıcı, Şükrü Kaan Öztürk; Elazığ, Türkiye



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► EDİTÖRDEN / EDITORIAL

Değerli Meslektaşlarım ve Alanımızın Kıymetli Profesyonelleri,

Dergimizin 29. yayın yılına doyurucu bir içerikle başlamanın gururunu yaşıyoruz. Bu sayımızda erken çocuklukta bağlanmanın ve psikopatolojinin nesiller arası aktarımında anne duyarlılığının rolü ve ebeveyn sosyotelizminin ergenlerdeki yansımaları iki derleme ile değerlendirilmektedir. Bu gözden geçirmelerin alan yazına katkıda bulunacağını umuyoruz. Sayımızda yer alan ergenlerde sosyal medya bağımlılığı, ebeveynlerin sosyal medyada çocukları ile ilgili içerikleri paylaşımı (sharenting), bebek davranış ve babasal işlev ölçekleri ile ilgili çalışmalar da bu gözden geçirmelerin değerlendirdikleri konularla ilgili bilgilerimizi genişletmektedir.

Okullar ve öğrenim deneyimi çocuk ve gençlerin yaşamlarının önemli bir bölümünü kapsamakta ve bu sayımızdaki iki çalışmanın odağını oluşturmaktadır. Bu çalışmalardan birinde öğretmenlerin ruh sağlığı okur yazarlık düzeyleri ve öğrencilerindeki ruhsal sorunlara yönelik farkındalıkları diğerinde ise ebeveynlerin kaygı düzeylerinin ortaokul öğrencilerinin sınav kaygısı düzeylerine etkileri değerlendirilmiştir. Bu çalışmaların sonuçlarının okul ruh sağlığı alanına katkıda bulunacağını umuyoruz. Sayımızdaki son çalışma ise Batman ilinde beş yıllık bir süre içerisinde gerçekleşen genç intiharlarının özelliklerini değerlendirmektedir. Gençlerde en önemli ölüm ve yaralanma nedenlerinden biri olan kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimlerinin anlaşılması ve önlenmesinde bu çalışma sonuçlarının katkı sağlayacağı umulmaktadır.

Çocuk ve ergenlerde tedavi amaçlı reçetelenen ilaçların yan etkileri ve yönetimlerinin ve nadir görülen sanrıların tanınması klinik uygulamaları geliştirecektir. Sayımızda yayınlanan olgu sunumlarının bu açıdan faydalı olabileceği düşünülmüştür.

İçinde bulunduğumuz yılda dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu tedavisinde yeni bir seçenek olarak guanfasin ülkemizde pazarlanmaya başlamıştır. Işık ve arkadaşlarının gözden geçirmesi alanımızda çalışan klinisyenlerin bu molekülle ilgili bilgilerini geliştirmeyi amaçlamaktadır.

2023 yılı içinde de dergimize ilgi ve talebin artmaya devam ettiğini mutlulukla gözlemekteyiz. Bu süreçte katkıları olan tüm yazarlar, hakemler, yardımcı editörler, editörler kurulu üyeleri ve vekil editör Doç. Dr. Sevay ALŞEN GÜNEY'e teşekkür ediyor, keyifli okumalar diliyorum.

En içten sevgi ve saygılarımla,

Prof. Dr. Ali Evren TUFAN



Erken Çocuklukta Bağlanmanın ve Psikopatolojinin Nesiller Arası Aktarımında Anne Duyarlılığının Rolü

The Role of Maternal Sensitivity in Intergenerational Transmission of Attachment and Psychopathology in Early Childhood

© Zeynep Taşel-Günel, © Gizem Arıkan

Özyeğin Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Anabilim dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Erken çocuklukta anne ile kurulan bağlanma ilişkisi, çocuğun yaşamı boyunca sadece sosyal, duygusal, bilişsel ve dil becerilerinde değil, aynı zamanda psikolojik sağlığında da önemli bir rol oynamaktadır. Bu derlemede, erken çocukluk döneminde bağlanma ilişkisi, bağlanmanın ve psikopatolojinin nesiller arası aktarımı, bu aktarımı etkileyen en temel faktörlerden olan anne duyarlılığı ve annenin duygusal erişilebilirliği konuları modeller çerçevesinde değerlendirilecektir. Ayrıca ülkemizdeki ve yurt dışındaki araştırmalar dikkate alınacaktır. Bulgular, anne duyarlılığının çocuğun yaşayabileceği davranışsal ve psikolojik problemler karşısında koruyucu olabileceğine işaret etmektedir. Bu bağlamda, erken çocukluk döneminde bağlanma ve anne duyarlılığının, çocuğun psikolojik sağlığı açısından önemini irdeleyeceğiz. Son olarak, özellikle anne duyarlılığına odaklanan Türkiye'deki risk gruplarına (örn. düşük gelir ve eğitim seviyesi) uygulanan müdahale programları özetlenecektir.

Anahtar Kelimeler: Erken çocukluk, bağlanma, psikopatoloji, anne duyarlılığı, nesiller arası aktarım

ABSTRACT

In early childhood, the attachment formed with mother plays an important role not only in the child's social, emotional, cognitive and language skills, but also in psychological health throughout lifespan. In this review, attachment in early childhood, intergenerational transmission of attachment and psychopathology, and maternal sensitivity and emotional availability which are fundamental factors affecting this transmission will be examined. Further, research from Turkey and international studies will be covered. The findings demonstrated that the maternal sensitivity can act as a protective factor for childhood behavioral and psychological problems. Thus, in the present review, we will examine the contribution of maternal sensitivity to attachment and child's psychological well-being in early childhood. Lastly, we will summarize intervention programs addressing maternal sensitivity and which were implemented on risk groups (i.e., low income and education levels) in Turkey.

Keywords: Early childhood, attachment, psychopathology, maternal sensitivity, inter-generational transmission

Giriş

Erken çocuklukta bağlanma figürü ile kurulan bağlanma ilişkisi, bireyin sosyal ilişkilerinde ve psikolojik semptomların oluşumunda önemli bir etkiye sahiptir.^{1,2} Farklı alanları etkileyen bağlanmanın, nesiller arası aktarımına ilişkin bulgular hem yurt dışında hem ülkemizde rapor edilmiştir.³⁻⁵ Bu aktarım güvenli ve olumlu bağlanma ilişkisi için sevindirici olmakla beraber, güvensiz ve olumsuz bağlanmanın sonraki nesillerde görülmesi adına kaygı verici olabilir. Ek olarak sadece bağlanmanın değil, aynı zamanda psikopatolojinin de nesiller arası aktarımından söz etmek mümkündür.⁶⁻⁹

Psikopatolojinin nesiller arası aktarımında genetik faktörler yoğun şekilde araştırılsa da alanyazın psikolojik faktörlerin

de önemini vurgulamaktadır.^{6,8,9} Hem güvensiz bağlanmanın hem de psikopatolojinin nesiller arası aktarımında anne duyarlılığının rolü yadsınmaz.^{6,10} Çünkü anne duyarlılığı, her iki olumsuz aktarımı da engelleyebilir ve olumlu anne-çocuk ilişkisinin gelişimine katkı sağlayabilir. Bu doğrultuda, derlemenin amacı, bağlanmanın ve psikolojik sorunların nesiller arası aktarımına ilişkin modelleri alan yazındaki bulgularla destekleyerek sunmaktır. Ayrıca anne duyarlılığının bağlanma ilişkisindeki sorunlara ve çocuğun psikopatoloji geliştirmesine karşı koruyucu faktör olarak işlevi irdelenecektir. Son olarak anne duyarlılığının tespiti ve desteklenmesi için ülkemizde geliştirilen veya uyarlama çalışmaları tamamlanmış müdahale programlarına odaklanılacaktır.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Zeynep Taşel-Günel, Özyeğin Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

Tel.: +90 216 564 90 00 E-posta: zeyneptasel@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0001-7082-3406

Geliş Tarihi/Received: 05.03.2021 Kabul Tarihi/Accepted: 12.04.2021

©Telif Hakkı 2023 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



Erken Çocuklukta Bağlanma

Bağlanma, çocuk ve bağlanma figürü arasındaki özel ve biyolojik temelli bir ilişki olarak tanımlanmış olup gelişimin ilk yıllarında oluşmaktadır.¹¹ Bu ilişki, özellikle bağlanma sisteminin 'aktif' olduğu zamanlarda (örn. çocuk stres yaşadığında), çocuğun ihtiyaçlarına annenin verdiği yanıtlarla şekillenmektedir.^{12,13} Bağlanma ilişkisi çocuğa birincil bakım veren kişi olarak çoğunlukla anne ile gelişmektedir.^{11,14} Çocuğun gülümseme, ses çıkarma gibi bağlanma davranışları, anneyi çocuğun etkileşime ilgi duyduğu konusunda uyarır ve böylece anneyi çocuğa yakınlaştırmaya yarayan davranışlara işaret etmektedir.¹¹ Birincil bakım sağlayan kişinin bağlanmanın üç işlevini yerine getirebilmesi halinde olumlu bir bağlanma ilişkisi kurulabilir.¹⁵

Bu işlevlerden ilki, çocuk bağlanma figürüne yakın olmaya ihtiyaç duyduğunda bağlanma figürünün bu ihtiyacı karşılamasıdır. İkinci olarak, stres altında veya bir ihtiyacı olan çocuğun korunma ve destek ihtiyacını gidermek için çocuğa "güvenli sığınak" olabilmeyi içerir. Dahası çocuklar sadece zor anlarda bakıma ihtiyaç duymazlar, aynı zamanda büyüdükçe çevreyi keşfetmek de isterler. Böylece bağlanmanın son işlevi olan "güvenli üs" ihtiyacını sağlayan bağlanma figürü, çocuğa keşfetme ve öğrenme zeminini oluşturur. Bu işlevlerin bağlanma figürü tarafından duyarlı ve zamanında sağlanmasıyla çocuk ile bağlanma figürü arasında güvenli ilişki gelişir.¹⁵⁻¹⁷ Fakat tüm bağlanma figürleri bu işlevleri etkili bir şekilde karşılamayabilir ve güvensiz bağlanma özellikleri bu çocuklarda belirgin hale gelebilir.¹² Bağlanmadaki bireysel farklılıklar ve bağlanma stillerindeki ayrışma ilk olarak Ainsworth ve ark.¹² tarafından, anneleri ve çocuklarını inceledikleri sekiz adımlı bir laboratuvar prosedürü olan yabancı ortam prosedürü (YOP) gözlemlerinde ortaya konulmuştur.

Gözlemlerde çocukların annelerinden ayrıldıkları ve bir araya geldikleri zamanlar incelenerek çocukların annelerine olan bağlanma stillerindeki farklılıklar betimlenmiştir.^{12,18} Güvenli bağlanmaya sahip çocukların anneleri odadan ayrıldığında huzursuz oldukları ve endişe gösterdikleri saptanmıştır. Bu çocuklar anneleri geldiklerinde ise, anneleri ile kolayca yakınlık, temas kurabilmiş ve sakinleşebilmişlerdir.^{12,18,19} Sonuç olarak, çocuklar çevreyi keşfetmeye ve diğer faaliyetlerine hızla dönebilmişlerdir. Öte yandan, bağlanma figürlerinden tutarsız davranışlar gören veya uzun süreli yoksunluk yaşayan çocuklar, diğer stratejileri yani kaygılı-dirençli (ya da kaygılı-kararsız) ve kaçınan bağlanma stillerinin özelliklerini göstermişlerdir.^{11,12,20,21}

YOP gözlemlerinde, kaygılı-dirençli bağlanma stiline sahip çocukların, annelerinden ayrılma esnasında yoğun kaygı ve öfke gösterdikleri görülmüştür. Bu tepkileri anneleriyle birleşme sırasında devam ederken duygu düzenlemede zorluk yaşadıkları gözlenmiştir.¹² Ayrıca bu çocukların, keşif sırasında annelerine yakın durdukları görülmüştür.²⁰ Diğer yandan kaçınan bağlanma stiline sahip çocukların ayrılma esnasında stres yaşamadıkları gözlenmiştir. Anneleri odaya geri döndüğünde bu çocuklar anneleriyle yakınlık kurmak yerine oyunlarındaki keşiflerine odaklanmışlardır.¹² Bu davranışlar, çocukların olası reddedilmeye ya da annelerinin tutarsız

davranışlarına karşı geliştirdikleri savunma stratejileri olarak değerlendirilmiştir.²²

Stres altında gösterilen bu davranışlar, güvenli, kaygılı-dirençli ve kaçınan olarak üç belirgin "organize" bağlanma biçimi altında sınıflandırılmaktadır.¹² Bu örüntülere çocuk anneden gelecek davranışı öngörerek ona göre bağlanma davranışları gösterebildiği için "organize" denmektedir.¹³ Organize bağlanma stratejilerine ek olarak, araştırmacılar çocukların düşmanca tepkileri ve anneye karşı tepkisizlikleri gibi zor tanımlanabilecek bazı davranışlarını da saptamışlardır.²³ Çocukların bu davranışları, düzensiz/dezorganize bağlanma olarak tanımlanmıştır.²³ Düzensiz/dezorganize bağlanmanın, erken dönem travmatik deneyim, istismar ve ihmal ile bağlantılı olduğu ortaya konulmuştur.²⁴ Bu güvensiz bağlanma kategorileri, çocukların etkin duygu düzenleme kapasitesi geliştirmesi önünde engel oluşturarak, psikopatoloji geliştirme yatkinliğini da artırmaktadır.²⁵⁻²⁷ Bu doğrultuda, bağlanma özellikleri kapsamında çocuğun duygu düzenleme becerileri ve psikolojik sorunlarını irdelemek gerekmektedir.

Erken Çocuklukta Bağlanma, Duygu Düzenleme ve Psikopatoloji

Bağlanma figürüyle kurulan güvensiz bağlanmanın, çocuğun duygu düzenlemedeki zorlukları, öfke ve üzüntü gibi olumsuz duyguları bastırması, içselleştirme ve dışsallaştırma davranış sorunları ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.^{25,26,28,29} Diğer yandan yaşamın ilk yıllarında, güvenli bağlanmanın sosyal ve duygusal gelişim, duygu düzenleme becerileri, iş birliği içinde olduğu arkadaşlık ilişkileri ile pozitif ilişkili olduğu çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir.³⁰⁻³² Ayrıca güvenli bağlanmaya sahip çocuklara nazaran, güvensiz bağlanan çocuklar empati gerektiren görevlerde ve okul öncesi dönemde duyguları anlama becerilerinde daha düşük puan almaktadırlar.^{33,34} Ek olarak düzensiz/dezorganize bağlanan çocukların, başarısız başa çıkma stratejilerine sahip olduğu (örn. yetersiz problem çözme ve duygusal olarak uyarıldıkları durumlarda düşüncelerini düzenleme sorunları yaşama) ve psikopatoloji belirtileri gösterdikleri (örn. somatik semptomlar, içselleştirme ve dışsallaştırma sorunları) ortaya konulmuştur.^{2,35} Uzun vadede, erken çocukluktan ergenliğe kadar kaygı belirtileri ve kaygılı-dirençli bağlanma arasında da güçlü bir ilişki görülmektedir.³⁶ Öte yandan güvenli bağlanmanın koruyucu rolü, sosyal destek arama, alma ve alınan desteği yeterli görme gibi faktörlerle de ilgilidir.^{37,38} Yani güvenli bağlanma, kişiyi sosyal destek açısından da güçlü hale getirebilmektedir.

Türkiye'de Sümer ve ark.³⁹ düşük sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerin (SED) 10-50 aylık çocuklarının bağlanmalarını incelemiş ve çocuğun bağlanma güvenliğinin içselleştirme problemleri (örn. endişe ve somatik zorluklar) ve mizaç özelliklerinden olumsuz duygusal ile negatif ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Bu çalışmaya dayanarak çocuğun ilk yaşlarında anne ile kurduğu bağlanma güvenliği azaldıkça duygu düzenlemede zorluk yaşayabileceği ve duygusal/davranışsal sorunlar için risklerin artabileceği söylenebilir. Ek olarak, ergenlik dönemindeki çalışmalar bu zorlukların süregelen

olabileceğini düşündürmektedir. Örneğin Keskin ve Çam⁴⁰ tarafından 11-16 yaş grubunun incelendiği araştırmada, güvenli bağlananlara kıyasla, güvensiz bağlananların daha çok duygusal ve dikkat problemleri yaşadıkları ve daha az olumlu sosyal davranış gösterdikleri bildirilmiştir. Erken çocuklukta anne ile çocuk arasında kurulan bağlanma üzerine çalışmaları bir araya getirdiğimizde, bağlanmanın bireyin sonraki yaşlarında da önemini koruyarak devam ettiğini görmekteyiz.^{36,41,42}

Bowlby¹⁵, yaşamın ilk yıllarında şekillenen bağlanma örüntülerinin yaşamın sonuna kadar değişmeden devam edebileceğine işaret etmiştir. Waters ve ark.'nın⁴³ yaptığı boylamsal çalışma, bu tezi büyük oranda desteklemektedir. Çalışmalarında 12 aylıkken YOP ile bağlanmaları değerlendirilen çocukların bağlanma stilleri 20 yıl sonra tekrar değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin %72,0'sinin aynı güvenli ve güvensiz bağlanma kategorilerinde oldukları saptanmıştır.⁴³ Bağlanma stili değişen kişilerin çoğunda ise bir kayıp ya da olumsuz bir yaşam deneyimi olduğu rapor edilmiştir.⁴³ Bağlanma örüntüleri arası bu ilişki, nesiller arası aktarımla değişmeden sürebilmektedir. Genellikle annenin çocuğuyla kurduğu ilişki ve çocuğunun bağlanma stili, annenin kendi annesiyle kurduğu ilişkiye ve bağlanma stilini tekrarlamaktadır.^{3,4} Bu kapsamda, bağlanmanın nesiller arası aktarımının altında yatan düzenekler belirlenmelive güvensiz bağlanmanın aktarımının engellenmesi için yollar irdelenmelidir.

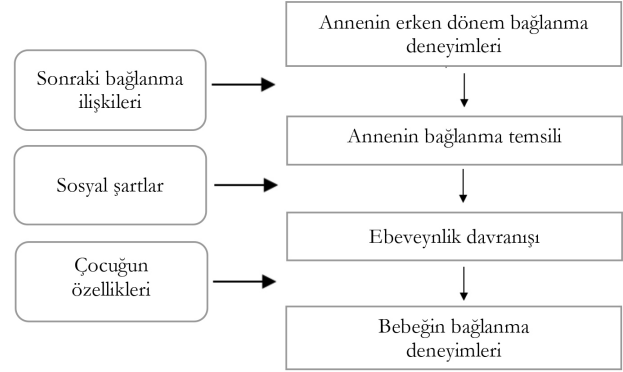
Bağlanmanın Nesiller Arası Aktarımı

Bağlanma araştırmalarındaki en çarpıcı bulgulardan biri, bağlanma stilinin bir nesilden diğerine aktarılabilmesidir.^{44,45} Yaklaşık 25 yıl önce, mevcut bulguları toplamış olan ilk meta-analizden³ sonra, büyük örneklerle yapılmış güncel çalışmalara bakıldığında da paralel sonuçlar görülmektedir.⁴ Etki büyüklüğü ilk çalışmaya göre daha küçük olmasına rağmen, bakım veren kişiden çocuğa bağlanma stilinin nesiller arası aktarımı doğrulanmıştır.⁴ Ayrıca anneden çocuğa güvenli bağlanmanın aktarımının güçlü olduğu görülmüştür.^{44,45}

Çeşitli çalışmalar sayesinde nesiller arası aktarımın Batı dışındaki kültürler için de geçerli olduğunu görmekteyiz. Örneğin, Japon anneler ve bebekleri üzerine yapılan bir araştırmada, annelere çocukluk deneyimleri hakkında bir içeriğe sahip "yetişkin bağlanma görüşmesi"⁴⁶ uygulanarak, bağlanma sınıflandırılması yapılmıştır.⁴⁷ Doğumdan 13 ay sonra ise, bebeklere YOP uygulanarak bağlanma kategorilerin değerlendirilmiştir. Kondokemura ve ark.'nın⁴⁷ belirtilen çalışmasında elde edilen bulgular anneler ve çocukların bağlanma örüntülerinin eşleştiği, güvenli bağlanmasının Batı dışındaki kültürlerde de nesiller arası aktarılabilmesi ve güvenli bağlanma üzerine Batı kültüründe elde edilen verilerin diğer kültürler için de geçerli olabileceği yönünde yorumlanmıştır.⁴⁸

Türkiye'de ise nesiller arası aktarıma odaklanan bir araştırma, bebek, anne ve anneanne olarak üç nesil arasındaki bağlanmayı incelemiştir.⁵ Annelerden doğumdan ortalama 1-3 ay sonra, bebekleriyle olan bağlanma değerlendirmeleri istenmiştir. Ek olarak, anneler ve anneanneler kendi bağlanma boyutlarını

yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri⁴⁹ ile rapor etmişlerdir. Sonuçlara göre, annenin ve anneannenin kaygılı ve kaçınan bağlanma boyutları pozitif ve güçlü olarak birbirleriyle ilişkilidir. Bebeğin bağlanma güvenliği ise, annenin kendi kaygılı ve kaçınan bağlanma boyutları ile negatif bir ilişki göstermektedir.⁵ Elde edilen veriler bağlanmanın boyutlarının birden çok kuşak arasında aktarılabilmesini desteklemektedir. Bu bağlanma stillerinin nesiller arası aktarımı ile ilgili düzenekleri Van IJzendoorn ve Bakermans-Kranenburg⁵⁰ aktarım modellerinde ele almışlardır.



Şekil 1. Bağlanmanın aktarım modeli⁵⁰

Bağlanma Aktarım Modeli

Bağlanma aktarım modelinde, Van IJzendoorn ve Bakermans-Kranenburg⁵⁰ annenin erken çocukluk dönemindeki bağlanma deneyimlerinin, sosyal şartlar, çocuğun özellikleri gibi çeşitli faktörlerden etkilenerek ebeveynlik davranışlarına yansıyor çocuğun bağlanma özelliklerinin etkilenebileceğini öne sürmüştür (Şekil 1).

Bowlby⁵¹, çocukluk döneminde oluşmuş güvensiz bağlanma zihin modellerinin, yetişkinlikte eşlerle kurulan ilişkide olumlu şekilde yeniden yapılandırabileceğini belirtmiştir. Erken çocuklukta güvensiz bağlanmanın yetişkinlik döneminde çeşitli etmenlerin katkısıyla değişerek güvenli bağlanmaya doğru değişmesine, kazanılmış-güvenli bağlanma denilmektedir.^{52,53} Kazanılmış-güvenli bağlanmada, kişi çocukluk döneminde kendi ebeveynleri ile olumsuz ya da sevgiden yoksun bir ilişki yaşamış olabilir. Ancak yetişkin bağlanma protokolünde bu kişilerin olumsuz deneyimlerden açık şekilde ve tutarlı olarak bahsederek güvenli bağlanma kategorisinde yer alabildikleri görülmüştür. Çocuklukta ebeveynlerle yaşanan olumsuz anılarla başa çıkmayı ve olumlu değişimi sağlayabilecek koşullar, duygusal destek olabilecek bir figür olan eş, yakın arkadaş veya terapist ile sağlanabilir.⁵⁴ Kazanılmış-güvenli bağlanmaya sahip yetişkinlerin, güvenli bağlanan yetişkinler gibi çocuklarına karşı destekçi ve olumlu ebeveynlik davranışları gösterdikleri çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir.^{55,56} Ayrıca kazanılmış güvenli bağlanmaya sahip anneler ve bebekleri incelendiğinde, bu annelerin güvensiz bağlanan annelere kıyasla, bebekleriyle ilişkilerinde daha fazla güvenli bağlanma özellikleri gösterdikleri saptanmıştır.^{54,55}

Van IJzendoorn ve Bakermans-Kranenburg'un¹⁰ aktarım modelini⁵⁰ güncelleyerek annenin bağlanma temsilleri arasındaki bireysel farklılıklara odaklandıkları ve çocuğun bağlanma stiline olan katkısı ele aldıkları görülmektedir (Şekil 2). Van IJzendoorn ve Bakermans-Kranenburg'un¹⁰ modelinde, özellikle ebeveynin kendi bağlanma deneyimlerine dair öyküsü, çocuğun keşif ve yakınlık arayışındaki dengeyi yordamaktadır. Örneğin, kızgın ya da kaygılı olan ve kendilerine ebeveynleri tarafından bu şekilde davranılmış ebeveynler, çocuklarında kaygılı-dirençli güvensiz bağlanmayı tetikleyebilmektedirler.¹⁰ Ayrıca olumsuz bağlanma anılarını ya da bunların etkisini görmezden gelen ebeveynler, çocuklarında kaçınan güvensiz bağlanmaya istemeden de olsa yol açabilmektedirler. Kaygılı bağlanan bir ebeveyn, çocuğun ihtiyacına tutarsız yanıt verme eğilimindedir ve ancak çocuğunun ağlama gibi yoğun sinyallerine karşılık vermektedir.^{10,57,58} Kaçınan bağlanmaya sahip bir ebeveyn ise çocuğu endişeli değilken destekleyici olabilmektedir. Ancak çocuğun huzursuzluğuna ya da endişesine karşılık verememekte ve çocukla bağını koparmaktadır.^{10,57,58}

Sonuç olarak, çocuğuyla olan ilişkisinde onun ihtiyaçlarına ve sinyallerine, ebeveyn tarafından verilen karşılıklar, çocuğun bağlanma stilini şekillendirebilmektedir. Bu ihtiyaçları fark edip doğru şekilde anlayan ve zamanında cevap veren ebeveynlerin çocuklarının güvenli bağlanma geliştirdiği görülmektedir.¹⁰ Güvenli bağlanan çocuklar özgürce çevreyi keşfederken, kendilerine tutarlı davranan ve güvendikleri ebeveynlerine ihtiyaç anında yakınlaşabilmektedir. Tam tersine, çocukların ihtiyaçlarına duyarsız ebeveynlerin, çocuklarında güvensiz bağlanmaya zemin hazırladıkları ve bu çocukların kendilerini tetikte hissedip stres yaşadıkları gözlenmektedir. Annenin davranışlarına yönelik farkındalık kazanması, eğitimler yoluyla bilinçlenmesi ve ebeveynlik becerilerinin desteklenmesi anne duyarlılığını artırabilmektedir.^{59,60} Dolayısıyla anne duyarlılığının, annenin bağlanma deneyimleri ve çocuğun bağlanma güvenliği arasındaki aracı rolü kritik önemdedir. Güvensiz bağlanmanın nesiller arası aktarımı, aynı zamanda,

duygu düzenleme sorunlarının ve kısıtlı sosyal destek ağlarının aktarımını da destekleyerek psikopatoloji riskini artırabilmektedir.

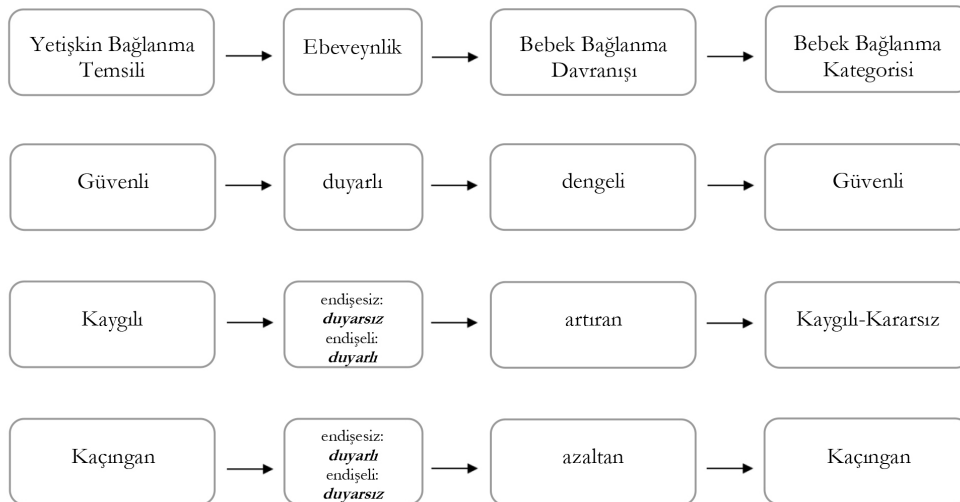
Psikopatolojinin Nesiller Arası Aktarımı

Psikolojik sorunlara anne ve babanın katkısı ve bu sorunların nesiller arası aktarımı çeşitli araştırmalarda ve boylamsal çalışmalarda gösterilmiştir.⁶¹⁻⁶³ Anne çocuğa genelde temel bakım veren aile üyesi olması sebebiyle, çocuk yetiştirmede babaya nazaran daha etkin olabilmektedir. Özellikle Türkiye'de, aile içindeki cinsiyet rollerinin sürdüğü geleneksel aile yapısının hala baskın olarak devam etmesi, ebeveynlik görevlerinin anneler tarafından yüklenilmesine neden olmaktadır.^{64,65} Bu doğrultuda annenin psikopatolojisinin nesiller arası aktarımında öncelikli olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Annelerin psikolojik sorunları, hem çocuk-anne ilişkisi hem de ebeveyn davranışları üzerinden, çocuğun duygu düzenleme zorlukları ve psikolojik sorunlar yaşama riskini artırabilmektedir.^{27,66,67} Araştırmalarda annelerin farklı psikolojik semptomları çocuklarına bakarken gösterebildikleri vurgulansa bile^{68,69}, genel olarak anne depresyonu ve onun etkisi incelenmektedir.^{70,71} Bu kapsamda geliştirilen modeller de anne depresyonuna odaklanmaktadır.⁶

Psikopatolojinin Aktarım Modeli

Anne depresyonu ekseninde, Goodman ve Gotlib'in⁶ aktarım mekanizmasını anlamaya yönelik gelişimsel model'inde yer alan dört mekanizma, psikopatoloji geliştirme riskinin nesiller arası aktarım düzeneklerini örnekleyebilir. Bu mekanizmalar, depresyonun genetik olarak aktarımı, bozuk/disfonksiyonel nöro-düzenleyici mekanizma, annenin olumsuz biliş, davranış ve duygu durumuna maruz kalmak ve çocuğun içinde yetişmekte olduğu stresi artırabilecek yaşam koşullarıdır. Bu mekanizmaların önemini ve uzun vadeli etkisini ortaya koyan araştırmalar alan yazında bulunmaktadır.⁷²⁻⁷⁶



Şekil 2. Bağlanmanın nesiller arası aktarım modeli¹⁰

Goodman ve Gotlib⁶ modelinde yer alan ilk mekanizma olan genetik yatkınlığın çocuğa aktarımı sadece semptom düzeyinde gerçekleşmeyebilir. Aynı zamanda depresyonun gelişimine temel oluşturabilecek kişilik, mizaç, bilişsel değerlendirmeler, olumsuz duygu durumuna yatkınlık, olumsuz olana odaklanmaya yatkınlık gibi özelliklerin de değerlendirilmesi gerekmektedir. Her ne kadar Goodman ve Gotlib⁶ modelinde anne depresyonuna odaklanılsa da alkolizmden, bipolar bozukluğa, davranım bozukluğundan şizofreniye kadar pek çok psikolojik bozukluğun aktarımından da bu açıklayıcı mekanizmadan söz etmek mümkündür.⁷²⁻⁷⁴

Modelde duygu düzenlemeyi olumsuz etkileyebilecek bozuk nöro-düzenleyici mekanizma ise genetik faktörler aracılığı ile depresyonun ortaya çıkabileceğini vurgular. Aynı zamanda çocuğun anne karnındaki gelişiminin ve hatta annenin önceki dönemlerdeki yaşam stiline, çocukta nöro-endokrinolojik değişimlere neden olabileceğini vurgular.⁶ Buna paralel olarak hamilelik döneminde annenin psikolojik sorunlarının çocuklar üzerindeki olumsuz etkisi araştırmalarda gösterilmiştir.⁷⁵ Örneğin Lahti ve ark'nın⁷⁶ takip ölçümlü çalışmasında hamilelikteki depresif semptomlar çocukluk döneminde görülen içselleştirme sorunlarını yordamaktadır.

Son olarak, depresif anneler çocuklarını daha yoğun şekilde olumsuz biliş, davranış ve duygu durumla yüz yüze bırakabilir ve çocuklarının sosyal ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanabilir.⁶ Ayrıca, erken çocukluk döneminde annenin farklı psikolojik semptomlarının bilişsel ve davranışsal sistemlerin aracılığı ile çocuğun içselleştirme ve dışsallaştırma davranışlarını şekillendirebileceği ülkemizde de gösterilmiştir.⁶⁶ Bu kapsamda, annenin hamilelikte veya doğum sonrası yaşadığı semptomların çocuğuna karşı duyarlılığını etkileyeceğini ve bağlanma ilişkisini zedeleyebileceğini öngörmek mümkündür.

Anne Duyarlılığı

Annenin duyarlılığı, çocuğun farklı ihtiyaçları hakkındaki ipuçlarını doğru anlama ve yanıt verme yeteneğini kapsamaktadır.¹² Farklı meta-analizlerde, anne duyarlılığının, çocuğun bağlanma güvenliği üzerinde güçlü bir etkiye sahip birincil yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir.^{77,78} Yalnızca Batı kültüründe değil, diğer kültürlerde de anne duyarlılığının çocuğun bağlanma güvenliği için en önemli faktör olduğu görülmektedir.^{39,79-81} Annenin duyarlı davranışları, çocuğun kendi davranışı ile anneden gelen tutarlı tepkinin art arda geldiğini algılamasına ve benlik farkındalığının oluşmasına katkı sağlamaktadır.^{39,82}

Çocuğun ihtiyaçlarına duyarlı tepkiler vermiş annenin bakımı sayesinde, çocuk dışarıdan olumlu tepki almak için ne yapması gerektiğini anlayabilmektedir. Ancak annenin psikolojik sorunları yüzünden bu duyarlılığı beklenen şekilde ve sıklıkta sağlayamaması, çocuğun duygusal pusulasını kaybetmesi anlamına gelmektedir. Çocuk bu farkındalığı geliştirmesi halinde, ilerleyen yaşlarda güvenli ilişkiler kurabilecek^{39,82} ve psikolojik sorunlara karşı daha yılmaz (resilient) olabilecektir.^{83,84} Bu yüzden erken dönemde anne duyarlılığının etkin şekilde ölçülmesi önemlidir. Annenin duyarlılığı genellikle

gözleme dayalı olarak Ainsworth Anne Duyarlık Ölçeği (ADÖ)⁸⁵, Anne Davranışları Sınıflandırma Seti (ADSS)⁸⁶ ve Duygusal Erişilebilirlik Ölçekleri (DEÖ)⁸⁷ ile değerlendirilmektedir.

İlk olarak Ainsworth, anne duyarlılığını ölçmek amacıyla Ainsworth ADÖ'yü laboratuvar gözlemlerinde kullanmıştır.⁸⁵ Bu ölçekte annenin duyarlılığı, bebeğin ihtiyaçlarına yönelik annenin farkındalığı, bu ihtiyaçların doğru bir şekilde anlaşılması ve zamanında cevap verilmesi gibi başlıklar altında 9 aralıkta (9= Yüksek duyarlı, 1= Çok duyarısız) değerlendirilmektedir. İkinci olarak, Pederson ve Moran⁸⁶, anne duyarlılığının farklı göstergelerini (örn. çocukla etkinlik hızını eşgüdüm içerisinde götürebilmek) tespit etmek amacıyla ADÖ'yü genişleterek Anne Davranışları Sınıflandırma Setini geliştirmişlerdir.

ADSS, annenin bakım verme davranışlarını içeren 90 maddeden oluşur ve her madde annenin duyarlılığını temsil eden davranışına göre eğitimli gözlemciler tarafından kodlanarak 1'den 9'a kadar kümelere ayrılır (örn. 1 ile 3 arası annenin duyarlılığını en az temsil eden davranış, 7 ile 9 arası en çok temsil eden davranış olarak). Bu sınıflandırma metodolojisinin geçerliliği, Türkiye dahil³⁹, birçok kültürde yapılan çalışmalarda ortaya konulmuştur.^{88,89} Ek olarak, çocuğun bağlanma güvenliği ile anne duyarlılığının pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir.^{39,88} Son olarak, DEÖ hem anne hem de çocuk davranışlarını anne-çocuk ilişkisi içinde gözleme dayanarak ve genelde oyun sırasında değerlendirmektedir.^{87,90} DEÖ, duyarlılığı şekillendiren farklı yetişkin davranışlarını dikkate alması, puanlaması ve daha detaylı bilgi vermesi açısından, diğer ölçüm yöntemlerinden olumlu anlamda ayrılmaktadır. Ayrıca geniş yaş aralığı (0-5 yaş) sayesinde anne-çocuk ilişkisinde farklı yaş gruplarında gözlem yapabilmeyi sağlamaktadır.⁸⁷

Annenin Duygusal Erişilebilirliği

"Duygusal erişilebilirlik" kavramı, annenin duyarlı davranışlarını ve çocuğun keşfine desteğini kapsamak üzere Mahler ve ark.⁹¹ tarafından kuramsallaştırılmıştır. Duygusal olarak erişilebilir olan bir anne, çocuğunun oyun esnasındaki keşiflerine izin verir ve çocuğun özerkliğine alan bırakır.⁹¹ İlerleyen yıllarda, Biringen ve Robinson⁹², bağlanma teorisine¹² dayanan duygusal erişilebilirlik kavramındaki duyarlılığı, ebeveyn ve çocuk arasındaki karşılıklı bir duygusal etkileşim içinde gelişebileceğini vurgulayarak katkıda bulunmuşlardır. Bu doğrultuda Biringen⁹⁰, ebeveynin dört davranış boyutunu (duyarlılık, yapılandırma, müdahaleci olmama ve düşmanca davranmama) ve çocuğun iki davranış boyutunu (cevap verme ve ilişkilene) içeren bir kodlama şeması olan DEÖ'yü geliştirmiştir. Bu kodlama şemasında, bağımsız gözlemciler annenin en uygun davranışlarını farklı boyutlar kapsamında yüksekten alçağa doğru (7 ile 1 arasında) puanlanmaktadır.

DEÖ'nün son versiyonunda⁸⁷, ilk yetişkin boyutu olan ebeveynin duyarlılığı, çocuğun duygusal ihtiyaçlarını okuyabilme ve sıcak, samimi ve pozitif bir şekilde cevap verebilme becerisi olarak tanımlanır. Aynı zamanda ihtiyaçları doğru bir şekilde anlamak ve zamanında cevap vermek gibi sözlü ve sözlü olmayan ifadeleri kullanımlarını da dikkate alır. Araştırmalar çocuğun ihtiyaçlarına karşı annenin duyarlı davranışlarının çocuğun bağlanma

güvenliği üzerinde en etkili faktör olduğunu göstermiştir.^{39,79,80} DEÖ'deki ebeveyn duyarlılığı ile çocuğun güvenli bağlanması arasında pozitif ilişki de araştırmalarda ortaya konulmuştur.^{93,94} Benzer şekilde, Türkiye'de düşük SED'den alınmış örneklerde erken çocukluk dönemini inceleyen bir tez çalışmasında, DEÖ ile annenin duyarlılığı değerlendirilmiş ve çocuğun bağlanma güvenliği ile pozitif ilişki saptanmıştır.⁹⁵

Ölçeğin ikinci boyutu olan ebeveynin etkileşim sırasında uyguladığı yapılandırma boyutu, çocuğu bilişsel olarak üst seviyeye çıkarmak için uygun öneriler ve seçenekler sunma, sınır koyma, kılavuz olma ve olumlu bir ortam yaratarak duygusal olarak destek olma gibi davranışları içermektedir. Bu yapılandırma davranışları çocuğun bilişsel farkındalığını ve düzenleme becerilerini olumlu olarak etkilemektedir.^{96,97} DEÖ ile anne yapılandırma davranışlarının incelendiği çalışmalarda çocuğun bağlanma güvenliği ile pozitif ilişki tespit edilmiştir.^{93,98} Türkiye'de ise, DEÖ kullanılarak annenin yapılandırma davranışlarının değerlendirildiği bir çalışmada yapılandırma davranışlarının çocuğun bağlanma güvenliği ile pozitif bir ilişki gösterdiği görülmüştür.⁹⁵

Üçüncü boyut ise ebeveynin müdahaleci olup olmamasına odaklanmaktadır. Ebeveynin çocuğun özerkliğini desteklemesi ve bağımsızlığını ihlal etmemesi (örn. etkileşime katılırken belli bir süre beklemesi ve çocuğun yönlendirmesini takip etmesi) gibi davranışları değerlendirilmektedir. Müdahaleci davranışlar, çocuğun ihtiyaçlarını ve sinyallerini okumakta güçlüğü yansıtmakta ve annenin duyarlı davranışları ile negatif ilişki göstermektedir.⁹⁹ Annelerin yapılandırma ve müdahaleci olmama davranışlarının değerlendirildiği boylamsal bir çalışmada, çocuk 3 yaşındayken ölçülen annenin müdahaleci davranışlarının, okul çağına gelen çocuklardaki içselleştirme ve dışsallaştırma problemlerini ve düşük sosyal yetkinliği yordadığı saptanmıştır.¹⁰⁰ Çocuğu ile etkileşiminde annenin müdahaleci davranışları, çocuğun bağlanma güvenliği ile negatif ilişkilidir.^{93,94} Bunun başlıca nedeni, annenin çocuğun özerkliğine müdahale ederken onun oyun içindeki keşif alanını kısıtlaması ve kontrol edici davranmasıdır. Bu çocuğun bağlanma güvenliğini olumsuz etkilemektedir.

Ölçekteki son yetişkin boyutu ise, ebeveynin düşmanca tavrına, ifade ve tutumuna odaklanır. Bu boyutta çocuğa karşı saygısız, sabırsız ve açık ya da üstü kapalı saldırgan davranışları (örn. olumsuz/argo kelimeler kullanmak ve stresli zamanlarda duygularını düzenleyememek) saptamak hedeflenmektedir. Annenin düşmanca davranması, çocuğun duygusal ve bilişsel gelişimini büyük ölçüde olumsuz etkilemektedir.^{101,102} Okul öncesi dönemde düşmanca davranan annelerin çocuklarının, bilişsel performanslarının düşmanca davranmayan annelerin çocuklarına kıyasla, daha düşük puan aldıkları görülmüştür. Ayrıca bu çocuklar, kendi ilişkilerinde de daha agresif davranmaktadırlar.¹⁰¹ Kötü ve düşmanca ebeveynlik davranışları hem Batı¹⁰³ hem de Doğu¹⁰⁴ kültürlerinde, çocuğun duygu düzenleme becerilerindeki problemleri yordamaktadır. Çocuğunu beslerken ve oyun oynarken düşmanca ve hakaret içeren ifadeler tüm sosyoekonomik gruplardaki çocukların güvenli bağlanması ile negatif ilişkilidir.^{105,106} Annenin düşmanca

davranışlarının DEÖ ile değerlendirildiği çalışmalarda ise yine benzer olarak negatif ilişki görülmektedir.^{93,94,98} Annenin bu ebeveynlik davranışlarının çocuğun bağlanma güvenliği kadar başka alanlarda da etkili olduğu tespit edilmiştir.

Erken Çocuklukta Annenin Duygusal Erişilebilirliğinin Etkisi

Annenin erişilebilir oluşu ve duyarlı bakım davranışları sunması, bebeklerin sosyal (diğerleriyle iş birliği, iletişim kurabilme) ve bilişsel becerilerine (dikkatini kontrol edebilme becerileri)¹⁰⁷, öğrenme ve dil gelişimine (alıcı ve ifade edici dil) katkı sağlamaktadır.¹⁰⁸ Anne duyarlılığı ve bebeklerde güvenlik duygusunun oluşması, bebeğe duygularını etkili bir şekilde düzenleme becerisini kazandırır.^{109,110} Diğer bir deyişle, anne çocuğun ihtiyaçlarına karşı duyarlı ve sıcak cevap verirken sıkıntılı anlarda kendisini ve duygusunu düzenleme yetisini destekler.⁸² Bu durum, çocukların yaşayacakları psikolojik sorunlar karşısında duygularını düzenleyebilme yetkinliğine, olumlu bağlanma ilişkisi geliştirerek bu ilişki referansı ile sosyal desteğe ulaşmasına yardımcı olabilir. Örneğin; 0-3 yaş aralığında anne duyarlılığının, çocuğun duygu düzenleme becerileri (örn. hayal kırıklığı gibi zor duygularla baş etmeleri gereken durumlarda duygularını düzenleyebilme) ve duygusal yeterliliği için olumlu rol oynadığı saptanmıştır.¹¹¹⁻¹¹³ Diğer yandan, erken çocukluk döneminde annenin duyarlı davranışlarının çocuğun dışsallaştırma davranış problemleri ile negatif ilişkili olduğu gösterilmiştir.¹¹⁴

Anne duyarlılığı ile bağlanma güvenliği desteklenmiş çocuklar daha yılmaz hale gelebilmektedirler.^{83,84} Nitekim yapılan araştırmalar sayesinde, anne duyarlılığının çocuğun yaşayabileceği davranışsal ve psikolojik sorunlar karşısında koruyucu bir rol oynayabileceğine işaret etmektedir.¹¹⁵ Bu kapsamda, anne duyarlılığı ve çocuğun bağlanma güvenliğine odaklanan müdahale programları bulunmaktadır.

Bağlanma Odaklı Müdahale Programları

Alanyazında bağlanmanın çocuğun psikolojik sağlığına olası katkısı dikkate alındığında anne duyarlılığının koruyucu rolüne işaret eden araştırmalar, bağlanma odaklı müdahale programlarının gelişmesini sağlamıştır. Bu programlardan ikisi ülkemize kazandırılmıştır. İlk olarak, "Video Geribildirimli Olumlu Ebeveynlik ve Duyarlı Disiplini Destekleme Programı", annenin duyarlı davranışlarını desteklerken müdahaleciliğini engellemeyi ve disiplin yöntemlerini artırmayı amaçlamaktadır.¹¹⁶ Programda, anne ve çocuk etkileşimleri videoya kaydedilerek anneye geribildirimler verilmektedir. Video Geribildirimli Olumlu Ebeveynlik ve Duyarlı Disiplini Destekleme Programı, dışsallaştırma davranış problemleri (örn. sosyal kurallara ve beklentilere karşı saldırgan ve zararlı davranışları) olan çocukların annelerine uygulanmıştır ve annelerin duyarlı davranışlarını ve olumlu disiplin yöntemlerini kullanmalarını artırdığı görülmüştür.¹¹⁷ Program Türkiye'de düşük SED'den seçilen örneklerde ve 9-33 aylık çocukların annelerine uygulanmış ve geribildirim sonucunda annelerin hem gözlem ile ölçülen duyarlı davranışlarında hem de rapor ettikleri duyarlı tutumlarda anlamlı artış gözlenmiştir.^{118,119}

İkinci program olan “Güvenli Çember Ebeveynlik Programı” ise, annenin çocukla kurduğu etkileşiminde duygularını düzenleyebilmesine, çocuğunun ihtiyaçlarına karşı duyarlı davranabilme becerilerine ve çocuğun bağlanma güvenliğini artırmaya odaklanmaktadır.¹²⁰ Bu programın, iki yaşında çocuk sahibi anneler ile yapılan bir araştırmada, annelerde çocuk bakımındaki çaresizliği ve olumsuz duyguları azalttığı saptanmıştır.¹²¹ Diğer bir araştırmada ise programın, 6 ve 12 yaş aralığındaki ebeveynlerde ebeveyn stresini azaltmada etkili olduğu ve çocukların duygusal ve davranışsal zorlanmalarını azaltabildiği vurgulanmıştır.¹²² Türkiye’de düşük SED grubunda annelere uygulanan bu programın, yapılan ev gözlemlerinde çocuğun bağlanma güvenliğini, annenin ebeveynlik davranışlarına dair bildirimlerini ve annenin depresif semptomlarını olumlu şekilde etkilediği tespit edilmiştir.^{123,124} Bu müdahale programlarındaki olumlu sonuçlar, anne duyarlılığının değişebileceğine ve risk grubunda yer alan annelere yönelik destek programlarının katkı sağlayabileceğine işaret etmektedir.

Sonuç

Bu derlemede, erken çocukluk dönemindeki bağlanmanın ve psikopatolojinin nesiller arasında aktarım düzenekleri incelenmiştir. Bu çerçevede, Van IJzendoorn ve Bakermans-Kranenburg modeli ve Goodman ve Gotlib modeli araştırma bulguları ışığında değerlendirilmiştir. Hem bağlanmanın hem psikopatolojinin nesiller arası aktarımında anne duyarlılığının önemi irdelenmiştir. Ayrıca anne duyarlılığının ölçüm yöntemleri özetlenmiş ve anne duygusal erişilebilirlik ölçeğindeki ebeveyn davranış tipleri, alan yazındaki bulgularla ele alınmıştır. Diğer yandan, anne duyarlılığının etkisine ve bağlanma güvenliğine yönelik Türkiye’de de uygulanmış bağlanma temelli müdahale programları paylaşılmıştır. Sonuç olarak, bu derlemenin Türkiye’de bağlanma ve psikopatoloji ekseninde araştırmalar yürütenler ve önleyici müdahale programları tasarlayacaklar için yararlı bir kaynak oluşturacağı umulmaktadır.

Etik

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: Z.T.G., G.A., Konsept: Z.T.G., G.A., Dizayn: Z.T.G., G.A., Veri Toplama veya İşleme: Z.T.G., G.A., Analiz veya Yorumlama: Z.T.G., G.A., Literatür Arama: Z.T.G., G.A., Yazan: Z.T.G., G.A.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Sroufe LA, Carlson E, Shulman, S. Individuals in relationships: Development from infancy through adolescence. In: Funder DC, Parke RD, Tomlinson-Keasey C, Widaman K, eds. Studying lives

through time: Personality and development. American Psychological Association; 1993:315-342.

- Bizzi F, Ensink K, Borelli JL, Mora SC, Cavanna D. Attachment and reflective functioning in children with somatic symptom disorders and disruptive behavior disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;28:705-717.
- Van IJzendoorn MH. Adult Attachment Representations, Parental Responsiveness, and Infant Attachment: A Meta-Analysis on the Predictive Validity of the Adult Attachment Interview. *Psychol Bull*. 1995;117:387-403.
- Verhage ML, Schuengel C, Madigan S, Fearon RMP, Oosterman M, Cassibba R, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. Narrowing the transmission gap: A synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment. *Psychol Bull*. 2016;142:337-366.
- Şen S, Kavlak O. Transgenerational attachment in Manisa, Turkey. *Contemporary Nurse*. 2012;41:126-132.
- Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev*. 1999;106:458-490.
- Clark DB, Cornelius J, Wood DS, Vanyukov M. Psychopathology risk transmission in children of parents with substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2004;161:685-691.
- Halevi G, Djalovski A, Kanat-Maymon Y, Yirmiya K, Zagoory-Sharon O, Koren L, Feldman R. The social transmission of risk: Maternal stress physiology, synchronous parenting, and well-being mediate the effects of war exposure on child psychopathology. *J Abnorm Psychol*. 2017;126:1087-1103.
- Plant DT, Barker ED, Waters CS, Pawlby S, Pariante CM. Intergenerational transmission of maltreatment and psychopathology: The role of antenatal depression. *Psychol Med*. 2013;43:519-528.
- Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg M. Bridges across the intergenerational transmission of attachment gap. *Curr Opin Psychol*. 2019;6:31-36.
- Bowlby J. Attachment and Loss Vol. 1: Attachment (2nd Ed). New Basic Books; 1969.
- Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A Psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.
- Van IJzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Dev Psychopathol*. 1999;11:225-249.
- Chodorow N. The reproduction of mothering: Psychoanalysis and the sociology of gender. Berkeley, CA: University of California Press; 1978.
- Bowlby J. Attachment and loss: Retrospect and prospect. *Am J Orthopsychiatry*. 1982;52:664-678.
- Slade A. Quality of attachment and early symbolic play. *Developmental Psychology*. 1987;23:78-85.
- Maccoby EE. Middle childhood in the context of the family. In: Collins WA, ed. Development during middle childhood: The years from six to twelve. Washington, DC: National Academy Press; 1984:184-239.
- Bretherton I. Making friends with one-year-olds: An experimental study of infant-stranger interaction, Merrill-Palmer Quarterly. 1978;24:29-51.
- Sroufe LA, Waters E. Attachment as an organizational construct, *Child Development*. 1977;48:1184-1199.
- Ainsworth MDS, Bell SM. Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*. 1970;41:49-67.

21. Kerns KA, Brumariu LE. Is Insecure Parent-Child Attachment a Risk Factor for the Development of Anxiety in Childhood or Adolescence? *Child Dev Perspect.* 2014;1:12-17.
22. Ainsworth MDS. Attachment. In: Endler NS, McVicker J, eds. *Personality and the behavioral disorders.* New York: Wiley; 1984;559-602.
23. Main M, Solomon J. Procedures for identifying disorganized/disoriented infants during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg M, Cicchetti D, Cummings M, eds. *Attachment in the preschool years.* Chicago: University of Chicago Press; 1990:121-160.
24. Carlson V, Cicchetti D, Barnett D, Braunwald KG. Disorganized/Disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology.* 1989;25:525-531.
25. Brenning KM, Soenens B, Braet C, Bosmans G. Attachment and depressive symptoms in middle childhood and early adolescence: Testing the validity of the emotion regulation model of attachment. *Personal Relationships.* 2012;19:445-464.
26. Brenning KM, Braet C. The emotion regulation model of attachment: An emotion-specific approach. *Personal Relationships.* 2013;20:107-123.
27. Brumariu LE. Parent-child attachment and emotion regulation. *New Dir Child Adolesc Dev.* 2015;148:31-45.
28. Groh AM, Roisman GI, IJzendoorn M, Bakermans-Kranenburg M, Fearon PM. The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child Dev.* 2012;83:591-610.
29. Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Lapsley AM, Roisman GI. The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child Dev.* 2010;81:435-456.
30. Belsky J, Fearon RM. Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development does continuity in development depend upon continuity of caregiving? *Attach Hum Dev.* 2002;4:361-387.
31. Thompson RA, Meyer S. The socialization of emotion regulation in the family. In: Gross J, ed. *Handbook of emotion regulation.* NY: Guilford Press; 2007:249-268.
32. Schneider BH, Atkinson L, Tardif C. Child-parent attachment and children's peer relations: A quantitative review. *Dev Psychol.* 2001;37:86-100.
33. Ştefan CA, Avram J. The multifaceted role of attachment during preschool: moderator of its indirect effect on empathy through emotion regulation. *Early Child Development and Care.* 2018;1:62-76.
34. Psychogiou L, Nath S, Kallitsoglou A, Dimatis K, Parry E, Russell AE, Yılmaz M, Kuyken W, Moberly NJ. Children's emotion understanding in relation to attachment to mother and father. *Br J Dev Psychol.* 2018;36:557-572.
35. Brumariu LE, Kerns KA, Seibert A. Mother-child attachment, emotion regulation, and anxiety symptoms in middle childhood. *Personal Relationships.* 2012;19:569-585.
36. Colonnese C, Draijer EM, Jan J M Stams G, Van der Bruggen CO, Bögels SM, Noom MJ. The relation between insecure attachment and child anxiety: a meta-analytic review. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2011;40:630-645.
37. Helsen M, Volleberg W, Meeus W. Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence.* 2000;29:319-335.
38. Crockenberg SB. Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Dev.* 1981;52:857-865.
39. Sümer N, Sayıl M, Berument SK. Anne duyarlılığı ve çocuklarda bağlanma (1. Baskı). İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; 2016.
40. Keskin G, Çam O. Adolescents' strengths and difficulties: approach to attachment styles. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010;17:433-441.
41. Ainsworth MD. The development of infant-mother attachment. In: Cardwell B, Ricciuti H, eds. *Review of child development research.* Chicago: University of Chicago Press; 1973:1-94.
42. Feeney JA, Noller P, Roberts N. Attachment and close relationships. In: Clyde-Hendrick C, Hendrick SS, eds. *Close relationships: A sourcebook.* Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2000:185-201.
43. Waters E, Hamilton CE, Weinfield NS. The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: general introduction. *Child Dev.* 2000;71:678-683.
44. Cassibba R, Van IJzendoorn M, Coppola G. Emotional availability and attachment across generations: Variations in patterns associated with infant health risk status. *Child Care Health Dev.* 2011;38:538-544.
45. Bernier A, Matte-Gagné C, Bélanger MÈ, Whipple N. Taking stock of two decades of attachment transmission gap: broadening the assessment of maternal behavior. *Child Dev.* 2014;85:1852-1865.
46. George C, Kaplan N, Main M. *Adult Attachment Interview.* Berkeley: Department of Psychology; University of California; 1984.
47. Kondo-Ikemura K, Behrens KY, Umemura T, Nakano S. Japanese mothers' prebirth Adult Attachment Interview predicts their infants' response to the Strange Situation Procedure: The strange situation in Japan revisited three decades later. *Dev Psychol.* 2018;54:2007-2015.
48. Mesman J, IJzendoorn M, Sagi-Schwartz A. Cross-cultural patterns of attachment. Universal and contextual dimensions. In: Cassidy J, Shaver P, eds. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* New York: Guilford; 2016.
49. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: Simpson JA, Rholes WS, eds. *Attachment theory and close relationships.* New York: Guilford Press; 1998:46-76.
50. Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg M. Intergenerational transmission of attachment: A move to the contextual level. In: Atkinson L, Zucker KJ, eds. *Attachment and psychopathology.* New York: Guilford; 1997:1135-1170.
51. Bowlby J. *A secure base: Parent child attachment and healthy human development.* New York: Basic Books; 1988.
52. Hesse E. The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. In: Cassidy J, Shaver PR, eds. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* The Guilford Press; 2008:552-598.
53. Main M, Goldwyn R, Hesse E. *Adult attachment scoring and classification system.* Unpublished manuscripts. University of California, Berkeley; 2003.
54. Saunders R, Jacobvitz D, Zaccagnino MA, Beverung L, Hazen N. Pathways to earned-security: The role of alternative support figures. *Attach Hum Dev.* 2011;13:403-420.
55. Pearson JL, Cohn DA, Cowen PA, Cowen CP. Earned and continuous-security in adult attachment: Relation to depressive symptomatology and parenting style. *Development and Psychopathology.* 1994;6:359-373.
56. Phelps JL, Belsky J, Crnic K. Earned security, daily stress, and parenting: A comparison of five alternative models. *Dev Psychopathol.* 1998;10:21-38.
57. Belsky J, Fearon RMP. Precursors of attachment security. In: Cassidy J, Shaver RP, eds. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical.* The Guilford Press; 2016.
58. Leerkes EM, Zhou N. Maternal sensitivity to distress and attachment outcomes: Interactions with sensitivity to nondistress and infant temperament. *J Fam Psychol.* 2018;32:753-761.
59. Van IJzendoorn M, Juffer F, Duyvesteyn MG. Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the

- effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *J Child Psychol Psychiatry*. 1995;36:225-248.
60. Moss E, Dubois-Comtois K, Cyr C, Tarabulsky GM, St-Laurent D, Bernier A. Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Dev Psychopathol*. 2011;23:195-210.
 61. Barker B, Iles JE, Ramchandani PG. Fathers, fathering and child psychopathology. *Curr Opin Psychol*. 2017;15:87-92.
 62. Velders FP, Dieleman G, Henrichs J, Jaddoe VW, Hofman A, Verhulst FC, Hudziak JJ, Tiemeier H. Prenatal and postnatal psychological symptoms of parents and family functioning: the impact on child emotional and behavioural problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20:341-350.
 63. Weijers D, van Steensel FJA, Bögels SM. Associations between psychopathology in mothers, fathers and their children: A structural modeling approach. *J Child Fam Stud*. 2018;27:1992-2003.
 64. Erkal S, Copur Z, Dogan N, Safak S. Examining the relationship between parents' gender roles and responsibilities towards their children (A Turkish example). *Social Behavior and Personality: An International Journal*. 2007;35:1221-1234.
 65. Sunar D, Fişek E. Contemporary Turkish families. In: Gielen U, Roopnarine J, eds. *Families in global perspective*. Allyn & Bacon/Pearson; 2005:169-183.
 66. Arikant G, Kumru A. Pattern of associations between maternal symptoms and child problem behaviors: The mediating role of mentalization, negative intentionality, and unsupportive emotion socialization. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2021;54:640-653.
 67. Bariola E, Hughes EK, Gullone E. Relationships between parent and child emotion regulation strategy use: A brief report. *Journal of Child and Family Studies*. 2012;21:443-448.
 68. Kaufman EA, Puzia ME, Mead HK, Crowell SE, McEachern A, Beauchaine TP. Children's emotion regulation difficulties mediate the association between maternal borderline and antisocial symptoms and youth behavior problems over 1 year. *Journal Pers Disord*. 2017;31:170-192.
 69. Barker ED, Jaffee SR, Uher R, Maughan B. The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment, *Depress Anxiety*. 2011;28:696-702.
 70. Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, Talati A, Wisniewski SR, Fava M, Hughes CW, Garber J, Malloy E, King CA, Cerda G, Sood AB, Alpert JE, Trivedi MH, Rush AJ; STAR*D-Child Team. Remissions in maternal depression and child psychopathology. *JAMA*. 2006;295:1389-1398.
 71. Weissman MM, Warner V, Wickramaratne P, Moreau D, Olfson M. Offspring of depressed parents: 10 years later. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:932-940.
 72. Moffitt TE. The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: Gene-environment interplay in antisocial behaviors. *Psychol Bull*. 2005;131:533-554.
 73. Silberg JL, Maes H, Eaves LJ. Genetic and environmental influences on the transmission of parental depression to children depression and conduct disturbance: An extended children of twins study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51:734-744.
 74. Tsuang MT, Stone WS, Faraone SV. Schizophrenia: A Review of Genetic Studies. *Harv Rev Psychiatry*. 1999;7:185-207.
 75. Slade A, Cohen LJ, Sadler LS, Miller M. The psychology and psychopathology of pregnancy. In: Zeanah CH, ed. *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford Press; 2009:22-29.
 76. Lahti M, Savolainen K, Tuovinen S, Pesonen AK, Lahti J, Heinonen K, Hämaläinen E, Laivuori H, Villa PM, Reynolds RM, Kajantie E, Räikkönen K. Maternal Depressive Symptoms During and After Pregnancy and Psychiatric Problems in Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;56:30-39.e7.
 77. De Wolff MS, Van IJzendoorn MH. Sensitivity and Attachment A Meta- Analysis on Parental Antecedents of Infant Attachment, *Child Dev*. 1997;68:571-591.
 78. Van IJzendoorn MH, Vereijken CM, Bakermans-Kranenburg MJ, Riksen-Walraven JM. Assessing attachment security with the Attachment Q Sort: Meta-analytic evidence for the validity of the observer AQS. *Child Dev*. 2004;75:1188-1213.
 79. Pederson DR, Gleason KE, Moran G, Bento S. Maternal attachment representations, maternal sensitivity and the infant-mother attachment relationship. *Dev Psychol*. 1998;34:925-933.
 80. Behrens KY, Haltigan JD, Bahm NI. Infant attachment, adult attachment, and maternal sensitivity: revisiting the intergenerational transmission gap. *Attach Hum Dev*. 2016;18:337-353.
 81. Yerlioğlu AE. The relation of attachment security with maternal responsiveness and child's socioemotional competence: Using the Attachment Q-set with a Turkish preschool sample. Master Thesis. Boğaziçi University, İstanbul; 2010.
 82. Thompson RA. The development of the person: Social understanding, relationships, self, conscience. In: Damon W, Lerner RM, Eisenberg N, eds. *Handbook of Child Psychology: Social, emotional, and personality development (6th ed.)*. Hoboken, NJ: Wiley; 2006:24-98.
 83. Kim-Cohen J. Resilience and developmental psychopathology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2007;16:271-283.
 84. Kumpfer KL. Factors and Processes Contributing to Resilience. In: Glantz MD, Johnson JL, eds. *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2002:179-224.
 85. Ainsworth MDS, Bell SM, Stayton D. Infant-mother attachment and social development. In: Richards MP, ed. *The introduction of the child into a social world*. London: Cambridge University Press; 1974:99-135.
 86. Pederson DR, Moran G. Appendix B: Maternal behavior Q-set. In: Waters E, Vaughn BE, Posada G, Kondo-Ikemura K, eds. *Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models: New growing points of attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development. 1995;60:247-254.
 87. Biringen Z. *The Emotional Availability Scales Manual, (4th Ed)*. Boulder, CO: International Center for Excellence in Emotional Availability; 2008.
 88. Pederson DR, Moran G, Sitko C, Campbell K, Ghesquire K, Acton H. Maternal sensitivity and the security of infant-mother attachment: A Q-sort study. *Child Development*. 1990;61:1974-1983.
 89. Posada G, Jacobs A, Carbonell OA, Alzate G, Bustamante MR, Arenas A. Maternal care and attachment security in ordinary and emergency contexts. *Developmental Psychology*. 1999;35:1379-1388.
 90. Biringen Z. Perceptions of and interactions with one's child. *Dissertation Abstracts International*, 1987;12:48.
 91. Mahler M, Pine F, Bergman A. *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York Basic Books; 1975.
 92. Biringen Z, Robinson J. Emotional availability in mother-child interactions: A reconceptualization for research. *Am J Orthopsychiatry*. 1991;61:258-271.
 93. Ziv Y, Sagi A, Gini M, Karie-Koren N, Joels T. Emotional availability as related to quality of infant-mother attachment. In: *International Conference on Infant Studies*, Providence, RI; 1996.
 94. Easterbrooks MA, Biesecker JF, Lyons-Ruth K. Infancy predictors of emotional availability in middle childhood: The roles of attachment security and maternal depressive symptomatology. *Attach Hum Dev*. 2010;2:170-187.
 95. Taşel-Günel İZ. Investigating the role of mother's partner attachment, parenting stress, emotional availability. *Yayımlanmamış Master Thesis, Özyeğin University, İstanbul; 2020.*

96. Neitzel C, Stright AD. Mothers' scaffolding of children's problem solving: establishing a foundation of academic self-regulatory competence. *J Fam Psychol.* 2003;17:147-159.
97. Hammond SI, Müller U, Carpendale JI, Bibok MB, Liebermann-Finestone DP. The effects of parental scaffolding on preschoolers' executive function. *Dev Psychol.* 2012;48:271-281.
98. Aviezer O, Sagi A, Joels T, Ziv Y. Emotional availability and attachment representations in kibbutz infants and their mothers. *Dev Psychol.* 1999;35:811-821.
99. Smaling HJ, Huijbregts SC, van der Heijden KB, van Goozen SH, Swaab H. Prenatal reflective functioning and development of aggression in infancy: The roles of maternal intrusiveness and sensitivity. *J Abnorm Child Psychol.* 2017;45:237-248.
100. Matte-Gagne C, Harvey B, Stack DM, Serbin LA. Contextual specificity in the relationship between maternal autonomy support and children's socio-emotional development: A longitudinal study from preschool to preadolescence. *Journal of Youth Adolescence.* 2015;44:1528-1541.
101. Hoffman-Plotkin D, Twentyman CT. A Multimodal Assessment of Behavioral and Cognitive Deficits in Abused and Neglected Preschoolers. *Child Dev.* 1984;55:794-802.
102. Maughan A, Cicchetti D. Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Dev* 2002;73:1525-1542.
103. Shipman KL, Schneider R, Fitzgerald MM, Sims C, Swisher L, Edwards A. Maternal Emotion Socialization in Maltreating and Non-Maltreating Families: Implications for Children's Emotion Regulation, *Social Development.* 2007;16:268-285.
104. Chang L, Schwartz D, Dodge K, McBride-Chang C. Harsh Parenting in Relation to Child Emotion Regulation and Aggression, *J Fam Psychol.* 2003;17:598-606.
105. Baer JC, Martinez CD. Child maltreatment and insecure attachment: A meta-analysis, *Journal of Reproductive and Infant Psychology.* 2006;24:187-197.
106. Egeland B, Sroufe LA. Attachment and early maltreatment. *Child Development.* 1981;52:44-52.
107. Landry SH, Smith KE, Swank PR. Responsive parenting: Establishing early foundations for social, communication, and independent problem-solving skills. *Dev Psychol.* 2006;42:627-642.
108. Mistry RS, Biesanz JC, Taylor LC, Burchinal M, Cox MJ. Family income and its relation to preschool children's adjustment for families in the NICHD study of early child care. *Dev Psychol.* 2004;40:727-745.
109. Biringer Z, Easterbrooks MA. Emotional availability: concept, research, and window on developmental psychopathology. *Dev Psychopathol.* 2012;24:1-8.
110. Eiden RD, Colder C, Edwards EP, Leonard KE. A longitudinal study of social competence among children of alcoholic and nonalcoholic parents: role of parental psychopathology, parental warmth, and self-regulation. *Psychol Addict Behav.* 2009;23:36-46.
111. Little C, Carter AS. Negative emotional reactivity and regulation in 12-month-olds following emotional challenge: Contributions of maternal-infant emotional availability in a low-income sample. *Infant Ment Health J.* 2005;26:354-368.
112. Feldman R, Eidelman AI, Rotenberg N. Parenting stress, infant emotion regulation, maternal sensitivity, and the cognitive development of triplets: a model for parent and child influences in a unique ecology. *Child Dev.* 2004;75:1774-1791.
113. Leerkes EM, Blankson AN, O'Brien M. Differential effects of maternal sensitivity to infant distress and nondistress on social-emotional functioning, *Child Dev.* 2009;80:762-775.
114. Bohlin G, Hagekull B. Socio-emotional development: From infancy to young adulthood. *Scand J Psychol.* 2009;50:592-601.
115. Armstrong MI, Birnie-Lefcovitch S, Ungar MT. Pathways between social support, family well-being, quality of parenting and child resilience: What we know, *Journal of Child and Family Studies.* 2005;14:269-281.
116. Juffer F, Bakermans-Kranenburg M, Van IJzendoorn M. Promoting Positive Parenting: An attachment-based intervention. London: Psychology Press; 2008.
117. Van Zeijl J, Mesman J, Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, Stolk MN, Koot HM, Alink LR. Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1- to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74:994-1005.
118. Metin-Orta İ. Early parenting support: application of an intervention program to enhance maternal sensitivity in Turkey. Master Thesis. Middle East Technical University, Ankara; 2015.
119. Sümer N, Metin-Orta İ, Alsancak-Akbulut C, Salman-Engin S, İlden-Koçkar A, Şahin-Acar B, Akkol-Solakoğlu S, Aran Ö, Çakır DS, Kavaklı B, Memişoğlu-Sanlı A, Sağel-Çetimer E, Türe D, Üstünel AÖ, Yaşar B. Olumlu Ebeveyn Davranışlarını Artırmaya Yönelik Video-Geri Bildirimli Müdahale Programının Anne Duyarlılığı Üzerindeki Etkisinin Türkiye'de İncelenmesi, *Türk Psikoloji Dergisi.* 2020;35:100-116.
120. Powell BG, Cooper G, Hoffman K, Marvin B. The Circle of Security Intervention: Enhancing Attachment in Early Parent-Child Relationships. New York: Guilford Press; 2014.
121. Kohlhoff J, Stein M, Ha M, Mejaha K. The circle of security parenting (COS-P) intervention: Pilot evaluation. *Australian Journal of Child and Family Health Nursing.* 2016;13:3-7.
122. Krishnamoorthy G, Hessing P, Middeldrop C, Branjerdporn M. Effects of the 'Circle of Security' group parenting program (COS-P) with foster carers: An observational study. *Children and Youth Services Review.* 2020;115:105082.
123. Arıkan G. Improving Mother-child Attachment Relationship with Circle of Security Parenting Training Program (TÜBİTAK- Proje No:114K813); 2019.
124. Arıkan G, Kumru A. Risk Factors for Child's Attachment Security in Turkey and Positive Effects of Circle of Security Parenting (COS-P) Intervention on Mothers' Mental Health. In: Şen HH, Selin H, eds. *Childhood in Turkey: Educational, Sociological, and Psychological Perspectives. Science Across Cultures: The History of Non-Western Science*, vol 11. Springer, Cham.



Ebeveyn Sosyotelizminin Ergenlerdeki Olumsuz Yansımaları: Sistematik Bir Derleme

Negative Reflections of Parental Phubbing in Adolescents: A Systematic Review

© Fuat Aydoğdu, © Nilüfer Koçtürk

Hacettepe Üniversitesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZ

Akıllı telefonların çok fonksiyonlu yapısı ve kullanım yaygınlığı sonucunda sosyotelist davranışlara yaşamın herhangi bir alanında karşılaşmak olasıdır. İngilizce “phone” (telefon) ve “snubbing” (küçümseme, göz ardı etme) kelimelerinin bir araya getirilmesiyle oluşturulan bu yeni kelime, bireylerin sosyal ortamlarda cep telefonlarıyla aşırı ilgilenmesi ve doğal olarak dikkatlerini diğer insanlardan uzaklaştırması olarak açıklanmaktadır. Ebeveyn sosyotelizmi, ebeveynlerin çocukları ile olan iletişimlerinde telefonlarıyla daha fazla ilgilenmeleri sonucunda çocukları ile olan ilişkinin engellenmesini içerir. Ebeveyn sosyotelizmi, ebeveyn-çocuk iletişimini etkileyebileceğinden ergenin bazı risklerle karşı karşıya kalmasına yol açabilir. Bu nedenle, bu sistematik derlemenin amacı: alanyazında ebeveyn sosyotelizminin (parent phubbing) ergenlik dönemi bağlamında doğurgularını sistematik bir şekilde incelemektir. Bu amaçla da çalışmada “Ebeveyn sosyotelizminin ergenlik dönemi bağlamında doğurguları nelerdir?” sorusuna cevap aranmıştır. Veri tabanlarında yapılan aramalar sonucunda derinlemesine incelenen on üç araştırmanın sonuçları sentezlenmiştir. Bulgular ebeveyn sosyotelizminin ergenlerin depresyonlarını, yaşam doyumlarını, sorunlu akıllı telefon kullanımları ya da cep telefonu bağımlılıklarını, siber zorbalık davranışlarını ya da siber zorbalığa maruz kalmalarını, akademik tükenmişliklerini ve yalnızlıklarını doğrudan veya aracı değişkenler aracılığıyla yordayabileceğini düşündürmektedir. Bulgular bütünsel bir yaklaşımla ele alınarak alanda çalışan araştırmacılara ve uygulayıcılara öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sosyotelizm, ebeveyn sosyotelizmi, ebeveyn-çocuk ilişkisi, ergenler

ABSTRACT

As a result of the multifunctional nature and prevalence of smartphones, it is possible to encounter phubbing behaviors in any area of life. This new word, which is formed by combining the English words “phone” and “snubbing”, is explained as individuals’ excessive interest in mobile phones in social environments which naturally distracts their attention from other people. Parental phubbing involves inhibiting the relationship with their children because of parents being more concerned with their phones in their communication with their children. Parental phubbing may affect the parent-child communication and may cause the adolescent to face some risks. Therefore, the purpose of this systematic review is to systematically examine the implications of parental phubbing in the context of adolescence in the literature. For this purpose, the answer to the question “What are the consequences of parental phubbing in the context of adolescence?” has been sought in this study. As a result of the searches made in the databases, the results of thirteen studies that were examined in depth were synthesized. Results suggest that parental phubbing may predict adolescents’ depression, life satisfaction, problematic smartphone use or cell phone addiction, cyberbullying behaviors or exposure to cyberbullying, academic burnout and loneliness either directly or through mediator variables. The findings were handled with a holistic approach and suggestions were presented to researchers and practitioners working in the field.

Keywords: Phubbing, parent phubbing, parent-child relationship, adolescents

Giriş

Günümüzde sıklıkla kullanılan teknolojik araçlardan birisi, akıllı telefonlardır. Akıllı telefonlar bireyler tarafından arama yapma, bağlantı kurma, internete erişme, mesajlaşma ve sosyal ağlarda gezinme gibi ihtiyaçlarını gidermek için kullanılmaktadır.¹ Bu işlevselliklerinin yanında akıllı telefon kullanımı, bazı bireyler için bağımlılık yapacak düzeye varabilmektedir.^{2,3} Bu sorunlu

kullanım ile bireylerde hareketsizlik⁴, uyku kalitesinde düşüş ve gece uyanma⁵⁻⁷ gibi fiziksel sağlık problemleri görülebilmektedir. Ayrıca akıllı telefonların aşırı kullanımı, bireylerin daha fazla olumsuz duygular yaşamasına ve kaygı bozukluğu, depresyon gibi ruhsal bozukluklar geliştirmelerine zemin hazırlamaktadır.⁸⁻¹⁰ Akıllı telefonun patolojik kullanımı sadece fiziksel ve ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkilemekle kalmamakta, aynı zamanda bireylerin sosyal ilişkilerine de büyük ölçüde zarar vermektedir.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Fuat Aydoğdu, Hacettepe Üniversitesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Tel.: +90 507 942 03 94 E-posta: pskdanfuat@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0002-5986-5645

Geliş Tarihi/Received: 17.12.2021 Kabul Tarihi/Accepted: 5.02.2022

©Telif Hakkı 2023 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



Nitekim alanyazında son zamanlarda “phubbing” (sosyotelizm) kavramı öne sürülmüş ve araştırmalarda değerlendirilmiştir.

Phubbing, temelde hiçbir doğal dilin kelime dağarcığında bulunmamaktadır. 2012 yılının Mayıs ayında Sydney Üniversitesi’nde bulunan bir ekip tarafından kavramsallaştırılmıştır.^{11,12} İngilizce “phone” (telefon) ve “snubbing” (küçümseme, göz ardı etme) kelimelerinin bir araya getirilmesiyle oluşturulan bu yeni kelime, bireylerin sosyal ortamlarda cep telefonlarıyla aşırı ilgilenmesi ve doğal olarak dikkatlerini diğer insanlardan uzaklaştırması olarak açıklanmaktadır.^{13,14} Bu davranış, “snubbing” kelimesinin anlamı kapsamında akıllı telefonu sık sık kontrol ederek etkileşimdeki insanlara yapılan saygısızlığı ifade etmektedir.¹⁵ Phubbing, bu yönüyle kişilerarası iletişimi önemli ölçüde sekteye uğratmaktadır. Türkçeye “sosyotelizm” olarak çevrilen kavram, dijital çağdaki iletişim engelleri bağlamında değerlendirilebilir.¹⁶ Çünkü bireyin dikkatini hem telefona hem de etkileşimde olduğu kişiye dağıtması¹⁷ etkileşim içerisinde bulunan insanla konuşma kalitesini düşürmektedir. Sosyotelize maruz kalan kişiler bu davranışı kaba ve uygunsuz olarak değerlendirebilmektedirler.¹⁸ Ayrıca bu kişilerde ortama aidiyet duygusu azalmaktadır.¹⁹ Bu açıdan değerlendirildiğinde bu davranış, kişilerarası bağlantıların zayıflamasına yol açmaktadır.²⁰

Akıllı telefonların çok fonksiyonlu yapısı ve kullanım yaygınlığı sonucunda sosyotelist davranışlara yaşamın herhangi bir alanında karşılaşmak olasıdır. Alanyazında sosyotelizm belli bir yaş grubunun ya da çevrenin sorunu olarak değerlendirilmekten ziyade bu davranışın sergilendiği alanlarla veya sergileyen kişilerin sosyal rolleriyle ilişkili olarak tanımlanmaktadır. Partner sosyotelizmi,^{21,22} ebeveyn sosyotelizmi^{23,24}, akran sosyotelizmi²⁵ ve yönetici sosyotelizmi²⁶ gibi kullanımlar bu duruma örnek verilebilir. Ebeveyn-çocuk ilişkisi bağlamında kullanımına bakıldığında ise anne ya da babadan birinin bu davranışı tekrarlaması anne sosyotelizmi, baba sosyotelizmi ya da ebeveyn sosyotelizmi olarak adlandırılmaktadır.

Ebeveyn sosyotelizmi, ebeveynlerin çocukları ile olan iletişimlerinde telefonlarıyla daha fazla ilgilenmeleri sonucunda çocukları ile olan ilişkinin engellenmesini içerir.²⁷ McDaniel²⁸ ebeveynlerin sosyotelizm davranışlarının nedenini incelemiş ve ebeveynlerin karşı koymadıkları alışkanlıkları, cep telefonlarına sıkça bildirimlerin gelmesi, iş ve sosyal konularda baskı yaşamaları, ebeveyn rolünün getirdiği sıkıntılar, can sıkıntısı ve yalnızlık gibi bir çok sebepten ötürü çocuklarının yanında akıllı telefon kullandıklarını aktarmıştır. Ancak cep telefonları ile daha fazla zaman harcayan ebeveynler çocukları ile daha az zaman geçirirler ve dolayısıyla ebeveyn çocuk ilişkisindeki kalitenin düşmesine de neden olurlar.^{29,30} Ebeveynler akıllı telefonları ile ilgilendiklerinde etkileşimde buldukları çocuklarıyla yeteri kadar göz teması kurmazlar³¹ ve yeteri kadar göz teması kurulmadığında da çocukların ebeveynleriyle duygusal bağ hissi azalabilir.³² Dahası, Xie ve Xie²⁷ bu davranışı sergileyen ebeveynlerin bakım talebi olan çocuklarını ve ergenleri ihmal ettiklerini öne sürmüşlerdir. Çünkü sosyotelist davranışlar bakım sunanların dikkatlerinin dağılmasına ve bakım verilene karşı duyarlılığın azalmasına yol

açar.^{33,34} Anne ya da baba tarafından tekrarlanan bu davranışlar çocukların ve ergenlerin yalnızlığını tetikleyebilir.³⁵ Nitekim araştırmalar sosyotelize maruz kalan kişilerde kişilerarası ilişkilerin ve ruh sağlığının olumsuz yönde etkilendiğini ortaya koymuştur.²⁷ Örneğin, ebeveynleri tarafından sosyotelize maruz kalan ergenlerde bu yüzden depresif belirtilerin³⁶ ve akademik tükenmişlięin³⁷ görülmesi daha olasıdır. Ek olarak, ebeveyn sosyotelizmini gözleyen ergenler sosyal öğrenme kuramına göre ebeveynlerini model alarak³⁸ sosyotelist davranışlarda bulunabilirler²⁴ ve ebeveynlerin sosyotelizmine bağlı olarak ergenlerin cep telefonu bağımlılığı artabilir.^{29,39,40}

Ebeveynle ilişki, ergenlerin kişilerarası etkileşiminin önemli bir parçasıdır.⁴¹ Sağlıklı ebeveyn-çocuk ilişkisi ergenin benlik saygısını artırır ve daha olumlu benlik geliştirmesine yardımcı olur.^{42,43} Zhang⁴⁴ yüksek kaliteli ebeveyn-çocuk iletişiminin çocukların akademik performansı üzerinde önemli ölçüde olumlu bir etkisinin bulunduğunu bulmuştur. Ebeveynlerle açık iletişim; ergenleri okula uyum sorunları, düşük benlik saygısı, depresyon ve madde kullanımı gibi risklerden korumaktadır.⁴⁵ Tüm bunlardan hareketle ergenin ebeveyni tarafından sosyotelize maruz kalması, ebeveyn-çocuk iletişimini etkileyebileceğinden dolayı olarak da ergenin bazı risklerle karşı karşıya kalmasına yol açabilir. Ancak bu konuda kesin bir görüşe varılabilmesi için güncel bir kavram olarak değerlendirilen sosyotelize dair alanyazındaki çalışmaların değerlendirilmesine ihtiyaç vardır. Bu nedenle, bu sistematik derlemenin amacı: alanyazında ebeveyn sosyotelizminin (parent phubbing) ergenlik dönemi bağlamında doğurgularını sistematik bir şekilde incelemektir. Bu amaçla da çalışmada “Ebeveyn sosyotelizminin ergenlik dönemi bağlamında doğurguları nelerdir?” sorusuna cevap aranmıştır.

Gereç ve Yöntem

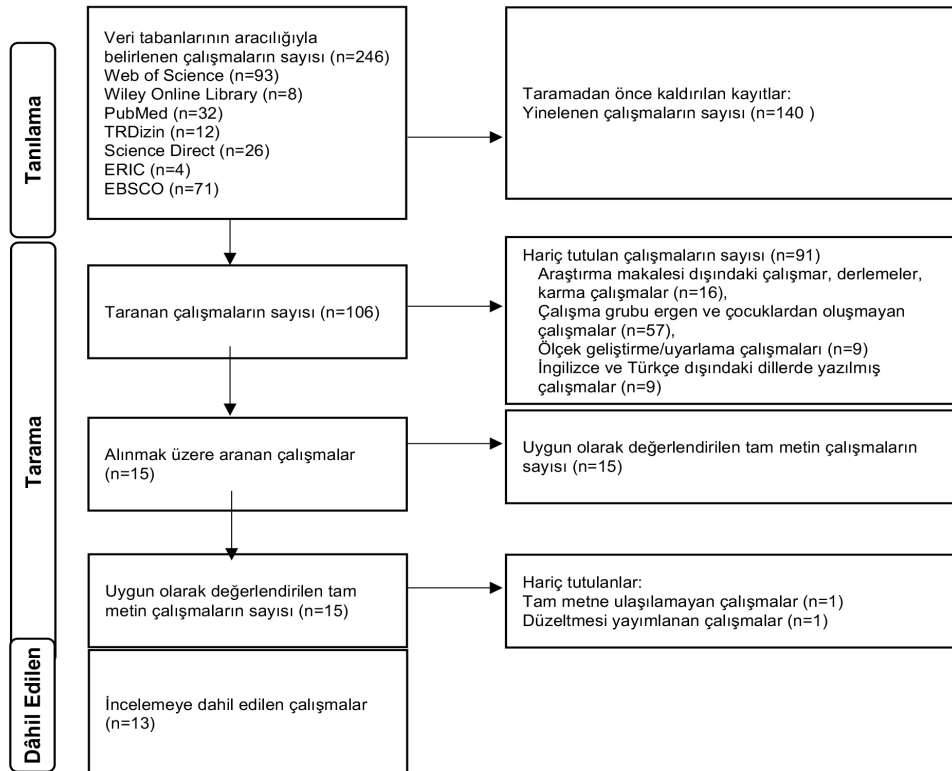
Bu çalışmada, sistematik derleme yöntemi kullanılmıştır. Sistematik derleme, araştırmacının belli bir konuda çeşitli ölçütler dahilinde yapılmış araştırmaları sistemli ve tarafsız bir şekilde değerlendirdiği çalışmaları kapsamaktadır.⁴⁶ Bu araştırmanın amacı kapsamında, konu ile ilgili araştırma makaleleri elektronik ortamda taranmıştır. Yapılan tarama Web of Science, Wiley Online Library, PubMed, TRDizin, Science Direct, ERIC ve EBSCO (Academic Search Ultimate) veri tabanlarında “phubbing”, “peer phubbing”, “phubbing behavior”, “being phubbed”, “phone snubbing”, “sosyotelizm” ve “sosyotelize maruz kalma” anahtar kelimeler ile makale başlıklarında Türkçe ve İngilizce dilinde yapılmıştır. Kavramın alanyazında ilk kez 2012 yılında kullanılmış olması¹¹ sebebiyle tüm taramalarda tarih aralığı 2012-2021 olarak belirlenmiştir. Çalışmanın dahil etme ölçütleri şunlardır: (1) Araştırma makalesi olması, (2) Çalışma grubunun ergen ve çocuklardan oluşması, (3) İngilizce veya Türkçe dilinde olması. Tarama sonucunda tarih, akademik dergiler, araştırma makalesi şeklinde filtrelemeler yapılarak toplamda 246 araştırma makalesine ulaşılmıştır. Dışlama ölçütlerinin uygulanması sonucunda ise tam metnine ulaşılan 13 makalenin (Tablo 1) derinlemesine incelemesi yapılmıştır. PRISMA akışı⁴⁷ ile belirlenen alanyazın taraması sürecini gösteren şekil aşağıda verilmiştir (Şekil 1).

Tablo 1. Derlemeye alınan makalelerin özellikleri

Yazar	Yıl	Ülke	Araştırma modeli	Örneklem	Ana bulgusu
Xie ve Xie ²⁷	2020	Çin	İlişkisel tarama	Erkek (n=268) Kız (n=262) Yaş ortalaması 13,15±0,64	Ebeveyn sosyotelizmi ergenlerin depresyon puanlarını hem doğrudan hem de dolaylı olarak artırmıştır. Ebeveyn sosyotelizmi ergenlerin algıladıkları ebeveyn sıcaklığı puanlarını azaltmıştır. Ebeveyn sıcaklığı az olanların ilişki ihtiyacı puanları azalmış ve ilişki ihtiyacı azaldığı için de depresyon puanları artmıştır. Ebeveyn sosyotelizmi ergenlerin ebeveyn reddi puanlarını artırmıştır. Algılanan ebeveyn reddi puanları arttıkça ilişki ihtiyacı puanları azalmış olup bu da depresyon puanlarını artırmıştır.
Liu ve ark. ⁴⁸	2020	Çin	İlişkisel tarama	Erkek (n=148) Kız (n=155) Yaş ortalaması 14,00±0,86	Ebeveyn sosyotelizmi ergenlerin doğrudan olmasa da dolaylı olarak yaşam doyumu puanlarını düşürmüştür. Ergenlerin ebeveynleri ile ilişkilerinden memnun olma puanları arttıkça yaşam doyumu puanları da artmaktadır. Bağlanma stilleri bu ilişkide düzenleyici rolündedir. Güvensiz ve kaygılı bağlananlar ebeveyn sosyotelizmine karşı daha hassas olup daha az ilişki memnuniyeti yaşamakta ve yaşam doyumları azalmaktadır.
Geng ve ark. ⁴⁹	2021	Çin	İlişkisel tarama	Erkek (n=572) Kız (n=875) Yaş ortalaması 16,15±0,65	Ergenlerin ebeveyn sosyotelizmine maruz kalma düzeyleri arttıkça sorunlu akıllı telefon kullanma düzeyleri de artmaktadır. Bu ilişkide ebeveyn sosyotelizmine maruz kalanların kendilerini daha fazla yalnız hissettikleri ve dolayısıyla bunun da sorunlu akıllı telefon kullanımını artırdığı doğrulanmaktadır. Ayrıca, ebeveyn sosyotelizmi ile sorunlu akıllı telefon kullanımı ilişkisinde “gelişmeleri kaçırma korkusu” doğrudan değil, yalnızlık üzerinden dolaylı olarak aracılık etmektedir.
Bai ve ark. ⁵⁰	2020	Çin	İlişkisel tarama	Erkek (n=1429) Kız (n=1893) Yaş ortalaması 16,64±1,31	Ebeveyn sosyotelizmi düzeyi arttıkça ergenlerin sergiledikleri sosyotelist davranış düzeyi artmaktadır. Sosyotelizmine uğrayan ergenler daha fazla depresif belirti bildirmiştir. Yine ergenlerin sergiledikleri sosyotelist davranışlar ile depresyon arasında olumlu yönde ilişki belirlenmiş olup ergenlerin sergiledikleri sosyotelist davranışlar ve ailelerinden algıladıkları sosyotelizmi birleşince depresyon puanlarının arttığı belirlenmiştir.
Qu ve ark. ⁵¹	2020	Çin	İlişkisel tarama	Erkek (n=2028) Kız (n=2185) Yaş ortalaması 16,41±0,77	Annenin sosyotelist davranış sergileme düzeyi ergenin siber zorbalık puanlarını artırmıştır. Anne kabulü ile ebeveyn sosyotelizmi arasında ters orantı bulunmaktadır. Anne kabulü arttıkça siber zorbalık da azalmaktadır.
Wang ve ark. ⁵²	2020	Çin	İlişkisel tarama	Erkek (n=1191) Kız (n=1202) Yaş ortalaması 12,75±0,58	Ebeveyn sosyotelizmi düzeyi arttıkça ergenlerin sergiledikleri siber zorbalık davranışları da artmaktadır. Bu ilişkide aracılığı ahlaki normlara ve toplumsal normlara uymama olarak tanımlanan ahlaki uzaklaşma üstlenmektedir.
Wang ve ark. ²²	2019	Çin	İlişkisel tarama	Erkek (n=1205) Kız (n=1202) Yaş ortalaması 12,75±0,58	Ebeveyn sosyotelizmine yüksek düzeyde maruz kalan ergenlerin daha fazla depresif belirtiler gösterdikleri bulunmuştur. Daha yüksek düzeyde ebeveyn sosyotelizmi yaşayan düşük benlik saygısına sahip ergenlerin, yüksek benlik saygısına sahip ergenlere göre depresyona girme olasılığı daha yüksektir. Benlik saygısının ve algılanan sosyal desteğin düşük olması ergenlerin depresif belirtilerindeki artışları önemli ölçüde yordamıştır.
Zhang ve ark. ²⁴	2021	Çin	İlişkisel tarama	Erkek (n=189) Kız (n=282) Yaş ortalaması 13,46±1,11	Ebeveyn sosyotelizmi ile ergen cep telefonu bağımlılığı arasındaki ilişkide sosyal kaygı ve öz değerlendirme aracılık etmektedir. Ebeveyn sosyotelizmi arttıkça sosyal kaygı artmış ve bireyin kendi hakkındaki nihai değerlendirmeler olarak bilinen öz değerlendirme azalmaktadır. Bu iki değişken ise ebeveyn sosyotelizmi ile cep telefonu bağımlılığı ilişkisine aracılık etmektedir.
Niu ve ark. ²³	2021	Çin	İlişkisel tarama	Erkek (n=380) Kız (n=346) Yaş ortalaması 14,55±1,37	Ebeveyn sosyotelizmi ile ergenlerin sorunlu cep telefonu kullanımı arasında pozitif ilişki olduğu bulunmuştur. Ayrıca, ebeveyn-çocuk ilişkisi, ebeveyn sosyotelizmi ile sorunlu cep telefonu kullanımı arasında aracılık etmektedir. Ayrıca öz kontrol düzeyi düşük olan bireylerin akıllı telefon bağımlılığı puanları daha yüksektir.

Tablo 1. devamı

Yazar	Yıl	Ülke	Araştırma modeli	Örneklem	Ana bulgusu
Bai ve ark. ³⁷	2020	Çin	İlişkisel tarama	Erkek (n=1738) Kız (n=558) Yaş ortalaması 16,64±1,32	Anne sosyotelizmi arttıkça ergenlerin akademik tükenmişliği de artmaktadır. Anne sosyotelizmi ile ergenlerin akademik tükenmişliği arasında ergen ruh sağlığı aracılık etmektedir.
Xie ve ark. ⁴⁰	2019	Çin	İlişkisel tarama	Erkek (n=489) Kız (n=518) Yaş ortalaması 13,85±1,53	Ebeveyn sosyotelizmi puanları ile cep telefonu bağımlılığı arasında puanları arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Bu ilişkide riskli davranış sergileyen arkadaşlara sahip olma durumunun ve ebeveyn-çocuk bağlanmasının aracılık etkisi bulunmaktadır. Erkek öğrencilerde riskli davranış sergileyen arkadaşlara olan bağlılık daha yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerin sosyotelist davranışları ebeveyn-çocuk bağlanma puanlarını azaltarak ve riskli davranış sergileyen akranlarla olan ilişki puanlarını artırarak ergenlerin cep telefonu bağımlılığı puanlarını artırmaktadır.
Wang ve ark. ³⁰	2021	Çin	İlişkisel tarama	Erkek (n=1540) Kız (n=1753) Yaş ortalaması 16,28±0,73	Ebeveyn sosyotelizmi, ergenlerin yalnızlık puanı artmaktadır. Bu ilişkide anne-ergen iletişimi ve algılanan anne kabulünün sıralı aracılığı bulunmuştur. Anne sosyotelizmi düşük düzeyde anne-ergen iletişimi yoluyla algılanan anne kabulünü düşürmektedir. Bu da ergenin kendini daha fazla yalnız hissetmesine yol açmaktadır.
Wei ve ark. ⁵³	2021	Çin	İlişkisel tarama	Erkek (n=450) Kız (n=424) Yaş ortalaması 14,07±1,64	Ebeveynlerin sosyotelizmi ile siber zorbalığa maruz kalma arasında kaygının aracılık rolü bulunmaktadır. Ek olarak Zhong-Yong düşüncesi (belirli durumlarda bireylerin içsel ihtiyaçlar ile dışsal koşulları bütünleştirerek çok amaçlı düşünme biçimi) aracılık modelini yönetmektedir. Spesifik olarak, ebeveynlerin sosyotelizmi ergenlerin kaygı yoluyla siber zorbalığa maruz kalması üzerindeki dolaylı etkisi, düşük Zhong-Yong düşüncesine sahip olan ergenlerde, yüksek Zhong-Yong düşüncesine sahip olanlardan daha fazladır.

**Şekil 1.** Derlemeye dahil edilen çalışmalar için PRISMA akış şeması

Bulgular

Örneklem Özellikleri ve Yöntem

Detaylı incelemeye alınan 13 araştırmanın tümü Çin'de yapılmıştır.^{22-24,27,30,37,40,48,49-53} Çalışma gruplarına toplamda 19,115 öğrenci dahil edilmiştir. Çalışma gruplarına dahil edilen ergenlerin yaş ortalaması 12,8 ile 16,6 yıl arasında değişmektedir. Çalışmaların tamamında örneklem kız ve erkek öğrencilerinden oluşmaktadır. Araştırmaya dahil edilen bütün çalışmalarda ebeveyn sosyotelizmi ile ilgili değişkenler arasında ilişkisel tarama modeli ile aracılık ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmaların tamamının herhangi bir tarih filtrelemesi yapılmamasına rağmen 2019-2020 yılları arasında yayımlandığı görülmüştür.

Ebeveyn Sosyotelizmi ve İlişkili Kavramlar

Bu araştırma kapsamında incelenen tüm çalışmalarda ebeveyn sosyotelizmi (bazı çalışmalarda tek bir ebeveyn sosyotelizmi) bağımsız değişken olarak ele alınmıştır. Ebeveyn sosyotelizmi ergenlerin depresyonlarını,^{22,27,50} yaşam doyumlarını,⁴⁸ sorunlu akıllı telefon kullanımları ya da cep telefonu bağımlılıklarını,^{23,24,40,49} siber zorbalık davranışlarını ya da siber zorbalığa maruz kalmalarını,⁵¹⁻⁵³ akademik tükenmişliklerini³⁷ ve yalnızlıklarını³⁰ doğrudan veya dolaylı olarak yordamıştır. Bu değişkenlere dair bulgular aşağıda detaylı olarak sunulmuştur.

Ebeveyn Sosyotelizmi ve Ergenlerin Depresyonu:

İncelenen çalışmaların üç tanesinde (%23,1) ebeveyn sosyotelizmine maruz kalan ergenlerde depresyonun seviyesinin yükseldiği bildirilmiştir. Ancak bu üç çalışmada ele alınan aracı değişkenler birbirinden farklıdır. Xie ve Xie²⁷ ebeveyn sosyotelizmine maruz kalan ergenlerin depresyon düzeylerinin hem doğrudan hem de dolaylı olarak arttığını bulmuşlardır. Araştırmada ebeveyn sosyotelizmi, ergenlerin algıladıkları ebeveyn sıcaklığını azaltmıştır. Ebeveyn sıcaklığı az olan ergenlerin ilişki ihtiyacı azalmış ve ilişki ihtiyacı azaldığı için de depresyon seviyeleri artmıştır. Ebeveyn sosyotelizmi ergenlerin ebeveyn reddini artırmıştır. Algılanan ebeveyn reddi arttıkça ilişki ihtiyacı azalmış olup bu da depresyonu artırmıştır. Bai ve ark.⁵⁰ ergen sosyotelist davranışlarının ebeveyn sosyotelizmine bağlı olarak arttığını saptamıştır. Hem ebeveyn sosyotelizmi hem de ergenlerin sergiledikleri sosyotelist davranışlar birlikte ergenlerin depresif belirtiler göstermesine yol açmıştır. Wang ve ark.²² ebeveyn sosyotelizminin ergenin depresyonunu benlik saygısı ve sosyal destek azlığı yoluyla artırdığını bulmuşlardır. Benlik saygısı düşük olan ergenlerin ebeveyn sosyotelizmine karşı daha hassas olduklarını ve depresyon yaşamalarının daha olası olduğu çalışmada bildirilmiştir. Hem benlik saygısı yüksek hem de sosyal desteği yüksek olan ergenlerde ebeveyn sosyotelizmi ile depresyon ilişkisi önemsizleşmektedir. Üç araştırma birlikte değerlendirildiğinde ebeveyn sosyotelizmi ile ergenin depresyonu arasında ebeveyn-çocuk sıcaklığı, ilişki ihtiyacı, ebeveyn reddi, ergenin sosyotelist davranışları, benlik saygısı ve sosyal desteğin aracı etkileri saptanmıştır.

Ebeveyn Sosyotelizmi ve Ergenlerin Yaşam Doyumu:

İncelenen çalışmaların sadece bir tanesinde (%7,7) ergenlerin yaşam doyumları ile ebeveynleri tarafından maruz kaldıkları

sosyotelist davranışları arasındaki ilişki incelenmiştir. Liu ve ark.⁴⁸ yaptıkları çalışmada ebeveyn sosyotelizminin yaşam doyumunu üzerinde dolaylı olarak olumsuz yönde etkisi saptanmıştır. Ergenlerin ebeveynleri ile ilişkilerinden memnun olması yaşam doyumlarını artırmaktadır. Bağlanma stilleri bu ilişkide düzenleyici rolündedir. Güvensiz ve kaygılı bağlanan ergenlerin, ebeveyn sosyotelizmine karşı daha hassas oldukları daha az ilişki memnuniyeti yaşadıkları ve yaşam doyumlarının daha düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Ebeveyn Sosyotelizmi ve Ergenlerin Sorunlu Akıllı

Telefon Kullanımı: İncelenen çalışmaların dört tanesinde (%30,8) ebeveyn sosyotelizmi ile ergenlerin sorunlu akıllı telefon kullanımları ya da cep telefon bağımlılıkları arasında ilişki saptanmıştır. Bu ilişkilere farklı değişkenler aracılık etmiştir. Geng ve ark.⁴⁹ ebeveyn sosyotelizminin ergenin yalnızlığını etkileyerek sorunlu akıllı telefon kullanımına yol açtığını saptamışlardır. Ayrıca ebeveynleri tarafından sosyotelizme maruz kalan ergenlerin gelişmeleri kaçırma korkuları da yalnızlıklarını artırmakta ve sorunlu akıllı telefon kullanımlarını artırmaktadır. Buna ek olarak Zhang ve ark.²⁴ ebeveyn sosyotelizmi ile ergenin sorunlu akıllı telefon kullanımı arasında sosyal kaygı ve öz değerlendirmenin; Xie ve ark.⁴⁰ ise bu ilişkide ergenin riskli davranış sergileyen arkadaşlara sahip olması ve ebeveyn-çocuk bağlanmasının ve Niu ve ark.²³ ise ebeveyn-çocuk ilişkisinin aracı etkisi olduğunu bulmuşlardır. Bu dört araştırma birlikte değerlendirildiğinde ebeveyn sosyotelizmi ile ergenin sorunlu akıllı telefon kullanımı arasında yalnızlık, yalnızlığa etki eden gelişmeleri kaçırma korkusu, sosyal kaygı, öz değerlendirme, riskli arkadaşlara sahip olma, ebeveyn çocuk ilişkisi ve bağlanması aracılık etmektedir.

Ebeveyn Sosyotelizmi ve Ergenlerde Siber Zorbalık:

İncelenen çalışmaların üç tanesinde (%23,8) ebeveyn sosyotelizmi ile ergenlerde siber zorbalık arasında ilişki saptanmıştır. Qu ve ark.⁵¹ anne tarafından sosyotelizme maruz kalan ergenin daha fazla yalnızlık hissi yaşayarak siber zorbalık davranışında bulunduğunu saptamışlardır. Ergenler annenin sosyotelist davranışlarından hareketle anne tarafından kabul edilmediklerini algılayarak siber zorbalık davranışında bulunurlar. Wang ve ark.⁵² ebeveyn sosyotelizmi ile ergen siber zorbalığı arasındaki ilişkiye ergenin ahlaki ayrılmasının aracılık ettiğini öne sürmüştür. Wei ve ark.⁵³ ergenin ebeveyn sosyotelizminden etkilenecek siber zorbalığa maruz kaldığını belirlemişlerdir. Ebeveyn sosyotelizmi ile ergenin siber zorbalığa maruz kalması arasında kaygı aracılık etmektedir. Ek olarak bu ilişkide siber zorbalığı azaltmak için Çin düşüncesi olan Zhong-Yong düşüncesinin (belirli durumlarda bireylerin içsel ihtiyaçlar ile dışsal koşulları bütünleştirerek çok amaçlı düşünme biçimi) artırılması önerilmiştir.

Ebeveyn Sosyotelizmi ve Ergenin Yalnızlığı:

İncelenen çalışmalardan birinde (%7,7) ergen yalnızlığı ele alınmıştır. Wang ve ark.'nın³⁰ çalışmasında anne sosyotelizmi, anne-ergen iletişiminin gücüne bağlı olarak ergenin yalnızlık yaşamasını yordamaktadır. Anne sosyotelizmi düşük düzeyde iken anne-ergen iletişimi yoluyla algılanan anne kabulünü düşürmektedir. Bu da ergenin yalnızlık düzeyini artırmaktadır.

Ebeveyn Sosyotelizmi ve Ergenlerde Akademik Tükenmişlik: İncelenen araştırmalardan bir tanesinde (%7,7) ebeveyn sosyotelizmi ile ergenin akademik tükenmişliği arasındaki ilişkiye dikkat çekilmiştir. Bai ve ark.³⁷ anne sosyotelizminin ergen ruh sağlığını artırarak ergenlerde akademik tükenmişlik puanlarını artırmaktadır.

Tartışma

Bu çalışmada, sistematik derleme yöntemi kullanılarak alanyazında farklı yaş gruplarında ve farklı yaşam alanlarında sıklıkla araştırılan sosyotelizmi (phubbing) konusu ebeveyn sosyotelizmi ve ergen örneklemleri bağlamında ele alınmıştır. Bu kapsamda da uluslararası alanyazında ebeveyn sosyotelizminin ergenin yaşamındaki doğurguları incelenmiştir. Yapılan taramalar sonucunda bu sistematik derlemeye 13 araştırma dahil edilmiştir. İncelenen on üç araştırma makalesinde toplam 19.115 katılımcı yer almakta olup katılımcıların yaş ortalaması 12,8 ile 16,6 yıl arasında değişmektedir. Çalışmaların tümü araştırma makalesi olup Çin'de yürütülmüştür. Çin'de Mart 2020'de internete %93,0 oranında akıllı telefonlar aracılığıyla erişildiği bilgisi, ülkede akıllı telefon yaygınlığı konusunda fikir sağlayabilir.⁵⁴ Ancak Türkiye'de bu dönemde internet kullanım oranının %88,5⁵⁵ olmasına rağmen bu konuda herhangi bir çalışmaya rastlanılmaması Türkiye'de ebeveyn sosyotelizmi ve ergenler ile ilgili araştırmaların yetersiz olduğu ve bu yeni kavrama dair araştırmalara ihtiyaç olduğu sonucunu doğrulayabilir.

Bu sistematik derleme kapsamında taranan araştırmalar sonucunda ebeveyn sosyotelizminin ergenlerin depresyonlarını,^{22,27,50} yaşam doyumlarını,⁴⁸ sorunlu akıllı telefon kullanımlarını ya da cep telefonu bağımlılıklarını,^{23,24,40,49} siber zorbalık davranışlarını ya da siber zorbalığa maruz kalmalarını,⁵¹⁻⁵³ akademik tükenmişliklerini³⁷ ve yalnızlıklarını³⁰ doğrudan veya dolaylı olarak yordadığı belirlenmiştir. İlgili değişkenler ele alındığında ebeveyn sosyotelizminin ergenin bireysel, sosyal ve akademik yaşamında duygusal ve/veya davranışsal belirtileri ile ilişkili olduğu ve yaşamında olumsuzluklara yol açabildiği söylenebilir. Ancak bu derlemede ele alınan çalışmaların tamamının, nedensel modelde olmadığı göz önüne alındığında ebeveyn sosyotelizmi ile ergenlerin psikolojik belirtileri arasındaki neden-sonuç ilişkisinin kanıtlanabilmesi için deneysel çalışmalara ihtiyaç vardır. Öte yandan, çocuklarla çalışan araştırmacıların dikkat etmesi gereken etik ilkelerden biri olan "zarar vermeme ilkesi" göz önüne alındığında da var olan betimsel sonuçlar ışığında deneysel araştırmaların gerçekleştirilmesi mümkün değildir.

Bu sistematik derlemenin bulgularından birisi; ebeveyn sosyotelizmi ile ergenin depresyonu arasında ebeveyn-çocuk sıcaklığı, ilişki ihtiyacı, ebeveyn reddi, ergenin sosyotelist davranışları, benlik saygısı ve sosyal desteğin aracı etkilerinin bulunduğunun belirlenmesidir.^{22,27,50} Görüldüğu üzere, bu değişkenlerin bazıları çocuğa, bazıları ebeveyne, bazıları ise ebeveyn-çocuk ilişkisine özgü değişkenlerdir. Tüm bu değişkenlerin ortak noktası ise sosyal ilişkiyi etkileyen veya sağlıklı sosyal ilişki için istenmedik faktörler olmalarıdır.

Ebeveyn sosyotelizmi sağlıklı ve etkin bir iletişim için ebeveynlerin sergilememesi gereken bir davranışken, söz konusu değişkenlerin de bu ortak nokta ile ebeveyn-çocuk iletişimini kötüleştirmesi ve ergenin depresyonunda aracılık rollerinin bulunması beklendik bir durumdur. Nitekim sosyotelizmin yaşandığı bir etkileşimde, davranışa maruz kalan birey, daha düşük iletişim kalitesi ve ilişki memnuniyeti hissederek ortama ilişkin aidiyetini azaltabilir.¹⁹ Karadağ ve ark.'nın³¹ belirttiği gibi sosyotelist davranışların sergilendiği ortamlarda bireylerin kişilerarası ilişkilerin olumsuz bir şekilde seyrettiği, göz temasının azaldığı, iletişim malzemesinin tam olarak iletilmediği ve sosyotelistlerin kendisini ortamda olup bitene kapattığı öne sürmektedir. Benzer bir şekilde sosyotelist davranış ortamında bulunan bireylere önemsenmedikleri fikrini doğurabilir.⁵⁶ Nitekim Al-Saggaf ve O'Donnell⁵⁷ sosyotelist davranışların empatik ilgiyi, yakın ilişkileri ve kişilerarası güveni azalttığını ve depresyonu tetiklediğini belirtmişlerdir. Benzer şekilde, Stockdale ve ark.⁵⁸ sosyotelizme maruz kalmanın depresyon ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Tüm bu sonuçlar ebeveyn ile ergen ilişkisine indirgenildiğinde sosyotelist davranış sergileyen bir ebeveyne sahip olan bir ergen, ebeveyn sıcaklığını hissedemeyebilir, ebeveyn tarafından reddedildiğini ya da değersiz görüldüğünü algılayabilir. Benlik algısı düşük düzeyde olan ergenlerin sosyotelizmi karşısında depresyon puanlarının daha yüksek olması²² da bu görüş desteklenmektedir.

Bu sistematik değerlendirmenin bir diğer bulgusu ise ebeveyn sosyotelizmi ile ergenin sorunlu akıllı telefon kullanımı arasında yalnızlık, yalnızlığa etki eden gelişmeleri kaçırma korkusu,⁴⁹ sosyal kaygı, öz değerlendirme,²⁴ riskli davranış sergileyen arkadaşlar ve ebeveyn-çocuk bağlanması^{23,40} değişkenlerinin aracılık ettiğinin belirlenmesidir. Yapılan çalışmalar sosyotelist davranışları olan bireyler ile maruz kalanlar arasında duygusal bağlantı hissinin azaldığını göstermektedir.³² Parmaksız⁵⁹ sosyotelizmi yüz yüze iletişimi engelleyerek bireyleri yapay bir gerçeğliğe götüren ve kişilerarası ilişkileri bozan bir kavram olarak değerlendirmiştir. Benzer bir şekilde Aydoğdu ve Çevik¹⁶ sosyotelist davranışlar ile yalnızlık arasındaki bağlantıya dikkat çekmişlerdir. Guazzini ve ark.⁶⁰ sistematik derlemenin bu bulgusuyla uyumlu şekilde sosyal kaygısı fazla olan bireylerin daha fazla sosyotelist davranışlar sergilediklerini aktarmıştır. Ebeveyn sosyotelizmine maruz kalan ergenler yalnızlık, sosyal kaygı ve ebeveynle-ergen arasındaki duygusal bağlantı hissinin azalması gibi aracı değişkenlerle akıllı telefon bağımlılığı geliştirebilecekleri gibi ebeveyn sosyotelizmi ebeveyn-çocuk iletişiminin ve/veya bağlanmasının kötü düzeyde olmasının da bir işareti olabilir. Diğer bir deyişle, çocuğu ile sağlıklı bir iletişimi olmayan ve/veya etkili ebeveynlik becerisi sergilemeyen ebeveynler, sosyotelizmi daha fazla sergiliyor olabilirler. Bian ve Leung⁶¹ ise yalnızlığın problemlili internet kullanımının önemli bir yordayıcısı olduğunu saptamışlardır. Ancak kesin bir görüşe varılabilmesi için nedensel çalışmalara ihtiyaç vardır. Bir diğer yönden, Bandura'nın³⁸ Sosyal Öğrenme Kuramı da rol model alma yoluyla bazı davranışların kazandırıldığını açıklamakta önemli bir referans noktası olarak değerlendirilebilir. Bir başka deyişle, ergenler ebeveynlerini model alarak da daha fazla problemlili internet kullanımı sergiliyor olabilirler.

Bu çalışmanın bir diğer bulgusu ise üç araştırmada ebeveyn sosyotelizmi ile ergenlerin siber zorbalık davranışları arasında bir ilişkinin saptanmış olmasıdır.⁵¹⁻⁵³ Bu durum ebeveyn izleminin yokluğundan kaynaklanabileceği gibi sosyotelist davranışlar sonucunda hissedilen yalnızlık, değerersizlik gibi duygularla baş etmek için de ergenler tarafından saldırgan davranışlar gerçekteştiriliyor olabilir. Stockdale ve ark.⁵⁸ ergenlerin ebeveynleri tarafından sosyotelizme maruz kaldıklarında siber zorbalık yaşadıklarını bulmuşlardır. Ebeveyn sosyotelizmi ebeveyn ile ergen arasındaki algılanan ebeveyn kabulünü engelleyerek ergenin yalnızlığını tetikleyebilir. Bu da problemlili internet kullanımı yoluyla çevrimiçi saldırganlığı tetikleyebilir. Nitekim ebeveyn ile ergen arasındaki bağlanma düzeyi arttıkaça siber zorbalık davranışı azalmaktadır.⁶² Kaldı ki siber zorbalığın azaltılmasında ebeveynin katılımının önemli olduğu alanyazında vurgulanmaktadır (ör., Martín-Criado ve ark.⁶³).

Ebeveyn sosyotelizmi ile ergenin akademik tükenmişliği arasında ilişki bulunmuştur.³⁷ Ebeveynin ergenle kurduğu bağlantı daha az okul problemi yaşamasını sağlayabilir. Bu durumda ergen akademik tükenmişliği daha az hissedebilir. Anne ve babayla açık ve etkili bir iletişim sağlayabilen ergenler ebeveynlerine daha güvenli bağlanırlar ve daha az okul problemi yaşarlar. Shin ve ark.⁶⁴ anne ve babaya sağlıklı bağlanan ergenlerin daha az akademik tükenmişlik yaşadığını bulmuşlardır.

Sonuç

Sonuç olarak bu sistematik derlemede incelenen araştırma makaleleri birlikte değerlendirildiğinde ebeveyn sosyotelist davranışlarına maruz kalan bir ergenin; depresyon, sorunlu akıllı telefon kullanımı, siber zorbalık davranışında bulunma ve siber zorbalığa maruz kalma, yalnızlık, akademik tükenmişlik ve düşük yaşam doyumunu ile karşı karşıya olduğu söylenebilir. Ebeveyn sosyotelizminin bu olumsuz doğurguları ruh sağlığı çalışanları tarafından dikkate alınması, başta aile olmak üzere davranışın sergilendiği okul ve akran ilişkileri bağlamında sosyotelizmin ele alınması ve bu kavram hakkında farkındalığın oluşturulması önemlidir. Okul psikolojik danışmanları tarafından bireysel görüşmeler yapılarak ya da ölçekler, gözlemler ya da sınıf öğretmeni görüşleri ile ebeveyn sosyotelizmine maruz kalan öğrenciler belirlenerek bu öğrencilerin velilerine psiko-eğitimler sunulabilir. Benzer bir şekilde ebeveynlik becerileri ile sosyotelizmi arasındaki ilişkiyi araştıran derinlemesine araştırmalar bu ilişkiyi etraflıca anlamak adına faydalı olabilir. Aile danışmanlığı alanında çalışan ruh sağlığı çalışanlarının sosyotelizmi önleme programları geliştirmesi önerilebilir. Ek olarak Türkiye’de sosyotelizmi konulu çalışmaların odağına ergenler ve çocukları almak yararlı olabilir. Ebeveyn sosyotelizmi konusunda oluşturulacak farkındalık araştırmacıların Türk kültüründe kavramın derinlemesine incelemesine eğilmesini sağlayarak araştırma sonuçlarına bağlı önerilerin uygulanması konusunda kaynak sağlayacaktır. Özellikle Milli Eğitim Bakanlığı bünyesinde ebeveyn sosyotelizmine ilişkin çalıştaylar düzenlenmesi kavramın okul ortamında tanınması ve olası olumsuz sonuçları hakkında bilgi edinilmesini sağlayabilir.

Bu araştırma belli sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle taranan çalışmaların sadece Çin’de gerçekteştirilmiş olması sonuçların farklı kültürlere genellenebilmesini düşürmektedir. Ayrıca ele alınan çalışmalar deneysel çalışmalar olmadıklarından neden-sonuç çıkarımı yapılmasını engellemektedir. Son olarak taranan çalışmalarda örnekleme yönteminin rastgele olmaması, uygun örnekleme yöntemlerinin kullanılması çalışmanın sınırlılıkları kapsamında değerlendirilebilir.

Etik

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: F.A., N.K., Dizayn: F.A., N.K., Veri Toplama veya İşleme: F.A., Analiz veya Yorumlama: F.A., N.K., Literatür Arama: F.A., Yazan: F.A., N.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Vaidya DA, Pathak V, Vaidya A. Mobile Phone Usage among Youth. *International Journal of Applied Research and Studies*. 2016;5:1-12.
2. Fang J, Wang X, Wen Z, Zhou J. Fear of missing out and problematic social media use as mediators between emotional support from social media and phubbing behavior. *Addictive Behaviors*. 2020;107:106430.
3. Mohta R, Halder S. A comparative study on cognitive, emotional, and social functioning in adolescents with and without smartphone addiction. *J Indian Assoc Child Adolesc Ment Health*. 2021;17:44-65.
4. Kim SE, Kim JW, Jee YS. Relationship between smartphone addiction and physical activity in Chinese international students in Korea. *J Behav Addict*. 2015;4:200-205.
5. Li Y, Li G, Liu L, Wu H. Correlations between mobile phone addiction and anxiety, depression, impulsivity, and poor sleep quality among college students: A systematic review and meta-analysis. *J Behav Addict*. 2020;9:551-571.
6. Mahmoodi H, Nadrian H, Shaghghi A, Jafarabadi MA, Ahmadi A, Saqzei GS. Factors associated with mental health among high school students in Iran: Does mobile phone overuse associate with poor mental health? *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2018;31:6-13.
7. Sahin S, Ozdemir K, Unsal A, Temiz N. Evaluation of mobile phone addiction level and sleep quality in university students. *Pak J Med Sci*. 2013;29:913-918.
8. Chen L, Yan Z, Tang W, Yang F, Xie X, He J. Mobile phone addiction levels and negative emotions among Chinese young adults: The mediating role of interpersonal problems. *Computers in Human Behavior*. 2016;55:856-866.
9. Yang X, Zhou Z, Liu Q, Fan C. Mobile phone addiction and adolescents' anxiety and depression: the moderating role of mindfulness. *Journal of Child and Family Studies*. 2019;28:822-830.
10. Zhang G, Yang X, Tu X, Ding N, Lau, JTF. Prospective relationships between mobile phone dependence and mental health status among Chinese undergraduate students with college adjustment as a mediator. *J Affect Disord*. 2020;260:498-505.
11. McCann Paris. Macquarie "Phubbing: A Word Is Born" // McCann Melbourne. 2014. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=hLNhKUNiaEw>

12. Pathak S. McCann Melbourne made up a word to sell a print dictionary: New campaign for Macquarie birthed "phubbing". 2013. Available from: <https://adage.com/article/news/mccann-melbourne-made-a-word-sell-a-dictionary/244595>
13. Aagaard J. Digital akrasia: a qualitative study of phubbing. *AI & SOCIETY*. 2019;35:237-244.
14. Roberts JA, David ME. Boss phubbing, trust, job satisfaction and employee performance. *Personality and Individual Differences*. 2020;155:109702.
15. Hanika IM. Fenomena Phubbing Di Era Milenia (Ketergantungan Seseorang pada Smartphone terhadap Lingkungannya). *Interaksi: Jurnal Ilmu Komunikasi*. 2015;1:42-51.
16. Aydoğdu F, Çevik Ö. The Examination of The Effect of Phubbing Behaviors of School Psychological Counselors on Being Phubbed and Loneliness. *Humanistic Perspective*. 2020;2:219-230.
17. Turkle S. *Alone together: Why we expect more from technology and less from each other*. Basic Books. 2012.
18. Vanden Abeele MMP, Antheunis ML, Schouten AP. The effect of mobile messaging during a conversation on impression formation and interaction quality. *Computers in Human Behavior*. 2016;62:562-569.
19. Chotpitayasonondh V, Douglas KM. The effects of "phubbing" on social interaction. *Journal of Applied Social Psychology*. 2018;48:304-316.
20. Koçak ME. Being phubbed in the workplace: A new scale and implications for daily work engagement. *Current Psychology*. 2021;40:6212-6226.
21. Beukeboom CJ, Pollmann M. Partner phubbing: Why using your phone during interactions with your partner can be detrimental for your relationship. *Computers in Human Behavior*. 2021;124:1-11.
22. Wang X, Zhao F, Lei L. Partner phubbing and relationship satisfaction: Self-esteem and marital status as moderators. *Current Psychology*. 2019;40:3365-3375.
23. Niu G, Yao L, Wu L, Tian Y, Xu L, Sun X. Parental phubbing and adolescent problematic mobile phone use: The role of parent-child relationship and self-control. *Children and Youth Services Review*. 2020;16:105247.
24. Zhang Y, Ding Q, Wang Z. Why parental phubbing is at risk for adolescent mobile phone addiction: A serial mediating model. *Children and Youth Services Review*. 2021;121.
25. Hao L, Liu D, Yin J, Lin B, Zhang X, Jiang Q. Peer phubbing and selfie liking: The roles of attention seeking and gender. *Social Behavior and Personality: An International Journal*. 2021;49:1-13.
26. Roberts JA, David ME. Put down your phone and listen to me: How boss phubbing undermines the psychological conditions necessary for employee engagement. *Computers in Human Behavior*. 2017;75:206-217.
27. Xie X, Xie J. Parental phubbing accelerates depression in late childhood and adolescence: A two-path model. *J Adolesc*. 2020;78:43-52.
28. McDaniel BT. Parent distraction with phones, reasons for use, and impacts on parenting and child outcomes: A review of the emerging research. *Human Behavior and Emerging Technologies*. 2019;1:72-80.
29. Hong W, Liu R, De Ding, Y, Oei TP, Zhen R, Jiang S. Parents' phubbing and problematic mobile phone use: The roles of the parent-child relationship and children's self-esteem. *Cyberpsychology Behav Soc Netw*. 2019;22:779-786.
30. Wang X, Qiao Y, Li W, Lei L. Parental Phubbing and Children's Social Withdrawal and Aggression: A Moderated Mediation Model of Parenting Behaviors and Parents' Gender. *J InterperS Violence*. 2021;088626052110428.
31. Karadağ E, Tosuntaş ŞB, Erzen E, Duru P, Bostan N, Mızrak Şahin B, Babadağ B. The virtual world's current addiction: Phubbing. *Addicta*. 2016;3:250-269.
32. Kadylak T, Makki TW, Francis J, Cotten SR, Rikard RV, Sah YJ. Disrupted copresence: Older adults' views on mobile phone use during face-to-face interactions. *Mobile Media & Communication*. 2018;6:331-349.
33. Kushlev K, Dunn EW. Smartphones distract parents from cultivating feelings of connection when spending time with their children. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2019;36:1619-1639.
34. Radesky JS, Kistin CJ, Zuckerman B, Nitzberg K, Gross J, Kaplan-Sanoff M, Augustyn M, Silverstein M. Patterns of mobile device use by caregivers and children during meals in fast food restaurants. *Pediatrics*. 2014;133:e843-e849.
35. Błachnio A, Przepiorka A. Be Aware! If You Start Using Facebook Problematically You Will Feel Lonely: Phubbing, Loneliness, Self-esteem, and Facebook Intrusion: A Cross-Sectional Study. *Social Science Computer Review*. 2018;37:270-278.
36. Wang X, Gao L, Yang J, Zhao F, Wang P. Parental phubbing and adolescents' depressive symptoms: Self-esteem and perceived social support as moderators. *J Youth Adolesc*. 2020;49:427-437.
37. Bai Q, Bai S, Dan Q, Lei L, Wang P. Mother phubbing and adolescent academic burnout: The mediating role of mental health and the moderating role of agreeableness and neuroticism. *Personality and Individual Differences*. 2019;155:109622.
38. Bandura A. *Social learning theory*. General Learning Press. 1971.
39. Liu R, Wang J, Gu D, Ding Y, Oei TP, Hong W, Zhen R, Li YM. The effect of parental phubbing on teenager's mobile phone dependency behaviors: The mediation role of subjective norm and dependency intention. *Psychology Research and Behavior Management*. 2019;12:1059-1069.
40. Xie X, Chen W, Zhu X, He D. Parents' phubbing increases Adolescents' Mobile phone addiction: Roles of parent-child attachment, deviant peers, and gender. *Children and Youth Services Review*. 2019;105:104436.
41. Kong F, Liu G, Gao Q, Deng J. From early to late adolescence: Effect of problematic mobile phone use on depression of adolescents. *School Psychology International*. 2021;42:638-656.
42. Huang S, Hu Y, Ni Q, Qin Y, Lü W. Parent-children relationship and internet addiction of adolescents: The mediating role of self-concept. *Current Psychology*. 2019;40:2510-2517.
43. Razali A, Razali NA. Parent-Child Communication and Self Concept among Malays Adolescence. *Asian Social Science*. 2013;9:189-200.
44. Zhang Y. Quality Matters More Than Quantity: Parent-Child Communication and Adolescents' Academic Performance. *Front PsychoL*. 2020;11:1203.
45. Bireda AD, Pillay J. Perceived parent-child communication and well-being among Ethiopian adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2017; 23:109-117.
46. Çınar N. How Should a Good Systematic Review be Written? *Online Turkish Journal of Health Sciences*. 2021;6:310-314.
47. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:1-9.
48. Liu K, Chen W, Wang H, Geng J, Lei L. Parental phubbing linking to adolescent life satisfaction: The mediating role of relationship satisfaction and the moderating role of attachment styles. *Child Care Health Dev*. 2021;47:281-289.
49. Geng J, Lei L, Ouyang M, Nie J, Wang P. The influence of perceived parental phubbing on adolescents' problematic smartphone use: A two-wave multiple mediation model. *Addict Behav*. 2021;121:106995.
50. Bai Q, Lei L, Hsueh FH, Yu X, Hu H, Wang X, Wang P. Parent-adolescent congruence in phubbing and adolescents' depressive symptoms: A moderated polynomial regression with response surface analyses. *J Affect Disord*. 2020;275:127-135.

51. Qu J, Lei L, Wang X, Xie X, Wang P. Mother Phubbing and Adolescent Cyberbullying: The Mediating Role of Perceived Mother Acceptance and the Moderating Role of Emotional Stability. *J Interpers Violence*. 2022;37:NP9591-NP9612.
52. Wang X, Wang W, Qiao Y, Gao L, Yang J, Wang P. Parental Phubbing and Adolescents' Cyberbullying Perpetration: A Moderated Mediation Model of Moral Disengagement and Online Disinhibition. *J Interpers Violence*. 2022;37:NP5344-NP5366.
53. Wei H, Ding H, Huang F, Zhu L. Parents' Phubbing and Cyberbullying Perpetration Among Adolescents: the Mediation of Anxiety and the Moderation of Zhong-Yong Thinking. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2021;20:2609-2622.
54. China Internet Network Information Center. The 45th statistic report of China Internet network development state. 2020. Available from: <https://www.cnnic.com.cn/IDR/ReportDownloads/202008/P020200827549953874912.pdf>
55. Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması. 2021. Available from: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2021-37437](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2021-37437)
56. Nazir T, Pişkin M. Phubbing: A Technological Invasion Which Connected the World But Disconnected Humans. *International Journal of Indian Psychology*. 2016;3:39-46.
57. Al-Saggaf Y, O'Donnell SB. Phubbing: Perceptions, reasons behind, predictors, and impacts. *Hum Behav & Emerg Techn*. 2019;1:132-140.
58. Stockdale LA, Coyne SM, Padilla-Walker LM. Parent and Child Technoference and socioemotional behavioral outcomes: A nationally representative study of 10- to 20-year-Old adolescents. *Computers in Human Behavior*. 2018;88:219-226.
59. Parmaksız İ. The Mediating Role of Social Anxiety in the Relationship Between Phubbing and Mindfulness. *Inonu University Journal of the Faculty of Education*. 2021;22:1387-1420.
60. Guazzini A, Duradoni M, Capelli A, Meringolo P. An Explorative Model to Assess Individuals' Phubbing Risk. *Future Internet*. 2019;11:21.
61. Bian M, Leung L. Linking Loneliness, Shyness, Smartphone Addiction Symptoms, and Patterns of Smartphone Use to Social Capital. *Social Science Computer Review*. 2015;33:61-79.
62. Zhu Y, Li W, O'Brien JE, Liu T. Parent-Child Attachment Moderates the Associations Between Cyberbullying Victimization and Adolescents' Health/Mental Health Problems: An Exploration of Cyberbullying Victimization Among Chinese Adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*. 2021;36:17-18.
63. Martín-Criado JM, Casas JA, Ortega-Ruiz R. Parental Supervision: Predictive Variables of Positive Involvement in Cyberbullying Prevention. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:1562.
64. Shin H, Lee J, Kim B, Lee SM. Students' perceptions of parental bonding styles and their academic burnout. *Asia Pacific Education Review*. 2012;13:509-517.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisinde Uzun Etkili Guanfasinin Yeri

The Role of Long-acting Guanfacine in the Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Ümit Işık¹, Hakan Öğütü², Meryem Özlem Kutuk³, Eyüp Sabri Ercan⁴

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye

²Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Bölümü, Ankara, Türkiye

³Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Departmanı, Adana, Türkiye

⁴Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Departmanı, İzmir, Türkiye

ÖZ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocukluk çağının en sık görülen psikiyatrik bozukluğu olmasının yanı sıra tedavi edilmediğinde son derece ciddi psikiyatrik, akademik ve sosyal sorunlara yol açabilen ciddi bir psikiyatrik bozukluktur. Yarı asrı aşkın bir süredir DEHB, metilfenidat ve amfetamin gibi stimülan ilaçlarla başarılı bir şekilde tedavi edilmektedir. Klinik araştırmalardaki katılımcıların %20-35'i başlangıçtaki stimülan tedavisine yetersiz yanıt verdiği bildirilmektedir. Bu nedenle DEHB tedavisinde stimülan dışı alternatifler araştırılmış ve stimülan olmayan atomoksetin, klonidin ve guanfasin geliştirilmiştir. Çocuklarda DEHB tedavisi için uzun etkili guanfasinin kullanımı incelenmiş ve hiperaktivite ve dikkat eksikliğinde anlamlı iyileşme saptanmıştır. Bu erken çalışmalar, uzun etkili guanfasinin geliştirilmesini ve 2009 yılında DEHB tedavisinde formülasyonun Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi onayı almasını sağlamıştır. Amfetamin veya metilfenidatı tolere etmeyen hastalar, özellikle iştah azalması, uykusuzluk veya taşikardi olan hastalar için guanfasin uygun bir seçenektir. Bu makale, DEHB için uzun salımlı guanfasin ile ilgili mevcut literatürü gözden geçirmekte ve bu ilacın kimyasal yapısını, dozaj ve uygulamasını, etki mekanizmasını, farmakokinetiğini ve farmakodinamiğini, klinik deneylerdeki etkinliğini, güvenliğini ve tolere edilebilirliğini ve DEHB tedavisindeki rolünü tartışmaktadır.

Anahtar Kelimeler: DEHB, dikkat eksikliği, hiperaktivite, tedavi, guanfasin

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder ADHD is a serious psychiatric disorder that can lead to extremely serious psychiatric, academic and social problems if not treated, as well as being the most common psychiatric disorder of childhood. ADHD has been successfully treated with stimulant drugs such as methylphenidate and amphetamines for over half a century. It is reported that 20-35% of participants in clinical trials have an inadequate response to initial stimulant treatment. Therefore, non-stimulant alternatives have been investigated in the treatment of ADHD and non-stimulant atomoxetine, clonidine and guanfacine have been developed. The use of long-acting guanfacine for the treatment of ADHD in children was examined and significant improvement was found in hyperactivity and attention deficit. These early studies led to the development of long-acting guanfacine and, in 2009, the formulation received United States Food and Drug Administration approval for the treatment of ADHD. For patients who do not tolerate amphetamine or methylphenidate, especially those with decreased appetite, insomnia or tachycardia, guanfacine is a suitable option. This article reviews the available literature on extended-release guanfacine for ADHD and discusses its chemical structure, dosage and administration, mechanism of action, pharmacokinetics and pharmacodynamics, efficacy, safety and tolerability in clinical trials, and its role in the treatment of ADHD.

Keywords: ADHD, attention deficit, hyperactivity, treatment, guanfacine

Giriş

DEHB Tedavisindeki Mevcut Durum

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk çağının en sık görülen psikiyatrik bozukluğu olmasının yanı sıra tedavi edilmediğinde son derece ciddi psikiyatrik, akademik ve sosyal sorunlara yol açabilen ciddi bir psikiyatrik bozukluktur.

Yarı asrı aşkın bir süredir DEHB, metilfenidat ve amfetamin gibi stimülan ilaçlarla başarılı bir şekilde tedavi edilmektedir.¹ Ancak tüm hastalar stimülanlara yanıt vermediği gibi bazı olguların stimülanları yan etki nedeniyle tolere edememesi ve bazı durumlarda stimülanlar kontrollü reçeteyle satıldığı için aileler tarafından tercih edilmeyebilmektedir. Klinik araştırmalardaki katılımcıların %20-35'i başlangıçtaki stimülan tedavisine yetersiz yanıt verdiği bildirilmektedir.² Bu nedenle

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Hakan Öğütü, Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Bölümü, Ankara, Türkiye

Tel.: +90 506 850 96 30 E-posta: hogutlu@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0002-1325-446X

Geliş Tarihi/Received: 22.03.2023 Kabul Tarihi/Accepted: 22.03.2023

©Telif Hakkı 2023 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



DEHB tedavisinde stimulan dışı alternatifler araştırılmış ve stimulan olmayan atomoksetin, klonidin ve guanfasin geliştirilmiştir. Tümü, DEHB'yi tedavi etmek için Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmıştır.³⁻⁶

Bu makale, DEHB için uzun salımlı guanfasin ile ilgili mevcut literatürü gözden geçirmekte ve bu ilacın kimyasal yapısını, dozaj ve uygulamasını, etki mekanizmasını, farmakokinetiğini ve farmakodinamisini, klinik deneylerdeki etkinliğini, güvenliğini ve tolere edilebilirliğini ve DEHB tedavisindeki rolünü tartışmaktadır.

Uzun Salımlı Guanfasin Formülasyonu

Kimyasal Yapı

Guanfasinin kimyasal adı N-amidino-2-(2,6-diklor-fenil)asetamid monohidroklorür'dür ve moleküler formülü C₉H₉Cl₂N₃O-HCl'dir. Uzatılmış salımlı (US) guanfasin oral yoldan 1 mg, 2 mg, 3 mg ve 4 mg konsantrasyonlarında matriks tablet formülasyonunda dağıtılmaktadır. Guanfasin beyaz/açık beyaz kristal tozudur. Su, alkol ve aseton içinde oldukça çözünen bir maddedir. Guanfasin metanol içinde yüksek çözünürlüktedir.⁷

Dozaj ve Uygulama

Guanfasinin tamamen yutulması gerekir. Tabletlerin manipülasyonu (ısıрма, çiğneme, kırılma) guanfasin salınım hızını artıracaktır. FDA, US guanfasinin günde bir kez, 1 mg/gün dozunda başlanmasını önerir. İlaç haftada 1 mg artırılarak maksimum doz 7 mg/güne kadar ulaştırılabilir. Monoterapi klinik deneylerine dayanarak, hedef doz 0.05-0.12 mg/kg/gündür. Psikostimulanlarla birlikte kullanıldığında, klinik deneyler 0.05-0.12 mg/kg/gün arasındaki optimal dozları göstermiştir. Ancak, 4 mg/gün üzeri dozlar kombinasyon çalışmalarında incelenmemiştir. Guanfasinin kesilmesi sırasında, rebound hipertansiyon riskini azaltmak için her 3-7 günde en fazla 1 mg/gün azaltmak önerilir.⁷

Farmakodinamik

Çabuk salımlı (ÇS) guanfasin, 1986 yılında hipertansiyon tedavisinde FDA tarafından onaylanan bir α_2 a agonistidir.⁷ Daha sonra yapılan çalışmalar, dikkat ve motor davranışın düzenlenmesinde prefrontal korteksin (PFC) rolünü tanımlamış ve norepinefrin eksikliğinde gecikmiş yanıt görevi için performansın iyileştirilmesinde α_2 agonistlerin rolünü belirlemiştir.⁸ ÇS guanfasinin, diğer spesifik olmayan α_2 agonistlere (örneğin, klonidin) kıyasla daha az yan etki ile PFC reseptörlerini daha iyi hedef aldığı gösterilmiştir.⁹

1995 yılında Hunt ve ark.¹⁰ tarafından yapılan küçük bir açık etiketli çalışmada 13 katılımcıda, çocuklarda DEHB tedavisi için ÇS guanfasinin kullanımı incelenmiş ve hiperaktivite ve dikkat eksikliğinde anlamlı iyileşme saptanmıştır. Bu erken çalışmalar, US guanfasinin geliştirilmesini ve 2009 yılında DEHB tedavisinde formülasyonun FDA onayı almasını sağlamıştır. US guanfasin 2013 yılında Health Canada ve 2015 yılında Avrupa Birliği tarafından da onaylanmıştır.⁷ Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), US guanfasin 6-17 yaş arası çocuklar için DEHB tedavisinde monoterapi olarak onaylanmıştır. Sonrasında

2011 yılında US Guanfasin, FDA tarafından stimulanlarla birlikte kullanım için de onaylanmıştır.¹¹

Farmakodinamik ve Metabolizma

Guanfasin çocuk ve gençlerde kolayca emilir ve yaklaşık %70'i plazma proteinlerine bağlanır. Guanfasin α_2A reseptör alt tipine, diğer α_2B veya α_2C alt tiplerine kıyasla 15-20 kat daha yüksek bir afiniteye sahiptir.⁷

US guanfasin ve ÇS guanfasin farklı farmakokinetiğe sahiptir. Yetişkinlerde tek doz US guanfasin 1 mg, dozlamadan 6,0 (4,0-8,0) saat sonra (T_{maks}), $1,0 \pm 0,3$ ng/mL ortalama maksimum konsantrasyona (C_{maks}) sahipken, ÇS guanfasin 1 mg'nin C_{maks} değeri $2,5 \pm 0,6$ ng/mL ve T_{maks} 3,0 (1,5-4,0) saattir. US guanfasinin yarı ömrü ($T_{1/2}$) 18 ± 4 saat iken, ÇS guanfasinin $T_{1/2}$ 'si 16 ± 3 saattir. US guanfasinin ÇS guanfasine karşı relatif biyoyararlılığı %58'dir.⁷

US guanfasin günde bir kez olarak dozlanır. Yağlı bir yemekle alınması ile konsantrasyonları ciddi şekilde artar. Açken alınmasına göre, C_{maks} yaklaşık %75 oranında artar.⁷ 2 mg US guanfasin çoklu dozlardan sonra T_{maks} 'i (medyan ve aralık) çocuklarda 4,98 saat (3,95-7,97) ve ergenlerde 4,53 saat (2,93-7,98) olarak saptanmıştır. Ergenler için C_{maks} [ortalama \pm standart sapma (SS)] 13-17 yaş arasında $2,9 \pm 0,77$ ng/mL iken, 6-12 yaş arası çocuklar için $4,4 \pm 1,66$ ng/mL'yd. C_{maks} farklılıkları vücut ağırlığı farklılıklarına bağlı olarak oluşmuş olabilir. Günlük tek seferde alınan 2 mg ve 4 mg dozlar değerlendirildiğinde farmakokinetikler lineerdir.¹²

Guanfasinin karaciğer metabolizması öncelikle CYP3A4 aracılığıyla gerçekleşir.⁷ Bu, CYP3A4 ve CYP3A5 bir substratıdır, bu nedenle kan seviyeleri güçlü indükleyiciler ve inhibitörler tarafından etkilenir. Doktorlar, US guanfasini orta ila güçlü CYP3A4 inhibitörleri (eritromisin veya flukonazol gibi) ile birlikte kullandıklarında guanfasin dozunu %50 azaltmalı; orta ve güçlü CYP3A4 indükörleri ile kullandıklarında 1-2 haftalık titrasyon sırasında US guanfasin iki katına çıkarmalıdır.¹³

Uzun Salımlı Guanfasin Klinik Etkinliği

Çocuk ve Ergenlerde DEHB Tedavisinde US Guanfasin Monoterapisi

Birçok çalışma, US guanfasin monoterapisi ile plasebo karşılaştırıldığında guanfasinin çocuk ve ergenlerde DEHB tedavisinde etkili olduğunu göstermiştir.^{3,4,14} US guanfasinin etkisi, 2 mg, 3 mg veya 4 mg/gün dozda yapılan, çift-kör, plasebo kontrollü, paralel tasarımlı, 8 haftalık bir çalışmada incelenmiştir. DEHB tanısı almış 6-17 yaş arasındaki toplam 345 katılımcı tedavi gruplarına (259'u US guanfasine ve 86'sı plaseboya) atanmıştır. US guanfasin, DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV (ADHD-RS-IV) toplam puanlarını anlamlı olarak azaltmıştır. Tüm US guanfasin tedavi kollarında ADHD-RS-IV toplam puanlarındaki ortalama son nokta düşüşü, plasebo grubundaki 8,9'a kıyasla 16,7'dir. Tüm ADHD-RS-IV US guanfasin tedavi bölümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma vardır; US guanfasinin 2 mg, 3 mg ve 4 mg için plasebo-ayrılı en küçük kareler (LS) anlamlı son nokta değişimleri şöyledir: -7,70, -7,95 ve -10,39, sırasıyla. Aynı tedavi kollarında için etki boyutları 0,64, 0,66 ve 0,86'dır.⁴

Ayrıca, tüm tedavi kollarında US guanfasin monoterapisi, Klinik Global İzlenim Hastalık Şiddeti Ölçeği, Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği - Yenilenmiş: Kısa Form, Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği - Yenilenmiş: Kısa Form ve Ebeveyn Global Değerlendime Ölçeği gibi ikincil sonuç ölçümlerinde anlamlı bir azalmaya yol açmıştır. Çalışmayı katılımcıların %62'si tamamlayabilmiştir; %12,5'i yan etkiler ve %10,4'ü etkisizlik nedeniyle çalışmadan ayrılmıştır. En sık rastlanan yan etkiler uyku hali, yorgunluk, üst abdominal ağrı ve sedasyondur.⁴

Başka bir çift-kör, plasebo kontrollü, paralel tasarımlı, 9 haftalık bir çalışmada, 6-17 yaş arası 324 kişi US guanfasin 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg veya plasebo gruplarına randomize edilmiştir. Çalışmada, guanfasin gruplarındaki ADHD-RS-IV toplam skorlarının ortalama değişimi -19,6 (SS: 13,9), plasebo grubunda ise -12,2'dir (SS: 13,0). Guanfasin tedavi kollarındaki ADHD-RS-IV toplam skor değişimleri istatistiksel olarak anlamlıdır. Plasebo-ayarlı LS ortalama azalışları 1 mg, 2 mg, 3 mg ve 4 mg GXR tedavi kollarında sırasıyla şöyledir: -6,75 (p=0,0041), -5,41 (p=0,0176), -7,34 (p=0,0016) ve -7,88 (p=0,0006). Etki boyutları ise 1 mg grubu (0,53); 2 mg grubu (0,43); 3 mg grubu (0,58); 4 mg grubu (0,62)'dir. Gruplar ağırlıklarına göre tabakalandırıldığında, etki boyutu 0,01-0,04 mg/kg grubunda 0,41'den 0,13-0,16 mg/kg grubu için 0,89'a yükselmiştir. Bu çalışmada yan etkiler nedeniyle tedaviye ara verme oranı plasebo grubunda (7,6%) ve US guanfasin grubunda (7,4%) benzerdir.³

US guanfasin adolesanlarda günde 7 mg'a kadar dozlarda incelenmiştir. 13 haftalık, çok merkezli, plasebo kontrollü, çift-kör, randomize, değişken dozlu bir çalışma 13-17 yaş arası katılımcılara uygulanmıştır. Toplam 314 katılımcı US guanfasin veya plasebo gruplarına 1:1 oranında alınmıştır. Katılımcıların neredeyse yarısı (%46,5) US guanfasinin 5 mg, 6 mg veya 7 mg optimal dozunu almıştır. Guanfasin tedavi kolları ADHD-RS-IV LS ortalama değişimini plasebo grubunda -18,5'e karşın -24,6 olarak sağlamıştır. Klinik Global İzlenim - Şiddet skorları guanfasin grubunda %50,6 azalmış, plasebo grubunda ise %36,1 olarak elde edilmiştir.¹⁴

US guanfasinin etkililiği ve güvenliği, Avrupa, Kanada ve ABD'de gerçekleştirilen çok merkezli, çift-kör, plasebo kontrollü bir çalışmada da değerlendirilmiştir. DEHB tanılı 6-17 yaş arası kişiler US guanfasin, atomoksetin veya plasebo gruplarına randomize edilmiştir.¹⁵ Atomoksetin plaseboya karşı referans uç olarak kullanılmıştır. Altı - on iki yaş arası çocuklara 4 hafta boyunca plasebo, atomoksetin veya US guanfasinin 1-4 mg/gün dozları ile doz düzenlemesi yaptırılırken, 13-17 yaş arası kişilere 7 hafta boyunca plasebo, atomoksetin veya US guanfasinin 1-7 mg/gün dozları ile doz düzenlemesi yaptırılmıştır. Katılımcıların ağırlıklarına göre atomoksetinin 10-100 mg/gün arası dozlarına izin verilmiştir. Toplam 338 katılımcı randomize edilmiş ve çalışma 272 katılımcı ile (80,5%) tamamlanmıştır. En sık ara verme nedeni etkisizliktir. Guanfasin ve atomoksetin için ortalama (SS) optimizasyon dozları 3,6 (1,3) mg ve 42,1 (20,1) mg'dir. Guanfasin tedavisi ADHS-RS-IV toplam skorlarındaki LS ortalama (SS) düşüşlerinde atomoksetine karşın [-18,8 (1,2)] anlamlı olarak daha yüksek bir düşüşe yol açmıştır; -23,9.¹² Bu rapor edilen plasebo-ayarlı LS ortalama düşüş farkı, guanfasin tedavi kollarında -8,9, atomoksetinde ise -3,8 olduğunu

göstermiştir. Guanfasin tedavi grubu aynı zamanda Klinik Global İzlem-İyileşme puanlarında, Weiss İşlevsel Bozulma Derecelendirme Ölçeği - Ebeveyn Formu'nda atomoksetinden daha fazla iyileşmeler göstermiştir.¹⁶

Altı-on yedi yaş arası katılımcılarda US Guanfasin etkililiğinin DEHB alt türleri arasında farklılığını belirlemek için iki büyük çift-kör klinik çalışma (n=631) verileri analiz edilmiştir. Guanfasin ADHD-RS-IV toplam skorlarını hem kombine hem de dikkat eksikliği alt türlerinde anlamlı olarak azaltmıştır. ADHD-RS-IV toplam skorlarındaki LS (standart hata) ortalama değişimleri dikkat eksikliği alt türü için guanfasin grubunda -14,9 (0,91) ve plasebo grubunda -9,2'dir (1,67) (p=0,005, etki boyutu: 0,53). Kombine alt tür için guanfasin grubunda -19,7 (0,71) ve plasebo grubunda -11,0 (1,34) idi (p<0,001, etki boyutu: 0,65). Hiperaktif/impulsif alt türü küçük örneklem boyutu nedeniyle analiz edilmemiştir. Dikkat eksikliği olan katılımcılarda anlamlı iyileşmeler 3. haftada saptanmamış ancak, kombine alt tür katılımcılar için ilaç ve plasebo grupları arasında 1. haftadan itibaren anlamlı farklılıklar vardır.¹⁷

Uzatılmış Salımlı Guanfasin Etkinliği ve Uygulama Zamanı

Çalışmalar, US guanfasinin klinik etkinliğinin verilmiş zamanına bağlı olmadığını göstermiştir. Altı-on iki yaş arası 333 çocukta yapılan çift-kör, plasebo-kontrollü paralel grup çalışması, günde bir kez 1-4 mg'lık dozlardaki guanfasinin, ister sabah ister akşam uygulansın, etkili olduğunu göstermiştir. Ortalama ADHD-RS-IV toplam puanları başlangıçta tüm tedavi kollarında (US guanfasin sabah, akşam veya plasebo) benzerdir. Tedavinin sonunda, sabah veya akşam uygulamasından bağımsız olarak, her iki guanfasin grubu da plaseboya kıyasla ortalama ADHD-RS-IV toplam puanında anlamlı bir düşüşe sahiptir. Guanfasin sabah, akşam ve plasebo grupları için başlangıca göre ortalama değişiklikler sırasıyla -19,8 (12,95), -20,1 (13,04) ve -11,0'dır (12,93). ADHD-RS-IV ile plasebo arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık, ilaca başladıktan 1 hafta sonra meydana gelmiştir.¹⁸

Psikostimulanlara Ekleme Tedavisi Olarak Guanfasin Tedavisi

Stimülanlarla kombinasyon halinde guanfasin hem açık etiketli hem de çift-kör klinik çalışmalarda değerlendirilmiştir. Kısmi stimülan yanıtı olan ve en az 1 ay boyunca amfetamin veya metilfenidat ile tedavi edilen 6-17 yaş arası 75 katılımcıyla 9 haftalık, açık etiketli bir çalışma yürütülmüştür.¹⁹ Her iki psikostimülan kombinasyon grubunda ADHD-RS-IV toplam puanlarında anlamlı iyileşme bulundu: Guanfasin + metilfenidat grubu 17,8'lik bir azalmaya yol açarken, guanfasin + amfetamin 13,8'lik bir azalmaya yol açtı. Kombinasyon tedavisi ile ADHD-RS-IV'teki ortalama iyileşme yüzdesi %56,0 idi.

Guanfasin ayrıca, 9 haftalık çift-kör, plasebo kontrollü bir guanfasin çalışmasında amfetamin veya metilfenidata kısmi yanıt veren 6-17 yaş arası 461 katılımcıda psikostimulanlara ek tedavi olarak değerlendirildi.²⁰ Katılımcılar, sabah saatlerinde guanfasin ve öğleden sonra plasebo, sabah saatlerinde plasebo ve öğleden sonra guanfasin veya günde iki kez plasebo olacak şekilde randomize edilirken sabit stimülan dozlarına devam ettiler. Her iki guanfasin grubu da, plaseboya kıyasla

başlangıçtan son tedavi değerlendirmesine kadar ADHD-RS-IV'de anlamlı gelişme gösterdi (guanfasin sabah kullanımı $p=0,002$ ve guanfasin akşam kullanımı $p<0,001$). Guanfasin + stimülan ile tedavi edilen katılımcılar ADHD-RS-IV toplam skoru ≤ 18 olarak tanımlanan DEHB semptomlarında daha yüksek oranda remisyon sağladı: %61,1 guanfasin sabah kullanımı, %62,2 guanfasin akşam kullanımı, %46,1 plasebo, $p<0,001$ her iki guanfasin kullanımı için).²¹ Guanfasinin sabah veya akşam dozlanması fark etmeksizin, kombinasyon tedavisi ile anlamlı iyileşmeler kaydedilmiştir.²²

Guanfasin artı psikostimülan tedavisi, tek merkezli, çift-kör, çapraz bir çalışmada bir stimülan ile kombinasyon halinde kullanıldığında, DEHB tanısı olan 6-12 yaş arası çocuklarda yürütücü işlevi (EF) plaseboya kıyasla önemli ölçüde iyileştirmiştir.²³ Çift-kör doz optimizasyonu aşamasında katılımcılarda guanfasin dozu 1 mg/gün ile başlanmış ve 4 hafta boyunca maksimum 4/gün mg'ye yükseltilmiştir. Katılımcılar, optimal guanfasin/plasebo + stimülan dozuna 8 hafta boyunca devam ettiler, ardından guanfasin/plasebo dozunu azalttılar. EF'ler, katılımcının ebeveyni veya velisi tarafından doldurulan 90 maddelik bir anket olan Yürütücü İşlevinin Davranışsal Derecelendirme Envanteri (BRIEF-P) ile ölçülmüştür. Çalışmayı toplam 39 katılımcı tamamlamıştır. BRIEF-P global yürütücü bileşik, guanfasin + stimülan grubunda önemli ölçüde iyileştirilmiştir [LS ortalama -3,0, %95 güven aralığı (GA) (-5,9, -0,2); $p=0,039$].

Guanfasin ile DEHB Tedavisinde Kullanılan Diğer Uyarıcı Olmayan İlaçların Karşılaştırma Çalışmaları

US guanfasin, atomoksetine benzer bir güvenlik ve tolerans profiline sahip gibi görünmektedir, ancak US guanfasin, DEHB'nin temel semptomlarını azaltmada üstün görünmektedir.¹⁵ Randomize kontrollü çalışmada katılımcılara (6-17 yaş; $n=272$) 4 hafta boyunca (veya 13 yaş üzeri 7 hafta) rastgele US guanfasin (1-7 mg), atomoksetin (10-100 mg) veya plasebo verildi. DEHB alt tiplerinin yüzdeleri, DEHB-DE (%8,9-13,2), DEHB-HA (%2,7-5,3) ve DEHB-Kombine (%81,6-88,4) idi. Tedaviyi bırakma oranı her üç tedavi grubu için de benzerdi (%17,1-20,9). Bununla birlikte, tedavinin kesilmesine yol açan tedaviyle ortaya çıkan yan etkilerin yüzdesi, US guanfasinde (%7,9), atomoksetin (%4,5) ve plasebodan (%0,9) daha yüksekti. US guanfasin ($n=1$) ve plasebo ($n=1$) ile her ikisi de senkopa bağlı tedaviyle ilişkili iki ciddi yan etki bildirilmiştir. US Guanfasin ile en yaygın olarak bildirilen tedaviyle ortaya çıkan yan etkiler somnolans (%43,9), baş ağrısı (%26,3) ve yorgunluk (%25,4), iştah azalması (%27,7), mide bulantısı (%26,8) idi. Atomoksetin ile yorgunluk (%21,4) ve baş ağrısı (%19,6) bildirilmiştir. Baş ağrısı (%24,3) ayrıca plasebo grubunda en sık bildirilen yan etki olmuştur. Hiperaktivite/dürtüsellik ve dikkat eksikliği davranışları için alt ölçek puanları, yaklaşık -1.8 azalmaya sahip atomoksetin ile karşılaştırıldığında, yaklaşık -4.4 azalma ile US guanfasin ile daha iyi hale getirilmiştir. ADHD-RS-IV skorlamasında, atomoksetin tedavisine (3. hafta) kıyasla US guanfasin tedavisi (1. hafta) ile daha erken anlamlı iyileşmeler sağlandı.²⁴ Bu çalışma, bir monoterapi olarak US guanfasinin, 7 ila 10 haftalık bir tedavi süresi boyunca çocuklarda ve ergenlerde DEHB ile ilişkili davranışları iyileştirmede atomoksetinden daha iyi bir etkinliğe sahip olduğunu desteklemektedir. Shire'nin

sponsorluğundaki (US guanfasin üreticisi) bu çalışmanın, tedavi iyileştirmeleri ve bağlılığı hakkında daha uzun bir değerlendirme sağlamadığını ve atomoksetin ile US guanfasin arasında doğrudan (yani, katılımcılar içinde "çapraz tasarım") değil, plasebo ile tedavi edilen grupla karşılaştırmalar yapmak için tasarlandığını belirtmek önemlidir.

Guanfasinin seçici bir $\alpha 2A$ reseptör agonisti olması ve klonidin tüm $\alpha 2$ reseptör alt tiplerinde bir agonist olması nedeniyle, US guanfasinin DEHB tedavisinde klonidin XR'den daha etkili olduğu veya daha iyi bir güvenlik profiline sahip olduğu anlamına gelebilir. Bugüne kadar, bire bir karşılaştırmada US guanfasinin klonidin XR'den üstün olduğu iddiasını doğrudan destekleyen hiçbir çalışma yoktur. Bununla birlikte, bir meta-analiz (12 RCT; $n=2,276$), $\alpha 2$ reseptör agonistlerinin (guanfasin ve klonidin) bir monoterapi olarak ve çocuklarda ve ergenlerde DEHB'nin stimülan tedavisi için bir adjuvan olarak etkinliğini incelemiştir.²⁵ Bir monoterapi olarak klonidin XR ve US guanfasin, plasebo ile karşılaştırıldığında DEHB semptomlarını azaltmada eşit derecede iyi performans gösterdi [ortalama tedavi süresi 9,7 hafta olan dokuz randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ)]. US guanfasin, tolere edilemezlik nedeniyle bırakmada plasebodan farklı değildi, ancak klonidin XR, plasebodan önemli ölçüde daha fazla tolere edilemezliğe bağlı bırakma vakasına sahipti. Yorgunluk ve somnolans, klonidin XR ve US guanfasin ile plaseboya göre daha sık bildirilmiştir. US guanfasinde ayrıca sedasyon daha sık görülmüştür ve elektrokardiyogramda (EKG) plaseboya göre uzun bir düzeltilmiş QT aralığı (ortalama 5,3 ms) bildirilmiştir.²⁵ Bir adjuvan (ekleniti) olarak klonidin XR ve US guanfasin ile stimülan tedavi karşılaştırıldığında, her ikisi de plaseboya kıyasla DEHB semptomlarını azaltmada etkiliydi (ortalama tedavi süresi 7,7 hafta olan üç RKÇ). Ek olarak, US guanfasin, en az bir yan etki bildiren hastalarla ilişkiliydi (somnolans; $RR=2,97$, $p<0,001$), oysa klonidin XR değildi. Uyarıcılara adjuvan olarak hem klonidin XR hem de US guanfasin, hemodinamik uç noktaları değiştirdi. Spesifik olarak, klonidin XR kalp atış hızını 1,1 atım/dak ($p=0,01$) düşürdü ve sistolik kan basıncını (SKB) düşürdü ($p=0,02$). US guanfasin kalp atış hızını 6,8 atım/dk düşürdü ($p<0,0001$) ve SKB ($p=0,0004$) ve diyastolik kan basıncını (DKB) ($p=0,0002$) düşürdü. En önemlisi, bir monoterapi olarak, bu hemodinamik etkiler ne US guanfasin ne de klonidin XR için önemli ölçüde değişmedi. Adjuvan çalışmalarda EKG ölçümleri yapılmadı. Ayrıca, XR formülasyonlarının, etkinlik sonuçları üzerinde klonidin ve guanfasinin hızlı salınan formülasyonlarından daha iyi performans gösterdiği de belirtilmelidir. Bu bulgular, bir monoterapi veya adjuvan tedavi olarak, US guanfasin'in DEHB sonuçlarını iyileştirdiğini göstermektedir. US guanfasin ile ilişkili somnolans, stimülan tedaviye eklenerek düzelmedi. $\alpha 2$ -reseptör agonistlerinin hemodinamik etkileri, özellikle de US guanfasin ile, bir stimülan ile birleştirildiğinde şiddetleniyor gibi görünüyordu. Hangi uyarıcının (yani, metilfenidat, amfetamin tuzları veya lisdeksafetamin) olumsuz kardiyovasküler etkileri şiddetlendirmek için $\alpha 2$ -reseptör agonistleri ile etkileşime girdiğini belirlemek için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Genel olarak, mevcut verilerden, US Guanfasin ve klonidin XR'nin DEHB tedavisinde eşdeğer etkinliğe sahip olduğu görülmektedir. US guanfasin, somnolans ve olumsuz

kardiyovasküler etkilerle daha fazla ilişkili olsa da bu etkilerin klinik önemi bilinmemektedir. US guanfasinin klonidin XR'den daha iyi tolere edildiği görülmektedir, çünkü tolere edilemezlikle ilişkili kesilme oranları klonidin XR'de daha yüksektir. Bununla birlikte, bu bulguların daha uzun süreli verilerle test edilmesi gerekmektedir.

Guanfasin ile Uzun Süreli İdame Tedavisi

Guanfasinin DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin uzun süreli idame tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir. Daha önceki iki klinik çalışmanın birinde guanfasin monoterapisi veya uyarıcılarla kombinasyon halinde tedavi edilen 6-17 yaş arası katılımcılara, 24 aya kadar monoterapi olarak veya bir uyarıcı ile kombinasyon halinde günde 1-4 mg guanfasin verildi.²⁶ ADHD-RS-IV, başlangıçta monoterapi grubu için 40,6 (8,5) ve kombinasyon tedavisi için 29,3 (10,9) ortalama toplam puan ile birincil etkililik ölçüsüyüdü. Son noktadaki ortalama ADHD-RS-IV tüm doz grupları için 18,1 (12,4) idi. Dahil edilen 262 katılımcıdan sadece 60'ı (%22,9) çalışmayı tamamladı. Çalışmayı bırakmanın en yaygın nedeni çalışmayı sürdürmekten vazgeçmeyi (n=73, %27,9). Toplam 27 katılımcı (%10,3) etkinlik eksikliği nedeniyle ve 31 katılımcı (%13,6) yan etkiler nedeniyle çalışmadan geri çekildi. Monoterapi grubunda çalışmayı bırakma oranları, kombinasyon grubuna göre daha yüksekti.²⁶

İkinci bir 2 yıllık açık etiketli çalışmada, 8 haftalık, çift-kör, plasebo kontrollü bir araştırmaya katılan 6 ila 17 yaşları arasındaki 240 katılımcıya günde 2 mg guanfasin başlandı ve maksimum 4 mg'ye titre edildi.²⁷ ADHD-RS-IV toplam puanları, çalışma sırasında ortalama 18,1 düşüşle iyileşti. Çalışma sırasında toplam 198 kişi çalışmayı yarıda bıraktı. Çalışmayı yarıda bırakmanın en yaygın nedeni rızanın geri alınmasıydı (n=67, %34), ancak %26'sı yan etkilere ikincil olarak çalışmayı yarıda bıraktı. Çalışmayı yarıda bırakmaya neden olan en yaygın yan etkiler somnolans (%3,8), kilo artışı (%2,9) ve yorgunlukta (%2,1).²⁷

Avrupa'da, daha önce bir çift-kör guanfasin denemesini tamamlamış olan 6-17 yaş arası 215 kişi, guanfasin 1-7 mg'nin 2 yıllık bir güvenlik ve etkililik çalışmasına kaydolmuştur.²⁸ Katılımcılar, 7 haftaya kadar doz optimizasyonunu, ardından 95 haftalık guanfasin idamesini ve 2 haftalık doz azaltımını tamamladı. Başlangıçtaki ortalama ADHD-RS-IV toplam puanı 36,7 idi ve bitiş noktasında 19,8 azalmıştı. ADHD-RS-IV'teki iyileşmenin çoğu 4. haftada gerçekleşti (-14.9). Tam analiz setine kayıtlı 209 katılımcıdan 133'ü (%62,1) çalışmayı tamamladı. Sadece 19 kişi (%8,9) etkililik eksikliği nedeniyle ilacı bıraktı.²⁸

Güvenlik ve Tolere Edilebilirlik

Guanfasin tedavisi için güvenlik değerlendirmeleri yan etkileri, hayati belirtileri ve EKG içermektedir. Genel olarak, guanfasin iyi tolere edilmektedir. Çift-kör guanfasin çalışmalarındaki yan etkiler genellikle somnolans (%13,6-44,3), sedasyon (%4,3-14,5) ve yorgunluk (%9,4-23) olarak bildirilmektedir.^{3,4,18,20,29} Bu yan etkilerin şiddeti genellikle hafif ila orta şiddet, doza bağımlı olduğu belirtilmekte, tedavinin 1-3. haftalarında zirveye ulaştıktan sonra giderek azaldığı bildirilmektedir.^{30,31} Ancak, somnolans ve yorgunluğun çalışmayı bırakmanın yaygın

nedenleri olduğu belirtilmektedir.³ Guanfasin ile ilişkili sedatif yan etkiler, havuzlanmış esnek doz çalışmalarında, havuzlanmış zorunlu doz çalışmalarından daha yaygın (%50,2'ye karşı %38,4).³⁰

Göze çarpan diğer yan etkiler arasında senkop da vardı. Bilinen bir senkop öyküsü olan katılımcılar, klinik çalışmalara dahil edilmedi. Çalışmalar sırasında birkaç nöbet bildirilmiş olsa da katılımcıların çoğunda karıştırıcı faktörler vardı. Örneğin, aynı anda mide bulantısı, kusma ve sinüziti olan ve guanfasin + stimulan alan bir katılımcıda guanfasin + stimulan denemesinde bir atak rapor edilmiştir.²⁰ Beş katılımcı, uzun süreli guanfasin uzatma çalışmalarında guanfasinde senkop bildirdi. İlişkili diğer karıştırıcı durumlar arasında önceki senkop epizotları, eşzamanlı hastalık, sıcak hava, dehidratasyon ve/veya uzun süreli ayakta durma yer almaktadır.²⁶ Etkililik çalışmasının randomize yoksunluk idame çalışmasında bir senkop epizodu rapor edildi ve guanfasin ile ilişkili kabul edildi.¹⁸ Sabah veya öğleden sonra dozlanan guanfasini değerlendiren faz 3 çok merkezli çalışmadaki yan etkiler stimulan ile kombine guanfasin alan grupta (guanfasin sabah kullanan grupta %77,3, guanfasin akşam kullanan grupta %76,3), stimulan ile plasebo alan gruba göre (%63,4) daha fazlaydı^{20,22}. Yan etkilerin çoğu hafif ila orta şiddette derecelendirilmiştir.

Genel olarak guanfasin tedavisi, tedavinin başlangıcında ve artan dozla nabız hızında, SKB'de ve DKB'de sadece hafif ila orta dereceli düşüşlerle ilişkilendirilmiştir.^{15,17} Guanfasin azaltılıp kesildiğinde bu değerler temel değerlere geri döndü.¹⁷ 4 mg/gün'e kadar guanfasinin plasebo ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, oturarak KB için başlangıca göre ortalama değişiklik aralığı şu şekildeydi: SKB; 1 mg/gün grubu için +0,54 mm/Hg ve 4 mg/gün grubu için -7,38 mm/Hg; DKB; en az 3 haftalık doz idame fazı sırasında guanfasin 1 mg/gün grubu için +1,24 ve 4 mg/gün grubu için -5,43 mm/Hg.³ Nabız için, doz idame fazı sırasındaki ortalama değişiklik: 2 mg/gün grubu için -1,29 ve 4 mg/gün grubu için -9,51 idi. Çift-kör periyodun sonunda, plasebo ile tedavi edilen katılımcıların %10'unda SPB <90 mm/Hg bulunurken, guanfasin ile tedavi edilen katılımcılarda bu oran %24'tür ve ortalama nabız hızı dakikada 75 atımdır (BPM). Sonuçların hiçbirini klinik olarak anlamlı kabul edilmemiştir. Diğer çalışmalar, guanfasin ile benzer kan basıncı ve nabız değişiklikleri bildirmiştir.⁴ İki yıllık, uzun süreli, açık etiketli bir güvenlik çalışmasında, son değerlendirmede başlangıca göre değişiklikler daha düşük olarak bildirilmiştir.²⁸ Nabız (sırtüstü) için ortalama değişiklik -5,5 vuruş/dk; sırtüstü SKB için ortalama değişiklik 0,6 mmHg ve sırtüstü DKB için ortalama değişiklik 0,2 mmHg idi.

Büyük ölçekli çalışmalarda hiçbir EKG anormalliği ciddi yan etki olarak bildirilmemiştir. Guanfasinin QTc aralığı üzerindeki etkisinin, çocuklar ve ergenlerde dört guanfasin çalışmasını inceleyen bir meta-analizde küçük olduğu hesaplanmıştır [ortalama 5,3 ms, GA=2,7-7,9].²⁵ Bununla birlikte, yetişkinlerde 4 mg ve 8 mg dozlarında hızlı salınımlı guanfasin kullanılarak yapılan bir QTc çalışması, kalp hızına göre ayarlandıktan sonra ne terapötik ne de supratepatik hızlı salınımlı guanfasin dozlarının QTc aralığını uzatmadığını göstermiştir.³²

Çalışmalarda bildirilen birkaç EKG anormalliği, klinik olarak anlamlı kabul edildi ve US guanfasin ile ilişkiliydi. Sinüs bradikardisi, PR 266 ms ile birinci derece A-V bloğu, baş dönmesi ile semptomatik sinüs bradikardisi (kalp hızı 64 BPM), sinüs bradikardisi (nabız 50 BPM) ve kavşak kaçış komplekslerini içermiştir.^{3,26,27}

Stimülanların aksine, uzun süreli tedavi büyümeyi etkilemiyor gibi görünmektedir. İki yıllık bir çalışmada ortalama 13 pound (lbs) ağırlık artışı ve 2 inç (in) boy artışı ve başka bir 2 yıllık açık etiketli uzatma çalışmasında 15,4 lbs ve 2,7 boy artışı meydana geldi.^{26,27} İki yıllık üçüncü bir çalışmada, boy, kilo ve vücut kitle indeksi için Z-skorları çalışma boyunca sabit kaldı.²⁸

Uzman Görüşü

1.000'den fazla katılımcı, guanfasin için yapılan klinik araştırmalara katılmıştır. Etkinlik ve yan etkileri iyi tanımlanmıştır. Son on yılda MedWatch surveyansı yeni güvenlik endişeleri doğurmamıştır. Bağımsız örnekler kullanan, endüstri destekli dört randomize, kör ve plasebo kontrollü çalışma, 6 ila 17 yaşındaki çocuk ve ergenlerde DEHB için GXR'nin etkinliğini ve güvenliğini desteklemektedir.^{3,4,20,33} Kısa süreli çalışmalarda, etkinlik stimülanlardan daha azdı ve deneklerin yan etkiler nedeniyle guanfasini bırakma olasılığı stimülanlardan daha fazlaydı.^{3,4,34,35} Bununla birlikte, amfetamin veya metilfenidatı tolere etmeyen hastalar, özellikle iştah azalması, uykusuzluk veya taşikardisi olan hastalar için guanfasin uygun bir seçenektir. Amerikan psikiyatri akademisi kılavuzları, FDA onaylı bir ilacın kullanılmasını önermektedir.³⁶ Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Birliği Kılavuzları, guanfasinin onaylanmasından önce yayınlanmıştır ve bu nedenle kullanımını ele almamaktadır. "National Institute for Health and Clinical Excellence" kılavuzu, hastalar 6 haftalık ayrı metilfenidat veya lisdexamfetamine denemelerine yanıt vermediyse, üçüncü basamak olarak atomoksetin veya guanfasin kullanımını önerir.³⁷ Uzun süreli büyüme yavaşlaması, stimülanlara tedavi edilen birçok hasta için önemli bir endişe kaynağıdır.^{38,39} Hastada veya hastayla birlikte yaşayan bir aile üyesinde devam eden stimülan kötüye kullanımı ile ilgili endişeler varsa, guanfasin de tercih edilen bir tedavi olabilir. Guanfasinin bir diğer önemli avantajı da dozlanmanın günün herhangi bir saatinde yapılabilmesidir.

Guanfasin, diğer stimülan olmayan maddelere de tercih edilebilir. Guanfasini, atomoksetin ve plasebo ile karşılaştıran bir çalışmada, guanfasin katılımcılarında, atomoksetin katılımcılarından daha büyük ADHD-IV-RS azalmaları olmuştur.¹⁵ Stimülan ve stimülan olmayan maddelerin güvenlik ve etkililiğini karşılaştıran son meta-analizler, guanfasinin atomoksetinden daha etkili olduğu ancak çalışmalarda tüm nedenlere bağlı bırakma insidansının daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır.^{40,41} Tüm bu çalışmalar guanfasin üreticisi tarafından finanse edildiğinden, bu sonuçları doğrulamak için guanfasin ile atomoksetinin bağımsız bir karşılaştırmalarına ihtiyaç vardır.

Guanfasin günde bir kez alınabildiği için, ek hastalığı olmayan hastalarda günde iki doz gerektiren Klomidin-XR yerine tercih edilebilir. Guanfasin ve Klomidin-XR için bire bir karşılaştırmalı veri mevcut değildir. Çeşitli çalışmalar, guanfasin + stimülanların

kombinasyonunun, stimülanlara yetersiz yanıt veren kişilerde etkili olduğunu ve ilaçların birbirlerinin yan etkilerini azaltabileceğini bulmuştur.⁴² Guanfasin, DEHB tedavisi için yeterince kullanılmamaktadır. ABD FDA ilaç gözetiminden elde edilen veriler, guanfasin kullanımının 2009'da onaylanmasından bu yana biraz arttığını göstermektedir. 2009 (US Guanfasin'in FDA tarafından onaylandığı zaman) ile 2011 yılları arasında, 4-18 yaşları arasındaki 282.875 kişinin seçilen elektronik sağlık kayıtlarında psikotrop ilaçlar reçete ettiği bir inceleme, guanfasin kullanımının yalnızca %20'sinin endikasyon dahilinde olduğunu buldu - yani DEHB için guanfasin kullanımı şeklinde. Hastaların çoğu DEHB için hızlı salınımlı guanfasin aldı.⁴³ Guanfasin Kanada'da onaylanmış olmasına rağmen, 2016'da metilfenidat için 1,92 milyon, lisdeksamfetamin için 623.000 ve atomoksetin için 211.000'e kıyasla yalnızca 150.000 guanfasin reçetesi yazıldı.⁴⁴ Avrupa için hiçbir guanfasin verisi bulunmamaktadır.

Guanfasinin dozlaması, stimülanlarınkinden daha karmaşıktır. FDA onaylı endikasyonlar, 0,05-0,12 mg/kg/gün'lük bir hedef doz önermektedir. Bununla birlikte, yüksek yağ içeriği içeren yemeklerle ve ayrıca orta ila güçlü CYP3A4 inhibitörleri ve indükleyicileri ile birlikte alınırken dikkatli kullanılmalıdır. Endikasyonlar, orta ila güçlü CYP3A4 inhibitörleri alırken dozu önerilen düzeyin yarısına düşürmeyi ve orta ve güçlü CYP3A4 indükleyicileri alırken dozu 1 ila 2 hafta boyunca önerilen düzeyin iki katına kadar artırmayı önerir. Kılavuzlar ayrıca, hastanın ağırlığına rağmen günde 1 mg ile başlanmasını ve dozun haftada bir defadan daha erken artırılmamasını önerir. Bu tedbirli yaklaşım olumsuz olayları en aza indirecektir.

Karşı gelme-karşı gelme bozukluğu, anksiyete ve otizm spektrum bozukluğu gibi komorbid bozukluklar için bazı veriler mevcut olsa da, DEHB ile komorbid durumları ele almak için daha fazla sayıda kontrollü veriye ihtiyaç vardır.⁴⁵⁻⁴⁷ Bir randomize kontrollü çalışma, guanfasinin kaygısı olan kişilerde anlamlı bir etkisi olmadığını buldu, ancak çalışmanın birincil amacı guanfasinin güvenliğini ve tolere edilebilirliğini değerlendirmektir ve DEHB komorbiditesi olanlar hariç tutuldu.⁴⁸ Katılımcılar, 12 hafta boyunca guanfasin 1 ila 6 mg/gün veya plasebo ile esnek bir şekilde dozlanan yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu veya sosyal fobi/sosyal anksiyete bozukluğu tanımlı 6-17 yaş arası 83 çocuğu içermektedir. Pediatrik Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (PARS) ve Çocuklarda Anksiyeteye İlişkin Duygusal Bozukluklar için Tarama (SCARED) ölçekleri anksiyete ölçüm aracı olarak kullanılmıştır. Son noktada, PARS veya SCARED için tedavi grupları arasında anlamlı fark yoktu; bununla birlikte, guanfasin alan katılımcıların %54,2'si, plasebo alan katılımcıların %31,6'sına kıyasla "fazla" veya "çok fazla iyileşmiş" olarak derecelendirildi. Yan etkiler, guanfasinin bilinen yan etkileri ile tutarlıydı.

Ek olarak, bazı hayvan verileri, guanfasinin antidepresan benzeri bir etkiye sahip olduğunu ve insanlardaki verilerin yararlı olacağını düşündürmektedir.⁴⁹

Anahtar Bilgiler

- Guanfasinin tamamen yutulması gerekir. Tabletlerin manipülasyonu (ısıрма, çiğneme, kırılma) guanfasin salınım hızını artıracaktır.

- Monoterapi klinik deneylerine dayanarak, hedef doz 0.05-0.12 mg/kg/gündür.
- Guanfasinin kesilmesi sırasında, rebound hipertansiyon riskini azaltmak için her 3-7 günde en fazla 1 mg/gün azaltmak önerilir.
- US Guanfasin, 2009 yılında DEHB tedavisinde FDA tarafından onaylanmıştır. US guanfasin 2013 yılında Health Canada ve 2015 yılında Avrupa Birliği tarafından da onaylanmıştır.
- Amerika Birleşik Devletleri'nde, US guanfasin 6-17 yaş arası çocuklar için DEHB tedavisinde monoterapi olarak onaylanmıştır. Sonrasında 2011 yılında US Guanfasin, FDA tarafından stimülanlarla birlikte kullanım için de onaylanmıştır.
- US guanfasin günde bir kez olarak dozlanır.
- Yağlı bir yemekle alınması ile konsantrasyonları ciddi şekilde artar.
- Çalışmalar, US Guanfasinin klinik etkinliğinin veriliş zamanına bağlı olmadığını göstermiştir.
- Amfetamin veya metilfenidatı tolere etmeyen hastalar, özellikle iştah azalması, uykusuzluk veya taşikardisi olan hastalar için guanfasin uygun bir seçenektir.

Sonuç

DEHB için etkili farmakolojik tedavinin mevcudiyetine rağmen, halihazırda mevcut formülasyonlara yanıt vermeyen veya bunları tolere etmeyen bir hasta alt grubu için karşılanmamış bir ihtiyaç vardır. Suistimal ve bağımlılık riski taşımayan, iyi tolere edilen ve stimülan formülasyonlar kadar etkili bileşikler için araştırmalar devam etmektedir. Halihazırda üretim aşamasında olan ilaçlardan herhangi birinin önümüzdeki 5 yıl içinde bu hedefe ulaşip ulaşamayacağı net değil; bu nedenle guanfasin, öngörülebilir gelecekte DEHB tedavisi için yararlı bir ilaç olmaya devam edecektir.

Etik

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: Ü.I., Dizayn: Ü.I., Veri Toplama veya İşleme: Ü.I., H.Ö., M.Ö.K., Analiz veya Yorumlama: Ü.I., H.Ö., M.Ö.K., E.S.E., Literatür Arama: Ü.I., H.Ö., M.Ö.K., Yazan: Ü.I., H.Ö., M.Ö.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: ESE, Ali Raif ve Abdi İbrahim ilaç şirketleri adına konuşma yapmıştır.

KAYNAKLAR

1. Pelham WE, Aronoff HR, Midlam JK, Shapiro CJ, Gnagy EM, Chronis AM, Onyango AN, Forehand G, Nguyen A, Waxmonsky J. A comparison of ritalin and adderall: efficacy and time-course in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 1999;103:e43.
2. Pliszka S; AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:894-921.
3. Sallee FR, McGough J, Wigal T, Donahue J, Lyne A, Biederman J; SPD503 STUDY GROUP. Guanfacine extended release in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a placebo-controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48:155-165.
4. Biederman J, Melmed RD, Patel A, McBurnett K, Konow J, Lyne A, Scherer N; SPD503 Study Group. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of guanfacine extended release in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2008;121:e73-84.
5. Jain R, Segal S, Kollins SH, Khayrallah M. Clonidine extended-release tablets for pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50:171-179.
6. Faraone SV, Biederman J, Spencer TJ, Aleari M. Comparing the efficacy of medications for ADHD using meta-analysis. *MedGenMed*. 2006;8:4.
7. FDA. Intuniv Guanfacine extended-release tablets [Internet]. 2010 [cited 2023 Jan 15]. Available from: www.fda.gov/medwatch.
8. Arnsten AF, Steere JC, Hunt RD. The contribution of alpha 2-noradrenergic mechanisms of prefrontal cortical cognitive function. Potential significance for attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53:448-455.
9. Arnsten AF, Cai JX, Goldman-Rakic PS. The alpha-2 adrenergic agonist guanfacine improves memory in aged monkeys without sedative or hypotensive side effects: evidence for alpha-2 receptor subtypes. *J Neurosci*. 1988;8:4287-4298.
10. Hunt RD, Arnsten AF, Asbell MD. An open trial of guanfacine in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34:50-54.
11. FDA, Cder. Intuniv (guanfacine) extended-release tablets. [cited 2023 Jan 15]; Available from: <http://www.fda.gov/ForIndustry/DataStandards/StructuredProductLabeling/default.htm>.
12. Boellner SW, Pennick M, Fiske K, Lyne A, Shojaei A. Pharmacokinetics of a guanfacine extended-release formulation in children and adolescents with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Pharmacotherapy*. 2007;27:1253-1262.
13. Li A, Yeo K, Welty D, Rong H. Development of Guanfacine Extended-Release Dosing Strategies in Children and Adolescents with ADHD Using a Physiologically Based Pharmacokinetic Model to Predict Drug-Drug Interactions with Moderate CYP3A4 Inhibitors or Inducers. *Paediatr Drugs*. 2018;20:181-194.
14. Wilens TE, Robertson B, Sikirica V, Harper L, Young JL, Bloomfield R, Lyne A, Rynkowski G, Cutler AJ. A Randomized, Placebo-Controlled Trial of Guanfacine Extended Release in Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54:916-925.
15. Hervas A, Huss M, Johnson M, McNicholas F, van Stralen J, Sreckovic S, Lyne A, Bloomfield R, Sikirica V, Robertson B. Efficacy and safety of extended-release guanfacine hydrochloride in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, controlled, phase III trial. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2014;24:1861-1872.
16. Gajria K, Kosinski M, Sikirica V, Huss M, Livote E, Reilly K, Dittmann RW, Erder MH. Psychometric validation of the Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent Report Form in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13:184.
17. Sallee FR, Kollins SH, Wigal TL. Efficacy of guanfacine extended release in the treatment of combined and inattentive only subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2012;22:206-214.
18. Newcorn JH, Stein MA, Childress AC, Youcha S, White C, Enright G, Rubin J. Randomized, double-blind trial of guanfacine extended release in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: morning or evening administration. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52:921-930.
19. Spencer TJ, Greenbaum M, Ginsberg LD, Murphy WR. Safety and effectiveness of coadministration of guanfacine extended release

- and psychostimulants in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2009;19:501-510.
20. Wilens TE, Bukstein O, Brams M, Cutler AJ, Childress A, Rugino T, Lyne A, Grannis K, Youcha S. A controlled trial of extended-release guanfacine and psychostimulants for attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51:74-85.
 21. Cutler AJ, Brams M, Bukstein O, Mattingly G, McBurnett K, White C, Rubin J. Response/remission with guanfacine extended-release and psychostimulants in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014;53:1092-1101.
 22. Wilens TE, McBurnett K, Turnbow J, Rugino T, White C, Youcha S. Morning and Evening Effects of Guanfacine Extended Release Adjunctive to Psychostimulants in Pediatric ADHD. *J Atten Disord.* 2017;21:110-119.
 23. van Stralen JPM. A Controlled Trial of Extended-Release Guanfacine and Psychostimulants on Executive Function and ADHD. *J Atten Disord.* 2020;24:318-325.
 24. Ruggiero S, Clavenna A, Reale L, Capuano A, Rossi F, Bonati M. Guanfacine for attention deficit and hyperactivity disorder in pediatrics: a systematic review and meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2014;24:1578-1590.
 25. Hirota T, Schwartz S, Correll CU. Alpha-2 agonists for attention-deficit/hyperactivity disorder in youth: a systematic review and meta-analysis of monotherapy and add-on trials to stimulant therapy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014;53:153-173.
 26. Sallee FR, Lyne A, Wigal T, McGough JJ. Long-term safety and efficacy of guanfacine extended release in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2009;19:215-226.
 27. Biederman J, Melmed RD, Patel A, McBurnett K, Donahue J, Lyne A. Long-term, open-label extension study of guanfacine extended release in children and adolescents with ADHD. *CNS Spectr.* 2008;13:1047-1055.
 28. Huss M, Dirks B, Gu J, Robertson B, Newcorn JH, Ramos-Quiroga JA. Long-term safety and efficacy of guanfacine extended release in children and adolescents with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2018;27:1283-1294.
 29. Wilens TE, Robertson B, Sikirica V, Harper L, Young JL, Bloomfield R, Lyne A, Rynkowski G, Cutler AJ. A Randomized, Placebo-Controlled Trial of Guanfacine Extended Release in Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015;54:916-925.
 30. Huss M, McBurnett K, Cutler AJ, Hervás A, Bliss C, Gao J, Dirks B, Newcorn JH. Distinguishing the efficacy and sedative effects of guanfacine extended release in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2019;29:432-443.
 31. Faraone SV, McBurnett K, Sallee FR, Steeber J, López FA. Guanfacine extended release: a novel treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Clin Ther.* 2013;35:1778-1793.
 32. Martin P, Satin L, Kahn RS, Robinson A, Corcoran M, Purkayastha J, Youcha S, Ermer JC. A thorough QT study of guanfacine. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2015;53:301-316.
 33. Connor DF, Findling RL, Kollins SH, Sallee F, López FA, Lyne A, Tremblay G. Effects of guanfacine extended release on oppositional symptoms in children aged 6-12 years with attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional symptoms: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *CNS Drugs.* 2010;24:755-768.
 34. Faraone SV, Buitelaar J. Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2010;19:353-364.
 35. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, Atkinson LZ, Tessari L, Banaschewski T, Coghill D, Hollis C, Simonoff E, Zuddas A, Barbui C, Purgato M, Steinhausen HC, Shokraneh F, Xia J, Cipriani A. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2018;5:727-738.
 36. Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, Evans SW, Flinn SK, Froehlich T, Frost J, Holbrook JR, Lehmann CU, Lessin HR, Okechukwu K, Pierce KL, Winner JD, Zurhellen W; subcommittee on children and adolescents with attention-deficit/hyperactive disorder. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics.* 2019;144:e20192528. Erratum in: *Pediatrics.* 2020;145.
 37. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management [Internet]. [cited 2023 Jan 21]. Available from: <https://www.medscape.co.uk/viewarticle/attention-deficit-hyperactivity-disorder-diagnosis-and-2022a1001a97>
 38. Coghill DR, Banaschewski T, Nagy P, Otero IH, Soutullo C, Yan B, Caballero B, Zuddas A. Long-Term Safety and Efficacy of Lisdexamfetamine Dimesylate in Children and Adolescents with ADHD: A Phase IV, 2-Year, Open-Label Study in Europe. *CNS Drugs.* 2017;31:625-638.
 39. Spencer TJ, Faraone SV, Biederman J, Lerner M, Cooper KM, Zimmerman B; concerta study group. Does prolonged therapy with a long-acting stimulant suppress growth in children with ADHD? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45:527-537.
 40. Sikirica V, Findling RL, Signorovitch J, Erder MH, Dammerman R, Hodgkins P, Lu M, Xie J, Wu EQ. Comparative efficacy of guanfacine extended release versus atomoxetine for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: applying matching-adjusted indirect comparison methodology. *CNS Drugs.* 2013;27:943-953.
 41. Li Y, Gao J, He S, Zhang Y, Wang Q. An Evaluation on the Efficacy and Safety of Treatments for Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: a Comparison of Multiple Treatments. *Mol Neurobiol.* 2017;54:6655-6669.
 42. Childress AC, Sallee FR. Attention-deficit/hyperactivity disorder with inadequate response to stimulants: approaches to management. *CNS Drugs.* 2014;28:121-129.
 43. Fiks AG, Mayne SL, Song L, Steffes J, Liu W, McCarn B, Margolis B, Grimes A, Gotlieb E, Localio R, Ross ME, Grundmeier RW, Wasserman R, Leslie LK. Changing patterns of alpha agonist medication use in children and adolescents 2009-2011. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2015;25:362-367.
 44. Pringsheim T, Stewart DG, Chan P, Tehrani A, Patten SB. The Pharmacoepidemiology of Psychotropic Medication Use in Canadian Children from 2012 to 2016. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2019;29:740-745.
 45. Goel R, Hong JS, Findling RL, Ji NY. An update on pharmacotherapy of autism spectrum disorder in children and adolescents. *Int Rev Psychiatry.* 2018;30:78-95.
 46. Scahill L, McCracken JT, King BH, Rockhill C, Shah B, Politte L, Sanders R, Minjarez M, Cowen J, Mullett J, Page C, Ward D, Deng Y, Loo S, Dziura J, McDougle CJ; Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network. Extended-Release Guanfacine for Hyperactivity in Children With Autism Spectrum Disorder. *Am J Psychiatry.* 2015;172:1197-1206.
 47. Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 1: psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine. *Can J Psychiatry.* 2015;60:42-51.
 48. Strawn JR, Compton SN, Robertson B, Albano AM, Hamdani M, Rynn MA. Extended Release Guanfacine in Pediatric Anxiety Disorders: A Pilot, Randomized, Placebo-Controlled Trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2017;27:29-37.
 49. Mineur YS, Bentham MP, Zhou WL, Plantenga ME, McKee SA, Picciotto MR. Antidepressant-like effects of guanfacine and sex-specific differences in effects on c-fos immunoreactivity and paired-pulse ratio in male and female mice. *Psychopharmacology (Berl).* 2015;232:3539-3549.

Ergenlerde Sosyal Medya Bağımlılığı ve Psikopatoloji ile İlişkisi

Social Media Addiction in Adolescents and It's Relationship with Psychopathology

Özlem Şireli Bingöl¹, Mehmet Çolak²

¹Serbest Hekim, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, Muğla, Türkiye

²Serbest Hekim, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, İzmir, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı; ergenlerde sosyal medya bağımlılığı ile depresyon, sosyal anksiyete ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmaya lise düzeyinde eğitim gören, yaş ortalaması 15,4±1,3 yıl olan 120 ergen alınmıştır. Ölçekler çevrim içi anket olarak uygulanmıştır. Katılımcılar “Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)”, “Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği (ÇSAÖ)”, “Connors-Wells Ergen Öz Bildirim Ölçeği- Yenilenmiş Kısa Formu (C-WEÖÖ-YK)”, “Sosyal Medya Kullanım Bozukluğu Ölçeği (SMKBÖ-9)” ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaşları ile SMKBÖ-9 puanları arasında anlamlı ilişki saptanmazken SMKBÖ-9 puanları ile günlük sosyal medya kullanım süresi arasında pozitif orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. SMKBÖ-9 ile ÇSAÖ puanları arasında pozitif orta düzeyde anlamlı ilişki, SMKBÖ-9 ile C-WEÖÖ-YK'nin alt ölçek puanları değerlendirildiğinde; davranım bozukluğu alt ölçeği arasında pozitif zayıf düzeyde anlamlı ilişki, Bilişsel Problemler-Dikkatsizlik alt ölçeği arasında pozitif orta düzeyde anlamlı ilişki, DEHB indeksi arasında pozitif güçlü düzeyde anlamlı ilişki, C-WEÖÖ-YK toplam puanları arasında pozitif orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. SMKBÖ-9 ile ÇDÖ ve C-WEÖÖ-YK'nin hiperaktivite alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kurulan çoklu doğrusal regresyon modelinde; günlük sosyal medya kullanım süresi, ÇSAÖ, davranım bozukluğu, bilişsel problemler-dikkatsizlik, DEHB indeksi puanları ile C-WEÖÖ-YK toplam puanlarının SMKBÖ-9 puanları üzerinde anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Sonuçlarımız ergenlerin günlük sosyal medya kullanım süresi, sosyal anksiyete düzeyleri, DEHB belirti düzeyleri ile sosyal medya bağımlılık düzeylerinin ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ergenlik dönemi, sosyal medya bağımlılığı, psikopatoloji

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study is to investigate the relationship between social media addiction in adolescents and depression, social anxiety and level of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).

Materials and Methods: Participants are 120 adolescents currently enrolled in high school with an average age of 15.4±1.3 years. The inventories were applied through online means. Participants were evaluated with “Children’s Depression Inventory (CDI)”, “Social Anxiety Scale for Children (SASC)”, “Connors-Wells Self-Report Scale Revised Short Form (CASS-S)” and “Social Media Disorder Scale (SMD-9)”.

Results: While no significant relationship between the participants’ ages and their SMD-9 scores was found, there was a significant relationship between their SMD-9 scores and daily social media usage. A medium positive correlation between the SMD-9 and SASC scores, when SMD-9 and CASS-S subscale scores were evaluated; a weak positive correlation between the conduct disorder subscale, a medium positive correlation between the cognitive problems-inattention subscale, a strong positive correlation between the ADHD index, and a medium positive correlation between the CASS-S total scores was determined. No significant correlation was found between the scores of SMD-9, CDI, and hyperactivity subscale of CASS-S. According to the multi-linear regression model, a significant effect of daily social media usage, SASC, conduct disorder, cognitive problems-inattention, ADHD index scores and CASS-S total scores on SMD-9 scores.

Conclusion: Our results indicate that social media addiction in adolescents is related to daily social media usage, social anxiety levels and ADHD symptom levels.

Keywords: Adolescence, social media addiction, psychopathology

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Özlem Şireli Bingöl, Serbest Hekim, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, Muğla, Türkiye

Tel.: +90 506 930 92 04 E-posta: ozlemsireli@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0002-5549-4154

Geliş Tarihi/Received: 22.03.2021 Kabul Tarihi/Accepted: 05.06.2021



Giriş

Sosyal medya, sosyal etkileşim ve içerik oluşturmak için çeşitli teknolojik etkinliklerden oluşan bir yapı olarak tanımlanmaktadır.¹ Bireyler bu yapıda, kendilerini olduğu veya olmak istedikleri bir kimlik ile diğerlerine tanıtılabilmek ve onlarla etkileşim haline geçebilmektedir. Sosyal medya kullanımı, bilgi edinme ve bilgi paylaşımı açısından bireyin hayatını kolaylaştırır da sık ve/veya kontrol edilemeyecek düzeyde kullanıldığında kolaylıkla bağımlılığa dönüşebilmektedir.^{2,3} Sosyal medya bozukluğu/bağımlılığı DSM-5'te bir bozukluk olarak tanımlanmasa da alanyazında sosyal medya bağımlılığı bir davranışsal bağımlılık olarak değerlendirilmektedir.^{4,5} Sosyal medya bağımlılığı; "aşırı kullanım, kullanma isteğini doyuramama, aşırı kullanımdan dolayı aktivitelerin ihmal edilmesi, aşırı kullanımın sosyal ilişkilere zarar vermesi, negatif duygu ve yaşam stresinden bir kaçış aracı olarak kullanma, kullanımı azaltma ve durdurmada problemler yaşama, kullanımın mümkün olmadığı durumlarda gergin ve sinirli olma, kullanım süresi ve miktarına ilişkin yalan söyleme durumu olarak" tanımlanmaktadır.⁶⁻⁸

Sosyal medya özellikle ergenler arasında önemli bir iletişim aracı haline gelmiş olup kullanım sıklığı oldukça yaygındır.^{9,10} Kimlik gelişimi açısından önemli bir geçiş evresi olan ergenlikte sosyal medya; ergenin kendini tanımlaması ve var olan problemleriyle başa çıkma açısından önemli bir araç haline gelmektedir.¹¹ Gelişimsel özellikleri ve ihtiyaçları göz önünde bulundurulduğunda ergenlik dönemi; sosyal medya bağımlılığı açısından önemli bir risk teşkil etmektedir.¹² Amerika'da çocuk ve gençlerle yapılan ulusal bir anket çalışmasında; 12-13 yaşındaki çocukların %41,0'inin, 14-17 yaşındaki ergenlerin %61,0'inin sosyal ağ siteleri kullandıkları belirlenmiştir.¹³ Roberts ve ark.¹⁴ tarafından yapılan çalışmada; 8-18 yaş aralığındaki Amerikalı çocuk ve gençlerin sosyal medyada günde yaklaşık 6,5 saat zaman geçirdikleri bulunmuştur. Türkiye'de 300 lise öğrencisiyle yapılan bir tez çalışmasında öğrencilerin tamamının sosyal medya kullandığı, öğrencilerin %53,5'ünün sosyal medyada günde ortalama 1-3 saat, %19,9'unun 4-6 saat zaman geçirdikleri saptanmıştır.¹⁵ Yakın zamanda Türkiye'de; lise düzeyinde eğitim gören 473 öğrenciyle yapılan kesitsel bir çalışmada, genel olarak öğrencilerin orta seviyede sosyal medyaya bağımlı olduğu tespit edilmiştir.¹⁶

Konu ile ilgili yapılan birçok çalışmada, ergenlerdeki sosyal medya bağımlılığı ile psikiyatrik bozuklukların ilişki olduğu saptanmıştır. Yaş ortalaması 14 olan 753 ergenle yapılan kesitsel bir çalışmada; günlük sosyal medya kullanım süresi ile yüksek stres ve intihar düşünce düzeyinin pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur.¹⁷ Konu ile ilgili yaş aralığı 11-17 arasında olan 2.967 ergenle yapılan başka bir çalışmada; sosyal medya kullanım sıklığı ile ergenlerin depresyon ve anksiyete düzeyi arasında anlamlı pozitif ilişki tespit edilmiştir.¹⁸ Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile sosyal medya kullanım ilişkisini incelemek amacıyla, yaş ortalaması 15,5 yıl olan 2.587 ergenle yapılan bir kohort çalışmasında; ergenlerin %54,1'nin sosyal medya kullanımının yüksek düzeyde olduğu, DEHB belirti düzeyi ile sosyal medya kullanımı arasında anlamlı pozitif ilişki olduğu tespit edilmiştir.¹⁹

Türkiye'de ergenlerde sosyal medya bağımlılığının psikiyatrik hastalıklar ile ilişkisinin incelendiği çalışmalar kısıtlıdır.¹⁹⁻²² Mevcut çalışmalar sıklıkla üniversite öğrencileri ile yapılmış olup; ergen grupta psikopatoloji ilişkisinin incelendiği çalışmalarda ise daha çok internet ve/veya oyun bağımlılığının değerlendirildiği görülmektedir.²³⁻³⁰ Bu çalışmada, ergenlerdeki sosyal medya bağımlılığı ile depresyon, sosyal anksiyete ve DEHB düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmada Muğla'nın Bodrum İlçesinde, 2020-2021 öğrenim döneminde, lise düzeyinde eğitim veren ve rasgele seçilmiş bir devlet okulundan; lise 1, lise 2, lise 3 ve lise 4. sınıfta eğitim gören öğrenciler arasından, basit rasgele örnekleme ile seçilmiş 120 ergen değerlendirilmiştir. Girilen nominal anlam düzeyi ($\alpha=0,5$) ve güç değerine ($1-\beta=0,8$ ve $1-\beta=0,9$) karşılık gerekli minimum örneklem genişlikleri G*Power (3.1.9.4) (<http://www.gpower.hhu.de/en.html>) programı ile hesaplanmış ve $n=120$ olarak belirlenmiştir. Çalışmaya dahil olma kriterleri; 14-17 yaş aralığında olmak ve çalışmaya gönüllü olmak şeklinde belirlenmiştir. Araştırmacılar tarafından çevrim içi ankete dönüştürülen ölçekler, Etik Kurul onayı alındıktan sonra, elektronik posta aracılığıyla öğrencilere ulaştırılmıştır. Başlangıçta öğrencilere araştırma hakkında bilgilendirme formu gönderilmiş ve katılım onayları alınmıştır. Eş zamanlı olarak tüm ölçeklerin çevrim içi olarak, tek oturumda ve yaklaşık 20 dk sürede uygulanması sağlanmıştır. Çalışmanın etik kurul onayı 27.04.2020 tarihinde Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (karar no: 54) alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Sosyo-demografik Veri Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu formda; ergenin yaşı, cinsiyeti, sınıf düzeyi, anne-baba yaşı, anne-baba eğitim düzeyi gibi demografik bilgiler sorgulanmaktadır.

Çocuklar için Depresyon Ölçeği: Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) 27 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeği olup 6-17 yaş grubuna uygulanır. Her bir madde üç seçenekten oluşmakta, her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 veya 2 şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin kesim puanı 19 olup alınabilecek en yüksek puan 54'tür. Ölçek puanı yükseldikçe, depresyonun şiddeti de artmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Öy³¹ tarafından yapılmıştır.

Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği: Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği (ÇSAÖ) beşli Likert tipinde bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçekten alınabilecek puanlar 18-90 arasında olup, puanlar yükseldikçe sosyal anksiyete düzeyi yükselmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Demir ve ark.³² tarafından yapılmıştır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında ölçeği iç tutarlılık katsayısı (Cronbach α) 0,81 olarak bulunmuştur.

Conners-Wells Ergen Öz Bildirim Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formu: Conners-Wells Ergen Öz Bildirim Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formu (C-WEÖÖ-YK), ergenlerdeki davranım bozukluklarını, dürtüsellik, dikkat eksikliği, hiperaktivite

sorunlarını ve DEHB belirtilerini değerlendiren, 12-17 yaş arasındaki gençlere uygulanan bir öz bildirim ölçeğidir. Toplam 27 maddeden oluşan dörtlü Likert tipi ölçeğin “davranım bozukluğu”, “bilişsel problemler-dikkatsizlik”, “hiperaktivite” olmak üzere üç alt boyutu ve DEHB riski altında olan çocuk ve ergenleri değerlendiren bir yardımcı ölçek olan “DEHB indeksi” bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kaner ve ark.³³ tarafından yapılmıştır.

Sosyal Medya Kullanım Bozukluğu Ölçeği: Sosyal medya kullanım bozukluğu ölçeği (SMKBÖ-9), ergenlerin sosyal medyaya bağımlılık düzeylerini belirlemek amacıyla Van den Eijnden ve ark.⁸ tarafından geliştirilmiş olup, 9 maddelik kısa formdan oluşmaktadır. Sekizli Likert tipi bir ölçek olup 0-63 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Sarıçam ve Adam Karduz³⁴ tarafından yapılmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında; Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,75, Guttman iki yarı test güvenilirlik katsayısı 0,64 olarak bulunmuştur. Düzeltilmiş madde toplam korelasyon katsayıları 0,29 ile 0,73 arasında değişmektedir.

İstatistiksel Analiz

Tüm veriler Statistical Package for Social Science (SPSS) Windows version 22.0 yazılımı (IBM Inc., Armonk, NY) kullanılarak değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında, parametrik varsayımlar karşılandığından dolayı “student t-testi” kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin ilişkileri “Pearson korelasyon testi” ile değerlendirilmiştir. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki yordayıcı etkisi “çoklu doğrusal regresyon analizi” ile değerlendirilmiştir. P değerinin <0,05 olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Katılımcıların 88’i (%73,3) kız, 32’si (%26,7) erkek olup öğrencilerin yaş ortalamaları 15,4±1,3 yıldır. Annelerin 47’si (%39,2) ilköğretim, 33’ü (%27,5) lise, 40’ı (%33,3) üniversite mezunu, babaların 42’si (%35,0) ilköğretim, 46’sı (%38,3) lise, 32’si (%26,7) üniversite mezunudur. Öğrencilerin günlük sosyal medya kullanım süreleri incelendiğinde; yedisinin (%5,8) bir

saatten az, 47’sinin (%39,2) 1-2 saat, 41’inin (%34,2) 3-4 saat, 25’inin (%20,8) 4 saatten fazla zaman geçirdikleri belirlenmiştir.

Katılımcılara uygulanan SMKBÖ-9, ÇDÖ, ÇSAÖ, C-WEÖÖ-YK ölçek puanlarının ortalamaları Tablo 1’de verilmiştir.

Kızlarda SMKBÖ-9 puan ortalaması 11,4±9,1, erkeklerin puan ortalaması 9,8±9, 5 olup erkek ve kız öğrenciler arasında SMKBÖ-9 puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05; student t-testi). Katılımcıların yaş, günlük sosyal medya kullanım süresi ile SMKBÖ-9 puanları ilişkisi incelendiğinde; yaş ile anlamlı ilişki saptanmazken SMKBÖ-9 puanları ile günlük sosyal medya kullanım süresi arasında pozitif orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,001) (Tablo 2).

SMKBÖ-9 puanları ile, ÇSAÖ toplam puanları, C-WEÖÖ-YK alt ölçek ve toplam puanları ilişkileri değerlendirildiğinde; SMKBÖ-9 ile ÇSAÖ puanları arasında pozitif orta düzeyde anlamlı ilişki (p<0,001); SMKBÖ-9 ile C-WEÖÖ-YK’nin Davranım Bozukluğu alt ölçeği arasında pozitif zayıf düzeyde anlamlı ilişki (p=0,04), SMKBÖ-9 ile C-WEÖÖ-YK’nin bilişsel problemler-dikkatsizlik alt ölçeği arasında pozitif orta düzeyde anlamlı ilişki (p<0,001), SMKBÖ-9 ile DEHB indeksi arasında pozitif güçlü düzeyde anlamlı ilişki (p<0,001), SMKBÖ-9 ile C-WEÖÖ-YK toplam puanları arasında pozitif orta düzeyde anlamlı ilişki (p<0,001) olduğu saptanmıştır. SMKBÖ-9 ile ÇDÖ ve C-WEÖÖ-YK’nin hiperaktivite alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 2).

Bağımlı değişken olarak SMKBÖ-9 puanı, bağımsız değişkenler olarak günlük sosyal medya kullanım süresi, ÇSAÖ, C-WEÖÖ-YK’nin alt ölçek ve toplam puanları arasında kurulan çoklu doğrusal regresyon modelinde; sosyal medya kullanım süresi, ÇSAÖ, Davranım Bozukluğu, Bilişsel Problemler-Dikkatsizlik, DEHB indeksi puanları ile C-WEÖÖ-YK toplam puanlarının SMKBÖ-9 puanları üzerinde anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır (p<0,001) (Tablo 3).

Tartışma

Çalışmamızın sonuçlarına göre; kız ve erkek öğrenciler arasında sosyal medya bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı fark olmadığı, sosyal medya bağımlılık düzeyi ile yaş arasında anlamlı ilişki olmadığı, günlük sosyal medya kullanım süresi ile

Tablo 1. Sosyal Medya Kullanım Bozukluğu (SMKBÖ-9), Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği (ÇSAÖ) ve Connors-Wlls Ergen Özbildirim Ölçeği- Yenilenmiş Kısa Formu (C-WEÖÖ-YK) puanlarının ortalamaları

	Ort	SS	Minimum	Maksimum
SMKBÖ-9	10,97	9,20	0,00	43,00
ÇDÖ	23,99	2,46	16,00	30,00
ÇSAÖ	44,87	14,74	18,00	81,00
Davranım bozukluğu	2,02	2,02	0,00	11,00
Bilişsel problemler-dikkatsizlik	4,80	3,45	0,00	17,00
Hiperaktivite	5,47	3,90	0,00	16,00
DEHB indeksi	11,00	5,84	0,00	31,00
C-WEÖÖ-YK toplam puan	21,55	10,02	5,00	49,00

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

sosyal medya bağımlılık düzeyleri arasında pozitif orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Katılımcıların sosyal medya bağımlılık düzeyleri ile sosyal anksiyete düzeyleri ve DEHB belirti düzeyleri arasında pozitif orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenirken sosyal medya bağımlılığı ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların günlük sosyal medya kullanım süresi, sosyal anksiyete düzeyleri ile DEHB belirti düzeylerinin sosyal medya bağımlılığı üzerinde anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde, ergenlerde sosyal medya bağımlılığı ile cinsiyet ilişkisi açısından sonuçlarda farklılıklar olduğu görülmektedir Bányai ve ark.'nın³⁵, yaş ortalaması 16 yıl olan 2.931 ergenle yaptıkları çalışmada, sosyal medya kullanım süresinin kızlarda erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Türkiye'de 437 ergenle yapılan bir çalışmada ise erkek ergenlerde sosyal medya kullanım düzeyinin kızlara göre yüksek olduğu bulunmuştur.³⁶ Yakın zamanda Türkiye'de 719 lise öğrencisiyle yapılan bir tez çalışmasında, kız ve erkek öğrenciler arasında sosyal medya bağımlılığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır.³⁷ Çalışmamızın sonuçlarında da kız ve erkeklerde sosyal medya bağımlılık düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Sonuçlarımıza göre ergenlerin yaşları ile sosyal medya bağımlılığı arasında da anlamlı ilişki olmadığı

saptanmıştır. Alanyazın incelendiğinde konu ile ilgili yapılan çalışmalarda ergenlik döneminde sosyal medya kullanımı ile yaş arasında anlamlı ilişki olmadığı, ancak 18 yaş ve üstü örneklem grubuyla yapılan çalışmalarda yaş değişkeni açısından çalışma sonuçlarının farklılık gösterdiği gözlenmektedir.³⁷⁻³⁹ Yazınla uyumlu sonuçlarımız, ergenlerde sosyal medya bağımlılık düzeylerinin yaş ve cinsiyet ile dorudan ilişki olmadığını düşündürse de konu ile ilgili tabakalama açısından yeterli niteliklere sahip geniş örneklemler çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmaların birçoğu ergenlerde sosyal medya bağımlılığı ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı pozitif ilişkili olduğunu gösterse de araştırma sonuçlarında farklılıklar mevcuttur.^{17,18,21,27,28,40} Banjanin ve ark.⁴¹ tarafından yapılan kesitsel bir çalışmada öğrencilerin sosyal medya kullanımı ile depresyon belirti düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Benzer şekilde Neira ve Barber⁴² tarafından yapılan başka bir çalışmada yaş ortalaması 14,6 yıl olan 1.819 ergen değerlendirilmiş; katılımcıların depresyon düzeylerine göre sosyal medya kullanımı açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızda katılımcıların depresyon belirti düzeyleri ile sosyal medya bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bazı çalışmalarda depresyon ve

Tablo 2. SMKÖ-9 puanları ile demografik değişkenler, ÇDÖ, ÇSAÖ, C-WEÖÖ-YK alt ölçek ve toplam puanları ilişkileri

	p	r
Yaş	0,28	0,09
Cinsiyet	0,45	0,56
Sosyal medya kullanım süresi	0,00**	0,33
ÇDÖ	0,26	0,10
ÇSAÖ	0,00**	0,36
Davranım bozukluğu	0,04*	0,18
Bilişsel problemler-dikkatsizlik	0,00**	0,46
Hiperaktivite	0,27	0,10
DEHB indeksi	0,00**	0,50
C-WEÖÖ-YK toplam puan	0,00**	0,46

*p<0,05, **p<0,01, Pearson korelasyon testi; SMKÖ-9: Sosyal Medya Kullanım Bozukluğu Ölçeği, ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği, ÇSAÖ: Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği, C-WEÖÖ-YK: Conners-Wells Ergen Öz Bildirim Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formu, DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

Tablo 3. Sosyal medya kullanım süresi, ÇSAÖ, C-WEÖÖ-YK'nın alt ölçek ve toplam puanlarının SMKÖ-9 puanları üzerine yordayıcı etkisi

	β	SH	t	p	R²
Sosyal medya kullanım süresi	3,887	0,911	4,257	0,00**	0,126
ÇSAÖ	0,225	0,054	4,201	0,00**	0,136
Davranım bozukluğu	0,833	0,411	2,026	0,04*	0,025
Bilişsel problemler-dikkatsizlik	1,224	0,218	5,624	0,00**	0,205
DEHB indeksi	0,802	0,125	6,429	0,00**	0,259
C-WEÖÖ-YK toplam puan	0,427	0,075	5,712	0,00**	0,217

*p<0,05, **p<0,01, çoklu doğrusal regresyon analizi, enter metodu, bağımlı değişken, SMKÖ-9: Sosyal Medya Kullanım Bozukluğu Ölçeği, ÇSAÖ: Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği, C-WEÖÖ-YK: Conners-Wells Ergen Öz Bildirim Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formu, DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, β: Standardize katsayılar, SH: Standart hata, R²: Determinasyon katsayısı

sosyal medya arasındaki ilişkide sosyal destek, mizaç, fiziksel aktivite, uykusuzluk gibi bazı değişkenlerin mediatör veya moderatör etkenler olarak rol oynayabildiği belirtilmektedir.⁴⁰ Çalışmamızda sosyal medya bağımlılığı ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkiyi incelerken herhangi bir aracı değişkenin değerlendirilmemiş olması bulgularımızın yorumlanabilirliğini kısıtlamaktadır.

Çalışmamızda sosyal anksiyete düzeyleri ile sosyal medya bağımlılığı arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu, sosyal anksiyetenin sosyal medya bağımlılığını yordadığı belirlenmiştir. Alanyazındaki çalışmalar sosyal anksiyete ve sosyal medya bağımlılığı arasında pozitif ilişki olduğunu göstermektedir.^{22,24,43,44} Sosyal fobide bireylerin başlıca korkusu, başkalarının yanında küçük düşeceği, sıkıntı ya da utanç duyacağı şekilde davranacağı ile ilgilidir. Bu korkuya bağlı olarak bireyler başkalarıyla yüz yüze gelmekten ve doğrudan etkileşim kurmaktan kaçınırlar. Sosyal fobideki bu ve benzeri davranış özelliklerinin problemleri internet kullanımına neden olduğu belirtilmektedir.⁴⁵ Yazınla uyumlu sonuçlarımız ergenlerde sosyal anksiyete düzeyleri ile sosyal medya bağımlılığının ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmalar ergenlerde sosyal medya bağımlılığı ile DEHB semptomlarının ilişki olduğunu göstermektedir.^{11,19,20,44} Settanni ve ark.⁴⁶ tarafından yapılan bir çalışmada; yaş ortalaması 15,3 yıl olan 283 ergen incelenmiş, katılımcıların DEHB semptom düzeyleri ile Facebook™ bağımlılık düzeyleri arasında pozitif ilişki olduğu, ergenlerin DEHB düzeylerinin sosyal medya bağımlılığını doğrudan etkilediği saptanmıştır. Yakın zamanda Türkiye’de DEHB’si olan 187 ergen, 102 kontrol grubuyla yapılan kesitsel bir çalışmada, DEHB tanılı çocuklarda Facebook™ aşırı kullanımı ve bağımlılık düzeyi kontrol grubuna anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.⁴⁷ Sonuçlarımızda DEHB belirti düzeyi ile sosyal medya bağımlılık düzeylerinin pozitif ilişki olduğu, DEHB belirti düzeylerinin sosyal medya bağımlılığı üzerinde anlamlı etkisi olduğu görülmektedir. DEHB’nin bağımlılığa yatkınlık oluşturan bir klinik bozukluk olduğu göz önünde bulundurulduğunda sonuçların anlamlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda sosyal medya bağımlılık düzeylerini yordayan etmenlerden biri de katılımcıların günlük sosyal medya kullanım süresi olduğu saptanmıştır. Günlük sosyal medya kullanım süresi ile sosyal medya bağımlılığı arasında pozitif orta düzeyde ilişki saptanmıştır. Bu sonuç diğer araştırma bulguları ile benzerdir.^{21,48,49} Literatürle uyumlu bulgumuz günlük sosyal medya kullanım süresinin sosyal medya bağımlılık düzeyi ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Sonucumuz ergenlerin sosyal medya bağımlılığı açısından değerlendirmelerinde günlük kullanım süresinin göz önünde bulundurulması gerektiğine dikkat çekmektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın örneklem büyüklüğünün küçük olması, örneklemde yaş aralığı açısından yeterli sayıda tabakalandırma yapılmamış olması önemli bir kısıtlılıktır. Katılımcıların psikopatoloji açısından sadece web tabanlı araçlarla

değerlendirilmiş olması, tanısal değerlendirmelerinin yapılamamış olmasının da önemli bir kısıtlılık olduğu düşünülmektedir.

Sonuç

Sonuçlarımız ergenlerin günlük sosyal medya kullanım süresi, sosyal anksiyete düzeyleri, DEHB belirti düzeyleri ile sosyal medya bağımlılık düzeylerinin ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Günümüzde davranışsal bağımlılık olarak değerlendirilen sosyal medya bağımlılığının ergenlik dönemi açısından risk teşkil ettiği bilinen bir gerçektir. Ergenlik döneminde sık rastlanan sosyal anksiyete bozukluğu, DEHB gibi ergenlerin işlevselliğini etkileyen önemli ruhsal bozuklukların klinik yaklaşımında, sosyal medya bağımlılığı riskinin göz önünde bulundurulması ve değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Çalışmanın etik kurul onayı 27.04.2020 tarihinde Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu’ndan (karar no: 54) alınmıştır.

Hasta Onayı: Başlangıçta öğrencilere araştırma hakkında bilgilendirme formu gönderilmiş ve katılım onayları alınmıştır.

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

Yazarlık Katkıları

Konsept: Ö.Ş.B., M.Ç., Dizayn: Ö.Ş.B., M.Ç., Veri Toplama veya İşleme: Ö.Ş.B., M.Ç., Analiz veya Yorumlama: Ö.Ş.B., M.Ç., Literatür Arama: Ö.Ş.B., M.Ç., Yazan: Ö.Ş.B., M.Ç.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Stendberg ID. Influence of social media in stages of democratization. Unpublished Master Thesis. University of Nevada; Las Vegas; 2014.
2. Yellowlees PM, Marks S. Problematic internet use or internet addiction? *Comput Human Behav.* 2007;23:1447-1453.
3. Young KS. Internet addiction: a new clinical phenomenon and its consequences. *Am Behav Sci.* 2004;48:402-415.
4. Griffiths MD, Szabo A. Is excessive online usage a function of medium or activity? An empirical pilot study. *J Behav Addict.* 2014;3:74-77.
5. Kuss DJ, Griffiths MD. Online social networking and addiction – a review of the psychological literature. *Int J Environ Res Public Health.* 2011;8:3528-3552.
6. Kwon M, Lee JY, Won WY, Park JW, Min JA, Hahn C, Gu X, Choi JH, Kim DJ. Development and validation of a Smartphone Addiction Scale (SAS). *PLoS One.* 2013;8(2):e56936.
7. Young KS. Caught in the Net: How to Recognize the Signs of Internet Addiction and a Winning Strategy for Recovery. New York; John Wiley & Sons; 1998.
8. Van den Eijnden RJJM, Lemmens JS, Valkenburg PM. The social media disorder scale. *Comput Human Behav.* 2016;61:478-487.

9. Lauricella AR, Cingel DP, Blackwell C, Wartella E, Conway A. The mobile generation: youth and adolescent ownership and use of new media. *Commun Res Rep*. 2014;31:357-364.
10. Kemp S. Digital in 2017: Global overview. Available from: <https://datareportal.com/reports/digital-2017-global-digital-overview>
11. Yen JY, Ko CH, Yen CF, Chen SH, Chung WL, Chen CC. Psychiatric symptoms in adolescents with internet addiction: comparison with substance use. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62:9-16.
12. Valkenburg PM, Peter J. Online communication among adolescents: an integrated model of its attraction, opportunities, and risks. *J Adolesc Health*. 2011;48:121-127.
13. Lenhart A, Madden M. Teens, privacy & online social networks: How teens manage their online identities and personal information in the age of MySpace. Washington; DC: Pew Internet & American Life Project; 2007.
14. Roberts DF, Foehr UG, Rideout V. Generation M: Media in the lives of 8-18 years old. Menlo Park; CA: Kaiser Family Foundation; 2005.
15. Yanık Düşünceli M. Relationship between attitude of social media and introversion-extraversion personality traits in private high school students. Master Thesis. T.C. Haliç University Institute of Social Sciences, Department of Psychology, 2016.
16. Deniz L, Gürültü E. High school students' social media addiction. *Kastamonu Education Journal*. 2018;26:355-367.
17. Sampasa-Kanyinga H, Lewis RF. Frequent use of social networking sites is associated with poor psychological functioning among children and adolescents. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2015;18:380-385.
18. Hoare E, Milton K, Foster C, Allender S. Depression, psychological distress and Internet use among community-based Australian adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2017;17:365.
19. Ra CK, Cho J, Stone MD, De La Cerda J, Goldenson NI, Moroney E, Tung I, Lee SS, Leventhal AM. Association of digital media use with subsequent symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents. *JAMA*. 2018;320:255-263.
20. Uzun Ö, Yıldırım V, Uzun E. Habit of using social media and correlation of social media addiction, self esteem, perceived social support in adolescent with attention deficit hyperactivity disorder. *TJFMPC*. 2016;10:142-147.
21. Bilgin M. The Relationship Between Social Media Dependence and Psychological Disorders in Adolescents. *Int J Sci Res*. 2018;3:237-247.
22. Doğan U, İlçin Tosun N. Mediating Effect Of Problematic Smartphone Use On The Relationship Between Social Anxiety And Social Network Usage Of High School Students. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2016;22:100-123.
23. Bilge Y, Baydili KN, Göktaş ŞŞ. Anxiety, Stress and Daily Social Media Usage in Predicting Social Media Addiction: A Sample of Vocational School. *Journal of Dependence*. 2020;21:223-235.
24. Baltacı Ö. The predictive relationships between the social media addiction and social anxiety, loneliness, and happiness. *IJPE*. 2019;15:73-82.
25. Koç M, Gülyagcı S. Facebook addiction among Turkish college students: the role of psychological health, demographic, and usage characteristics. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2013;16:279-284.
26. Daşlı Y, Baloğlu AO. A Field Research On Social Media Addiction. *SMARTJournal*. 2020;6:1229-1239.
27. Balcı Ş, Baloğlu E. The Relationship between Social Media Addiction and Depression: "A Survey among University Youth". *İletişim*. 2018;29:209-234.
28. Ayazseven Ö, Cenkenseven Önder F. Ergenlerde İnternet Bağımlılığı: Depresyon ve Yalnızlığın Rolü. *Eurasian Conference on Language Social Sciences*; 2018.
29. Hekim Ö, Göker Z, Aydemir H, Çöp E, Dinç G, Üneri Ö. Internet addiction and its relation with psychopathology in adolescents: A cross-sectional study. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2019;22:329-337.
30. Karaca S, Gök C, Kalay E, Başbuğ M, Hekim M, Onan N, Ünsal Barlas G. Ortaokul öğrencilerinde bilgisayar oyun bağımlılığı ve sosyal anksiyetenin incelenmesi. *Clin Exp Health Sci*. 2016;6:14-19.
31. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1991;2:132-137.
32. Demir T, Eralp-Demir D, Türksoy N, Özmen E, Uysal Ö. Çocuklar için sosyal anksiyete ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. *Düşünen Adam*. 2000;13:42-48.
33. Kaner S, Büyükoztürk Ş, İşeri E. Adaptation Study of Conners-Wells Self-Report Scale Revised Short Form to Turkish Adolescents. *Klinik Psikiyatri*. 2012;15:208-217.
34. Sarıçam H, Adam Karduz FF. The Adaptation of the Social Media Disorder Scale to Turkish Culture: Validity and Reliability Study. *Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology*. 2018;9:116-135.
35. Bányai F, Zsila A, Kira'ly O, Maraz A, Elekes Z, Griffiths MD, Andreassen CS, Demetrovics Z. Problematic social media use: results from a large-scale nationally representative adolescent sample. *PloS One*. 2017;12:e0169839.
36. Büyükaşahin Çevik G, Çelikkaleli Ö. Adolescent' friends attachment and internet addiction according to gender, perception parents attitudes and parents educational levels. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2010;19:225-240.
37. Bilginer A. Examining the relationship between high school students' self-efficacy and social media addiction. Master thesis. T.C. Çağ University Institute of Social Sciences, Department of Psychology; 2020.
38. Güneş NA, Akbıyık Dİ, Aypak C, Görpelioglu S. Social media dependency and sleep quality in high school students. *Türk Aile Hek Derg*. 2018;22:185-192.
39. Baz FÇ. Social Media Addiction: Study on University Students. *Ulusal Araştırma Toplum Araştırmaları Dergisi*. 2018;9:276-295.
40. Keleş B, McCrae N, Grealish A. A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *Int J Adolesc Youth*. 2020;25:79-93.
41. Banjanin N, Dimitrijevic I, Pantic I. Relationship between internet use and depression: focus on physiological mood oscillations, social networking and online addictive behavior. *Comput Human Behav*. 2015;43:308-312.
42. Neira BCJ, Barber BL. Social networking site use: linked to adolescents' social self-concept, self-esteem, and depressed mood. *Aust J Psychol*. 2014;66:56-64.
43. Dobrea A, Păsărelu CR. Impact of social media on social anxiety: a systematic review. *Durbano IF, Marchesi B, eds. New developments in anxiety disorders*; 2016:129-149.
44. Ko CH, Yen JY, Yen CF, Chen CS, Chen CC. The association between internet addiction and psychiatric disorder: a review of the literature. *Eur Psychiatry*. 2012;27:1-8.
45. Caplan SE. Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Comput Hum Behav*. 2002;18:553-575.
46. Settanni M, Marengo D, Fabris MA, Longobardi C. The interplay between ADHD symptoms and time perspective in addictive social media use: a study on adolescent facebook users. *Child Youth Serv Rev*. 2018;89:165-170.
47. Gül H, Yürümez Solmaz E, Gül A, Öner Ö. Facebook overuse and addiction among Turkish adolescents: are ADHD and ADHD related problems risk factors. *Psychiatr Clin Psychopharmacol*. 2018;28:80-90.
48. Pantic I, Damjanovic A, Todorovic J, Topalovic D, Bojovic-Jovic D, Ristic S, Pantic S. Association between online social networking and depression in high school students: Behavioral physiology viewpoint. *Psychiatr Danub*. 2012;24:90-93.
49. McIntire E, Wiener K, Saliba AJ. Compulsive internet use and relations between social connectedness, and introversion. *Comput Hum Behav*. 2012;48:569-574.



Bebek Davranış Ölçeği - Çok Kısa Formunun Türkçeye Uyarlanması

Adaptation of the Infant Behavior Questionnaire - Very Short Form Into Turkish

© Müyesser Fazlıoğlu¹, © Özden Yalçınkaya Alkar²

¹Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kadın ve Aile Çalışmaları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu araştırmada, Mary Rothbart (1981) tarafından geliştirilen ve 2014 yılında Putnam ve arkadaşları tarafından sadeleştirilen Bebek Davranış Ölçeği-Çok Kısa Form'un (BDÖ-ÇKF) geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılarak Türkçeye uyarlanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya yaşları 20 ve 45 (ortalama: 30,0, standart sapma: 4,0) yıl arasında değişen 3-12 aylık bebeğe (169 kız bebek, 188 erkek bebek) sahip 357 anne katılmıştır. Ölçüt bağımlı geçerliğin belirlenmesi amacıyla Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği, Yetişkin Mizaç Ölçeği-Kısa Form, Çift Uyum Ölçeği ve Duygu Düzenleme Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Yapı geçerliği analizinde Kaiser-Meyer-Olkin ve Barlett testi yapıldıktan sonra faktör analizi yapılmıştır. BDÖ-ÇKF'nin güvenilirliğinin çalışılması amacıyla ölçeğin iç tutarlılığı, düzeltilmiş madde toplam test korelasyonları ve iki yarım test güvenilirliği analiz edilmiştir. Test-tekrar test güvenilirliği için ise 30-60 gün sonra 18 anneye ölçek yeniden uygulanmıştır. BDÖ-ÇKF'nin yapı geçerliği analizinde Temel Bileşenler Analiz yöntemi ile (principal component analysis) eksen döndürme tekniklerinden Varimax tekniği kullanılmıştır. Ölçeğin özgün formunda 3 faktörlü bir yapı varken bu çalışmada 2 faktörlü bir yapı ortaya çıkmış ve açıklanan toplam varyansın %31,1 olduğu görülmüştür. Cronbach alfa katsayıları ölçeğin tümü için; 0,84; pozitif duygulanım (PD) alt ölçeği için 0,80 ve negatif duygulanım (ND) ölçeği için 0,80 olarak bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği için ise Cronbach alfa değerleri PD için 0,56 ve ND için 0,48 olarak bulunmuş olup 0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Sonuç: Yapılan analizler BDÖ-ÇKF'nin Türk anneleri/bebekleri üzerinde yeterli düzeyde geçerli ve güvenilir sonuçlar verdiğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Bebek davranışı, mizaç, geçerlik, güvenilirlik

ABSTRACT

Objectives: In this study, it was aimed to investigate the adaptation of Infant Behaviour Questionnaire (IBQ-VSF) which was developed by Mary Rothbart (1981) and simplified by Putnam and his colleagues in 2014, and to examine the validity and reliability of scale.

Materials and Methods: A total of 357 mothers, between the ages of 20 and 45 (mean: 30.0, standard deviation: 4.0), years who had 3-12 months of babies (169 girls, 188 boys) were included in the study. Edinburgh Postpartum Depression Scale, Adult Temperament Questionnaire-Short Form, Dyadic Adjustment Scale and Emotional Regulation Questionnaire were used to determine the criterion validity.

Results: In the construct validity analysis factor analysis was conducted after Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Barlett's tests. To study the reliability of IBQ-VSF, internal consistency of the scale, corrected substance total test correlations and two half test reliability were analyzed. The scale was re-applied to 18 mothers after 30-60 days for test-re-test reliability. Principal components factor analysis with Varimax rotation was used to evaluate the construct validity of IBQ-VSF. In this study, a two-factor structure emerged while there were three-factor structures in the original form of the scale, and it explained 31.1% the observed total variance. Cronbach alpha coefficients for the whole scale was found to be 0.84; alphas for the subscale of positive affectivity (PA) and negative affectivity (NA) were 0.84 and 0.80; respectively. Cronbach alpha values for test-re-test reliability was found to be 0.59 for PA, 0.48 for NA and was statistically significant at 0.05.

Conclusion: Analyses have shown that the IBQ-VSF gives adequate valid and reliable results on Turkish mothers-babies.

Keywords: Infant behavior, temperament, validity, reliability

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Müyesser Fazlıoğlu, Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kadın ve Aile Çalışmaları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Tel.: +90 312 393 00 48 **E-posta:** psy_muyesser@hotmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0002-7076-2137

Geliş Tarihi/Received: 04.10.2021 **Kabul Tarihi/Accepted:** 16.01.2022

©Telif Hakkı 2023 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayinevi tarafından yayınlanmıştır.



Giriş

Mizaç, “kişideki eylemlerin, tepkiselliğin, duygusallığın ve sosyalliğin dışavurumunu/ifadesini vurgulayan ve düzenleyen temel kalıtımsal eğilimler” olarak tanımlanmaktadır.¹ Mizacın temel unsurlarının kişinin erken yaşamında ortaya çıktığı ve bu unsurları önemli düzeyde biyolojik faktörlerin belirlediği; fakat gelişim ilerledikçe mizacın dışavurumunu çoğunlukla kişinin deneyimleri ve içinde bulunduğu bağlamın etkilediği düşünölmektedir.¹ Bunun yanında Goldsmith ve ark.¹ mizacın davranışsal olarak görece daha durağan olduğunu ve duygusallık, aktiflik ve dikkat örüntülerindeki bireysel farklılıklarla açıklanabileceğini ifade etmiştir. Yapılan tanımda belirtildiği gibi; öncelikle mizacın, yalnızca erken yaşamda ortaya çıkan ve durağan bir hal alan özellikler olmadığı; bebeklik döneminden sonra da yeni mizaç kontrol sistemleri olduğu ve mizaç özelliklerinin dışavurumunun değişmekte olduğu düşünölmektedir.² İkinci bir varsayım olarak, temel formu bebeklik döneminde ortaya çıkan mizaç üzerinde biyolojik sistemlerin gelişmesiyle ve duygusal sistemlerin düzenlenmesiyle birlikte önemli bireysel farklılıklar oluşmaktadır.² Üçüncü olarak, biyolojik faktörlerin ve gelişimsel süreçlerdeki deneyimlerin artmasıyla birlikte mizaç daha karmaşık bir yapı haline gelmektedir.³ Rothbart⁴ mizaca farklı bir şekilde yaklaşarak bazı kavramlar eklemiştir. Rothbart ve ark.⁵ geliştirdiği psiko-biyolojik mizaç yaklaşımına göre öncelikle mizacın biyolojik temelli olmasının yanında, aynı zamanda mizaç; tepkisellik ve kendini düzenlemedeki bireysel farklılıklar üzerine temellenmektedir.

Rothbart⁶, mizacı kişilik gelişiminin bir parçası olarak görmekte olup kişiliğin oluşması ile birlikte mizaç ve deneyimin, çocuğun değerleri, tutumları ve başa çıkma stratejilerinin yanı sıra aynı zamanda kendisi, diğerleri ve fiziksel - sosyal dünya hakkında gelişen bilişlerini de kapsadığını düşünmektedir. Erken bebeklik döneminden itibaren çocuklar, çevrelerine karşı farklı tepkiler gösterirler; örneğin bir çocuk aynı oyunu oynarken heyecan verici bir olay olduğunda korkar ve ağlarken bir diğer çocuğun dikkati kolaylıkla dağılmaz ve çocuk çoşkuyla oyununu oynamaya devam edebilir.⁶ Bu tepkilerin, tepkileri düzenleyen diğer mekanizmalarla birlikte çocuğun mizacını oluşturduğunu söyleyen Rothbart'a⁶ göre mizaç karakteristikleri yeni doğanda görölebilmekte ve hatta fetüste ölçölebilmektedir; yeni doğan bir bebek üzüntü/acı gösterip kaçınabilir ve iki üç aylık bir bebek gülümseme, kahkaha gibi yaklaşma hareketleri ya da öfke ve engellenme gösterebilmektedir. Örneğin; 3-6-9-12 aylık bebeklerle yapılan boylamsal çalışmalarda gülme ve kahkaha gibi aktivite seviyelerinin 3 aydan 12 aya kadar istikrarlı bir şekilde ortaya çıktığı; oryantasyon seviyesi ve sakinleştirilebilirliğin daha az genel istikrar sergilediği, korku ve sınırlılıklara karşı sıkıntı göstermenin ise 6 aydan sonra istikrar gösterdiği ortaya konmuştur.⁴

Mizaç ile ilgili ilk çalışmalarda Thomas ve Chess⁷ tarafından New York'da 1977 yılında bebeklerin aileleriyle yapılan görüşmelerle elde edilen çalışmanın sonuçlarına göre, mizacın dokuz boyutu tanımlanmıştır. Bu boyutlar aktivite düzeyi/“activity level”, yaklaşma/geri çekilme/“approach/withdrawal”, yoğunluk/“in-

tensity”, eşik seviyesi/“threshold”, uyumluluk/“adaptability”, ahenklilik/“rhythmicity”, duygudurum/“mood”, sürekli dikkat süresi/“attention span persistence” ve dikkatini verememe/“distractibility” olarak bilinmektedir.⁶ Thomas ve Chess'in⁷ 141 bebekle yapmış oldukları klasik çalışmada üç mizaç kategorisi belirlenmiştir: kolay/“easy”/“flexible”, sakin/“even tempered”, uyumlu/“easygoing”, yeni koşullara adapte olabilen/“adaptable”; öngörülebilir/“predictable”, zor/“difficult”/“feisty”; hareketli/“active”, hırçın/“irritable”, düzensiz/“irregular” ve yavaş ısınan/“slow to warm-up cautions”; pasif, hareketsiz/“inactive”; huysuz/“moody”.

Kolay bebekler mutlu olan, uyku ve yemek alışkanlıklarında düzenli olan, uyumlu, sakin ve kolay bir şekilde keyfi kaçmayan; zor mizaçlı bebekler huysuz, yeme ve uyku alışkanlıklarında düzensiz, yeni insanlarla ve yeni durumlarla karşılaştığında korkan, gürültü ya da uyaranlar olduğunda kolay bir şekilde keyfi kaçan ve tepkilerinde yoğunluk olan; yavaş ısınan bebekler ise daha az aktif ve huysuz olma eğiliminde, yeni durumlara olumsuz tepki veren ya da geri çekilen ama aynı zamanda yeni insanlarla, durumlarla ve nesnelere karşılaştıklarında zor bebeklere göre daha pozitif olan bebekler olarak karakterize edilirler.⁷ Thomas ve ark.⁸ yapmış oldukları çalışmada bebeklerin yalnızca %65,0'i bu profillerden birinin içine oturmuştur; 1982 yılında zor mizaç yeniden kavramsallaştırılmıştır ve bebekleri bu kategorilerden birinde sınırlandırmaktansa mizacın zaman zaman kolaydan zora değişiklik gösterebileceği önerilmiştir.

Yapılan bir başka çalışmada anne-bebek iletişimindeki/ etkileşimindeki niteliğe ve bebeğin psiko-biyolojik profillerine göre bebek mizacındaki değişiklikler çekingen/“withdrawn”, dışa dönük/“extraverted” ve yeterince uyarılmamış/“underaroused” olarak adlandırarak 3-12 aylık bebek profilleri çıkarılmıştır.⁹ Yine bebek mizacındaki değişikliklerin anne-bebek etkileşiminin niteliğine ve bebeğin karakterine bağlı olacağı ve annenin algısının bebeğin psiko-fizyolojik profilinden etkilendiği de belirtilmiştir.⁹ Çalışma bulguları daha dışa dönük bebeklerin annelerinin algılarının daha çekingen bebeklerin annelerinin algılarına göre farklı olduğunu; örneğin; daha dışa dönük bebeklerin heyecanlı aktivitelerde daha fazla yaklaşma, heyecan ve pozitif katılım gösterdiklerini ortaya koymuştur.⁹ Araştırmacıların tanımladığı “çekingen” bebek mizacı Thomas ve ark.⁸ “zor mizaçlı bebek” tanımına girmektedir: Çekingen bebekler düzensiz davranışlar, yoğun tepkiler, yeni uyaranlardan çekinme davranışları, uyum sağlamada zorluk ve negatif duygudurum göstermişlerdir.⁹ On iki aylık çekingen bebeklerin, anneleri tarafından dışa dönük bebekler ile karşılaştıklarında aktivitelerde daha düşük performans sergiledikleri ve daha az güldükleri, yetersiz uyarılmış bebeklerle karşılaştıklarında ise daha yüksek algısal duyarlılığa sahip oldukları ifade edilmiştir.⁹ Yine 3-12 aylık çekingen bebekler anneleri tarafından daha zor kişilik sahibi/psiko-fizyolojik gelişimde daha kolay incinebilir olarak tanımlanmışlardır.⁹

Mizaç kavramı üzerinde çocuklar ve yetişkinler için cinsiyet farklılıkları ile ilgili olarak birçok bulgu varken bir yaşından daha küçük çocuklar için çok az bulgu rapor edilmiştir.^{10,11} Bebeğin mizaç farklılıkları aktivite düzeyi ve davranışsal ketlenme/

koru için kısıtlılıkları açıklamaktadır.¹¹ Örneğin; erkek bebekler aktivite düzeyi ve yaklaşma alanlarında daha yüksek düzeyde performans gösterirken; kız bebeklerin yeni karşılaştıkları objelere yaklaşımda daha yüksek düzeyde tereddüt gösterdikleri rapor edilmiştir.¹¹

Çocuklarda mizaç özelliklerinin ölçülebilmesinin, çocuk davranışlarının araştırılması ve aileye danışmanlık verilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.¹² Mizacın değerlendirilebilmesi amacıyla çocuğun yaşına uygun olan soruların sorulduğu görüşmeler yapılabileceği, mizacı ölçen araçlar kullanılarak mizacın belirlenebileceği ya da çocuğu gözlemleyerek çocuğun mizacı hakkında bilgiler edinilebileceği belirtilmiştir.^{12,13} Türkiye’de çocukların mizaç özelliklerini ölçmek amacıyla bazı ölçeklerin Türkçeye uyarlanması yapılmıştır. Akın-Sarı ve ark.¹² 2012 yılında Rothbart ve ark.’nın⁵ geliştirmiş olduğu Çocuk Davranış Listesi Kısa Formu’nun Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını yapmışlardır. Çocuk Davranış Listesi Kısa Formu 3-7 yaş arasındaki çocuklara sahip olan 87 anneye uygulanarak ölçeğin Türkiye’de kullanımının uygun olacağı bildirilmiştir.¹² Son olarak, Yoleri¹⁴ tarafından Martin ve Bridger’in 1999 yılında ebeveyn bildirimine bağlı olarak geliştirmiş olduğu Çocuklar için Mizaç Değerlendirme Bataryası Gözden Geçirilmiş Ebeveyn Formu/“Temperament Assesment Battery for Children-Revised: Parent Form” Türkçeye uyarlanmıştır. Çocuklar için Mizaç Değerlendirme Bataryası Gözden Geçirilmiş Ebeveyn Formu, 115’i kız, 104’ü erkek 4-6 yaş arasındaki 219 çocuğun ailelerinden elde edilen bilgilere göre geliştirilmiştir.¹⁴ Ayrıca çocuk ve ergenlerin mizaç özelliklerinin anne babaları tarafından değerlendirilmesi amacıyla Okul Çağı Çocukları için Mizaç Ölçeği/“School-Age Temperament Inventory” adıyla geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlanması yapılmıştır.¹⁵⁻¹⁷

Erken çocukluk döneminde kullanılan mizaç ölçekleri genel olarak 1-7 yaş arasındaki çocuklar üzerinde geliştirilmiş olup; alanyazında 0-1 yaş arasındaki bebekler için kullanılan ve Türkçe uyarlama çalışması yapılan mizaç ölçeğine rastlanmamıştır.¹² Bu bağlamda mizaç özelliklerinin belirlenebilmesi amacıyla araştırmalarda ve klinik görüşmelerde kullanılmak üzere bebeklik çağı mizaç ölçeğinin Türkçeye uyarlanmasının oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada da Türkiye alanyazınına önemli bir katkı sağlayacağı düşünülerek Rothbart⁴ tarafından geliştirilen ve Putnam ve ark.¹⁸ tarafından sadeleştirilen Bebek Davranış Ölçeği-Çok Kısa Form’un (BDÖ-ÇKF)/“Infant Behavior Questionnaire - Very Short Form” (IBQ-VSF) Türkçeye uyarlanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Örneklem

Çalışmaya 3-12 ay arasında bebeği olan 390 anne katılmıştır. Çalışmaya katılan annelere hem sosyal medyada yer alan anne-bebek forum ve blogger takipçileri arasından ulaşılmış hem de araştırmacının çevresinden ulaşılan gönüllü anneler çalışmaya dahil edilmiştir. Bunun için ulaşılabilir (convenient) örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Katılımcı anneler

araştırmanın bilgilendirme kısmını okuduktan ve annelerin onamları alındıktan sonra araştırmaya katılmışlardır. Verilerin incelenmesinin ardından bebeklerinin yaş durumunun uygun olduğu 357 annenin bilgileri çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya yaşları 20 ile 45 [ortalama=30,0, standart sapma (SS)=4,0] arasında değişen toplam 357 anne katılmıştır. Bu annelerin eşlerinin yaşı ise 21 ile 50 (ortalama=32,8, SS=4,7) arasında değişmektedir. Çalışmada yer alan bebeklerin 169’u (%47,3) kız, 188’i (%52,7) ise erkektir ve bebeklerin yaş aralıkları 3 ay ile 12 ay arasındadır (ortalama=7,0, SS=2,6). Araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin aylara göre yaşlarının dağılımı Tablo 1’de verilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Bebek Davranış Ölçeği - Çok Kısa Form: BDÖ Rothbart⁴ tarafından bebek mizacını bebeğe bakım veren kişinin bildirmesi aracılığı ile değerlendirmek amacıyla 1981 yılında geliştirilmiştir. Ölçek tanımlamalarının kavramsal analizleri için 3-6-9-12 aylık bebeği olan 463 anne çalışmaya dahil edilmiş ve boylamsal çalışmalar yapılmıştır.⁴ Yeterli düzeyde kavramsal ve psikometrik özellikler sağlayan orijinal ölçek aktivite düzeyi/“activity level”, yatıştırılabilirlik/“soothability”, korku/“fear”, kısıtlılıklara karşı stres/“distress to limitations”, gülümseme ve kahkaha/“smiling and laughter” ve oryantasyon süresi/“duration of orienting” boyutlarından oluşmaktadır.⁴ Orijinal ölçek 2003 yılında Garnstein ve Rothbart¹¹ tarafından revize edilerek sekiz yeni boyut yaklaşma/“approach”, işitsel tepkisellik/“vocal reactivity”, yüksek ve düşük haz yoğunluğu/“high and low intensity pleasure”, algısal duyarlılık/“perceptualsensitivity”, üzüntü/“sadness”, tepkisellikte düşüş/“falling reactivity” ve sarılmaya isteklilik/“cuddliness” daha eklenerek 14 alt ölçekli 191 maddeden oluşan yedili Likert tipi ölçek oluşturulmuştur. Daha sonra Putnam ve ark.¹⁸ tarafından ölçek sadeleştirilmiş 91 madde ve 14 alt ölçekten oluşan kısa form ve 37 madde ve 3 alt ölçekten oluşan ÇKF yenilenmiştir. BDÖ-ÇKF’nin birinci faktörü pozitif duygulanım (PD)/dışadönüklük [“the positive affectivity” (PA)/“positive affectivity surgency”-(PAS)] dışadönüklük kişilik özelliklerine

Tablo 1. Bebeklerin aylara göre frekansları ve yüzde değerleri

Yaş	f	%
3 aylık	36	10,1
4 aylık	38	10,6
5 aylık	46	12,9
6 aylık	34	9,5
7 aylık	51	14,3
8 aylık	41	11,5
9 aylık	39	10,9
10 aylık	31	8,7
11 aylık	27	7,6
12 aylık	14	3,9
Toplam	357	100,0

benzer şekilde yaklaşma/“approach”, işitsel tepkisellik/“vocal reactivity”, yüksek haz yoğunluğu/“high intensity pleasure”, gülümseme ve kahkaha/“smiling and laughter”, aktivite düzeyi/“activity level” ve algısal duyarlılık/“perceptual sensitivity” olarak tanımlanmaktadır.¹⁸ İkinci faktör olan negatif duygulanım (ND) (“negative affectivity”-NEG) nörotizm kişilik özelliklerine benzer şekilde üzüntü/“sadness”, kısıtlılıklara karşı stres/“distress to limitations”, korku/“fear” ile karakterize edilmiştir.¹⁸ Üçüncü faktör olan oryantasyon/kendini düzenleme kapasitesi/“orienting/regulatory capacity” (ORC) ise oryantasyon süresi/“duration of orienting”, düşük haz yoğunluğu/“low intensity pleasure”, sarılmaya isteklilik/“cuddliness” ve yatıştırılabilirlik/“soothability” olarak tanımlanmıştır.¹⁸ Ölçek 1 ile 7 arasında değişen cevap seçeneği olan Likert tipi bir ölçektir. Ayrıca bu yedi seçeneğe ek olarak “uygun değil” seçeneği de seçenekler arasında yer almaktadır. Boylamsal olarak yapılan üç ayrı çalışmada IBQ-VSF'nin güvenilirlik katsayıları ortalama olarak birinci çalışma için PAS=0,53, NEG=0,46, ORC=0,39; ikinci çalışma için PAS=0,64, NEG=0,88, ORC=0,70; üçüncü çalışma için ise iki grup için ayrı ayrı PAS=0,76 ve 0,80, NEG=0,79 ve 0,81, ORC=0,71 ve 0,74 olarak hesaplanmıştır.¹⁸

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EDDÖ) tarama amaçlı olarak doğum sonrası dönemdeki kadınlarda tanı koymaktan öte depresyon riskini belirlemeye yönelik olarak Cox ve ark.¹⁹ tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Engindeniz²⁰ tarafından 1996 yılında Türkçe uyarlaması yapılan ve kendini bildirim ölçeği olan EDDÖ 10 maddeden oluşmakta olup dördümlük Likert biçimindedir ve ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken en yüksek puan 30'dur. Engindeniz'in²⁰ yaptığı uyarlama çalışmasında, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,79 ve iki yarım güvenilirliği 0,80 olarak hesaplanmış olup kesme noktası 12/13 alınmıştır. Bu çalışmada ise EDDÖ'nün güvenilirlik katsayısı 0,87 olarak bulunmuştur.

Yetişkin Mizaç Ölçeği - Kısa Form (ATQ): Evans ve Rothbart²¹ kişilik ve mizaç arasında ilişki olduğunu varsayarak kişilik kuramlarını temel alarak yetişkin mizaç modelini geliştirmişlerdir. ATQ'nun Gölçük²² tarafından 2014 yılında 17 ile 73 yaşları arasında farklı meslek gruplarından oluşan 269 kişi üzerinde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılarak uyarlanmış olup 39 maddeden ve ND, dışadönüklük, çaba gerektiren kontrol ve uyarılara duyarlılık olarak dört boyuttan oluşmaktadır. Yapılan güvenilirlik analizinin sonuçlarına göre; ND, dışadönüklük, uyarılara duyarlılık ve çaba gerektiren kontrol alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0,73, 0,71, 0,69 ve 0,65'tir.²² Bu çalışma kapsamında ise ATQ'nun güvenilirlik katsayıları ise; ND, dışadönüklük, uyarılara duyarlılık ve çaba gerektiren kontrol alt boyutları için sırasıyla; 0,77, 0,64, 0,61 ve 0,61 olarak bulunmuştur.

Çift Uyum Ölçeği: Spainer tarafından evli ya da birlikte yaşayan çiftlerin ilişkilerinin algılanan kalitesini değerlendirmek amacıyla 1976 yılında geliştirilen ölçeğin yapılan faktör analizleri sonucunda ilişkinin dört boyutu ölçülmeye çalışılmıştır.²³ Bu boyutlar memnuniyet boyutu (16-23, 31. ve 32. maddeler),

bağlılık boyutu (24-28 arası maddeler), uzlaşma boyutu (1-3, 5, 7-15 arası maddeler) ve duygusal ifade boyutudur (4, 6, 29, 30 maddeler).²³ Çift Uyum Ölçeği (DAS) beşli ve yedili Likert tipi sorulardan oluşmaktadır.²³ İki madde ise evet-hayır olarak yanıtlanmaktadır.²³ Otuz iki maddeden oluşan DAS'nin Türkçe uyarlaması 2000 yılında Fışıoğlu ve Demir²⁴ tarafından gerçekleştirilmiştir. DAS Türkçe Form'un güvenilirliği 0,92, iki yarım test güvenilirliği 0,86 ve Locke-Wallace Evlilik Uyum Testi (Locke-Wallace Marital Adjustment Test) ile korelasyonu 0,82 olarak bulunmuştur.²⁴ Alt testler için güvenilirlik katsayıları; memnuniyet boyutu için 0,83, bağlılık boyutu için 0,75, uzlaşma boyutu için 0,75 ve duygusal ifade boyutu için ise 0,80 olarak bulunmuş olup DAS Türkçe Formu'nun faktör yapısının orijinal ölçeğinin faktör yapısı ile eşleştiği ve Türk örneklemini için evlilik uyumu ölçümünde güvenilir ve geçerli ölçümler sağladığı ortaya konmuştur.²⁴ Bu çalışma kapsamında yapılan güvenilirlik analizi sonuçlarına göre ise, Cronbach alfa katsayıları memnuniyet alt boyutu için 0,89, bağlılık boyutu için 0,70, uzlaşma boyutu için 0,92, duygusal ifade boyutu için 0,65 ve toplam puan için ise 0,94 olarak hesaplanmıştır.

Duygu Düzenleme Ölçeği (Emotional Regulation Questionnaire): Gros ve John²⁵ tarafından 2003 yılında kişinin kullandığı duygu düzenleme stratejilerini değerlendirmek amacıyla geliştirilen Duygu Düzenleme Ölçeği'nin (ERQ) Türkçe adaptasyonu (T-ERQ) Eldeleklioğlu ve Eroğlu²⁶ tarafından 2015 yılında yapılmıştır. T-ERQ yedili Likert tipi 10 maddeden oluşmaktadır.²⁶ Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi ile yeniden değerlendirme/“reappraisal” ve bastırma/“suppression” olarak iki faktörlü yapıda olduğu ve T-ERQ'nun güvenilirlik katsayıları yeniden değerlendirme alt ölçeği için 0,78, bastırma alt ölçeği için 0,73 olarak bulunduğu ve test-tekrar test güvenilirlik katsayıları ise yeniden değerlendirme alt ölçeği için 0,74, bastırma alt ölçeği için 0,72 olarak bulunduğu görülmüştür.²⁶ Genel olarak T-ERQ'nun Türkçe versiyonunun uygun psikometrik özelliklere sahip olduğu ortaya konmuştur.²⁶ Bu çalışmada ise, T-ERQ'nun yeniden değerlendirme alt ölçeği için güvenilirlik katsayısı 0,83 olarak bulunurken, bastırma alt ölçeği için 0,73 olarak bulunmuştur.

BDÖ-Çok Kısa Form'un Türkçeye Çevirisi

Bebek Davranış Ölçeği-ÇKF'nin Türkçeye uyarlanması bu çalışma kapsamında yapılmıştır. Öncelikli olarak Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu'na çalışmanın uygunluğu için başvuru yapılmış ve etik kurul onayı alınmıştır (karar numarası: 202, tarih: 09.12.2015). BDÖ'nün özgün formu ölçeği geliştiren Prof. Dr. Marry Rothbart'tan mail yoluyla istenerek çeviri için gerekli izin alınmıştır. Öncelikli olarak özgün ölçek 3 psikolog 1 psikolojik danışman tarafından birbirinden bağımsız olarak Türkçeye çevrilmiştir. Sonrasında çeviri maddeler makale yazarları tarafından kontrol edilmiş ve uygun olan maddeler seçilmiştir. Seçilen çeviri maddeler için pilot çalışma olarak 3 anneden anlaşılabilirlik düzeylerine göre 1 ve 5 arasında puanlamaları istenmiştir. Düşük puan alan (3 ve altı) maddelerin çevirisi gözden geçirilmiştir. Ölçeğe son çeviri hali verildikten sonra Türk Dili ve Edebiyatı alanında uzman olan bir kişiden çeviri maddelerin Türkçeye uygunluğunun

değerlendirilmesi istenmiştir. Bu işlemlerin sonucunda BDÖ-ÇKF'nin BDÖ-ÇKF Türkçe formu oluşturularak katılımcılar tarafından ölçeğin yanıtlanması istenmiştir.

İstatistiksel Analiz

Çalışma kapsamında kullanılan çevrim içi anket sisteminde soruların her birinin yanıtlanma zorunluluğu bulunduğundan bütün ölçekler tamamıyla doldurulmuştur. Toplamda 357 anneden elde edilen bütün veriler SPSS 22.0 (IBM Inc., Armonk, NY) paket programı kullanılarak SPSS veri dosyasına girilerek analiz edilmiştir.

Bulgular

BDÖ - Çok Kısa Form'un Geçerlik Analizi

BDÖ'nün faktör yapısı ve yapı geçerliği analizine uygun olup olmadığını belirlemek amacıyla KMO ve Barlett Küresellik testi yapılmıştır. Faktör yapısına uygunluğun sağlanması için KMO katsayısının 0,60'dan yüksek çıkması beklenmektedir.^{27,28} Bu çalışmada KMO katsayısı 0,82 olarak bulunmuştur. Barlett Küresellik testi sonuçları da anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=2737,453$, $df=378$, $p=0,000$) ($p<0,01$ düzeyinde). Comrey²⁹ ve Tabachnick ve Fidell'e²⁸ göre iyi bir faktör analizi için en az 300 katılımcının olması yeterli olup; bu çalışmadaki katılımcı sayısı 357'dir. Yapı geçerliği analizinde Temel Bileşenler Analiz Yöntemi ile (principal component analysis) eksen döndürme tekniklerinden Varimaks tekniği kullanılmıştır.

Ölçeğin özgün formunda ND (Negative Emotionality/NEG), PD (PA/PAS) ve ORC olarak 3 faktörün yer aldığı görülmektedir.¹⁸ Yapılan faktör analizlerinde özdeğeri (eigenvalue) 1'den büyük olan 10 faktör ortaya çıkmıştır. BDÖ-ÇKF'nin Türkçeye uyarlama çalışmasında; özgün ölçeğe uygun olarak faktör sayısı 3'e zorlanarak faktör analizi yapılmış ise de maddelerin yükledikleri faktörler tek tek incelenerek ve özgün ölçeğin kuramsal yapısı değerlendirilerek çalışmada yer alan örneklem için Oryantasyon Alt Ölçeği çıkarılarak PD ve ND olarak 2 faktörlü yapının daha uygun olacağına karar verilmiştir. Hangi maddelerin hangi faktöre yüklendiğini belirlemek amacıyla faktör yük değeri için sınır değer 0,30 olarak kabul edilmiştir.²⁷ Temel bileşenler analiz yöntemlerinden Varimaks döndürme tekniği sonuçlarına göre 2, 9, 12, 17, 24, 30, 31, 35 ve 34. maddeler 0,30'un altında kalarak hiçbir faktöre yüklenmediğinden ölçekten çıkarılması uygun görülmüştür. Faktör analizinin sonuçlarına bakıldığında 2 faktörlü yapı için açıklanan toplam varyansın %31,1 olduğu görülmektedir. Özgün ölçekle uyumlu olarak birinci faktör PD olarak adlandırılmış olup 15 maddeden (5, 6, 7, 8, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 27, 36 maddeler) oluşmuştur. İkinci faktör ise ND olarak adlandırılmış olup 13 maddeden (1, 3, 4, 10, 11, 16, 22, 23, 28, 29, 32, 33, 37 maddeler) oluşmuştur. Orijinal ölçekte 11. maddenin ters kodlanmış olduğu görülmektedir fakat bu çalışmanın örnekleme için 11. maddenin ters olmadığı ortaya çıkmıştır. Böylece özgün halinde 37 maddeden oluşan BDÖ-ÇKF'nin Türkçe Formu 28 maddeden oluşmuş olup BDÖ çalışmanın sonunda EK-1'de yer almaktadır. Birinci faktörün 5,59 öz değer ile varyansın %16,3'ünü açıkladığı; ikinci faktörün

ise 3,12 öz değer ile varyansın 14,8'ini açıkladığı görülmektedir. Tablo 2'de görüldüğü gibi birinci faktörde yer alan maddelerin yükleri 0,33 ile 0,65 arasında değişirken; ikinci faktörde yer alan maddelerin yükleri 0,42 ile 0,65 arasında değişmektedir.

Ölçüt bağımlı geçerliğin çalışılması amacıyla BDÖ-ÇKF'nin alt ölçekleri olan PD ve ND faktörlerinin EDDÖ, ATQ, DAS ve T-ERQ ölçekleri ile gösterdiği korelasyon katsayılarına bakılmıştır (Tablo 3). Korelasyon sonuçlarına bakıldığında bebek mizaç özelliklerinden ND ile post-partum depresyon arasında pozitif yönde ve anlamlı ilişki ($r=0,202$, $p<0,01$) olduğu saptanmıştır. Yine bebeğin PD ile annenin duygu düzenleme stratejilerinden olan yeniden değerlendirme arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki ($r=0,134$, $p<0,05$) olduğu bulunmuştur. Annenin mizaç özelliklerinden ND ile bebek mizaç özelliklerinden ND arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki ($r=0,269$, $p<0,01$) olduğu görülmüştür. Ayrıca bebeğin mizaç özelliklerinden PD ile annenin mizaç özelliklerinden çaba kontrolü, dışadönüklük ve uyarılara duyarlılık ile pozitif yönde ve anlamlı ilişki ($r=0,124$, $p<0,05$; $r=0,164$, $p<0,01$; $r=0,160$, $p<0,01$) olduğu saptanmıştır. Bebek mizaç özelliklerinden bebeğin PD ile çift bağlılığı alt boyutu arasındaki korelasyona bakıldığında alt ölçekler arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki ($r=0,152$, $p<0,01$) olduğu ve bebeğin ND ile memnuniyet alt boyutları arasında negatif ve anlamlı bir ilişki ($r=-0,107$, $p<0,05$) olduğu ortaya konmuştur. Son olarak; bebeğin PD ile annenin duygu düzenleme stratejilerinden yeniden değerlendirme arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki ($r=0,134$, $p<0,05$) olduğu saptanmıştır.

BDÖ - Çok Kısa Form'un Güvenirlik Analizi

BDÖ-ÇKF'nin güvenirliliğinin çalışılması amacıyla ölçeğin iç tutarlılığı düzeltilmiş madde toplam test korelasyonları ve iki yarım test güvenirliliği analiz edilmiştir. Cronbach alfa katsayıları BDÖ-ÇKF'nin tümü için 0,84, birinci faktör olan PD alt ölçeği için 0,80, ikinci faktör olan ND için 0,80 olarak bulunmuştur ve kabul edilebilir düzeydedir.

Yapılan madde toplam test korelasyonunda birinci faktör olan PD için 0,24 ile 0,57 arasında olup ikinci faktör olan ND için ise 0,19 ile 0,50 arasında değişmektedir. Tüm maddeler için düzeltilmiş madde toplam test korelasyonları Tablo 4'te verilmiştir.

İki yarım test güvenirliliğinin çalışılması amacıyla ise ölçek rastgele olarak iki yarıya ayrılmıştır. Yapılan analizde Guttman iki yarım test güvenirliliği 0,83 olarak bulunmuştur. Rastgele ayrılmış olan bu iki yarım için ise iç tutarlılık katsayıları birinci yarı için 0,69 iken ikinci yarı için 0,74'tür. Ayrıca alt ölçekler için de iki yarım test güvenirliliği hesaplanmıştır. Yapılan hesaplamalarda PD alt ölçeği için Guttman iki yarım test güvenirliliği 0,80; ND alt ölçeği için ise 0,79 olarak bulunmuştur. PD alt ölçeğinde rastgele ayrılmış olan iki yarım için iç tutarlılık katsayıları birinci yarı için 0,71 iken ikinci yarı için 0,64'tür. ND alt ölçeğinde ise rastgele ayrılmış olan iki yarım için iç tutarlılık katsayıları birinci yarı için 0,65 iken ikinci yarı için 0,70'tir.

Test-tekrar test güvenirliliği için BDÖ-ÇKF 30-60 gün sonra 18 anneye ikinci kez ulaşılarak yeniden uygulanmıştır. Test-tekrar test güvenirliliği sonuçları Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 2. Dik döndürme yöntemi (Varimax) ile bileşenlerin 2 faktörlü dağılımı n=357

	PD	ND
21. Son bir hafta içinde, bebeğiniz ona yeni bir oyuncak verildiğinde hangi sıklıkta gülümsedi veya kakhaha attı?	0,651	
7. Son bir hafta içinde bebeğiniz ilk kez gördüğü nesnelere doğru hangi sıklıkla hızlı yaklaştı?	0,651	
15. Bebeğiniz oyun oynarken telefon çaldığında hangi sıklıkta kafasını kaldırıp baktı?	0,614	
19. Son bir hafta içinde, bebeğiniz kitap ve/veya dergilerdeki resimlere hangi sıklıkla 5 dakika veya daha uzun süre baktı?	0,598	
6. Son bir hafta içinde bebeğiniz bir oyuncak ya da nesneyle hangi sıklıkta 5-10 dakika kadar oynadı?	0,555	
25. Bebeğinize bakması için bir şey gösterdiğinizde hangi sıklıkta hemen sakinleşti?	0,538	
14. Bebeğiniz bir ce-eeee oyunu sırasında hangi sıklıkta güldü?	0,513	
18. Son bir hafta içinde, bebeğiniz çocuk tekerleme ve ninnilerindeki sesleri dinlemekten hangi sıklıkta hoşlandı?	0,510	
5. Son bir hafta içinde bebeğiniz kendisine bir şeyler okunmasından hangi sıklıkta hoşlandı?	0,509	
20. Bebeğinizle yeni bir yeri ziyaret ettiğinizde, bebeğiniz çevreyi keşfetmek için hangi sıklıkta heyecanlandı?	0,479	
8. Bebeğinizi banyo küvetine koyduğunuzda bebeğiniz hangi sıklıkta güldü?	0,464	
13. Bebeğiniz sırt üstü yatırıldığında hangi sıklıkta kıvrıldı ve/veya dönmeye çalıştı?	0,440	0,344
27. Bebeğiniz geçmekte olan bir uçağın sesini hangi sıklıkta fark etti?	0,412	
36. Bebeğinizle otomobilde yolculuk yaparken bebeğiniz hangi sıklıkta konuşma sesleri çıkardı?	0,403	
26. Saçları yıkanırken bebeğiniz ne sıklıkta bebeksi sesler çıkardı?	0,336	
16. Bebeğinizi beşiğine bıraktığınızda hangi sıklıkta kızgın (ağlama veya huzursuzluk)?		0,652
29. Siz başka bir işle meşgulken bebeğiniz sizin dikkatinizi çekmeyi başaramadığında hangi sıklıkla ağladı?		0,631
23. Bebeğiniz son bir hafta içinde hareketini kısıtlayan bir yere konulduğunda (araba koltuğu, oyun bahçesi, ana kucağı vs.) hangi sıklıkta karşı koyma davranışı gösterdi?		0,601
10. Bebeğiniz uyandığında birkaç dakika içinde yanına gidilmediğinde hangi sıklıkta ağladı?		0,587
4. Bebeğiniz yabancı bir yetişkinle ilk defa karşılaştığında hangi sıklıkta bir ebeveynine/size sıkıca sarıldı/yapıştı?		0,536
28. Bebeğiniz yabancı bir yetişkinle karşılaştığında hangi sıklıkta bu kişiye gitmeyi reddetti?		0,520
32. Bebeğiniz bir şey istediğinde, istediği şeye erişemediği zaman hangi sıklıkta mutsuz oldu?	0,337	0,517
33. Ortamda birden fazla yabancı yetişkin varken bebeğiniz hangi sıklıkta size sıkıca sarıldı/yapıştı?	0,341	0,514
37. Bebeğiniz araba koltuğu veya ana kucağına konulduğunda hangi sıklıkta kıpırdanıp dönmeye çalıştı?		0,512
11. Son bir hafta içinde, bebeğiniz kucağınızda beslenirken hangi sıklıkta beslenme biter bitmez kucağınızdan inmeye çalıştı?		0,501
3. Bebeğiniz yorulduğunda ne sıklıkta huzursuzlandı?		0,483
22. Heyecan verici bir günün sonunda bebeğiniz hangi sıklıkta ağlamaklı oldu?		0,449
1. Son bir hafta içinde, bebeğinizin üzerini değiştirirken bebeğiniz hangi sıklıkta kıpırdanıp durdu ve/veya kaçmaya çalıştı?		0,426

Maddeler orijinal ölçeğe göre numaralandırılmıştır. PD: Pozitif duygulanım, ND: Negatif duygulanım

Tartışma

Bu çalışmada, bebeğe bakım veren kişinin bildirimine dayanarak bebek mizacının ölçülebilmesi amacıyla Rothbart tarafından geliştirilen ve 2003 yılında Garstein ve Rothbart yeniledikten sonra Putnam ve ark.^{4,18} tarafından sadeleştirilen BDÖ-ÇKF'nin Türkçeye uyarlanması için geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır.¹¹ Yapılan analizler sonucunda BDÖ-ÇKF'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin olduğu bulunmuştur.^{4,11,18}

Çalışmada BDÖ-ÇKF'nin yapı geçerliğini incelemek için temel bileşenler analizi kullanılarak faktör analizi yapılmış ve Varimaks eksen döndürme tekniği uygulanmıştır. BDÖ-ÇKF'nin orijinal versiyonunda üç faktörlü bir yapı bulunurken Türkçe versiyonu çalışmasında öz değeri 1'den büyük 10 faktörün ortaya çıktığı görülmüş olup özgün ölçeğe uygun olarak faktör

sayısı 3'e zorlanarak faktör analizi yapılmış fakat maddelerin yüklendikleri faktörler tek tek incelendiğinde ve özgün ölçeğin kuramsal yapısı da hesaba katıldığında çalışmada yer alan örneklem için Oryantasyon Alt Ölçeği çıkarılarak Pozitif ve ND olarak 2 faktörlü yapının daha uygun olacağına karar verilmiştir. Temel bileşenler analiz yöntemlerinden Varimaks döndürme tekniği sonuçlarına göre 2., 9., 12., 17., 24., 30., 31., 35. ve 34. maddeler 0,30'un altında kalarak hiçbir faktöre yüklenmediğinden ölçekten çıkarılması uygun görülmüştür. Ölçekten çıkarılan maddeler incelendiğinde; yalnızca 2. maddenin (Oyun olarak bebeğinizi havaya atıp tuttuğunuzda bebeğiniz hangi sıklıkta güldü?) orijinal ölçekte PD alt ölçeğinde yer aldığı fakat bu çalışmada her ne kadar Türk ailelerinde sıklıkla kullanılan bir oyun olsa da PD alt ölçeği için uygun olmadığı görülmüştür. Ölçekten çıkarılması uygun görülen diğer maddelere bakıldığında; 9. (Bebeğinizin gece ya da gündüz

Tablo 3. Bebek Davranış Ölçeği - Çok Kısa Form, Pozitif Duygulanım ve Negatif Duygulanım Alt Ölçeklerin diğer ölçeklerle korelasyonları

Ölçekler	BDÖ - pozitif duygulanım	BDÖ - negatif duygulanım
EDDÖ	-0,050	0,202**
ATQ-negatif duygulanım	-0,079	0,269**
ATQ-çaba kontrolü	0,124**	0,016
ATQ-dışadönüklük	0,164**	-0,100
ATQ-uyaranlara duyarlılık	0,160**	0,069
DAS-toplam	0,069	-0,097
DAS-memnuniyet	-0,006	-0,107*
DAS-bağlılık	0,152**	-0,054
DAS-uzlaşma	0,079	-0,083
DAS-duygusal ifade	0,034	-0,061
ERQ-yeniden değerlendirme	0,134*	-0,087
ERQ-bastırma	-0,088	0,004

*p<0,05, **p<0,01, BDÖ: Bebek Davranış Ölçeği, EDDÖ: Edingburgh Postpartum Depresyon Ölçeği, ATQ: Yetişkin Mizaç Ölçeği-Kısa Form, DAS: Çift Uyum Ölçeği, ERQ: Duygu Düzenleme Ölçeği

uyku vakti geldiği halde bebeğiniz uyumak istemediğinde hangi sıklıkta mızıldandı ya da ağladı?) ve 17. (Son bir hafta içinde, bebeğiniz hangi sıklıkta kendi vücut pozisyonundaki ani değişiklikten ürktü/irkildi? örneğin: Aniden hareket ettirildiğinde) maddenin de orijinal ölçekte ND alt ölçeğinde olduğu fakat bu çalışmada hiçbir faktöre yüklenmediği ortaya çıkmıştır. Ayrıca 12., 24., 30., 31., 34., 35. maddelerin de orijinal ölçekte Oryantasyon/Düzenleme Kapasitesi alt ölçeğinde olduğu görülürken bu çalışmada ayrı bir alt ölçek olarak kümelendiği ve diğer alt ölçeklere de yüklenmediği görülmüştür. İlk faktör PD olarak adlandırılmış olup 15 maddeden (5., 6., 7., 8., 13., 14., 15., 18., 19., 20., 21., 25., 26., 27., 36. maddeler) oluşmuştur. Maddeler tek tek incelendiğinde; 5., 6., 18., 19., 25. maddelerin Oryantasyon/Düzenleme Kapasitesi alt ölçeğinde olduğu kalan diğer maddelerin bu çalışmayla benzer olarak PD alt ölçeğinde yer aldığı görülmüştür. Orijinal BDÖ-ÇKF'nin birinci faktörü Pozitif/dışadönüklük (PA/PAS) dışadönüklük kişilik özelliklerine benzer şekilde yaklaşma, işitsel tepkisellik, yüksek haz yoğunluğu, gülümseme ve kahkaha, aktivite düzeyi ve algısal duyarlılık olarak tanımlanmaktadır.¹⁸ Orijinal ölçeğin kuramsal yapısı dikkate alındığında da bu maddelerin PD alt ölçeğinde yer almasında sakınca görülmemiştir.

İkinci faktör olan ND (NEG) nörotizm kişilik özelliklerine benzer şekilde üzüntü, kısıtlılıklara karşı stres, korku ile karakterize edilmiştir.¹⁸ Orijinal ölçekte PD/dışadönüklük maddesi altında yer alan 1 ve 37. maddelerin Türk örneklemini için ND olarak algılandığı dikkat çekmektedir. Maddelerin içeriklerine bakıldığında; (1. Son bir hafta içinde, bebeğinizin üzerini değiştirirken bebeğiniz hangi sıklıkta kıpırdanıp durdu ve/veya kaçmaya çalıştı? - 37. Bebeğiniz araba koltuğu veya ana kucağına konulduğunda hangi sıklıkta kıpırdanıp dönmeye çalıştı?) bu maddelerin batı toplumları için dışadönüklük olarak algılanmasına karşın Türk kültürü için ND olarak algılanmasının kültürel farklılıktan kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Ayrıca orijinal ölçekte ters kodlanarak oryantasyon alt ölçeğinde yer alan 11. maddenin ters olmadan ND alt ölçeğinde yer aldığı görülmüştür. Ölçekte yer alan diğer maddelerin ise orijinal ölçekte de bu çalışmada da aynı şekilde ND alt ölçeğinde yer aldığı görüldüğünden bu alt ölçeğin ND olarak adlandırılmasına karar verilmiştir. Ayrıca 13., 32. ve 33. maddelerin PD ve ND faktörlerinin her ikisine birden yüklendiği görülmektedir. Bu maddelerin hangi alt ölçeğe dahil edilmesi gerektiğine karar verebilmek için maddelerin içeriklerine dikkat edilerek madde yükünün yüksek olduğu alt ölçekler seçilmiştir. Sonuç olarak, özgün halinde 37 maddeden oluşan BDÖ-ÇKF'nin Türkçe Formu 28 maddeden oluşmuştur.

Ölçüt bağıntılı geçerliğinin değerlendirilmesi için çalışmamızda EDDÖ, ATQ, DAS ve T-ERQ kullanılmıştır. Çalışmamızda bebeğin PD ile annenin mizaç özelliklerinden çaba kontrolü, dışadönüklük ve uyaranlara duyarlılık faktörleri ve DAS'nin bağlılık alt ölçeği ile pozitif yönde ilişki gösterdiği bulunmuştur. Kişiliğin bir parçası olarak kabul edilen mizacın gelişiminde kalıtımın da rolü olduğundan annenin kişilik özellikleri ile çocuklarının mizaç özelliklerinin benzerlik göstermesi beklenen bir sonuç olarak görülmektedir.³⁰⁻³² Yine bebeğin PD'nin annenin duygu düzenleme stratejilerinden yeniden değerlendirme ile pozitif yönde ilişki gösterdiği sonucuna varılmıştır. Bebeğin mizaç özelliklerinden ND'nin diğer ölçeklerle ilişkisine bakıldığında ise annenin postpartum depresyonu ve ND ile pozitif yönde ilişkisi olduğu saptanmıştır. Birçok çalışmada belirtildiği gibi bebeğin sahip olduğu mizacın bebeğe bakım veren kişiyi etkilemesi bu çalışmayla tutarlı görünmektedir.³³⁻³⁵ Rothbart'a² göre de bebek mizacı anne-baba üzerindeki stres düzeyini etkilemektedir. Yine bebeğin ND'nin çift uyum alt ölçeklerinden memnuniyet faktörü ile negatif yönde korelasyon gösterdiği ortaya konmuştur.

Yapılan faktör analizi sonucuna göre oluşturulan 28 maddelik BDÖ-ÇKF'nin bu çalışmadaki verileri kullanılarak ölçeğin

güvenirliği ölçülmüştür. İlk olarak Cronbach alfa katsayılarına bakılmış ve BDÖ-ÇKF'nin tümü için alfa katsayıları 0,84, birinci faktör olan PD alt ölçeği için 0,80, ikinci faktör olan ND için 0,80 olarak bulunmuştur. Murphy ve Davidshofer³⁶ ölçeklerde genellikle 0,80 katsayılarının elde edildiğini ve testin güvenilirlik katsayısının 0,80 civarında olduğunda orta,

0.70 olduğunda düşük, 0,60'ın altında olduğunda ise genellikle kabul edilemez düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Buna göre BDÖ-ÇKF'nin güvenilirliğinin kabul edilebilir düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. Mizacın temel unsurlarının kişinin erken yaşamında ortaya çıktığı ve bu unsurları önemli düzeyde biyolojik faktörlerin belirlediği; fakat gelişim ilerledikçe

Tablo 4. Düzeltilmiş madde toplam test korelasyonları

	Düzeltilmiş madde toplam test korelasyonu
21. Son bir hafta içinde, bebeğiniz ona yeni bir oyuncak verildiğinde hangi sıklıkta gülümsedi veya kakhaha attı?	0,484
7. Son bir hafta içinde bebeğiniz ilk kez görüdüğu nesnelere doğru hangi sıklıkta hızla yaklaştı?	0,569
15. Bebeğiniz oyun oynarken telefon çaldığında hangi sıklıkta kafasını kaldırıp baktı?	0,541
19. Son bir hafta içinde, bebeğiniz kitap ve/veya dergilerdeki resimlere hangi sıklıkta 5 dakika veya daha uzun süre baktı?	0,450
6. Son bir hafta içinde bebeğiniz bir oyuncak ya da nesneyle hangi sıklıkta 5-10 dakika kadar oynadı?	0,269
25. Bebeğinize bakması için bir şey gösterdiğinizde hangi sıklıkta hemen sakinleşti?	0,287
14. Bebeğiniz bir ce-eeee oyunu sırasında hangi sıklıkta güldü?	0,376
18. Son bir hafta içinde, bebeğiniz çocuk tekerleme ve ninnilerindeki sesleri dinlemekten hangi sıklıkta hoşlandı?	0,336
5. Son bir hafta içinde bebeğiniz kendisine bir şeyler okunmasından hangi sıklıkta hoşlandı?	0,269
20. Bebeğinizle yeni bir yeri ziyaret ettiğinizde, bebeğiniz çevreyi keşfetmek için hangi sıklıkta heyecanlandı?	0,368
8. Bebeğinizi banyo küvetine koyduğunuzda bebeğiniz hangi sıklıkta güldü?	0,241
13. Bebeğiniz sırt üstü yatırıldığında hangi sıklıkta kıvrıldı ve/veya dönmeye çalıştı?	0,462
27. Bebeğiniz geçmekte olan bir uçağın sesini hangi sıklıkta fark etti?	0,385
36. Bebeğinizle otomobilde yolculuk yaparken bebeğiniz hangi sıklıkta konuşma sesleri çıkardı?	0,335
26. Saçları yıkanırken bebeğiniz ne sıklıkta bebeksi sesler çıkardı?	0,228
16. Bebeğinizi beşliğine bıraktığınızda hangi sıklıkta kızgın (ağlama veya huzursuzluk) görüldü?	0,287
29. Siz başka bir işle meşgulken bebeğiniz sizin dikkatinizi çekmeyi başaramadığında hangi sıklıkla ağladı?	0,291
23. Bebeğiniz son bir hafta içinde hareketini kısıtlayan bir yere konulduğunda (araba koltuğu, oyun bahçesi, ana kucağı vs) hangi sıklıkta karşı koyma davranışı gösterdi?	0,361
10. Bebeğiniz uyandığında birkaç dakika içinde yanına gidilmediğinde hangi sıklıkta ağladı?	0,209
4. Bebeğiniz yabancı bir yetişkinle ilk defa karşılaştığında hangi sıklıkta bir ebeveynine/size sıkıca sarıldı/yapıştı?	0,445
28. Bebeğiniz yabancı bir yetişkinle karşılaştığında hangi sıklıkta bu kişiye gitmeyi reddetti?	0,433
32. Bebeğiniz bir şey istediğinde, istediği şeye erişemediği zaman hangi sıklıkta mutsuz oldu?	0,503
33. Ortamda birden fazla yabancı yetişkin varken bebeğiniz hangi sıklıkta size sıkıca sarıldı/yapıştı?	0,497
37. Bebeğiniz araba koltuğu veya ana kucağına konulduğunda hangi sıklıkta kıpırdanıp dönmeye çalıştı?	0,419
11. Son bir hafta içinde, bebeğiniz kucağınızda beslenirken hangi sıklıkta beslenme biter bitmez kucağınızdan inmeye çalıştı?	0,394
3. Bebeğiniz yorulduğunda ne sıklıkta huzursuzlandı?	0,194
22. Heyecan verici bir günün sonunda bebeğiniz hangi sıklıkta ağlamaklı oldu?	0,303
1. Son bir hafta içinde, bebeğinizin üzerini değiştirirken bebeğiniz hangi sıklıkta kıpırdanıp durdu ve/veya kaçmaya çalıştı?	0,232

Maddeler orijinal ölçeğe göre numaralandırılmıştır.

Tablo 5. Test-tekrar test güvenirliliği sonuçları

	Pozitif duygulanım	Negatif duygulanım
Tekrar-test pozitif duygulanım	0,559*	0,030
Tekrar-test negatif duygulanım	0,039	0,478*

*p<0,05

mizacın dışavurumunu çoğunlukla kişinin deneyimleri ve içinde bulunduğu bağlamın etkilediği düşünüldüğünden test-tekrar test korelasyon katsayılarının nispeten düşük olması bebeklerin 3-12 aylık süreçte hızla büyümesi ve çevresel olaylardan etkilenecek mizacın şekillenmesi ile açıklanabileceği değerlendirilmiştir.¹

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Yapılan bu çalışmada bebek mizacı bebeğe bakım veren kişilerden alınan verilere göre değerlendirildiğinden çalışmada babalara yer verilmemesi çalışmanın sınırlılıkları arasında gösterilebilir. Veri grubunda yer alan 3-12 aylık bebeklerin 9 ay süre ile aralıklarla bakım verenden bilgi alınmasıyla izlenmesinin de çalışmayı zenginleştireceği düşünüldüğünden boylamsal çalışmanın eksikliği de kısıtlılıklar arasında gösterilebilir.

Sonuç

Türkçeye uyarlaması yapılan BDÖ-ÇKF'nin gelişim, eğitim ve klinik psikoloji, çocuk psikiyatrisi ve pediatri gibi araştırma alanlarında ve bu alanlardaki klinik uygulamalarda kullanılabileceği düşünülmektedir. Bu anlamda Türkçeye uyarlaması yapılan BDÖ-ÇKF'nin literatürümüze önemli düzeyde katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Sonuç olarak; bu çalışma kapsamında Türkçeye uyarlaması yapılan BDÖ-ÇKF'nin (Infant Behavior Questionnaire - Very Short Form) bebeğe bakım veren kişinin bildirim aracı ile bebeğin mizacını geçerli ve güvenilir olarak ölçtüğü ve Türk kültüründe kullanılmasının uygun olduğu değerlendirilmiştir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Öncelikli olarak Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu'na çalışmanın uygunluğu için başvuru yapılmış ve etik kurul onayı alınmıştır (karar numarası: 202, tarih: 09.12.2015).

Hasta Onayı: Katılımcı anneler araştırmanın bilgilendirme kısmını okuduktan ve annelerin onamları alındıktan sonra araştırmaya katılmışlardır.

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

Yazarlık Katkıları

Konsept: M.F., Ö.Y.A., Dizayn: M.F., Ö.Y.A., Veri Toplama veya İşleme: M.F., Analiz veya Yorumlama: M.F., Ö.Y.A., Literatür Arama: M.F., Yazan: M.F.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Goldsmith HH, Buss AH, Plomin R, Rothbart MK, Thomas A, Chess S, Hinde R.A, McCall RB. Rountable: What is temperament? Four approaches. *Child Dev.* 1987;58:505-529.
2. Rothbart MK. Becoming who we are: Temperament and personality indevelopment. New York; Guilford; 2011.

3. Shiner RL, Buss KA, McClowry SG, Putnam SP, Saudino KJ, Zentber M. What is temperament now? Assessing progress in temperament research onthe twenty-fifth anniversary of Goldsmith et al. *Child Development Perspectives.* 2012;6:436-444.
4. Rothbart MK. Measurement of temperament in infancy. *Child Development.* 1981;52:569-578.
5. Rothbart MK, Derryberry D, Posner MI. A psychobiological approach to the development of temperament. In Bates JE, Wachs TD (Eds.), *Temperament: Individual differences at the interface of biology and behavior.* American Psychological Association. 1994;83-116.
6. Rothbart MK. Temperament, development, and personality. *Current Directions in Psychological Science.* 2007;16:207-212.
7. Thomas A, Chess S. *Temperament and development.* Oxford, England: Brunner/Mazel. 1977.
8. Thomas A, Chess S, Korn SJ. The Reality of Difficult Temperament. *Merrill-Palmer Quarterly.* 1982;28:1-20.
9. Costa R, Figueiredo B. Infant's psychophysiological profile and temperament at 3 and 12 months. *Infant Behav Dev.* 2011;34:270-279.
10. Maziade M, Boudreault M, Thivierge J, Caperaa P, Cote R. Infanttemperament: SES and gender differences and reliability of measurement in a large quebec sample. *Merrill-Palmer Quarterly.* 1984;30:213-226.
11. Garnstein MA, Rothbart MK. Studying infant temperament via there viesed infant behavior questionnaire. *Infant behavior and development.* 2003;26:64-86.
12. Akın-Sarı B, İşeri E, Yalçın Ö, Aslan-Akın A, Şener Ş. Reliability Study of Turkish Version of Children's Behavior Questionnaire Short Form and a Validity Prestudy. *Klinik Psikiyatri.* 2012;15:135-143.
13. Rothbart MK. Temperament and development. In Kohnstamm GA, Bates JE, Rothbart MK (eds.) *Temperament in childhood.* Oxford, England: John Wiley & Sons. 1989;187-247.
14. Yoleri S. Reliability and validity study of the Temperament Assessment Battery for Children-Revised: Parent Form. *International Journal of Human Sciences.* 2014;11:221-237.
15. McClowry S. The development of the school-age temperament inventory. *Merrill-Palmer Quarterly.* 1995;41:271-285.
16. McClory SG, Halverson CF, Sanson A. A re-examination of the validity and reliability of the school age temperament inventory. *Nurs Res.* 2003;52:176-182.
17. Eremsoy CE. How do parental, familial, and child characteristics differentiate conduct-disordered children with and without psychopathic tendencies? Unpublished master's thesis, Middle East Technical University. 2007.
18. Putnam SP, HelbigAL, Garstein MA, Rothbart MK, Leekers E. Development andassessment of short and very short forms of the infant behavior questionnaire-revised. *J Pers Assess.* 2014;96:445-458.
19. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Bri J Psychiatry.* 1987;150:782-786.
20. Engindeniz N. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nin Türkçe Formu için Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. Unpublished master's thesis, Ege University. 1996.
21. Evans DE, Rothbart MK. Developing a model for adult temperament. *Journal of Research in Personality.* 2007;41:868-888.
22. Gölcük M. Prediction of parenting styles from child and maternal temperamental characteristics. Unpublished master's thesis, Middle East Technical University. 2014.
23. Spanier GB. Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and Family.* 1976;38:15-28.
24. Fızioloğlu H, Demir A. Applicability of the dyadic adjustment scale for measurement of marital quality with Turkish couples. *European Journal of Psychological Assessment.* 2000;16:214-218.

25. Gros JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;85:348-362.
26. Eldeleklioğlu J, Eroğlu Y. A Turkish adaptation of the emotion regulation questionnaire. *International Journal of Human Sciences.* 2015;12:1157-1168.
27. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum. (20th ed). Ankara; Pegem Akademi Yayınları; 2014.
28. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. Boston: Pearson/Allyn& Bacon. 2007.
29. Comrey AL. A first course in factor analysis. New York; Academic Press; 1973.
30. Öç YÖ, Şişmanlar ŞG, Ağaoğlu B, Tural Ü, Önder E, Karakaya I. Psychiatric Evaluation of the Offsprings of the Parents with Psychopathology. *Klinik Psikiyatri.* 2006;9:123-130.
31. Macedo A, Marques M, Bos S, Maia BR, Pereira T, Soares MJ, Valente J, Gomes AA, Nogueira V, Azevedo MH. Mother's personality and infant temperament. *Infant Behav Dev.* 2011;34:552-568.
32. Aytar AG, Aksoy AB, Kaytez N. Mothers Personality and Feature Temperament of Their Child. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.* 2014;7:237-251.
33. Belsky J. The determinants of parenting: A process model. *Child Dev.* 1984;55:83-96.
34. Lengua LJ, Kovacs EA. Bidirectional associations between temperament and parenting and the prediction of adjustment problems in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology.* 2005;26:21-38.
35. Murris P, Ollendick TH. The role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2005;8:271-289.
36. Murphy KR, Davidshofer CO. Psychological testing: Principles and applications, (4th ed.) Englewood Cliffs; NJ; Prentice Hall; 1988.

Ek 1. Bebek Davranış Ölçeği - Maddeler

1. Son bir hafta içinde, bebeğinizin üzerini değiştirirken bebeğiniz hangi sıklıkta kıpırdanıp durdu ve/veya kaçmaya çalıştı?
2. Bebeğiniz yorulduğunda hangi sıklıkta huzursuzlandı?
3. Bebeğiniz yabancı bir yetişkinle ilk defa karşılaştığında hangi sıklıkta bir ebeveynine/size sıkıca sarıldı/yapıştı?
4. Son bir hafta içinde bebeğiniz kendisine bir şeyler okunmasından hangi sıklıkta hoşlandı?
5. Son bir hafta içinde bebeğiniz bir oyuncak ya da nesneyle hangi sıklıkta 5-10 dakika kadar oynadı?
6. Son bir hafta içinde bebeğiniz ilk kez gördüğü nesnelere doğru hangi sıklıkta hızla yaklaştı?
7. Bebeğinizi banyo küvetine koyduğunuzda bebeğiniz hangi sıklıkta güldü?
8. Bebeğiniz uyandığında birkaç dakika içinde yanına gidilmediğinde hangi sıklıkta ağladı?
9. Son bir hafta içinde, bebeğiniz kucağınızda beslenirken hangi sıklıkta beslenme biter bitmez kucağınızdan inmeye çalıştı?
10. Bebeğiniz sırt üstü yatırıldığında hangi sıklıkta kıvrıldı ve/veya dönmeye çalıştı?
11. Bebeğiniz bir ce-eeee oyunu sırasında hangi sıklıkta güldü?
12. Bebeğiniz oyun oynarken telefon çaldığında hangi sıklıkta kafasını kaldırıp baktı?
13. Bebeğinizi beşiğine bıraktığınızda hangi sıklıkta kızgın (ağlama veya huzursuzluk) göründü?
14. Son bir hafta içinde, bebeğiniz çocuk tekerleme ve ninnilerindeki sesleri dinlemekten hangi sıklıkta hoşlandı?
15. Son bir hafta içinde, bebeğiniz kitap ve/veya dergilerdeki resimlere hangi sıklıkta 5 dakika veya daha uzun süre baktı?
16. Bebeğinizle yeni bir yeri ziyaret ettiğinizde, bebeğiniz çevreyi keşfetmek için hangi sıklıkta heyecanlandı?
17. Heyecan verici bir günün sonunda bebeğiniz hangi sıklıkta ağlamaklı oldu?
18. Son bir hafta içinde, bebeğiniz ona yeni bir oyuncak verildiğinde hangi sıklıkta gülümsedi veya kahkaha attı?
19. Bebeğiniz son bir hafta içinde hareketini kısıtlayan bir yere konulduğunda (araba koltuğu, oyun bahçesi, ana kucağı vs) hangi sıklıkta karşı koyma davranışı gösterdi?
20. Bebeğinize bakması için bir şey gösterdiğinizde hangi sıklıkta hemen sakinleşti?
21. Saçları yıkanırken bebeğiniz ne sıklıkta bebeksi sesler çıkardı?
22. Bebeğiniz geçmekte olan bir uçağın sesini hangi sıklıkta fark etti?
23. Bebeğiniz yabancı bir yetişkinle karşılaştığında hangi sıklıkta bu kişiye gitmeyi reddetti?
24. Siz başka bir işle meşgulken bebeğiniz sizin dikkatinizi çekmeyi başaramadığında hangi sıklıkla ağladı?
25. Bebeğiniz bir şey istediğinde, istediği şeye erişemediği zaman hangi sıklıkta mutsuz oldu?
26. Ortamda birden fazla yabancı yetişkin varken bebeğiniz hangi sıklıkta size sıkıca sarıldı/yapıştı?
27. Bebeğinizle otomobilde yolculuk yaparken bebeğiniz hangi sıklıkta konuşma sesleri çıkardı?
28. Bebeğiniz araba koltuğu veya ana kucağına konulduğunda hangi sıklıkta kıpırdanıp dönmeye çalıştı?

Why ‘Sharenting’? Is it Related to Parents’ or Children’s Psychiatric Symptoms?

Neden ‘Sharenting’? Ebeveynlerin veya Çocukların Psikiyatrik Semptomlarıyla İlişkili mi?

Fevzi Tuna Ocakoğlu¹, Binay Kayan Ocakoğlu², Caner Mutlu³, Büşra Duran⁴, Adem Güneş², Gül Karaçetin²

¹French Lape Hospital, Clinic of Child and Adolescent Psychiatry, İstanbul, Turkey

²Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Nervous Diseases Training and Research Hospital, Clinic of Child and Adolescent Psychiatry, İstanbul, Turkey

³Bursa Uludağ University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Bursa, Turkey

⁴Private Practice, İstanbul, Turkey

ABSTRACT

Objectives: We investigated the relationships between the “sharenting” phenomenon and psychiatric symptoms of parents and children.

Materials and Methods: Parental social media practices and details of their sharenting behavior were evaluated using an anonymous questionnaire. The Brief Symptom Inventory (BSI) and the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) were used to evaluate the psychiatric symptoms of parents and children, respectively.

Results: One hundred and ninety-six parents completed the survey. Neither sharenting status nor sharenting frequency was found to be associated with BSI scores. However, among sharenting motivations, “make one’s presence felt” and “acceptance-seeking” were related to BSI scores. Regarding children’s psychological symptoms, “sharing a child’s ability” was associated with emotional symptoms scores of SDQ. Besides, a border-level-association of sharenting status with children’s prosocial behaviors was detected.

Conclusion: The current study is the first study investigating associations of the psychiatric symptoms with the sharenting phenomenon and its motivations. Rather than the action of sharenting, certain motivations behind it were found to be associated with parents’ and children’s psychiatric symptoms.

Keywords: Sharenting, social media, mental health, parents, children

ÖZ

Amaç: Ebeveynlerin ve çocukların psikiyatrik belirtileri ile “sharenting” kavramı arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ebeveynlerin sosyal medya uygulamaları ve ‘sharenting’ davranışlarının detayları anket aracılığıyla değerlendirilmiştir. Kısa Semptom Enventörü (KSE) ve Güçler Güçlükler Anketi (GGA), sırasıyla ebeveynlerin ve çocukların psikiyatrik semptomlarını değerlendirmek için kullanıldı.

Bulgular: Yüz doksan altı ebeveyn anketi tamamladı. Paylaşım durumu ve paylaşım sıklığı, KSE puanları ile ilişkili bulunmadı. Ancak paylaşım motivasyonları arasında “varlığını hissettirme” ve “kabul görme” KSE puanları ile ilişkili bulundu. Çocukların psikolojik belirtileri ile ilgili olarak, “bir çocuğun yeteneğini paylaşmak”, GGA’nın duygusal semptom puanları ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, çocukların prososyal davranışları ile paylaşım statüsünün sınır düzeyinde bir ilişkisi tespit edilmiştir.

Sonuç: Bu çalışma, psikiyatrik belirtilerin ‘sharenting’ fenomeni ve motivasyonlarıyla ilişkisini araştıran ilk çalışmadır. Paylaşım eyleminden ziyade, ebeveynlerin ve çocukların psikiyatrik semptomlarıyla paylaşımın ardındaki bazı motivasyonlar ilişkili bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sharenting, sosyal medya, ruhsal sağlık, ebeveynler, çocuklar

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Binay Kayan Ocakoğlu, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Nervous Diseases Training and Research Hospital, Clinic of Child and Adolescent Psychiatry, İstanbul, Turkey

Phone: +90 544 873 29 34 E-mail: dr.binaykayan@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0003-0043-6288

Received/Geliş Tarihi: 27.12.2021 Accepted/Kabul Tarihi: 27.02.2022

©Copyright 2023 by the Turkish Association for child and Adolescent Psychiatry / Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health. published by Galenos Publishing House.



Introduction

Social media are web-based interactive communication technologies that enable users to create and share various information, ideas, photos, and videos on their accounts with virtual communities and networks.^{1,2} Social media usage has increased significantly in the last decade, with the rapid development of mobile technologies and internet connectivity, decreased internet costs, and people's impulse to communicate more.³ While in 2005, only 5.0% of American adults used at least one of these platforms, today, this share has risen to 72.0%.⁴ At first, social media had allowed people to connect from their houses via their desktop computers digitally with friends, colleagues, family members, and new individuals they have not met in person.³ With the invention of smartphones and the launch of new mobile application-based platforms, the social media experience has changed, and parents started to share photos and videos of their children. Sharing children's information on social media became so frequent that, in a previous study, 98.0% of mothers and 89.0% of fathers indicated they uploaded photographs of their child to Facebook™.⁵ Parents usually share personal content about children's behavior and appearance on their social media accounts.⁶ This new behavior required a new word, and it has been named in English as "sharenting" with a blend of words "share" and "parenting".⁷ Scholars defined sharenting as the act of "sharing representations of one's parenting or children online".⁸ To exemplify the frequency of sharenting, 92.0% of American children younger than two years old are somehow present on social media, and one-third of them become online on the first day of their lives.⁹ The increase of such disclosures of children's lives raised some concerns about children's psychological well-being and privacy,¹⁰ and a need for permission from children has been shown in a recent study.¹¹ The parental motive for sharenting has been explored in a few studies, and themes, including connection feeling, stimulation, validation, and contribution seeking, were shown.¹² Studies speculate that sharenting behavior can be driven by the desire to receive validation as a parent¹³ and to stay connected with their close friends and family members.¹⁴ Several studies have suggested sharenting as an extension of online self-sharing experiences of parents.^{8,15} Recently, motivations and related psychological factors of individuals' self-presentation on social media platforms have been studied.^{16,17} However, to the best of our knowledge, no study investigated the association of children's presentation on social network sites (SNSs) with parents' or shared children's psychological symptoms.

Therefore, we investigated the relationships between sharenting status, frequency, and motivations both with parents and children's psychological symptoms and other socio-demographic and social media usage data.

The study's primary hypothesis is that some parental psychiatric symptoms affect the presence, frequency, and motivations of sharing their children on social media. The secondary hypothesis is that children's psychiatric symptoms are related to their parents' sharenting status, frequency, and reasons. In

addition to answers to these questions, we investigated parental child-sharing reasons, the level of social networking activity, and some socio-demographic data of both parents and children relevant to social media usage.

Materials and Methods

Measures

The data of this study were collected via an online survey method using Google Forms (<https://docs.google.com/forms/u/0/>). The survey we used comprised three parts. The first part was a questionnaire we created anonymously due to the lack of a standardized instrument measuring people's SNS activities and sharenting practices. This form contained short-answer and multiple-choice questions about parents' socio-demographic data, social media network practices, sharenting status, frequency, and reasons. The second part was the Brief Symptom Inventory (BSI), and the third and last parts was the parent version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

The Brief Symptom Inventory

The BSI¹⁸ was used in this study to evaluate parents' specific psychiatric symptoms. The BSI is a 53-item self-assessment inventory developed by Derogatis et al.¹⁹ It is a multidimensional symptom screening scale developed to screen some psychological symptoms that may arise in various psychiatric and medical patients and standard samples. It is an abbreviated form of the Symptom Checklist-90 (SCL-90)¹⁹ that can be filled in approximately 5-10 min. The study of the validity and reliability of BSI in a Turkish sample was conducted by Şahin and Durak,²⁰ and Cronbach alpha values of the subscales were found between 0.63 and 0.86, while Cronbach alpha values obtained from the total score ranged between 0.93 and 0.96. In the Turkish version of the measure, five dimensions were found valid and suggested for use, including anxiety, depression, negative self, somatization, and hostility. These symptom domains were used in the study, as suggested by the authors.

The Strengths and Difficulties Questionnaire

To evaluate the children's psychiatric symptoms one-sided parents' version of the SDQ²¹ was applied, and parents were asked to respond to questions based on their child's behaviors. SDQ is a brief behavioral screening questionnaire about 2-17-year-olds. It comprises 25 items that ask about psychological attributes. These items are divided into 5 subscales: 1- emotional symptoms (5 items), 2- conduct problems (5 items), 3- hyperactivity/inattention (5 items), 4- peer relationship problems (5 items), 5- prosocial behavior (5 items). The sum of scales 1 to 4 generates a total difficulties score (based on 20 items). The study of Turkish translation, validity, and reliability of SDQ was conducted by Güvenir et al.²² Cronbach alpha values of subscales for the parent version were found between 0.37 and 0.80, while the Cronbach alpha value for the total difficulties score was found 0.84.

Procedure

The link of the questionnaire was sent to parents through the parenting support groups on Facebook™ and communication groups of various occupations on Whatsapp™. The online survey was available for responses between March and June 2020. The study's inclusion criteria were having a child between 0 and 18 years old and using SNSs. Apart from the negative situations of the mentioned criteria, no specific exclusion criterion was identified. Besides, because SDQ was invalid under the age of 2, responses belonging to parents whose children were under this age were not used to analyze SDQ parameters.

Before the online survey questions, the parents were informed about the study. The parents' consent to participate in the study was obtained online using the online questionnaire's first and mandatory question. The study received an ethical clearance from the Human Research Ethics Committee of University of Health Sciences Turkey, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Education and Research Hospital (decision number: 428, date: 03.03.2020).

Participants

A total of 209 parents responded to the survey invitation. Of these 209 responses, three due to the age criteria, four due to social media using criteria, and the other three due to significant missing answers were excluded. At the dataset establishment process, we realized that three answer pairs were identical in all columns and interpreted this situation as duplication; thus, we excluded one of each pair. Therefore, the remaining 196 responses were analyzed.

Statistical Analysis

After completing the answer collection process, the responses received were displayed in Google Sheets' format and turned into a database file in IBM SPSS Statistics (version 25, IBM Inc., Armonk, NY) for statistical analysis. Nominal data were analyzed using descriptive statistics; relationships between categorical variables were analyzed using chi-square tests. We used descriptive statistics (mean, standard deviation, skewness, and kurtosis), histograms of observed values, and normal Q-Q plots to determine numeric data's normality. Also, tests of normality (Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk) were conducted, and significance values greater than 0.05 were interpreted as a normal distribution. Because our numeric data did not show a normal distribution, we used non-parametric tests (Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H test, The Spearman rank-order correlation coefficient) to analyze associations and correlations. P-values less than 0.05 were interpreted as significant (two-tailed).

Results

Sample Characteristics

The ages of mothers ranged from 27 to 56 years [median=36 years, interquartile range (IQR)=7], whereas fathers were

between 30 and 52 (median=40 years, IQR=10). Mothers comprised 85.0% of parents, and 91.0% of parents were married. Some 85.0% of the participants were graduates of university or higher degrees, and most of them were full-time employees (80.0%). The ages of the participants' children ranged between 1 and 18 years (median=7, IQR=6.8). Details of sample characteristics and relevant descriptive statistics are summarized in Table 1 and Table 2.

Social Network Sites and Technology Usage Data

Instagram™ was the most used social media network among parents by a percentage of 91; Facebook™ followed it by 57.0%. Of those who used Facebook™ and Instagram™, 58.0% and 56.0% had between 100 and 500 friends and followers. The average numbers of followers and likes (per post) belonging to parents are listed in Table 3.

The median number of parents' post count per week was 1.0 (range=0 to 20). Of parents using SNSs, 67.9% stated that they share personal information belonging to their children on their accounts. Of parents who shared children's data on social media accounts, 98.5% stated disclosing photographs, making it the most frequently shared data type. While videos followed this with 38.9%, only 3.8% of participants shared written material about their child. Sharenting frequency was asked as an open question, and then parents' responses were assigned to frequency groups, and two groups were established based on frequencies: less than once a week and at least once a week or more. The distribution percentages of the groups were 63.2% and 36.8%, respectively (Table 1).

With regard to parental motivations for sharenting, parents stated 10 reasons. Establishing a digital photo album was the most common reason among parents with a percentage of 45.9, and connection feeling (31.6%) and sharing child's ability (24.8%) were close followers (Table 4).

Socio-demographic Data and Sharenting Associations

Parental age and sharenting status were found associated, that is, parents sharing their children on social media were more likely to be younger ($p < 0.001$, $Z = -3.764$). However, sharenting frequency was not found to be associated with parental age. Regarding child age, it was found associated with sharenting status ($p = 0.004$, $Z = 2.919$), but not associated with sharenting frequency. Parental gender was found related to sharenting status ($p = 0.009$, $\chi^2 = 6.877$), indicating that mothers shared their children on social media profiles more than fathers. Parental marriage status, education levels, and child count in a family were not associated with sharenting behavior.

The number of posts shared on SNSs by parents was found associated with sharenting status ($p = 0.002$, $Z = -0.063$) and sharenting frequency ($p < 0.001$, $Z = -5.919$). Among SNSs, only Instagram usage was significantly associated with sharenting status ($p = 0.007$, $\chi^2 = 7.361$). The relationships between sharenting status and the numbers of followers and likes on parents' SNS accounts were tested. The number of likes on

Table 1. Sample characteristics and data relevant to SNS usage

		Sharenting status					
		No (n=63, 32.1%)		Yes (n=133, 67.9%)		Total (n=196)	
		n	%	n	%	n	%
Gender	Female	48	76.2	120	90.2	168	85.7
	Male	15	23.8	13	9.8	28	14.3
Marriage status	Married	55	87.3	125	94.0	180	91.8
	Single	8	12.7	8	6.0	16	8.2
Education level	Primary school	0	0	2	1.5	2	1.0
	Secondary school	2	3.2	3	2.3	5	2.6
	High school	5	7.9	18	13.6	23	11.8
	University	27	42.9	52	39.4	79	40.5
	Master's degree	14	22.2	30	22.7	44	22.6
	Doctorate	15	23.8	27	20.5	42	21.5
Employment status	Full-time employee	56	88.9	101	75.9	157	80.1
	Part-time worker	1	1.6	6	4.5	7	3.6
	Unemployed	5	7.9	17	12.8	22	11.2
	Long-term leave	1	1.6	9	6.8	10	5.1
Sharenting frequency	Lower than once a week	0	0	84	63.2	84	63.2
	At least once a week and more	0	0	49	36.8	49	36.8
SNSs used by parents	Instagram	53	84.1	127	95.5	180	91.8
	Facebook	34	54.0	79	59.4	113	57.7
	Twitter	26	41.3	38	28.6	64	32.7
	YouTube	23	36.5	60	45.1	83	42.3
	Personal blog	3	4.8	4	3.0	7	3.6
	Pinterest	9	14.3	25	18.8	34	17.3
Shared information type	Photograph	0	0	129	98.5	129	67.9
	Video	0	0	51	38.9	51	26.3
	Written information	0	0	5	3.8	5	2.6

SNSs: Social network sites, n: Count

Table 2. Descriptive statistics of sample characteristics

	Median	Minimum	Maximum	Range
Parent age	36	27	56	29
Child age	7.0	1.0	18.0	17.0
Child count in a family	1	1	5	4
Number of total posts by parents	1.0	.0	20.0	20.0

Facebook™ ($p=0.015$, $Z=2.423$) and Instagram™ ($p=0.006$, $Z=-2.735$) was found to be significantly related to sharenting status. In contrast, we did not observe any association with the number of followers. About sharenting frequency, no association was found with the number of neither followers nor likes.

Data Relevant to the Brief Symptom Inventory

Neither sharenting status nor sharenting frequency was found to be associated with BSI total or sub-test scores (Table 5). In terms of associations of sharenting motivations and BSI

parameters, we found significant relationships between all BSI parameters and the motivation of “to make one’s presence felt” (Table 6), particularly for scores of the total ($p=0.002$, $Z=-3.029$), hostility ($p=0.001$, $Z=-3.475$), and negative self ($p=0.003$, $Z=-2.966$). Similarly, we also found a relationship between specific BSI parameters-negative self ($p=0.027$, $Z=-2.212$) and somatization ($p=0.039$, $Z=-2.064$) and the motivation of “acceptance-seeking” (Table 7). Statistics did not reveal any significant relationships between BSI parameters and other sharenting motivations.

Table 3. Number of parent's contacts and likes on SNSs

		Count	Column valid N%
Friends on Facebook™	0-100	18	14.2
	100-500	74	58.3
	500-1000	25	19.7
	1000-10000	10	7.9
Followers on Instagram™	0-100	41	23.0
	100-500	101	56.7
	500-1000	31	17.4
	1000-10000	5	2.8
Likes per each post on Facebook™	0-10	8	6.8
	10-25	15	12.8
	25-50	33	28.2
	50-100	44	37.6
	100-200	15	12.8
	200-300	2	1.7
Likes per each post on Instagram™	0-10	13	7.8
	10-25	12	7.2
	25-50	44	26.3
	50-100	57	34.1
	100-200	35	21.0
	200-300	4	2.4
	300-400	1	0.6
	400-500	1	0.6

SNSs: Social network sites

Table 4. Parental motivations of sharenting

	Count	Column valid N%
Creating a digital photo album/diary	61	45.9
Feelings of connection	42	31.6
Sharing child's ability	33	24.8
Feelings of presence	19	14.3
Creativity	14	10.5
Sharing child's physical attribute	10	7.5
Contribution	13	9.8
Sharing having a child	7	5.3
Self-development	5	3.8
Acceptance-seeking	5	3.8

Data Relevant to the Strengths and Difficulties Questionnaire

SDQ total difficulties scores and relevant sub-tests scores were not found to be associated with both the sharenting status and the sharenting frequency. However, we found an association between prosocial behavior scores of SDQ and being shared on SNSs ($p=0.049$, $Z=-1.970$) (Table 8), but this relationship

was invalid for the sharenting frequency. Regarding parents' sharenting motives, we only found an association of emotional symptoms sub-scale of SDQ and the motivation of "sharing child's ability" ($p=0.039$ $Z=-2.068$) (Table 9).

Discussion

In this study, we investigated the associations of certain aspects (presence, frequency, motivation) of sharenting behavior with parents' and children's psychiatric symptoms. Although previous studies had published valuable information regarding associations of individuals' online behaviors and personality traits, to the best of our knowledge, this is the first study exploring the relationship of psychiatric symptoms with parental sharing behavior.

Our results suggest that parents' and children's psychiatric symptoms might not directly affect parents' sharenting status and frequency. However, we found that parents' psychological traits might be related to motivations (e.g., making one's presence felt and acceptance-seeking) for sharenting. Regarding the findings of children's psychological characteristics, being shared on parental SNS profiles might be associated with children's prosocial behaviors, albeit the borderline significance level. Also, children's emotional symptoms might be related to the parents' motivation to share their child's ability.

We also explored the possible relations of parents' demographic and SNS usage data with the abovementioned aspects of sharenting. Our analyses indicated that there might be relations between parent and child age, parental gender, and parents' activity levels on social media (the numbers of posts and likes) with the status of sharenting. However, the only factor indicating

a possible relationship with the frequency of sharenting was the number of total posts by parents.

The finding that sharing a child on social media is related to the number of likes on Facebook and Instagram could indicate a bi-directional association. Such that followers of parents on SNSs may be more responsive to child photos and videos. According

Table 5. Sharenting status and its relationships with BSI parameters

	BSI total	BSI anxiety	BSI depression	BSI-negative self	BSI somatization	BSI hostility
Mann-Whitney U test	4127.500	4049.000	3948.000	3965.000	4170.000	3871.000
Wilcoxon W	6143.500	6065.000	12859.000	5981.000	13081.000	5887.000
Z	-0.167	-0.380	-0.652	-0.607	-0.053	-0.862
p	0.867	0.704	0.514	0.544	0.958	0.389

BSI: Brief Symptom Inventory

Table 6. Presence feeling and its relationships with BSI parameters

	BSI total	BSI anxiety	BSI depression	BSI-negative self	BSI somatization	BSI hostility
Mann-Whitney U test	600.500	719.500	663.000	617.000	747.500	561.500
Wilcoxon W	7155.500	7274.500	7218.000	7172.000	7302.500	7116.500
Z	-3.103	-2.343	-2.706	-3.005	-2.174	-3.365
p	0.002	0.019	0.007	0.003	0.030	0.001

BSI: Brief Symptom Inventory

Table 7. Acceptance seeking and its relationships with BSI parameters

	BSI total	BSI anxiety	BSI depression	BSI-negative self	BSI somatization	BSI hostility
Mann-Whitney U test	153.000	161.500	165.500	131.000	143.000	181.000
Wilcoxon W	8409.000	8417.500	8421.500	8387.000	8399.000	8437.000
Z	-1.976	-1.880	-1.831	-2.242	-2.110	-1.650
p	0.048	0.060	0.067	0.025	0.035	0.099

BSI: Brief Symptom Inventory

Table 8. Sharenting status and its relationships with SDQ parameters

	SDQ total difficulties	SDQ hyperactivity	SDQ emotional symptoms	SDQ conduct problems	SDQ peer problems	SDQ prosocial behavior
Mann-Whitney U test	3669.000	3551.500	3516.500	3402.000	3600.500	3120.000
Wilcoxon W	11172.000	5504.500	11019.500	10905.000	11103.500	5073.000
Z	-0.332	-0.680	-0.795	-1.155	-0.542	-1.970
p	0.740	0.496	0.427	0.248	0.588	0.049

SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire

Table 9. Share a child's ability and its relationships with SDQ parameters

	SDQ total difficulties	SDQ hyperactivity	SDQ emotional symptoms	SDQ conduct problems	SDQ peer problems	SDQ prosocial behavior
Mann-Whitney U test	1205.500	1308.000	1118.500	1449.000	1228.500	1448.500
Wilcoxon W	5210.500	5313.000	5123.500	2010.000	5233.500	5453.500
Z	-1.520	-0.932	-2.068	-0.117	-1.417	-0.117
p	0.128	0.351	0.039	0.907	0.156	0.907

SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire

to a previous study, likes on social media may show people's favorability toward child images.²³ On the other hand, the realization of receiving more likes for content related to a child may motivate parents to disclose their children's information because receiving a "like" might satisfy the need for validation and connectedness related to digital photo-sharing.²⁴ In contrast to Brosch's finding, we could not find the relationship of sharenting frequency and the number of parents' online friends.²⁵

Contrary to our first hypothesis, parents' psychiatric symptoms measured through BSI were not associated with the status or frequency of sharenting behavior. However, consistent with our prediction, our results indicated robust relationships of all BSI parameters, particularly for hostility and negative self-dimensions of BSI, with the motivation of feeling of presence. Therefore, our first hypothesis was partially confirmed.

The motivation of "make one's presence felt" can be interpreted as a need for self-presentation on SNSs, and Seidman¹⁷ associated online self-presentation behavior with neuroticism. Although we did not directly measure neuroticism, we know that the BSI's sub-scale scores are related to neurotic symptoms.²⁶ Accordingly, our findings might indicate that parents showing neurotic symptoms might be aiming to satisfy their own self-presentational needs through their children's online presence. Supporting our implication, Brosch stated that sharenting could provide an opportunity for responding to a parental need for self-realization and social acceptance.²⁵

Our findings also suggest that acceptance-seeking motivation might be correlated with negative self and somatization, contrary to Seidman's¹⁷ study in which acceptance-seeking was not found to be associated with neurotic personality traits. The scholar suggested that possible rejection concerns may deter individuals with neurosis from seeking acceptance through online connections. However, because it might be an indirect means of fulfilling acceptance needs, sharing about their offspring could protect parents with neurotic symptoms from facing these concerns.

In this explanation, we suggest that sharenting might be an extension of the online self-sharing experience. Consistent with our suggestion, it was speculated that sharenting could lead parents to present themselves through their children, as the boundaries between parent's and the child's self could be obscure.⁸ According to Kumar and Schoenebeck,¹³ through sharenting, mothers can confirm their role in society, identify themselves precisely, and receive validation. Interpreting sharenting in this way would also explain our first hypothesis's negative result because social media usage does not necessarily mean having a specific psychiatric illness. Likewise, again, we might observe sharenting behavior in millions of people without psychopathology. Therefore, we might have detected certain psychopathologic traits for only specific motivations of sharenting.

In contrast to our second hypothesis, the results relevant to children's psychiatric symptoms do not suggest an association

of sharenting status or frequency and SDQ total and subtest scores, except prosocial behaviors. That is, the psychiatric symptoms of children seem not to affect parental sharenting behavior. Although the p-value for prosocial behavior was at the border of statistical significance, it, nonetheless, might mean that children who possess higher social capabilities might induce their parents to share those socially active moments on their SNS profiles. Again, these children may participate in activities that are worth sharing more frequently than their introverted peers, and this situation may evoke sharenting motivation at parents.

On the other hand, partially confirming the second hypothesis, we found that there might be a relationship between children's emotional problems and parental motivation for showing one's child's ability. This finding may imply that parents of depressed and anxious children might want to emphasize their children's capabilities on their social media profiles. According to Leary and Allen¹⁶, individuals with neurosis present themselves differently from their self-perceptions. Seidman¹⁷, also, suggested that these people might reflect an idealized personality on their online identity. Similarly, we interpreted our finding that parents of introverted children might be wishing to present an idealized child's online persona by emphasizing their children's abilities. This kind of idealization would not only satisfy parental wishes but also would make a child feel better.

Overall, this study's findings indicate that particular motivations of sharenting behavior might be related to parents' and children's psychiatric traits. Although families might benefit in specific ways from sharenting, it might increase essential hazards such as identity theft, re-sharing stolen information on predator sites, sharing private or embarrassing child data that is open to the use of others.²⁷ Considering these concerns, understanding sharenting behavior's relationship with psychiatric factors may explain why some parents disclose details of their children online, while others do not. Thus, interventions and treatment of certain psychiatric conditions could decrease the extent of sharenting. Additionally, our study might provide ideas to psychiatrists whose clients seeking correct information relevant to sharenting. We acknowledge that sharenting behavior itself is not a psychiatric pathology, but its hazardous consequences for children can make it a target for interventions. Given the paucity of information in the medical literature about psychiatric relationships of sharenting behavior, preliminary studies such as our work will establish these interventions' theoretical basis. As the current research is the first report relevant to psychiatric aspects of sharenting behavior, it might shed light on and inspire further studies.

Study Limitations

Although we found significant results regarding how parental and children's psychiatric traits might affect the reasons for sharenting, our findings should be interpreted under the circumstances of certain limitations. First, our data were based on parents' self-reports, and future studies using a method including direct observations, could reveal different results.

Second, our sample size was relatively small to establish robust associations, and because of this, we might have missed some possible significant results. Another critical limitation regarding our sample was that our sample was not homogeneous in terms of education level and gender. In addition to sampling limitations, the online survey method could be accepted as a limitation, although it is widely used nowadays, especially under the coronavirus disease-2019 pandemic circumstances. Due to the lack of previous studies, this study was designed as a pilot study to reveal preliminary data about the subject, and most of these limitations occurred. Based on our data, further studies can be designed with better methodologies, and more accurate results can be obtained. Despite its limitations, we suppose that our research is valuable because this is the first report with regards to psychiatric relations of sharenting behavior.

Conclusions

This is the first study to evaluate the associations of psychiatric symptoms with the sharenting phenomenon and its motivations. Findings suggest that only specific causes of sharenting behavior rather than its presence and frequency might be associated with parents' and children's psychiatric symptoms. Further studies are needed to understand better the impact of psychiatric symptoms on the sharenting phenomenon.

Ethics

Ethics Committee Approval: The study received an ethical clearance from the Human Research Ethics Committee of University of Health Sciences Turkey, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Education and Research Hospital (decision number: 428, date: 03.03.2020).

Informed Consent: The parents' consent to participate in the study was obtained online using the online questionnaire's first and mandatory question.

Peer-review: Externally and internally peer-reviewed.

Authorship Contributions

Concept: F.T.O., C.M., G.K., Design: F.T.O., C.M., G.K., Data Collection or Processing: F.T.O., B.K.O., B.D., A.G., Analysis or Interpretation: F.T.O., B.K.O., Literature Search: F.T.O., B.K.O., Writing: F.T.O.

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. Social Media - Wikipedia. 2014 (cited 2021 Jan 2), Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Social_media
2. Social Media - Definition of Social Media by Merriam-Webster. (cited 2021 Jan 2), Available from: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/socialmedia>
3. Maryville University. The Evolution of Social Media: How Did It Begin, and Where Could It Go Next? (cited 2021 Jan 2), Available from: <https://online.maryville.edu/blog/evolution-social-media/>
4. Michael D. Demographics of Social Media Users and Adoption in the United States - Pew Research Center [Internet]. Social Media Fact Sheet. 2018 (cited 2021 Jan 2), Available from: <https://www.pewresearch.org/internet/fact-sheet/social-media/#find-out-more>
5. Bartholomew MK, Schoppe-Sullivan SJ, Glassman M, Kamp Dush CM, Sullivan JM. New Parents' Facebook Use at the Transition to Parenthood. *Fam Relat*. 2012;61:455-469.
6. Ammari T, Kumar P, Lampe C, Schoenebeck S. Managing Children's Online Identities. How Parents Decide what to Disclose about their Children Online. In Proceedings of the 33rd Annual ACM Conference on Human Factors in Computing Systems (CHI '15). Association for Computing Machinery, New York, NY, USA, 1895-1904.
7. Sharenting definition and meaning - Collins English Dictionary. (cited 2020 Dec 26), Available from: <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/sharenting>
8. Blum-Ross A, Livingstone S. "Sharenting," parent blogging, and the boundaries of the digital self. *Popular Communication*. 2017;15:110-125.
9. Duggan M, Lenhart A, Lampe C, Ellison NB. Parents and social media: Mothers are especially likely to give and receive support on social media. Pew Research Center. 2015 (cited 2020 Dec 26), Available from: <https://www.pewresearch.org/internet/2015/07/16/parents-and-social-media/>
10. Otero P. Sharenting... should children's lives be disclosed on social media? *Arch Argent Pediatr*. 2017;115:412-413.
11. Sarkadi A, Dahlberg A, Fångström K, Warner G. Children want parents to ask for permission before 'sharenting.' *J Paediatr Child Health*. 2020;56:981-983.
12. Pettigrew S, Archer C, Harrigan P. A Thematic Analysis of Mothers' Motivations for Blogging. *Matern Child Health J*. 2016;20:1025-1031.
13. Kumar P, Schoenebeck S. The modern day baby book: Enacting good mothering and stewarding privacy on facebook. In Proceedings of the 18th ACM Conference on Computer Supported Cooperative Work & Social Computing (CSCW '15). Association for Computing Machinery, New York, USA, 1302-1312.
14. Livingstone S, Blum-Ross A, Zhang D. What do parents think, and do, about their children's online privacy? 2018;1-14.
15. Holiday S, Norman MS, Densley RL. Sharenting and the extended self: self-representation in parents' Instagram presentations of their children. *Popular Communication*. 2020;20:1-15.
16. Leary MR, Allen AB. Self-presentational persona: Simultaneous management of multiple impressions. *J Pers Soc Psychol*. 2011;101:1033-1049.
17. Seidman G. Self-presentation and belonging on Facebook: How personality influences social media use and motivations. *Pers Individ Dif Pergamon*. 2013;54:402-407.
18. Derogatis LR, Spitzer RL. SCL 90-R Brief Symptom Inventory and matching clinical rating scales. In Maruish ME, ed. *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment* Lawrence Erlbaum Associates, 1999;217-248.
19. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacol Bull*. 1973;9:13-28.
20. Şahin NH, Durak A. Kısa Semptom Envanteri: Türk Gençleri İçin Uyarlanması. *Türk Psikol Derg*. 1994;9:44-56.
21. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38:581-586.
22. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. Psychometric Properties of the Turkish Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Turkish J Child Adolesc Ment Health*. 2008;15:65-74.
23. Choi GY, Lewallen J. "Say Instagram, Kids!": Examining Sharenting and Children's Digital Representations on Instagram. *Howard J Commun*. 2018;29:140-160.

24. Malik A, Dhir A, Nieminen M. Uses and Gratifications of digital photo sharing on Facebook. *Telematics and Informatics*. 2016;33:129-138.
25. Brosch A. When the child is born into the internet: Sharenting as a growing trend among parents on Facebook. *New Educ Rev*. 2016;43:225-235.
26. Ruipérez MÁ, Ibáñez MI, Lorente E, Moro M, Ortet G. Psychometric Properties of the Spanish Version of the BSI: Contributions to the Relationship between Personality and Psychopathology. *Eur J Psychol Assess*. 2001;17:241-250.
27. Keith BE, Steinberg S. Parental Sharing on the Internet: Child Privacy in the Age of Social Media and the Pediatrician's Role. *JAMA Pediatr*. 2017;171:413-414.

Öğrencilerdeki Ruh Sağlığı Bozuklukları Fark Edilebiliyor mu? Öğretmenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlık Durumları

Can Mental Health Disorders in Students Be Recognized? Mental Health Literacy Status of Teachers

Yavuzalp Solak¹, Erhan Kaya², Hasan Durmuş³, Halil Canbolat⁴

¹Şereflikoçhisar İlçe Sağlık Müdürlüğü, Ankara, Türkiye

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, Türkiye

³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

⁴Dörtöyl İlçe Sağlık Müdürlüğü, Hatay, Türkiye

Amaç: Ruh sağlığı problemlerinin erken tanınması ve sağlık hizmetlerine doğru başvuru gibi faktörler ruh sağlığı okuryazarlığı içerisinde değerlendirilmektedir. Öğretmenlerin ruh sağlığı okuryazarlığının artırılması, öğrencilerin ruh sağlığı ile ilgili sorunlarını görmelerini sağlayarak yardım ve yönlendirme konusunda becerilerini geliştirmektedir. Çalışmanın amacı öğretmenlerin ruh sağlığı okuryazarlığı seviyesini değerlendirmek ve bu sayede literatüre ve ilerde yapılacak müdahale çalışmalarına yol gösterici olmaktır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma 2020 yılında 9 aylık bir sürede öğretmenlerle yüz yüze görüşerek yapılmıştır. Çalışma sosyodemografik bilgileri içeren sorular ve Jung tarafından geliştirilen sonrasında Gökteş tarafından Türkçeye uyarlanan Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği olmak üzere 2 bölüm olarak uygulanmıştır. $P < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 378 öğretmen katılmış olup mesleki tecrübeleri ortalama $15,4 \pm 9,7$ yıldır. Öğretmenler ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinden 1 ile 22 puan arasında puanlar almış olup ortalama puan 15,0'dır. Kadın öğretmenler 15,0 puan ile erkeklerden daha yüksek puan almışlardır ($p=0,001$). Branşlara göre 18,0 puan ile en yüksek puanı psikolojik danışmanlık ve rehberlik öğretmenleri, 13,0 puan ile en düşük puanı matematik öğretmenleri almışlardır. Psikolojik danışmanlık ve rehberlik öğretmenlerinin puanı sınıf, anasınıfı, Türkçe, din kültürü ve matematik öğretmenlerinin puanlarından anlamlı şekilde daha yüksektir ($p < 0,001$). Sınıf öğretmenlerinin puanı 14,5 ile genel öğretmen puanından daha düşük bulunmuştur.

Sonuç: Ruh sağlığı problemlerinin başlama dönemi olarak kabul edebileceğimiz dönemdeki gençler çeşitli sebeplerle ruh sağlığı hizmeti alma noktasında çekince yaşayabilirler. Bu durumun önüne geçme noktasında büyük öneme sahip olan öğretmenlerden daha yüksek ruh sağlığı okuryazarlık seviyesi beklenmektedir. Öğretmenlerin konu ile ilgili eksikliğinin gerekli eğitimler verilerek giderilmesi toplum ve fert sağlığı açısından büyük fayda sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ruh sağlığı, ruh sağlığı okuryazarlığı, okul sağlığı, öğretmen, ölçek, eğitim

Objectives: Factors such as early recognition of mental health problems and correct application to health services are evaluated within mental health literacy. Increasing teachers' mental health literacy improves their skills in helping and guiding students by enabling them to recognize the students' mental health problems. The aim of the study is to evaluate the mental health literacy level of teachers and thus to guide the literature and future intervention studies.

Materials and Methods: This descriptive study was conducted in 2020 by face-to-face interviews with teachers over a period of 9 months. The study was carried out in two parts: the questions about sociodemographic data of the teachers and the Mental Health Literacy Scale developed by Jung and later adapted into Turkish by Gökteş. $p < 0.05$ was considered significant.

Results: Three hundred seventy-eight teachers participated in the study and their professional experience was 15.4 ± 9.7 years on average. The teachers rated between 1 and 22 points from the mental health literacy scale, with a median value of 15.0. Scores of female teachers were higher than males with a score of 15.0 ($p=0.001$). Psychological counseling and guidance teachers got the highest score with 18.0 and mathematics teachers got the lowest score with 13.0 points. The scores of psychological counseling and guidance teachers are significantly higher than the scores of primary school, kindergarten, Turkish, religious culture, and mathematics teachers. The median score of the primary school teachers was 14.5, which was lower than the general teachers' score.

Conclusion: Young people in the period that we can accept as the onset of mental health problems may experience reservations about receiving mental health services for various reasons. A higher level of mental health literacy is expected from teachers, who are of great importance in preventing this situation. Eliminating the lack of knowledge about the subject in teachers by providing necessary training will assure great benefits for the society and individual health.

Keywords: Mental health, mental health literacy, school health, teacher, scale, education

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Yavuzalp Solak, Şereflikoçhisar İlçe Sağlık Müdürlüğü, Ankara, Türkiye

Tel.: +90 507 737 40 75 E-posta: yavuzalp80@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0001-5274-7606

Geliş Tarihi/Received: 11.11.2021 Kabul Tarihi/Accepted: 15.03.2022

©Telif Hakkı 2023 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



Giriş

Ruh sağlığı; herkesçe bilinen ve sağlık tanımının da içerisinde yer alan "tam bir iyilik halinin mevcut olması" durumunun yanı sıra "ruhsal hastalıkların olmaması" gibi basit bir tanıma da indirgenebilir.¹ Bununla birlikte kişinin biyolojik, sosyal ve kültürel çevre içerisindeki yerini tanıma, ruhsal olarak algılayabilmesi, hayatın normal stresiyle başa çıkabilmesi, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği refah durumu ruh sağlığının içerisinde yer alır.^{1,2} Ruh sağlığı da sağlığı etkileyen; kişilerin doğduğu, büyüdüğü, çalıştığı yer başta olmak üzere, ekonomik durum, sağlık hizmetlerine erişme ve çevresel faktörlerden etkilenir.² Küresel hastalık yükü araştırması sonuçlarına göre ruhsal hastalıklardan etkilenen insan sayısı giderek artmaktadır. Yaklaşık bir milyar insan ruhsal hastalıklardan etkilenmekte, yeti yitimine bağlı yaşam yılı yükünün %19,0'unu ruhsal hastalıklar oluşturmaktadır.^{3,4} Bununla birlikte genç erişkinleri daha çok etkileyen intihar kaynaklı prematür ölümlerin ruhsal sorunlardan kaynaklandığı bilinmektedir.^{4,5}

Kişilerin sağlıkla ilgili problemleri olduğu zaman bunun farkına varabilmeleri, sağlık sorunu ile nasıl başa çıkabildikleri, bu bilgiye nasıl ulaştıkları, anlama ve temel sağlık hizmetlerine başvurma gibi sağlık okuryazarlığı bileşenleri ruh sağlığı okuryazarlığı içinde geçerli bir değerlendirmedir.^{6,7} Ruh sağlığı okuryazarlığını tanımlarken başkasının veya kendinin ruh sağlığı ile ilgili problemi olduğunu bilmek tek başına yeterli olmamakla birlikte, ruhsal sorunlardan nasıl korunabileceği, ruhsal hastalığı tanımlayabilmeyi, tedaviye ulaşma becerilerini, hafif ruhsal sorunlar ile kendi başına mücadele edebilme yöntemlerine sahip olmayı ve kullanabilmeyi bilmek olarak ifade edilebilir.⁶⁻⁸ Bu bağlamda kişilerin ruh sağlığı okuryazarlığı becerilerini artırmaya yönelik müdahale çalışmaları yürütülmesinin toplum iyilik halinin güçlendirilmesine faydası olduğu gösterilmiştir.⁸ Okullar, hem öğrencilere hem de öğretmenlere kolay ulaşma ve etkili bir biçimde müdahale için önemli alanlardır. Öğretmenlerin ruh sağlığı okuryazarlığının artırılması, öğrencilerin ruh sağlığı ile ilgili sorunlarını görmelerini sağlamakta, onlara nasıl yardım edebileceklerini ve yönlendirebilecekleri konusunda becerilerini geliştirmektedir. Aynı zamanda öğrencilerin de bu müdahalelere dahil edilmesiyle birlikte kendi öz farkındalıklarının artması, ruhsal hastalıklarla ilgili erken bulguları anlayabilmeleri ve tedaviye erken dönemde yönelmelerini sağlamaktadır.⁷⁻⁹ Altı ay devam eden bir izleme çalışmasında; sağlık okuryazarlığı yüksek kişilerin ruhsal yardım almak için başvuru ve tedavi uyumlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir.¹⁰ Ülkemizde okullarda ruh sağlığı konusunda hizmetler rehber öğretmenler tarafından verilmektedir. Ancak rehber öğretmenler tek başına bu konuda yeterli olamadıkları gibi, görev tanımlarının net olmadığını ve okulda iş birliği konusunda yalnız kaldıklarını belirtmektedirler.¹¹

Bu çalışmada amaç ruh sağlığı okuryazarlığı konusunda yeterli olması gerektiğini düşündüğümüz öğretmenlerin, öğrencilerde ki ruhsal sorunları anlayabilme becerilerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma 2020 yılı Mart - Aralık aylarında Hatay İli Dörtüol İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı okullarda öğretmenlerle yüz yüze görüşerek yapılmıştır.

Örneklem büyüklüğü Hatay İli Dörtüol İlçesi'ndeki 104 eğitim kurumunda görev yapan 1854 öğretmenden öğretmenlerin yarısının yeterli ruh sağlığı okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu düşünülerek; Epiinfo programı (Epiinfo programı ile %50,0 frekans) ile %50,0 frekans, %5,0 hata payı ve %95,0 güven aralığında 318 olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın güvenilirliğini artırmak amacıyla %20,0 daha fazla öğretmene (n=382) ulaşmak hedeflenmiş ve Dörtüol İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nden alınan öğretmen listesinden rastgele sayılar tablosundan seçilen 382 öğretmene ulaşılmış çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 4 kişi çalışma dışı bırakılarak 378 öğretmen ile çalışma tamamlanmıştır.

Çalışmaya katılan öğretmenlerin yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır. Araştırma öncesi Hatay İli Dörtüol İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli izinler ve Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13.02.2020 tarih ve 03 no'lu kararı ile etik onay alınmıştır.

Çalışmada alanyazın taranarak hazırlanan anket formu kullanılmış olup birinci bölümde sosyodemografik bilgiler ile öğretmenlerin ve ailesinin ruhsal, kronik hastalığa sahip olma durumu ile ilgili sorular, ikinci bölümde ise ilk olarak Jung ve ark.¹² tarafından uygulanan 26 soruluk Ruhsal Sağlık Okuryazarlığı (RSOY) Ölçeğinin Göktaş ve ark.¹³ tarafından da geçerlilik güvenilirliği yapılan ve Türkiye uyarlaması sonucunda 22 soruya düşen anket uygulanmıştır.

Ölçeğin üç alt boyutu bulunmaktadır; Bilgi Odaklı RSOY (BORSOY) alt ölçeğinde 10 soru, İnanç Odaklı RSOY (İORSOY) alt ölçeğinde 8 soru, Kaynak Odaklı RSOY (KORSOY) alt ölçeğinde 4 soru bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan tüm ölçek için 0-22 arasında değişmekte olup, ölçek genelinde ve her alt ölçekte puan arttıkça RSOY düzeyinin arttığı kabul edilmektedir. BORSOY ve İORSOY alt ölçeklerinde bulunan 18 soru altılı Likert tipinde olup, cevapları "kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum, bilmiyorum" şeklindedir. KORSOY alt ölçeğinde bulunan 4 sorunun cevabı ise "evet" ve "hayır" şeklindedir. Sorulara "kesinlikle katılıyorum", "katılıyorum" ve "evet" cevabı verildiğinde "1 puan" diğer cevaplar "0 puan" olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin 11-18'inci maddeleri arasındaki maddeler ters kodlanmaktadır.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS 19 for Windows™ paket programı (IBM Inc., Armonk, NY) kullanılmış olup istatistiksel analiz olarak frekans tabloları, RSOY ölçeğinden alınan puan değerleri, normal dağılıma uygunluğun değerlendirilmesi için Kolmogorov-Smirnov testi, ikili grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis testi ile post hoc Tamhane's T2 analizleri

yapılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; demografik bilgiler ile ruhsal hastalığa ve kronik hastalığa sahip olma durumudur. Araştırmanın bağımlı değişkeni ise RSOY ölçeğinden ve alt ölçeklerinden alınan puanlardır.

Bulgular

Çalışmaya katılan 378 öğretmenin yaşları 22 ile 64 yıl arasında değişmekte olup yaş ortancaları 38,0'dır. Katılımcıların %51,6'sı (n=195) kadın, %83,3'ü (n=315) evlidir. Çocuk sahibi olan öğretmen oranı %77,5 (n=293) olup çocuk sayıları bir ile dört arasında değişmekte ve %50,8'inin (n=149) iki çocuğu bulunmaktadır. Çocuk sahibi olan öğretmenlerin yaşlarının ortanca değeri 40,0 yıl olup çocuk sahibi olmayan öğretmenlerden (ortanca: 28,0) daha yüksektir (p<0,001).

Öğretmenlerin mesleki çalışma süreleri 1 ile 41 yıl arasında değişmekte olup ortanca değeri 14,0 yıldır. Çalışmaya katılan öğretmenlerin %12,7'si (n=48) ana okullarında görev yaparken %33,6'sı (n=127) ilkokulda, %31,7'si (n=120) ortaokulda, %22,0'si (n=83) ise lisede çalışmaktadır. Çalışmaya 25 farklı branştan öğretmen katılmıştır. Katılımcıların üçte birini sınıf öğretmenleri (n=106, %28,1) oluşturmaktadır. Sınıf öğretmenlerini anasınıfı öğretmenleri, matematik öğretmenleri, Türkçe öğretmenleri, İngilizce öğretmenleri, psikolojik danışmanlık ve rehberlik öğretmenleri (PDR) takip etmektedir. Katılımcı sayısı 10'dan daha düşük olan branşlar toplamı 57 kişi (%15,1) olup diğer branşlar kategorisinde değerlendirilmiştir.

Herhangi bir ruh sağlığı problemi olduğunu belirten öğretmen oranı %2,1 (n=8), ailesinde herhangi bir ruh sağlığı problemi olan birisinin bulunduğunu belirten öğretmen oranı ise %5,8 (n=22) olarak bulunmuştur. Sürekli ilaç kullanımı gerektiren kronik sağlık problemi olduğunu belirten öğretmen oranı ise %12,2 (n=46) olarak tespit edilmiştir (Tablo 1).

Öğretmenlerin bazı sorulara verdikleri doğru ve yanlış cevap dağılımları Tablo 2'de gösterilmiştir. Katılımcı öğretmenlerin ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinde en az doğru yanıtladıkları soru %12,2 ile "Depresyonda olan birine intihar düşüncesinin olup olmadığı sorulmamalıdır." sorusudur. Bunu "Ruh sağlığı hastalığından kurtulmak iyileşmekle aynı şeydir." sorusu ve "İnançlarına daha çok bağlı olan kişilerde ruh sağlığı hastalığı gelişmez." sorusu takip etmektedir.

Doğru cevap yüzdesi en yüksek olan soru %91,0 ile "Ruh sağlığı hizmeti almak için nereye gidebileceğimi biliyorum." olurken bunu "Ruh sağlığı hastalıklarının erken tanısı iyileşme şansını artırabilir." ve "Psikolojik danışmanlık depresyon için faydalı bir tedavi yöntemidir." sorusu izlemektedir.

Öğretmenlerin %46,7'si (169 kişi) yaşadığı yerdeki ruh sağlığı hastalıkları hizmet birimiyle nasıl iletişim kurabileceğini, %42,3'ü (160 kişi) bir intiharı önlemek için nereye arayacağını, %26,5'i (100 kişi) ruh sağlığı hastalıkları hakkında faydalı bilgileri nerden edinebileceğini bilmemektedir. Öğretmenlerin %31,9'u (119 kişi) ruh sağlığı hastalıkları için doktor tarafından reçetelendirilen ilaçları kullanmanın faydalı olmadığını, %29,6'sı (112 kişi) ruh sağlığı hastalıklarının tedavi edilmeden de zamanla iyileşebileceğini düşünmektedir.

Öğretmenlerin RSOY ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar Tablo 3'de gösterilmiştir. Katılımcılar RSOY ölçeğinden 1 ile 22 arasında değişen puanlar almış olup puan ortanca değerleri 15,0 olarak bulunmuştur. En fazla doğru yanıt verilen alt ölçek %41,5 (n=157) tam doğru yanıt oranı ile KORSOY olmuştur. En düşük oranda doğru yanıt verilen alt ölçek ise %1,3 (n=5) tam doğru yanıt ile İORSOY olarak bulunmuştur. BORSOY'da ise tüm sorulara doğru cevap verenlerin oranı %25,9'dur.

Öğretmenlerin RSOY ölçeğinden aldıkları puanlar ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Kadın öğretmenlerin ölçekten aldıkları puanların ortanca değeri 15,0 olup erkek öğretmenlerden daha yüksek puan almışlardır (p=0,001). Evli katılımcılar ile bekar katılımcıların puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,161). Çocuğu olmayan öğretmenlerin puanları (medyan: 16,0 puan) çocuğu olan öğretmenlerden daha yüksek bulunmuştur (p=0,029). Öğretmenlerin çocuk sayıları ile ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4).

En yüksek puanı alan PDR öğretmenleri (medyan: 18,0) sınıf öğretmenlerinden, anasınıfı öğretmenlerinden, matematik öğretmenlerinden, Türkçe öğretmenlerinden, din kültürü ve ahlak bilgisi (DKAB) öğretmenlerinden, katılımcı sayısı 10'dan

Tablo 1. Katılımcıların genel özellikleri

	N	%
Cinsiyet		
Kadın	195	51,6
Erkek	183	48,4
Medeni durum		
Evli	315	83,3
Bekar	63	16,7
Çocuk sahibi mi?		
Evet	293	77,5
Hayır	85	22,5
Okul türü		
Anaokulu	48	12,7
İlkokul	127	33,6
Ortaokul	120	31,7
Lise	83	22,0
Ruh sağlığı problemi var mı?		
Evet	8	2,1
Hayır	370	97,9
Ailesinde ruh sağlığı problemi var mı?		
Evet	22	5,8
Hayır	356	94,2
Kronik bir hastalığı var mı?		
Evet	46	12,2
Hayır	332	87,8
Toplam	378	100

Tablo 2. Bazı RSOY ölçeği sorularının doğru ve yanlış cevaplanma özellikleri

Soru	Doğru cevap sayısı (Doğru cevap %'si)	Yanlış cevap sayısı (Yanlış cevap %'si)
Depresyonda olan birine intihar düşüncesinin olup olmadığı sorulmamalıdır.	46 (12,2)	332 (87,8)
Ruh sağlığı hastalığından kurtulmak iyileşmekle aynı şeydir.	70 (18,5)	308 (81,5)
İnançlarına daha çok bağlı olan kişilerde ruh sağlığı hastalığı gelişmez.	155 (41,0)	223 (59,0)
Ruh sağlığı hizmeti almak için nereye gidebileceğimi biliyorum.	344 (91,0)	34 (9,0)
Ruh sağlığı hastalıklarının erken tanısı iyileşme şansını artırabilir.	340 (89,9)	38 (10,1)
Psikolojik danışmanlık depresyon için faydalı bir tedavi yöntemidir.	335 (88,6)	43 (11,4)
Yaşadığım yerdeki ruh sağlığı hastalıkları hizmet birimiyle nasıl iletişim kurabileceğimi biliyorum.	209 (53,3)	169 (46,7)
Bir intiharı önlemek için nereyi arayacağımı biliyorum.	218 (57,7)	160 (42,3)
Ruh sağlığı hastalıkları hakkında faydalı bilgileri nerden edinebileceğimi biliyorum.	278 (73,5)	100 (26,5)
Ruh sağlığı hastalıkları için doktor tarafından reçetelendirilen ilaçları kullanmak faydalıdır.	259 (68,1)	119 (31,9)
Ruh sağlığı hastalıkları tedavi edilmeden de zamanla iyileşebilir.	266 (70,4)	112 (29,6)

RSOY: Ruh sağlığı okuryazarlığı

Tablo 3. RSOY ve alt ölçekleri puan dağılımı

Ölçek	Soru sayısı	Tüm soruları doğru yanıtlayan sayısı/yüzdesi	Ortalama puan ± Standart sapma	Medyan puan (Min-Maks)
RSOY	22	1/%0,3	14,55±3,68	15,0 (1-22)
BORSOY	10	98/%25,9	7,76±2,14	8,0 (1-10)
İORSOY	8	5/%1,3	4,00±1,92	4,0 (0-8)
KORSOY	4	157/%41,5	2,77±1,27	3,0 (0-4)

RSOY: Ruh sağlığı okuryazarlığı, BORSOY: Bilgi odaklı ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeği, İORSOY: İnanç odaklı ruh sağlığı okuryazarlığı, KORSOY: Kaynak odaklı ruh sağlığı okuryazarlığı, min: Minimum, maks: Maksimum

az olan diğer branş öğretmenlerinden anlamlı şekilde daha yüksek puan almışlardır ($p<0,001$).

BORSOY alt ölçeğinden kadın katılımcılar 9,0 ortanca puan ile erkek katılımcılardan daha yüksek puan almışlardır ($p=0,019$). PDR öğretmenleri (medyan: 10,0 puan) sınıf, matematik, Türkçe ve anasınıfı öğretmenlerinden daha yüksek puan almışlardır ($p=0,001$). Diğer branşlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. KORSOY alt ölçeğinde PDR öğretmenleri matematik öğretmenlerinden anlamlı şekilde daha yüksek puan almışlardır ($p=0,045$) (Tablo 5).

Katılımcıların yaşları ile İORSOY alt ölçeği puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir, katılımcıların yaşları arttıkça alt ölçekten aldıkları puanlar düşmektedir ($r=-0,168$, $p=0,001$). Kadın katılımcılar 4,0 ortanca puan ile erkeklerden daha yüksek puan almışlardır ($p<0,001$). Çocuk sahibi olmayan öğretmenler 5,0 ortanca puan ile çocuk sahibi öğretmenlerden daha yüksek puan almışlardır ($p=0,001$). Mesleki tecrübe ile İORSOY alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,086$). Anaokullarında görev yapan öğretmenler 5,0 ortanca puan ile ilkökul, ortaokul ve lisede görev yapan öğretmenlerden daha yüksek puan almışlardır ($p=0,009$).

Anasınıfı öğretmenleri matematik öğretmenlerinden, DKAB ve diğer branş gruplarından daha yüksek puan almışlardır ($p<0,001$).

Tartışma

Sağlıkla ilgili diğer alanlarda olduğu gibi ruh sağlığı alanında da koruyucu ve önleyici faaliyetler ruh sağlığının bozulmasından sonra yapılacak tedavi edici faaliyetlerden daha önemlidir.¹⁴ RSOY düzeyindeki artışla ruh sağlığı problemlerinin belirtilerinin farkında olma ve uygun tedaviye ulaşma davranışlarının artması beklenir. Düşük RSOY'ye sahip kişiler kendilerinde veya çevresindeki kişilerde ruh sağlığı problemi olduğunda, bunun patolojik bir durum olduğunu, profesyonel yardım gerektiğini fark edememekte ve bu da tanı ve tedavide gecikmeye sebep olarak gidişi olumsuz etkilemektedir.¹² İnsan ruh sağlığını ilgilendiren kimi çalışmalar, ruhsal bozuklukları çocukluk çağındaki örselenmeyle ilişkilendirmiş, çocukluk çağında yaşanan duygusal problemlerin ilerleyen yıllardaki kişilik bozuklukları, depresyon, madde kullanımı, antisosyal davranış bozuklukları gibi birçok ruhsal sorunla ilişkisini göstermiştir.¹⁵ Bir başka çalışmaya göre ruh sağlığı

Tablo 4. Katılımcıların bazı özellikleri ile ruh sağlığı okuryazarlığı arasındaki ilişki*

	N	Medyan (min-maks)	Test p
Cinsiyet			
Kadın	195	15,0 (4-21)	Z=-3,386
Erkek	183	14,0 (1-22)	0,001
Çocuk sahibi olma			
Evet	293	15,0 (1-22)	Z=-2,189
Hayır	85	16,0 (3-21)	0,029
Çalışma süresi (Yıl)			
≤10	138	15,0 (3-21)	X ² =3,375 0,185
10≤20	132	14,0 (4-22)	
20<	108	15,0 (1-21)	
Okul türü			
Anaokulu	48	15,0 (6-20)	X ² =2,468 0,481
İlkokul	127	15,0 (1-21)	
Ortaokul	120	14,0 (4-22)	
Lise	83	15,0 (4-21)	
Branş			
Sınıf öğretmeni	106	14,5 (1-21)^b	X ² =29,937 <0,001
Anasınıfı öğretmeni	50	15,0 (6-20)^b	
Matematik öğretmeni	40	13,0 (4-20)^b	
Türkçe öğretmeni	38	14,5 (6-19)^b	
İngilizce öğretmeni	21	15,0 (6-21)	
PDR öğretmeni	20	18,0 (13-22)^a	
DKAB öğretmeni	18	13,5 (4-20)^b	
Fen bilgisi öğretmeni	14	15,0 (8-19)	
Sosyal bilgiler öğretmeni	14	16,5 (7-19)	
Diğer branşlar	57	15,0 (3-21)^b	
Ruh sağlığı problemi var mı?			
Evet	8	16,0 (10-20)	Z=-1,265
Hayır	370	15,0 (1-22)	0,206
Ailesinde ruh sağlığı problemi var mı?			
Evet	22	15,5 (8-22)	Z=-0,989
Hayır	356	15,0 (1-21)	0,322
Kronik bir hastalığı var mı?			
Evet	46	15,0 (4-21)	Z=-0,458
Hayır	332	15,0 (1-22)	0,647

*2'li gruplarda Mann-Whitney U testi daha fazla olanlarda Kruskal-Wallis, post hoc Tamhane's T2 kullanılmıştır. a ile b harfini taşıyanlar arasında anlamlı fark bulunmaktadır. min: Minimum, maks: Maksimum, PDR: Psikolojik danışmanlık ve rehberlik, DKAB: Din kültürü ve ahlak bilgisi

problemlerinin yaklaşık yarısının başlama yaşı 14'tür.¹⁶ Bu yüzden koruyucu ruh sağlığı faaliyetleri içinde çocukların gününün büyük bir bölümünü geçirdiği eğitim kurumları ve öğretmenler mutlaka yer almalıdır.¹⁷ Çalışmamız da koruyucu ruh sağlığındaki önemlerinden dolayı öğretmenler ve onların ruh sağlığı okur yazarlığı düzeyleri üzerine yapılmıştır. Çalışmaya katılan öğretmenlerimizin büyük çoğunluğu da erken tanının önemini farkında olduğunu "Ruh sağlığı hastalıklarının erken tanısı iyileşme şansını artırabilir" sorusuna verdikleri yüksek doğru yanıt oranıyla göstermiştir (Tablo 2).

Kılıç'a¹⁸ göre ruh sağlığı problemi oranı 2-3 yaş grubu çocuklarda %10,9, 4-18 yaş grubunda %10,7, erişkinlerde ise %15,4'dür, tedavi için başvuru oranı ise yetişkinlerde %4,7 gibi çok daha düşük bir yüzde ile ifade edilmektedir. Dünya sağlık örgütüne göre her dört kişiden biri yaşamı boyunca en az bir ruhsal ve davranışsal problem yaşamaktadır.¹⁹ Çalışmamızda ise herhangi bir ruh sağlığı problemi olan öğretmen oranı %2,1,

ailesinde ruh sağlığı problemi olan kişi bulunan öğretmen oranı ise %5,8 olarak bulunmuştur (Tablo 1). Oranların Türkiye ortalamasından düşük olması ruh sağlığı problemini gizleyerek damgalanma ve ayrımcılığın olumsuz etkilerinden kaçınma düşüncesi ile açıklanabilir, nitekim psikiyatrik problemi olan pek çok kişi rahatsızlıklarını gizleme eğilimindedir.²⁰

Öğretmenlerin en az doğru yanıtladıkları sorulardan birisi "İnançlarına daha çok bağlı olan kişilerde ruh sağlığı hastalığı gelişmez." sorusudur (Tablo 2). Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise ruh sağlığı problemleri ile dine olumlu yaklaşım arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.²¹ Ruh sağlığı problemi olan kişilerde etkin tedaviyi olumsuz etkileyen problemlerin başında ilaç uyumsuzluğu yer almaktadır.²² Psikotik bozukluklarda tedavinin temelini ilaçlar oluşturmakta ve antipsikotik ilaçlara uyumsuzluk oranı %11,0-80,0 arasında değişmektedir.²³ Çalışmamızda azımsanmayacak orandaki öğretmen, ruh sağlığı bozukluklarının tedavi edilmeden de zamanla düzelebileceğini,

Tablo 5. Katılımcıların bazı özellikleri ile uyku bozukluğu alt ölçekleri arasındaki ilişki*

Özellik	N	İnanç odaklı RSOY		Bilgi odaklı RSOY		Kaynak odaklı RSOY	
		Medyan (Min-Maks)	Test P	Medyan (Min-Maks)	Test P	Medyan (Min-Maks)	Test P
Cinsiyet							
Kadın	195	4,0 (0-8)	Z=-4,087	9,0 (2-10)	Z=-2,340	3,0 (0-4)	Z=-1,199
Erkek	183	4,0 (0-8)	<0,001	8,0 (0-10)	0,019	3,0 (0-4)	0,230
Çocuk							
Var	293	4,0 (0-8)	Z=-3,197	8,0 (0-10)	Z=-0,507	3,0 (0-4)	Z=-0,621
Yok	85	5,0 (0-8)	0,001	8,0 (0-10)	0,612	3,0 (0-4)	0,535
Çalışma yılı							
≤10	138	4,0 (0-8)	X ² =4,897	9,0 (0-10)	X ² =2,568	3,0 (0-4)	X ² = 3,335
10≤20	132	4,0 (0-8)	0,086	8,0 (2-10)	0,277	3,0 (0-4)	0,189
20<	108	4,0 (0-7)		8,0 (1-10)		3,0 (0-4)	
Okul Türü							
Anaokulu	48	5,0 (0-8)^a		8,0 (2-10)		3,0 (0-4)	
İlkokul	127	4,0 (0-8)^b	X²=11,676	8,0 (0-10)	X ² =2,340	3,0 (0-4)	X ² =5,577
Ortaokul	120	4,0 (0-8)^b	0,009	8,5 (1-10)	0,505	3,0 (0-4)	0,134
Lise	83	4,0 (0-7)^b		9,0 (2-10)		3,0 (0-4)	
Branş							
Sınıf öğretmeni	106	4,0 (0-7)		8,0 (0-10)^b		3,0 (0-4)	
Anasınıfı	50	5,0 (0-8)^a		8,0 (2-10)^b		3,0 (0-4)	
Matematik	40	3,0 (0-7)^b		8,0 (1-10)^b		2,0 (0-4)^b	
Türkçe	38	4,5 (0-8)		8,0 (2-10)^b		3,0 (0-4)	
İngilizce	21	5,0 (0-7)	X²=32,026	8,0 (4-10)	X²=27,619	3,0 (0-4)	X²=17,223
PDR	20	5,0 (0-8)	<0,001	10,0 (7-10)^a	0,001	4,0 (1-4)^a	0,045
DKAB	18	2,5 (1-7)^b		7,5 (2-10)		3,0 (0-4)	
Fen bilgisi	14	4,0 (0-5)		9,0 (3-10)		3,5 (1-4)	
Sosyal bilgiler	14	4,0 (0-6)		9,5 (5-10)		3,0 (1-4)	
Diğer branşlar	57	4,0 (0-7)^b		9,0 (0-10)^b		3,0 (0-4)	

*2'li gruplarda Mann-Whitney U testi daha fazla olanlarda Kruskal-Wallis, post hoc Tamhane's T2 kullanılmıştır. a ile b harfini taşıyanlar arasında anlamlı fark bulunmaktadır. RSOY: Ruh sağlığı okuryazarlığı, min: Minimum, maks: Maksimum, PDR: Psikolojik danışmanlık ve rehberlik, DKAB: Din kültürü ve ahlak bilgisi

bir o kadarının da doktor tarafından reçete edilen ilaçların ruh sağlığı problemlerinde faydalı olmadığını düşünmesi psikiyatrik bozukluklara ve tedavilerine olan toplum algısını göstermektedir (Tablo 2). Bu durum öğretmenlerin gerek okulda gerek sosyal yaşamda karşılaşabilecekleri psikiyatrik problemlere sahip bireylerin ilaç uyumlarını da olumsuz etkileyebilme potansiyeline sahiptir. Yapılan bir çalışmada arkadaş desteği ile psikiyatrik hastanın ilaç uyumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.²⁴

Türkiye'de yapılan bir çalışmaya göre lise öğrencilerinin %10,9'u yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunmuşlardır.²⁵ Çalışmamızda öğretmenlerin %42,3'ü bir intiharı önlemek için nereye arayacağını bilmemektedir (Tablo 2). İntihar anındaki müdahale kadar intihara giden yolda alınacak önlemler de önem arz etmektedir. Okul sorunları olan, okuldan kaçma eğilimli, yüksek başarı beklentili aileye sahip, çevresine bağlanamayan, topluma yabancılaşan ve eşcinsel bireylerde intihar riski artmaktadır. Okullar intiharı önlemede uygun çalışma alanlarıdır. Gerekli eğitimi almış öğretmen, danışman, aile ve ruh sağlığı destek hizmetlerini içeren toplum ve okul tabanlı yaklaşım intiharı önleme için en doğru yaklaşımdır.²⁶

Çalışmamızda öğretmenlerin RSOY ölçeği ortalama puanları 14,6±3,7'dir (Tablo 3). Üniversite öğrencileriyle yapılmış olan bir çalışmada iktisadi ve idari bilimler fakültesi öğrencileri 12,1±3,8 puan, tıp fakültesi öğrencileri ise 16,5±3,1 puan almışlardır.¹³ Farklı gruplar arasında oluşan bu puan farkı ruh sağlığı profesyonellerinin RSOY ölçeğinden toplumdaki herhangi bir gruba göre daha yüksek puan alması beklentisiyle uyumludur.²⁷ Tıp eğitiminde öğrenciler ruh sağlığı ve hastalıkları ile ilgili dersler almakta ve Psikiyatri Anabilim Dalı'nda staj yapmakta, öğretmenler de üniversite öğrenimleri süresince eğitim psikolojisi, gelişim psikolojisi, özel eğitim ve kaynaştırma, okullarda rehberlik, çocuk psikolojisi gibi ruh sağlığını ilgilendiren eğitimler almaktadırlar. Eğitimleri ağırlıklı olarak ruh sağlığı ile ilgili olan ve bu eğitimleri terapi süreçleri gibi uygulamalarla da desteklenen PDR öğretmenleri sınıf öğretmenlerinden, anasınıfı öğretmenlerinden, matematik öğretmenlerinden, Türkçe öğretmenlerinden, katılımcı sayısı 10'dan az olan diğer branş öğretmenlerinden ve DKAB öğretmenlerinden (Tablo 4) daha yüksek puan almışlardır. Çalışmamızı destekler şekilde, sınıf öğretmenleriyle yapılan bir çalışmada sınıf öğretmenlerinin %82,8'i gelişim psikolojisi, %78,9'u öğrenme psikolojisi, %78,1'i de rehberlik alanlarında

eğitim ihtiyaçları olduğunu söyleyerek ruh sağlığı alanındaki eğitim eksikliklerini dile getirmişlerdir.²⁸

Öğrenciler okul psikolojik danışmanı ile görüşükten sonra sorun yaşayabileceklerinden korkabilir ve görüşmekten kaçınma davranışı sergileyebilirler.²⁹ PDR öğretmenleri ile yapılan bir çalışmada, PDR öğretmenleri kendilerine karşı okulda çalışanların ve öğrencilerin bakış açılarının çeşitli olduğu ve bu çeşitliliğin çelişkiler meydana getirdiği, bundan dolayı birtakım güçlüklerle karşı karşıya kaldıklarını ifade etmişlerdir. Okul ruh sağlığı hizmetinin tek sağlayıcılarının PDR öğretmenleri olduğu algısı, gerçekçi olmayan beklentiler, ruh sağlığı hizmetlerinin hafife alınması, derslere girmedikleri için zamanlarının boş geçtiği, iş yapmadıkları düşüncesi ile idareciler tarafından harici iş yüküne tabi tutulmaları gibi sebepler PDR öğretmenlerinin okul ruh sağlığı hizmetlerini olumsuz etkilemektedir. Öğretmenlerin sınıflarına hakim olmaları ve öğrencilerini tanımaları gerektiğini, problem çözme ve çözdürme noktasında çocuklara ilk yardımın öğrenciyle devamlı irtibat halinde olan öğretmenleri tarafından yapılması, çözülememesi durumunda PDR öğretmenlerine başvurmaları gerekmektedir.¹¹ Okullarda ruh sağlığı hizmetleri Milli Eğitim Bakanlığı Rehberlik ve Psikolojik Danışma Hizmetleri Yönetmeliği doğrultusunda görev yapan PDR öğretmenlerinin liderliğinde yürütülmekte olup buradan sadece PDR öğretmeni tarafından yürütülür algısı çıkarılmamalıdır. Yönetmelikte de belirtildiği gibi rehberlik bir ekip işidir ve okuldaki bütün görevlilerin rehberlik hizmetlerine ilişkin yönetmeliğe göre yazılan görevleri bulunmaktadır.²⁹

Yapılan çalışmalar sosyo-demografik özellikler ile RSOY arasında ilişki olabileceğini göstermektedir.^{12,30} Bizim çalışmamızda da kadın öğretmenler erkeklerden, çocuk sahibi olmayan öğretmenler çocuk sahibi olanlardan daha yüksek puan almışlardır (Tablo 4). Göktaş ve ark.'nın¹³ çalışmasında alınan puanlar açısından kadın ve erkek katılımcılar arasında fark bulunmazken başka bir çalışmada çalışmamıza benzer şekilde kadın katılımcılar erkeklerden daha yüksek puan almışlardır.³¹ Bu sonuçlar Türkiye'de kadınlarda ruh sağlığı problemlerinin erkeklerden daha fazla görülmesi ve bu durumun kadınlarda ruh sağlığı ile ilgili konulara olan ilgilerini artırması ile ilişkili olabilir.¹⁸ Kendisinde veya bir yakınında ruh sağlığı problemi bulunanlarda RSOY düzeylerinin daha yüksek olması beklenirken bizim çalışmamızda ruh sağlığı problemi bulunanlar ile bulunmayanlar arasında ve bir yakınında ruh sağlığı problemi bulunanlar ile bulunmayanlar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (Tablo 4).²⁷

RSOY alt ölçekleri ile değişkenleri karşılaştırdığımızda (Tablo 5) BORSOY ve İORSOY alt ölçeklerinde RSOY ölçeğinde olduğu gibi kadın katılımcılar erkeklerden daha yüksek puan almışlardır. PDR öğretmenleri her iki alt ölçekten en yüksek puanı alırlarken en düşük puanı ise DKAB öğretmenleri almışlardır. İORSOY alt ölçeğinde mesleki tecrübesi 10 ve daha düşük olanlar 20 üzeri mesleki tecrübeye sahip öğretmenlerden daha yüksek puan alırlarken bu durumu destekler nitelikte İORSOY alt ölçeği ile yaş değişkeni arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiş, yaş arttıkça İORSOY alt ölçeğinden alınan puanların düştüğü tespit edilmiş olup bu durum yaş ile dini inanç tutumlarının artması

ve dindarların daha katı ve dogmatik olması ile açıklanabilir.^{32,33} Çocuğu olanların RSOY ve İORSOY ölçeklerinde daha düşük puan almaları çocuğu olan katılımcıların yaşlarının daha büyük olması ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmanın tek merkezde yapılması, psikiyatrik hastalık noktasında katılımcıların kendilerini maskeleyebilmeleri dolayısıyla ruh sağlığı bozukluğu ile RSOY karşılaştırmasının tam yapılamamış olması, öğretmenlerin tahsil durumlarının sorgulanmaması çalışmanın kısıtlılıklarıdır.

Sonuçlar

Ruh sağlığı problemlerinin erken tanı ve tedavisi için büyük öneme sahip olan öğretmenlerden yüksek RSOY seviyesi beklenmektedir. Ruh sağlığı bozukluklarının büyük çoğunluğunun başladığı dönem olan adolesan dönemde de diğer yaş gruplarına benzer şekilde gençler bilgisizlik ve damgalanma gibi sebeplerden dolayı ruh sağlığı hizmeti alma noktasında çekince yaşayabilirler. Bunun önlenerek ruh sağlığı problemlerinin kronikleşmeden fark edilip tedavisinin sağlanması için tüm öğretmen branşlarının RSOY düzeylerinin belli bir seviyeye getirilmesi yönünde eğitim faaliyetlerinin yapılması ve okulda ruh sağlığı hizmetinin belli bir sistematik içerisinde ve ekip işi çerçevesinde verilmesinin sağlanması önem arz etmektedir. Bu çalışma bu kapsamda ileride yapılacak müdahale çalışmaları için yol gösterici olacaktır.

Etik

Etik Kurul Onayı: Araştırma öncesi Hatay İli Dörtüyl İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli izinler ve Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13.02.2020 tarih ve 03 no'lu kararı ile etik onay alınmıştır.

Hasta Onayı: Hasta onayı alınmıştır.

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

Yazarlık Katkıları

Konsept: Y.S., E.K., Dizayn: Y.S., E.K., H.D., H.C., Veri Toplama veya İşleme: Y.S., H.D., H.C., Analiz veya Yorumlama: Y.S., E.K., H.D., Literatür Arama: Y.S., E.K., H.D., H.C., Yazan: Y.S., E.K., H.D., H.C.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Manwell LA, Barbic SP, Roberts K, Durisko Z, Lee C, Ware E, McKenzie K. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*. 2015;5:e007079.
2. Allen J, Balfour R, Bell R, Marmot M. Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*. 2014;26:392-407.
3. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived

- with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390:1211-1259.
4. Rehm J, Shield KD. Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2019;21:1-7.
 5. Patel V. Why mental health matters to global health. *Transcultural Psychiatry*. 2014;51:777-789.
 6. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol*. 2012;67:231-243.
 7. Özel Y, Duzcu T. Mental Health Literacy. *The Journal of Academic Social Science*. 2018;77:380-387.
 8. Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Can J Psychiatry*. 2016;61:154-158.
 9. Franklin CGS, Kim JS, Ryan TN, Kelly MS, Montgomery KL. Teacher involvement in school mental health interventions: A systematic review. *Children and Youth Services Review*. 2012;34:973-982.
 10. Bonabi H, Müller M, Ajdacic-Gross V, Eisele J, Rodgers S, Seifritz E, Rössler W, Rüsch N. Mental Health Literacy, Attitudes to Help Seeking, and Perceived Need as Predictors of Mental Health Service Use: A Longitudinal Study. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204:321-324.
 11. Çokamay G, Kapçı EG, Sever M. Okul ruh sağlığı hizmetlerinde yaşanan sorunlar: Psikolojik danışmanların görüşleri. *Elementary Education Online*. 2017;16:1395-1406.
 12. Jung H, von Sternberg K, Davis K. Expanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. *Psychiatry Res*. 2016;243:278-286.
 13. Göktaş S, Işıklı B, Önsüz MF, Yenilmez Ç, Metintaş S. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin (Rsoy Ölçeği) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Konuralp Medical Journal*. 2019;11:424-431.
 14. Kılıççı Y. Okulda Ruh Sağlığı. Şafak Ofset-Tipo Matbaacılık. Ankara; 1989.
 15. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry*. 1991;148:55-61.
 16. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593-602.
 17. Köknel Ö. Davranış bilimleri: (ruh bilim): İstanbul Üniversitesi; 1993.
 18. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Ön Rapor. Ankara, TC Sağlık Bakanlığı, Ekim. 1997.
 19. World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. 2001.
 20. Rüsch N, Evans-Lacko S, Clement S, Thornicroft G. Stigma, discrimination, social exclusion, and mental health: A public health perspective. In: Parker, R; Sommer, M. *Routledge International Handbook on Global Public Health*. London: Routledge, 2011:394-401.
 21. Cirhinlioğlu Z, Cirhinlioğlu FG, Ok Ü. Dindarlık, ruh sağlığı ve modernite. Ankara: Nobel Akademi Yayınları. 2013.
 22. Falloon IR. Developing and maintaining adherence to long-term drug-taking regimens. *Schizophr Bull*. 1984;10:412-417.
 23. Misdrahi D, Llorca PM, Lancon C, Bayle FJ. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and research implications. *Encephale*. 2002;28:266-272.
 24. Kelleci M, Ata EE. Drug Compliance of Patients Hospitalized in the Psychiatry Clinic and the Relationship with Social Support. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2011;2:105-110.
 25. Eskin M. Ergen ruh sağlığı sorunları ve intihar davranışıyla ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*. 2000;3:228-234.
 26. Öztürk F. Dünya İntiharı Önleme Günü-10 Eylül 2007 "Yaşam Boyu İntiharı Önlenmesi". *Kriz Dergisi*. 2008;16:41-47.
 27. O'Connor M, Casey L. The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Res*. 2015;229:511-516.
 28. Küçüktepe C. Determining in-service training needs of elementary school teachers based on teachers' opinions. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2013;13:26-43.
 29. Ünal A, Ünal E. A case study on the perception of the school counselor by students and teachers. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2010;7:919-945.
 30. Furnham A, Swami V. Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. *International Perspectives in Psychology*. 2018;7:240-257.
 31. Tokur Kesgin M, Pehlivan Ş, Uymaz P. Study of validity and reliability of the Mental Health Literacy Scale in Turkish. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2020;21:5-13.
 32. Kavas E. The Religious Attitude According to the Demographic Variables. *Akademik Bakış Dergisi*. 2013;38:1-20.
 33. Batson CD, Ventis WL. The religious experience: A social-psychological perspective: Oxford Univ. Press; 1982.

Batman İlinde 2013-2018 Yılları Arasında Gerçekleşmiş İntihar Girişimlerinin Geriye Dönük Olarak Değerlendirilmesi

The Retrospective Evaluation of the Suicide Attempts which Occurred in the Batman Province in between 2013-2018

✉ Binay Kayan Ocakoğlu¹, ✉ Meltem Oğuz², ✉ Zehra İpek³

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Sosyal Hizmet Merkez Müdürlüğü, Batman, Türkiye

³Batman Aile Çalışma Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, Batman, Türkiye

ÖZ

Amaç: İntiharlar 15-29 yaş arası meydana gelen ölümlerin en sık ikinci sebebidir. İntihar oranları sosyodemografik, klinik ve psikolojik faktörlere göre farklılıklar göstermektedir. Ülkemizde önemli bir ruh sağlığı sorunu olması nedeniyle, intihar girişimleri ve ilişkili faktörlerin Batman ilinde geriye dönük olarak araştırılması planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma kapsamında 2013-2018 yılları arasında meydana gelen intihar girişimlerinin adli dosyalarına ulaşılmış, dosyada yer alan iletişim bilgilerinden intihar girişiminde bulunan 88 olguyla klinik görüşme yapılmıştır. Sosyodemografik bilgiler, risk faktörleri ve intihar girişimi ile ilgili özelliklere ulaşılmıştır. Elde edilen bilgiler cinsiyete göre ve intihar risk düzeyine göre değerlendirilmiştir.

Bulgular: İntihar yaş ortalaması 17,3±2,3 yıldır. Olguların %73,9'u kız, %26,1'i erkek olarak belirlenmiştir. Her iki cinsiyette ve tüm intihar risk seviyelerinde en sık kullanılan yöntem yüksek doz ilaç alımı olarak saptanmıştır. Suça karışma öyküsü ve intihar sebeplerinden fiziksel sebepler erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. İntihar risk seviyesine göre değerlendirildiğinde intihar öncesi depresif duygudurum, alkol madde kullanımı, intihar nedenlerinden fiziksel ve psikolojik sebepler hafif risk grubunda anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda intihar girişimlerinin kızlarda daha sık görülmesi ve girişiminde bulunanlardan 18 yaş altı olguların büyük çoğunluğunun okula devam etmediği veya 18 yaş üstü olanların da büyük oranda çalışmaması intihar girişimine ait risk faktörleri açısından önemli bir fikir vermektedir. Alkol madde kullanımı, algılanan desteğin düşük olması, fiziksel hastalıklar daha ciddi girişimler için önemli etmenler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İntihara teşebbüs, ergenlik, risk faktörleri

ABSTRACT

Objectives: Suicides are the second most common cause of death between the ages of 15-29. Suicide rates vary according to the sociodemographic, clinical, and psychological factors. Since it is an important mental health problem in our country, it is planned to investigate suicide attempts and relevant factors in Batman province retrospectively.

Materials and Methods: As part of this study, forensic files of suicide attempt between the years of 2013 and 2018 were reached, and clinical interviews were conducted with 88 cases who attempted suicide. Sociodemographic information, risk factors and features related to suicide attempt were obtained. The information obtained was evaluated according to gender and suicide risk level.

Results: The average age of suicide is 17.3±2.3 years. 73.9% of the cases were female and 26.1% were male. The most frequently used method in both sexes and at all suicide risk levels was determined as high dose drug intake. The history of get involved in crime and physical causes were found to be significantly higher in males. When the suicide was evaluated according to the risk level, pre-suicidal depressive mood, alcohol substance use, and physical and psychological causes were significantly lower in the mild risk group.

Conclusion: In our study, the fact that suicide attempts are seen more frequently in girls and that most of the patients under the age of 18 do not attend school and those who are over the age of 18 do not work to a large extent give an important idea in terms of risk factors related to suicide attempt. Alcohol use, presence of perceived support, physical diseases are important factors for more serious attempts.

Keywords: Suicide attempts, adolescence, risk factors

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Binay Kayan Ocakoğlu, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Tel.: +90 544 873 29 34 **E-posta:** dr.binaykayan@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0003-0043-6288

Geliş Tarihi/Received: 29.05.2020 **Kabul Tarihi/Accepted:** 26.08.2022

©Telif Hakkı 2023 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'nün raporuna göre 2016 yılında her 100,000 de 10,6 dünya ortalaması ile her yıl yaklaşık 800,000 kişi intihar nedeniyle ölmektedir. Dünya çapında bir sorun olmakla beraber, intihar nedeniyle ölümlerin %79,0'u düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde meydana gelmektedir. İntihar 15-29 yaş arası gençlerde ise mortalitenin en sık ikinci sebebi olarak saptanmıştır.¹ Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine bakıldığında ise, intihar edenlerin %34,3'ünü 15-29 yaş grubundakiler oluşturmaktadır.² İntihar oranları bölgeler arası on kata kadar görülen farklılıkla ülkeler içinde ve ülkeler arasında farklılık göstermekte; bu farklılığın kısmen ekonomik durum ve kültürel farklılıklarla ilişkili olduğu bildirilmektedir.³

Çocuk ve gençlerde intihara yol açan faktörler, erişkinlerden farklılık göstermektedir.⁴ Depresyon, bu popülasyonda intihar eğilimi ile güçlü bir şekilde ilişkili faktörlerden biridir,⁵ fakat tüm olgularda görülmemesi,⁶ suicidal davranışın çoklu faktörlerin etkileşiminden sonuçlandığını göstermektedir. Ayrıca tüm depresif ergenler ve çocuklar intihar düşüncesi ve davranışı geliştirmemektedir.⁷ Biyolojik, psikolojik ve sosyal risk faktörleri çocuk ve gençlerdeki intihar risk profiline katkıda bulunmaktadır.⁸

Suicidal davranışlar cinsiyet, yaş grupları, coğrafik bölgeler ve sosyo-politik koşullar açısından farklılık göstermektedir.³ Hangi gencin intihar davranışında bulunacağını veya intihar girişiminin tekrarlayacağını öngörebilmek gençlerdeki suicidaliteye karşı önlem ve tedavilerin geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde intihar girişiminin özellikle 15-24 yaş aralığında yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir.^{9,10} Cinsiyet farklılığı açısından değerlendirildiğinde ise acil servise intihar girişimi ile gelen olguların kadın cinsiyette daha yüksek oranda olduğunu görülmektedir. Aktepe ve ark.'nın¹¹ çalışmasında intihar girişimi ile değerlendirilen olguların %89,7'sinin kız olduğu belirtilmiştir. Tüm yaş gruplarının değerlendirildiği başka bir çalışmada ise intihar girişimi ile gelen hastane başvurularında kadın-erkek oranının 2,3:1 olduğu saptanmıştır.¹²

Bu çalışmada intihara bağlı ölümlerden en çok etkilenen yaş grubu olan 13-22 yaş grubundaki sosyo-demografik ve klinik faktörleri ortaya koymak amacıyla 2013-2018 yılları arasında Batman ilinde meydana gelen intihar girişiminde bulunun olgularla görüşme yapılarak olguların geriye dönük olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Hakimler ve Savcılar Kurulu'ndan alınan yazılı izin ve Batman Bölge Devlet Hastanesi Etik Kurul onayı (karar no: 135, tarih: 28.01.2019) alınmıştır. Alınan izinler sonrasında Cumhuriyet Başsavcılığı'nın 2013-2018 yılları arasında adli kayıtlara girmiş 443 olgunun intihar girişimiyle ilgili verilerine ulaşılmıştır. Bu olgulardan intihar girişiminde bulunduğu ve görüşme yapıldığı sırada 13-22 yaş grubunda olanlara telefonla ulaşılmış, telefonla

ulaşılabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 88 olguyla yüz yüze görüşme yapılmıştır. Görüşmeler çocuk ve ergen psikiyatri uzmanı öncülüğünde, bir sosyal hizmet uzmanı ve bir psikoloğun katılımıyla, 60 olguyla kendi evinde, geri kalan 28 olgu adliye binasında çalışmacılara ayrılan odada olmak üzere gerçekleştirilmiştir.

Olgularla ilgili bilgiler sosyo-demografik bilgilerin ve intihar girişimiyle ilgili özelliklerin sorgulandığı görüşme formuna kaydedilmiştir. Görüşme formu, araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup, çalışmaya katılan olguların sosyo-demografik özellikleri, bilinen psikiyatrik ve tıbbi tanıları, daha önceden psikiyatrik destek alıp almadıkları, madde kullanım öyküsü ve suça karışma öyküsü kaydedilmiştir. Bunlara ek olarak, travmatik yaşantıların varlığı cinsel istismar, fiziksel istismar, ihmal, kayıp ve yoksulluk başlıkları altında sorgulanmıştır. İntihar davranışlarıyla ilgili olarak, intihar girişiminin yöntemi, intihar öncesi depresif duygudurumun süresi, intihar öncesi depresif duygudurum, intihar girişimi öncesi ve sonrası faktörler (yardım arayışı, plan varlığı, kendine zarar verme davranışı, desteğin varlığı, pişmanlık, stigma, yardım arayışı) değerlendirilmiştir. İntihar ağırlık düzeyleri Chu ve ark.'nın¹³ kişilerarası psikolojik intihar kuramı çerçevesinde önerdiği risk değerlendirmesi formundan yararlanılarak hafif, orta ve ciddi girişimler olarak belirlenmiştir.

Bu sınıflamada;

Hafif düzey risk grubu:

- Semptomsuz,
- Çoklu girişim + diğer risk faktörlerinin yokluğu,
- Tek girişim + düşünce (yoğunluk/sürenin kısıtlı olduğu), plan veya hazırlığın olmadığı veya hafif olduğu ve eşlik eden belirgin bulgunun olmadığı girişimleri içermektedir.

Orta düzey risk grubu ise

- Çoklu girişim + diğer bulguların varlığı,
- Tek girişim + orta/ciddi plan ve hazırlık varlığı,
- Tek girişim + orta/ciddi istek/düşünce, plan ve hazırlığın olmadığı ya da hafif olduğu ve 2'den fazla risk faktörünün olduğu girişimler olarak tanımlanmıştır.

Son olarak ciddi düzeyde risk grubu ise

- Çoklu girişim + 2'den fazla risk faktörü,
- Tek girişim + orta/ciddi düzeyde plan ve hazırlık ve 1'den fazla önemli bulgunun olduğu girişimleri içermektedir.

Değerlendirmedeki semptomlar/bulgular ajitasyon, içe çekilme, insomni/gece kabusları, belirgin irritabilite, ciddi afektif durumlar, belirgin kilo kaybı şeklinde sıralanmaktadır. Risk etkenleri ise; edinilmiş intihar yeterliliği (örn., kendine zarar verme davranışı, ölüm hakkında korkusuzluk), engellenmiş ait olma (thwarted belongingness), başkalarına yük olma (perceived burdensomeness), umutsuzluk, aile öyküsü, yakın zamanda meydana gelen stresli yaşam olayı, impulsiviteyi içermektedir.

Bağımsız değişkenler arasında farklılık olup olmadığı ilk etapta cinsiyet değişkenine göre incelenmiş, daha sonra belirlenen intihar risk düzeyine göre değerlendirilmiştir.

İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS 22.0 paket programı (IBM Inc., Armonk, NY) kullanılarak analiz edilmiştir. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılan veriler için ANOVA; normal dağılmayan veriler için ikili gruplarda Mann-Whitney U testi, ikiden fazla değişkenin bulunduğu grupta ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir (çift yönlü).

Bulgular

İntihar girişiminde bulunan kişilerin görüşme yapıldığı sıradaki yaş ortalaması $19,4 \pm 2,7$ yıl, intihar girişiminde buldukları sıradaki yaş ortalamaları ise $17,3 \pm 2,3$ yıl olarak saptanmıştır. Olgulara ait diğer sosyo-demografik veriler Tablo 1'de belirtilmiştir.

İntihar ile ilişkili sosyo-demografik özellikler cinsiyet grupları arasında değerlendirilmiştir (Tablo 2). Erkek ve kadınlarda en sık görülen iki neden sırasıyla duygusal ve ailesel sebepler iken; kadınlarda bunu psikolojik, ekonomik, fiziksel sebepler izlemekte, erkeklerde ise ekonomik ve fiziksel sebepler üçüncü sırayı alırken, son sırada psikolojik sebepler yer almaktadır.

Tablo 1. Batman ilinde 2013-2018 yılları arasında intihar girişiminde bulunan 13-22 yaş aralığındaki çocuklar ve gençlerin sosyo-demografik verileri

Tüm yaş gruplarında		
Değişken	N (%)	
Cinsiyet		
Kadın	65 (%73,9)	
Erkek	23 (%26,1)	
Yerleşim yeri		
Kentsel	76 (%86,4)	
Kırsal	12 (%13,6)	
Medeni durum		
	18 yaş ve altı	18 yaş üstü
Bekar	33 (%94,3)	32 (%60,4)
Resmi nikah	1 (%2,9)	16 (%30,2)
İmam nikahı	-	3 (%5,7)
Çok eşli	-	1 (%1,9)
Nişanlı	1 (%2,9)	1 (%1,9)
Çalışma durumu		
Öğrenci	21 (%60,0)	12 (%22,6)
Çalışmıyor	10 (%28,6)	33 (%62,3)
Çalışan	4 (%11,5)	8 (%15,1)

Yalnızca fiziksel sebepler erkeklerde kadınlardan 4,2 kat fazla bulunmuştur.

İntihar yöntemlerine bakıldığında her iki cinsiyette de en sık kullanılan yöntem yüksek doz ilaç alımı olarak belirlenmiştir. İntihar girişimi sonrası pişmanlık oranları cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılaşmakta, kadınlar daha yüksek oranda pişmanlık bildirmektedir.

İntihar risk seviyesine göre değerlendirildiğinde ise intihar öncesi depresif hissetme süresi, düşük risk grubundakilerde orta ve ciddi risk grubuna göre anlamlı olarak daha düşük seviyede bulunmuştur ($p < 0,001$). Düşük risk grubu, cinsiyet değişkeni açısından orta ve ciddi risk grubundan farklılaşmaktadır; düşük risk grubunda kadınlar daha sık görülmektedir. Alkol madde kullanımı düşük risk grubunda %3,6, orta risk grubunda %21,1 ve ciddi risk grubunda %42,9 oranında görülmekte ve düşük risk grubu ciddi risk grubundan anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($p < 0,001$). Düşük risk grubundakiler desteğin varlığını (%63,6), orta (%31,6) ve yüksek (%14,3) risk grubuna göre daha yüksek düzeyde hissettiklerini belirtmişlerdir. İntihar sonrası pişmanlık düşük risk grubunda (%85,5), orta (%52,6) ve ciddi (%38,5) risk grubuna göre daha yüksek düzeyde saptanmıştır. İntihar risk seviyelerinin tümünde yüksek doz ilaç alımı en sık kullanılan yöntem olarak bulunmuştur ve hafif, orta ve ciddi risk gruplarında sırasıyla %87,3, %94,7 ve %50,0 oranında bulunmuştur. Belirtilen intihar nedenlerinden her 3 grupta da duygusal nedenler en sık neden olarak saptanırken; fiziksel nedenler istatistiksel olarak anlamlı bulunacak şekilde orta ve ciddi risk grubunda hafif risk grubundan fazla bulunmuştur. Psikolojik sebepler ise hafif ve ciddi risk grubu arasında anlamlı olarak farklı bulunmuştur (Tablo 3).

Tartışma

Bu çalışmada, Batman ilinde intihar girişiminde bulunan gençlerde sosyo-demografik özellikler ve intihar davranışının özellikleri geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Bu özellikler cinsiyete ve intihar davranışının ağırlık düzeyine göre karşılaştırılmıştır.

Sosyo-demografik veriler ele alındığında, intihar girişiminde bulunanların %73,9'unun kadın cinsiyette olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda ergenlik ve genç erişkinlik döneminde intihar girişimlerinin kadınlarda erkeklere oranla 3-9 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir.^{14,15} On sekiz yaş altı olguların öğrenim çağında olmalarına karşın yalnızca %60,0'ının okula devam ettiği öğrenilmiştir. Aktepe ve ark.'nın¹¹ Trabzon'da klinik örnekleme yaptığı bir çalışmada ise, intihar girişiminde bulunan olguların %96,6'sının öğrenimine devam ettiği gösterilmiştir.¹¹ İstanbul'da yapılan bir çalışmada ise intihar girişiminde bulunan gençlerin %83,3'ünün okula devam ettiği belirtilmiştir.¹⁶ Örnekleminizde, okula devam oranlarının diğer çalışmalara göre daha düşük bulunmasının bölgesel özellikler ve sosyo-kültürel etmenlerle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bu durum, olguların ergenlik döneminde daha fazla ihtiyaç duydukları sosyal desteğin getirdiği iyilik halinden ve koruyucu etkisinden mahrum kalmalarına yol açmaktadır.

Tablo 2. Batman ilinde 2013-2018 yılları arasında intihar girişiminde bulunan 13-22 yaş aralığındaki çocuklar ve gençlerin cinsiyetlerine göre intihar girişiminin özellikleri

		Kadın	Erkek	
İntihar yaşı	Ort.	17,29	17,35	p=0,87
	SS	2,32	2,10	
Görüşme yaşı	Ort.	19,5	19,13	p=0,58
	SS	2,75	2,47	
Kronik hastalık varlığı	N (%)	10 (15,6)	2 (8,7)	p=0,40
Ailede ruhsal hastalık	N (%)	23 (35,4)	9 (39,1)	p=0,74
Alkol madde kullanım öyküsü	N (%)	7 (10,8)	5 (21,7)	p=0,19
Suçta karışma öyküsü	N (%)	2 (3,1)	6 (26,1)	p=0,001*
Yakın çevresinde intihara tanıklık	N (%)	25 (38,5)	10 (43,5)	p=0,67
Travmatik yaşantı	N (%)	37 (56,9)	16 (69,6)	p=0,29
İntihar girişimi sayısı	Ort.	1,3	1,3	p=0,68
	SS	0,782	0,55	
İ.Ö. depresif dd (süre, ay)	Ort.	11,16	13,78	p=0,26
	SS	20,7	18,57	
İ.Ö. intihar düşüncesinin varlığı	N (%)	17 (26,2)	7 (30,4)	p=0,69
İ.Ö. intihar planı	N (%)	7 (10,8)	6 (26,7)	p=0,07
İ.Ö. intihar planının paylaşımı	N (%)	16 (24,6)	6 (26,1)	p=0,88
İ.Ö. KZVD varlığı	N (%)	14 (21,5)	9 (39,1)	p=0,09
İ.Ö. yardım arayışı	N (%)	21 (32,3)	5 (21,7)	p=0,34
İ.Ö. desteğin varlığı	N (%)	35 (53,8)	8 (34,8)	p=0,11
İntihar nedenleri				p=0,059
Ekonomik		8 (12,7)	7 (30,4)	p=0,433
Duygusal		52 (82,5)	18 (78,3)	p=0,280
Ailesel	N (%)	31 (49,2)	9 (39,1)	p=0,024
Fiziksel		6 (9,5)	7 (30,4)	p=0,576
Psikolojik		16 (25,4)	6 (26,1)	Hesaplanan üstünlük oranına göre, fiziksel nedenler erkeklerde kadınlara oranla yaklaşık 4,16 kat fazladır
İntihar Yöntemleri				
Ası		-	2 (8,7)	
Yüksekten atlama	N (%)	5 (7,7)	2 (8,7)	
Kesi		4 (6,2)	2 (8,7)	
Yüksek doz ilaç alımı		56 (86,2)	17 (73,9)	
İ.S. pişmanlığın varlığı	N (%)	50 (76,9)	12 (54,5)	p=0,045*
İ.S. stigma	N (%)	25 (38,5)	13 (59,1)	p=0,09
İ.S. psikolojik destek	N (%)	26 (40,0)	11 (47,8)	p=0,51

İ.Ö.: İntihar öncesi, İ.S.: İntihar sonrası, dd: Duygudurum, KZVD: Kendine zarar verme davranışı, Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma. *p<0,05

İntiharla ilişkili risk faktörleri açısından değerlendirildiğinde suça karışma öyküsü erkeklerde anlamlı ölçüde daha fazla bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda psikopatolojiler açısından, cinsiyetler arası farklılık olduğu belirtilmektedir. Madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu erkeklerde intihar riskini artırmaktadır.¹⁷⁻¹⁹ Bu bağlamda agresyon, hostilité ve impulsif özellikler taşıyan psikopatolojilerin, erkeklerde daha yaygın olduğu ve suicidal davranışların riskini artırdığı

belirtilmektedir.²⁰ Bu bilgiler ışığında, çalışmamızda erkeklerde suça karışma davranışının daha yüksek oranda bulunmasının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Kesitsel ve ileri dönük çalışmalar ergenler arasında alkol kullanımının suicidal davranışlar açısından bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir.^{6,21-23} Alkol kullanımının depresif semptomların yokluğunda dahi suicidal düşünceyi tetikleyebileceği bildirilmiştir.²³ Ülkemizde yapılan bir çalışmada alkol kullanım bozukluğu olan hasta grubunda kontrollere göre

Tablo 3. Batman ilinde 2013-2018 yılları arasında intihar girişiminde bulunan 13-22 yaş aralığındaki çocuklar ve gençlerin intihar risk değerlendirmesine göre intihar girişimlerinin özellikleri

		İntihar risk değerlendirmesi			
		Düşük (N=55; %62,5)	Orta (N=19; %21,6)	Ciddi (N=14; %15,9)	
İntihar yaşı (yıl)	Ort. ± SS	17,2±2,3	17,5±2,3	17,7±2,2	p=0,67
Görüşme yaşı (yıl)	Ort. ± SS	19,1±2,6	19,12±2,89	19,2±2,5	p=0,21
Cinsiyet					
Kadın	N (%)	46 (70,8)	11 (16,9)	8 (12,3)	1<2 p=0,02*
Erkek	N (%)	9 (39,1)	8 (34,8)	6 (26,1)	1<3 p=0,03*
Kronik hastalık varlığı	N (%)	7 (13,0)	2 (16,5)	3 (21,4)	p=0,64
Ailede ruhsal hastalık	N (%)	20 (36,4)	7 (36,8)	5 (35,7)	p=0,64
Alkol madde kullanım öyküsü	N (%)	2 (3,6)	4 (21,1)	6 (42,9)	1<3 p<0,001**
Suçta karışma öyküsü	N (%)	4 (7,3)	2 (10,5)	2 (14,3)	p=0,69
İ.Ö. depresif dd		5,88±12,81	15,63±20,26	30,14±30,33	1<2 p=0,004* 1<3 p<0,001**
İ.Ö. desteğin varlığı	N (%)	35 (63,6)	6 (31,6)	2 (14,3)	1<3 p<0,001** 1<2 p=0,001*
Yakın çevresinde intihara tanıklık	N (%)	19 (54,3)	8 (22,9)	8 (22,9)	p=0,29
Travmatik yaşantı	N (%)	28 (50,9)	14 (73,7)	11 (78,6)	p=0,067
İ.S. pişmanlığın varlığı	N (%)	47 (85,5)	10 (52,6)	5 (38,5)	1<3 p<0,001** 1<2 p= 0,003*
İ.S. stigma	N (%)	19 (34,5)	10 (52,6)	9 (62,9)	p=0,051
İ.S. psikolojik destek	N (%)	18 (32,7)	10 (52,6)	9 (64,3)	p=0,7
İntihar Yöntemleri					
Ası		-	-	2 (14,3)	
Yüksekten atlama	N (%)	2 (3,6)	1 (5,3)	4 (28,6)	
Kesi		5 (9,1)	-	1 (7,1)	
Yüksek doz ilaç alımı		48 (87,3)	18 (94,7)	7 (50,0)	
İntihar nedenleri					p=0,39
Ekonomik		7 (13,2)	5 (26,3)	3 (21,4)	p=0,53
Duygusal		45 (84,9)	14 (73,7)	11 (78,6)	p=0,63
Ailesel	N (%)	26 (49,1)	7 (36,8)	7 (50,0)	1<3 p<0,001**
Fiziksel		2 (3,8)	4 (21,1)	7 (50,0)	1<2 p=0,01*
Psikolojik		9 (17,0)	6 (31,6)	7 (50,0)	1<3 p=0,01*

İ.Ö.: İntihar öncesi, İ.S.: İntihar sonrası, dd: Duygudurum, KZVD: Kendine zarar verme davranışı, Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma. **p<0,001, *p<0,05

intihar düşüncesi düzeyi, intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı daha yüksek oranda saptanmıştır.²⁴ Avrupa'da yapılan çalışmalarda intiharlarda ve intihar girişimlerinde alkol kullanımının %35,0-60,0 arasında değiştiği bildirilmiştir.²⁵⁻²⁸ Psikososyal faktörlerin ve riskli davranışların değerlendirildiği bir çalışmada ise sosyo-demografik faktörler kontrol altına alındığında marihuana kullanımı suisid düşüncesi ve suisid girişimi açısından risk faktörü olarak belirlenmiştir.²³ Örneklemimizde ise kadınlarda %10,2, erkeklerde ise %21,7 oranında alkol madde kullanımı saptanmıştır. Bu oranın diğer Avrupa ülkelerinden daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durumun kültürel faktörlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Diğer yandan intihar risk seviyesine göre değerlendirildiğinde

hafif risk grubunda olanların, ciddi risk grubunda olanlara oranla daha az alkol madde kullanmakta olduğu ve oranın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, klinik örneklemede alkol madde kullanımının varlığının daha ciddi girişimler açısından uyarıcı olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda hem kadın hem erkeklerde travmatik yaşantıların varlığı sırasıyla %56,9 ve %69,6 gibi yüksek oranlarda bildirilmiştir. Stres diyatez modeline göre stresli yaşam olayları örselenebilirlik faktörleri ile etkileşime girerek suisidal davranışların olasılığını artırmaktadır. Aile içi çatışmalar ve sınav kaygısı gibi stresli yaşam olaylarının yanında erken travmatik deneyimler ve diğer olumsuz yaşam olayları suisidal davranışlarla ilişkilidir.⁸ Örneğin çocukluk çağında cinsel

istismar öyküsü, intihar girişimi olasılığını 4-12 yaşları arasında 10,9 kat, 13-19 yaşları arasında ise 6,1 kat artırmaktadır.²⁹

Çeşitli çalışmalarda, yakın çevresindeki kişilerin intihar veya intihar girişimine tanıklık etmenin, tamamlanmış intiharlar ve intihar girişimleri açısından riski artırdığı saptanmıştır.³⁰⁻³³ Yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan gençlerin %40,0'ının çevrelerindeki intihar girişimine tanık olduğu bildirilmiştir.³⁴ Örneklemimizdeki kadın ve erkek olgular sırasıyla %38,5 ve %43,5 oranında yakın çevresinde intihar girişimine tanıklık ettiğini bildirmiştir. İntihar risk grupları arasında farklılık saptanmamıştır. Literatürde, intihara tanık olma sonrası intihar yatınlığındaki artış, intihar bulaşı^{35,36} veya intiharın yayılması³⁷ başlıkları altında tartışılmış, ancak bu duruma yol açan mekanizmalar tam olarak açığa kavuşturulamamıştır.³⁸ Yapılan bir çalışma, intihara tanıklık etmenin, kişilerin intiharı daha düşünülebilir ve olası görmelerine neden olduğu belirtilmiştir. Bu durumun da kişilerin, edinilmiş intihar kapasitesini artırabileceği ifade edilmiştir. Ayrıca, tanıklık eden kişiler intiharı, psikolojik sıkıntı hali ile baş etmede veya kişisel bir problemle başa çıkmada kullanılabilecek bir yöntem olarak gördüklerini belirtmişlerdir.³⁸ Bu bulgularla uyumlu olarak, çalışmamızda intihar risk grupları arasında fark saptanmaması, intihara tanıklık etmenin, hem intiharı bir baş etme yöntemi olarak değerlendiren dürtüsel girişim riskini hem de ölme niyetinin daha yüksek olduğu ciddi girişimlerin riskini artırdığını düşündürmektedir.

Depresyon çocuk ve ergenlerdeki suisidalite açısından temel faktörlerden biri olarak belirlenmiştir ve hem klinik hem klinik olmayan popülasyonda bildirilmiştir.^{23,39-42} Major depresif bozukluk cinsiyet, yaş, ırk, sosyo-ekonomik faktörler ve diğer hastalıklar kontrol altına alındığında bile intihar girişimi riskinde beş kat artışa neden olmaktadır.⁵ Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan olguların intihar girişimleri öncesi kadın ve erkeklerde sırasıyla ortalama 11,2 ve 13,8 ay süreyle olmak üzere depresif hissettikleri bulunmuştur. Diğer önemli bir bulgu ise intihar riskine göre değerlendirildiğinde intihar girişimi hafif düzeyde olanların orta ve ciddi düzeyde olanlara göre intihar öncesi depresif hissetme sürelerinin daha kısa bulunmuş olmasıdır. Zubrick ve ark.'nın⁴³ yaptığı depresif ergenlerle yaptığı çalışmada, depresif semptomların süresi ve devamlılığının intihar düşüncesi ve intihar davranışları riskini artırdığı bildirilmiştir.

İntihar girişimi ile ilgili özellikler açısından değerlendirildiğinde ise kadın ve erkekler, intihar düşüncesinin varlığı, plan yapma, planın paylaşımı, kendine zarar verme davranışının varlığı, sosyal desteğin varlığı ve yardım arayışı açısından farklılık göstermemiştir. Kendine zarar verici davranışların oranı kadın ve erkeklerde %21,5 ve %39,1 oranında saptanmıştır. Literatüre baktığımızda yaşam boyu kendine zarar verici davranış ve intihar girişiminde bulunma birlikteliği %17,0 ile %70,0 aralığında değişmektedir.⁴⁴⁻⁴⁷ Olguların az bir kısmının intihar girişimi öncesi intihar düşüncesine sahip olduğu (kadın ve erkekte sırasıyla %26,2, %30,4) ve yine benzer oranlarda intihar planı olduğu (%10,8, %26,7) göz çarpıcıdır. Bu bulgu bize intihar

girişimlerinin büyük bir kısmının impulsif davranışlar olabileceği yönünde fikir vermektedir. İmpulsivite klinik örnekleme ve toplum temelli örnekleme suisidal davranışlar açısından önemli bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır.^{48,49} Yapılan çalışmalarda intihar girişimi olan gençlerin büyük bir kısmının girişim öncesinde yardım arayışında bulunmadığı gösterilmiştir.^{50,51} Yapılan bir çalışmada yardım istemeyi engelleyen en sık sebebin kişinin yardıma ihtiyacı olduğu düşünmemesinden kaynaklandığı, bunu sorunu tek başına çözmeye isteği, ekonomik sorunlar gibi yapısal nedenler izlemektedir. En az görülen neden ise etiketlenme ile ilişkilidir.⁵² Çalışmamızda da benzer şekilde yardım arayışı kadın ve erkek cinsiyette oldukça düşük oralarda kalmıştır. İntihar risk seviyesine göre yardım arayışı oranı değişmemiştir.

Çalışmamızda dikkat çeken bulgulardan biri hafif risk düzeyine sahip intihar girişimlerinin algıladığı sosyal desteğin orta ve ciddi gruptakilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğudur. Sosyal desteğin önemi, suisidal davranışlarla ilgili teorilerde ve çeşitli araştırmalarla ortaya konulmuştur.⁵³ İntiharın sosyolojik teorisi⁵⁴ ve intihara ilişkin kişilerarası teori,⁵⁵ yetersiz sosyal desteğin intihar girişimi riskini artırdığını öngörmektedir. Kesitsel^{56,57} ve ileri dönük çalışmalar,^{58,59} özellikle ebeveyn ve akranlar tarafından sağlanan sosyal desteğin düşük olarak algılanmasını, ergenlerde intihar düşüncesi ve intihar girişimi için daha yüksek riskle ilişkilendirmiştir.

İntihar nedenleri açısından değerlendirildiğinde her iki cinsiyette de en sık neden duygusal nedenler olarak belirtilmiştir. Benzer şekilde intihar risk seviyelerine göre de en sık belirtilen neden duygusal nedenler olarak saptanmıştır. Fiziksel olarak belirtilen sebepleri ise erkekler kadınlara oranla 4,16 kat fazla bildirmişlerdir. Ayrıca, fiziksel nedenler hafif risk grubunda, orta ve ciddi risk grubuna göre daha az oranda bulunmuştur. İntihar davranış teorilerine göre, kronik hastalıklar, kişinin aidiyet duygusunu, ağrı toleransını ve mevcut başa çıkma kaynaklarını azaltırken, umutsuzluk, sıkışmışlık hissi ve kaçınma davranışlarını artırarak, doğrudan ya da dolaylı olarak intihar davranışı riskinde artışa neden olmaktadır.^{55,60} On bin ergenin alındığı epidemiyolojik bir çalışmada da çeşitli kronik hastalıkların intihar davranış riskinde artışa neden olduğu bildirilmiştir. Özellikle kardiyovasküler hastalıklar, baş ağrısı ve sırt/boyun ağrısı daha yüksek oranda olmak üzere fiziksel hastalıklar hem intihar girişiminde hem de intihar düşüncesinden intihar davranışına geçişte risk faktörü olarak bildirilmiştir.⁶¹

İntihar yöntemleri açısından her iki cinsiyette de yüksek doz ilaç alımı en sık kullanılan yöntem olarak saptanmıştır. Bununla birlikte 2 erkek olgu ası ile intihar girişiminde bulunurken, kadınlarda ası yöntemini kullanan olgu saptanmamıştır. Ülkemizde ergen yaş grubunda yapılan diğer çalışmalarda da yüksek doz ilaç alımı en sık başvurulan yöntem olmuştur.^{11,16,62,63} İntihar girişiminde seçilen yöntem gidişatı belirlemede önemli rol almaktadır.⁶⁴ Çeşitli intihar yöntemleri ülkeler arasında ulaşılabilirlik ve sosyal açıdan kabul edilebilirliğine göre farklılık göstermektedir. Seçilen yöntem ölümcüllük

ile ilişki göstermekte, bu nedenle farklı popülasyonlardaki farklı yöntemler intihar oranlarındaki farklılığa katkıda bulunmaktadır.⁶⁵

İntihar girişimi ile ilgili psikiyatrik destek alma özellikle düşük gelire sahip ülkelerde %17,0 gibi düşük bir orandayken yüksek gelirli ülkelerde bu oran %56,0'a çıkmaktadır.⁵² Örneklemimizde ise bu oranlar kadın ve erkeklerde, sırasıyla %40.0 ve %47,8 olarak bulunmuştur.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Örneklem sayısının küçük olması ve olguları değerlendirirken standardize yöntemlerin kullanılmamasının çalışmamızın sonuçlarını etkilemiş olabileceği düşünülmüştür. Görüşmeye çağrılan olgulardan, çalışmamıza katılmaya gönüllü olan olguların, olmayanlara göre daha iyi bir psikolojik duruma sahip olma olasılığı da çalışmamızın kısıtlılığı olarak düşünülmüştür. İntihar girişimi üzerinden belirli bir zaman geçmesi, olguların bilgileri yanlış ve eksik hatırlama olasılığını içermektedir. Bunlara ek olarak ailede psikiyatrik hastalık varlığı ve ailede intihar girişimi öyküsünün bilinmiyor oluşunun, önemli olabilecek bir risk faktörünün değerlendirilememesine sebep olabileceği düşünülmüştür. Bu kısıtlılıklar göz önüne alındığında, ülkemizde bölgelere özgü intihar davranışlarını daha ayrıntılı bir şekilde değerlendirmek için geniş örneklemli, ileriye dönük ve standardize ölçüm araçlarının kullandığı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuç

Çalışmamızda ülkemizin güneydoğusunda bulunan Batman iline ait örneklemin değerlendirilmesi, ergenlik döneminde en sık ölüm nedenlerinden olan intihara yönelik risk faktörlerinin ve intihar davranışının özelliklerinin değerlendirilmesine olanak vermiştir. Bu açıdan bölgeye özgü koruyucu girişimlerin belirlenebilmesi açısından önem arz etmektedir. Çalışmamızda olguların hem cinsiyete hem de belirlenen intihar risk seviyesine göre değerlendirilmesinin, klinik uygulamalarda risk faktörlerini ve prognozu belirlemede yol gösterici olacağına düşünmekteyiz.

Etik

Etik Kurul Onayı: Batman Bölge Devlet Hastanesi'nden Etik Kurul onayı (karar no: 135, tarih: 28.01.2019) alınmıştır.

Hasta Onayı: Geriye dönük çalışma.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: B.K.O., M.O., Z.İ., Dizayn: B.K.O., M.O., Z.İ., Veri Toplama veya İşleme: B.K.O., M.O., Z.İ., Analiz veya Yorumlama: B.K.O., Literatür Arama: B.K.O., Yazan: B.K.O.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Suicide. 2019. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide, cited: 01.04.2020]
2. Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar İstatistikleri, 2015. [www.tuik.gov.tr. 2016;21516. cited: 01.04.2020]
3. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387:1227-1239.
4. Parellada M, Saiz P, Moreno D, Vidal J, Llorente C, Alvarez M, Garcia-Portilla P, Ruiz-Sancho A, Arango C, Bobes J. Is attempted suicide different in adolescent and adults? *Psychiatry Res*. 2008;157:131-137.
5. Goldston DB, Daniel SS, Erkanli A, Reboussin BA, Mayfield A, Frazier PH, Treadway SL. Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: developmental changes. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77:281-290.
6. Arria AM, O'Grady KE, Caldeira KM, Vincent KB, Wilcox HC, Wish ED. Suicide Ideation Among College Students: A Multivariate Analysis. *Arch Suicide Res*. 2009;13:230-246.
7. Birmaher B, Brent D; AACAP Work Group on Quality Issues; Bernet W, Bukstein O, Walter H, Benson RS, Chrisman A, Farchione T, Greenhill L, Hamilton J, Keable H, Kinlan J, Schoettle U, Stock S, Ptakowski KK, Medicus J. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:1503-1526.
8. Carballo JJ, Llorente C, Kehrmann L, Flamarique I, Zuddas A, Purper-Ouakil D, Hoekstra PJ, Coghill D, Schulze UME, Dittmann RW, Buitelaar JK, Castro-Fornieles J, Lievesley K, Santosh P, Arango C; STOP Consortium. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29:759-776.
9. Ercan S, Aksoy ŞM, Yalçın A, Şimşek AÇ, Acar SR, Erçin Şahin T. Socio-Demographical and Clinical Characteristic of Suicide Cases That Admitted to Emergency Services in Ankara. *JCBPR*. 2016;5:5-12.
10. Tel H, Uzun S. Social support and coping with stress in patients who were accepted to the emergency room with the suicide. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2003;4:151-158.
11. Aktepe E, Kandil S, Göker Z, Sarp K, Topbaş M, Özkorumak E. Sociodemographic features of child and adolescents admitted to Karadeniz Technical University Medical Faculty child outpatient clinic with suicide attempt. *TAF Prev Med Bull*. 2006;5:444-454.
12. Devrimci-Ozguven H, Sayıl I. Suicide attempts in Turkey: results of the WHO—EURO multicentre study on suicidal behaviour. *Can J Psychiatry*. 2003;48:324-329.
13. Chu C, Klein KM, Buchman-Schmitt JM, Hom MA, Hagan CR, Joiner TE. Routinized Assessment of Suicide Risk in Clinical Practice: An Empirically Informed Update. *J Clin Psychol*. 2015;71:1186-1200.
14. Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU, Carter R. Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104:332-339.
15. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Flint KH, Hawkins J, Harris WA, Lowry R, McManus T, Chyen D, Whittle L, Lim C, Wechsler H; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance - United States, 2011. *MMWR Surveill Summ*. 2012;61:1-162.
16. Akin E, Berkem M. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Psikiyatrik Tanıların, Demografik ve Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi. 2012;17:228-232.
17. Oquendo MA, Bongiovi-Garcia ME, Galfalvy H, Goldberg PH, Grunebaum MF, Burke AK, Mann JJ. Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 2007;164:134-141.
18. Arsenaull-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4:37.

19. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373:1372-1381.
20. Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BGC. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *J Affect Disord*. 2012;138:19-26.
21. Rossow I, Ystgaard M, Hawton K, Madge N, van Heeringen K, de Wilde EJ, DeLeo D, Fekete S, Morey C. Cross-national comparisons of the association between alcohol consumption and deliberate self-harm in adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37:605-615.
22. Brent DA, Emslie GJ, Clarke GN, Asarnow J, Spirito A, Ritz L, Vitiello B, Iyengar S, Birmaher B, Ryan ND, Zelazny J, Onorato M, Kennard B, Mayes TL, Debar LL, McCracken JT, Strober M, Suddath R, Leonard H, Porta G, Keller MB. Predictors of spontaneous and systematically assessed suicidal adverse events in the treatment of SSRI-resistant depression in adolescents (TORDIA) study. *Am J Psychiatry*. 2009;166:418-426.
23. King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, Greenwald S, Kramer RA, Goodman SH, Lahey BB, Shaffer D, Gould MS. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:837-846.
24. Çiçek İE. Death Anxiety and Suicidal Ideation in Patients with Alcohol Use Disorder. *Bağışlılık Dergisi*. 2021;22:413-420.
25. Grøholt B, Ekeberg Ø, Wichstrom L, Haldorsen T. Youth suicide in Norway, 1990–1992: A comparison between children and adolescents completing suicide and age- and gender-matched controls. *Suicide Life Threatening Behav*. 1997;27:250-263.
26. Hawton K, Fagg J, McKeown SP. Alcoholism, alcohol and attempted suicide. *Alcohol Alcohol*. 1989;24:3-9.
27. Ramstedt M. Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction*. 2001;96:59-75.
28. Pirkola SP, Marttunen MJ, Henriksson MM, Isometsä ET, Heikkinen ME, Lönnqvist JK. Alcohol-related problems among adolescent suicides in Finland. *Alcohol Alcohol*. 1999;34:320-329.
29. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, Karam EG, Kessler RC, Sampson N, Alonso J, Andrade LH, Angermeyer M, Benjet C, Bromet E, de Girolamo G, de Graaf R, Florescu S, Gureje O, Horiguchi I, Hu C, Kovess V, Levinson D, Posada-Villa J, Sagar R, Scott K, Tsang A, Vassilev SM, Williams DR, Nock MK. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*. 2010;197:20-27.
30. Bearman PS, Moody J. Suicide and friendships among American adolescents. *Am J Public Health*. 2004;94:89-95.
31. Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J. Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53:1145-1152.
32. Christiansen E, Goldney RD, Beautrais AL, Agerbo E. Youth suicide attempts and the dose-response relationship to parental risk factors: a population-based study. *Psychol Med*. 2011;41:313-319.
33. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr Drugs*. 2003;5:243-265.
34. Hedeland RL, Teilmann G, Jørgensen MH, Thiesen LR, Andersen J; Study-Associated Pediatric Departments. Risk factors and characteristics of suicide attempts among 381 suicidal adolescents. *Acta Paediatr*. 2016;105:1231-1238.
35. Velting DM, Gould MS. Suicide contagion. In: Maris RW, Silverman MM, Canetto SS, eds. *Review of suicidology*. New York: Guilford Press; 1997:96-137.
36. Abrutyn S, Mueller AS. Are suicidal behaviors contagious in adolescence? Using longitudinal data to examine suicide suggestion. *Am Sociol Rev*. 2014;79:211-227.
37. Baller RD, Richardson KK. The “dark side” of the strength of weak ties: The diffusion of suicidal thoughts. *J Health Soc Behav*. 2009;50:261-276.
38. Miklin S, Mueller AS, Abrutyn S, Ordonez K. What does it mean to be exposed to suicide?: Suicide exposure, suicide risk, and the importance of meaning-making. *Soc Sci Med*. 2019;233:21-27.
39. Spann M, Molock SD, Barksdale C, Matlin S, Puri R. Suicide and African American teenagers: Risk factors and coping mechanisms. *Suicide life-threatening Behav*. 2006;36:553-568.
40. Vitiello B, Brent DA, Greenhill LL, Emslie G, Wells K, Walkup JT, Stanley B, Bukstein O, Kennard BD, Compton S, Coffey B, Cwik MF, Posner K, Wagner A, March JS, Riddle M, Goldstein T, Curry J, Capasso L, Mayes T, Shen S, Gugga SS, Turner JB, Barnett S, Zelazny J. Depressive symptoms and clinical status during the Treatment of Adolescent Suicide Attempters (TASA) Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48:997-1004.
41. Vitiello B, Silva SG, Rohde P, Kratochvil CJ, Kennard BD, Reinecke MA, Mayes TL, Posner K, May DE, March JS. Suicidal events in the Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS). *J Clin Psychiatry*. 2009;70:741-747.
42. Asarnow JR, Baraff LJ, Berk M, Grob C, Devich-Navarro M, Suddath R, Piacentini J, Tang L. Pediatric emergency department suicidal patients: two-site evaluation of suicide ideators, single attempters, and repeat attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47:958-966.
43. Zubrick SR, Hafekost J, Johnson SE, Sawyer MG, Patton G, Lawrence D. The continuity and duration of depression and its relationship to non-suicidal self-harm and suicidal ideation and behavior in adolescents 12–17. *J Affect Disord*. 2017;220:49-56.
44. Cheung YTD, Wong PWC, Lee AM, Lam TH, Fan YSS, Yip PSF. Non-suicidal self-injury and suicidal behavior: prevalence, co-occurrence, and correlates of suicide among adolescents in Hong Kong. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48:1133-1144.
45. Cloutier P, Martin J, Kennedy A, Nixon MK, Muehlenkamp JJ. Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in pediatric emergency crisis services. *J Youth Adolesc*. 2010;39:259-269.
46. Nock MK, Joiner TEJ, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*. 2006;144:65-72.
47. Andover MS, Gibb BE. Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Res*. 2010;178:101-105.
48. Gorlyn M. Impulsivity in the prediction of suicidal behavior in adolescent populations. *Int J Adolesc Med Health*. 2005;17:205-209.
49. Horesh N. Self-report vs. computerized measures of impulsivity as a correlate of suicidal behavior. *Crisis*. 2001;22:27-31.
50. De Leo D, Cerin E, Spathonis K, Burgis S. Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: Prevalence, suicidal process, and help-seeking behaviour. *J Affect Disord*. 2005;86:215-224.
51. Husky MM, McGuire L, Flynn L, Chrostowski C, Olfson M. Correlates of help-seeking behavior among at-risk adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2009;40:15-24.
52. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Hwang I, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, Alonso J, Borges G, de Girolamo G, de Graaf R, Florescu S, Gureje O, Hu C, Karam EG, Kawakami N, Kostyuchenko S, Kovess-Masfety V, Lee S, Levinson D, Matschinger H, Posada-Villa J, Sagar R, Scott KM, Stein DJ, Tomov T, Viana MC, Nock MK. Treatment of suicidal people around the world. *Br J Psychiatry*. 2011;199:64-70.
53. Miller AB, Esposito-Smythers C, Leichtweis RN. Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. *J Adolesc Heal*. 2015;56:286-292.
54. Durkheim E. *Suicide, a study in sociology* (1951 Edition, Spaulding JA, Simpson G, Trans.). London: Routledge. 1897.
55. Joiner TE. *Why people die by suicide*: Harvard University press. Cambridge, MA. 2005;10.
56. Sharaf AY, Thompson EA, Walsh E. Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk

- adolescent. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2009;22:160-168.
57. Bonanno RA, Hymel S. Beyond hurt feelings: Investigating why some victims of bullying are at greater risk for suicidal ideation. *Merrill-Palmer Quarterly.* 2010;420-440.
58. Winfree Jr LT, Jiang S. Youthful suicide and social support: Exploring the social dynamics of suicide-related behavior and attitudes within a national sample of US adolescents. *Youth Violence Juv Justice.* 2010;8:19-37.
59. Czyz EK, Liu Z, King CA. Social connectedness and one-year trajectories among suicidal adolescents following psychiatric hospitalization. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2012;41:214-226.
60. O'Connor RC. Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Int Handb suicide Prev Res Policy Pract.* 2011;1:181-198.
61. Dean-Boucher A, Robillard CL, Turner BJ. Chronic medical conditions and suicidal behaviors in a nationally representative sample of American adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2020;55:329-337.
62. Sayar K, Acar B. Psikofarmakolojik ajanlarla yapılan intihar girişimlerinde risk etkenleri. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology.* 1999;9:208-212.
63. Ünlü G, Aksoy Z, Ersan EE. Evaluation of child and adolescents with attempted suicide. *Pamukkale Medical Journal.* 2014;7:176-183.
64. Spicer RS, Miller TR. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am J Public Health.* 2000;90:1885-1891.
65. Kim B, Ahn JH, Cha B, Chung YC, Ha TH, Hong Jeong S, Jung HY, Ju G, Kim EY, Kim JM, Kim MD, Kim MH, Kim SI, Lee KU, Lee SH, Lee SJ, Lee YJ, Moon E, Ahn YM. Characteristics of methods of suicide attempts in Korea: Korea National Suicide Survey (KNSS). *J Affect Disord.* 2015;188:218-225.

Babasal İşlev Ölçeği Geliştirme: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Paternal Functioning Scale Development: Validity and Reliability Study

Elif Erol¹, Neslihan Zabcı²

¹İstanbul Rumeli Üniversitesi İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Yeditepe Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, bütünsel bir bakış açısıyla babasal işlevin yapılandırıcı olup olmadığını belirleyen ve davranış sorunlarında çok önemli bir etken olan sınır sağlayabilme niteliğini de dahil eden bir ölçek eksikliğinden yola çıkılarak geliştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Ölçeği geliştirmek için etik onay alındıktan sonra, yaşları 6 ile 14 yıl arasında en az bir çocuğa sahip, yaşları 27 ile 55 yıl arasında değişen 642 katılımcı babadan online formlar aracılığı ile veriler toplanmış, babasal işlev ölçeği, yaşam memnuniyeti ölçeği ve psikolojik iyi oluş ölçeği ile demografik bilgi formu kullanılmıştır.

Bulgular: Geliştirilen ölçüm aracının geçerlik ve güvenilirliğini ortaya koymak için veriye yapılan açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri sonuçlarında 22 maddeli ölçeğin dört faktörlü bir yapıda olduğu görülmüştür. Ölçeğin geçerliğini test etmek için kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve farklı ölçekler üzerindeki etki geçerliği analizleri; güvenilirliğini test etmek için, iç tutarlılık analizi, madde analizleri ve %27,0 alt grup, üst grup karşılaştırmaları yapılmış; ardından her faktörün kesme puanları hesaplanmıştır. Alt faktörlere; İlgi boyutu baskı/dürtüsellik boyutu, desteksizlik boyutu ve sınırsızlık boyutu isimleri verilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik düzeylerinin iyi olduğu ve alanda kullanılabileceği görülmüştür.

Sonuç: Geliştirilen ölçek, yapılandırıcı niteliği açısından babasal işlevleri ortaya koymak için alana kazandırılan yeni ve özgün bir ölçüm aracıdır. Alanyazına dayanarak, ilgi ve destek boyutlarını dahil ederek çocuğa sınır getiren babasal işlevin yapılandırıcı, baskı (ceza, tehdit vb) veya dürtüsel (fiziksel eylem vb) yaklaşımlı disiplin yöntemlerinin ve destek sağlamayan babasal işlevin ise yapılandırıcı olmadığı yönünde bir değerlendirme yapılmıştır. Geliştirilen ölçüm aracının kolay uygulanabilir oluşunun ve baba-çocuk ilişkisini farklı boyutlarda değerlendirebilmesinin, bu alana yönelik araştırmalarda önemli bir ihtiyacı karşılayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Babalık, babasal işlev ölçeği, baba, ölçek

ABSTRACT

Objectives: This study aims to develop a measurement tool to evaluate paternal function from a holistic point of view, based on the lack of a scale which includes the evaluation of paternal function in providing boundaries, that is crucial in behavioral problems.

Materials and Methods: The data were collected via online forms from 642 fathers (aged 27-55 years) with at least one child (aged 6-14 years). Paternal Function scale, life satisfaction scale, psychological well-being scale and demographic information form was used.

Results: To test the reliability and validity of the measurement tool, exploratory and confirmatory factor analyses were conducted on the 22 item scale which yielded a four factor structure. Content, construct, and effect validity analysis are made at different scales. To test its reliability, internal consistency, and item analysis, and 27.0% lower-upper group comparisons were made. Then the cut-off scores of each factor were calculated. Sub-factors include four dimensions: Interest; pressure/impulsivity; supportlessness; boundlessness. The validity and reliability levels of the measurement tool were found to be adequate and it was thought to be useful for the field.

Conclusion: The scale is an original measurement tool introduced in the field to reveal basic paternal functions. The paternal function which brings limits to the child by including his interest and support is constructive; on the contrary, the paternal function that use disciplinary methods with an intimidating or impulsive approach and unsupportive is not constructive. The short and easy applicability of the scale and its ability to evaluate the father-child relationship in different dimensions will meet an important need in studies on this area.

Keywords: Fatherhood, paternal functioning scale, father, scale

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Elif Erol, İstanbul Rumeli Üniversitesi İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Tel.: +90 549 391 10 10 E-posta: elifkoca5@yahoo.com ORCID: orcid.org/0000-0002-9746-2898

Geliş Tarihi/Received: 06.01.2022 Kabul Tarihi/Accepted: 18.09.2022

©Telif Hakkı 2023 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayinevi tarafından yayınlanmıştır.



Giriş

Türkiye’de 1990’lardan beri, babanın çocuk gelişimi üzerindeki rolü ve etkileri üzerine araştırmalarda artış olduğu görülmektedir.¹ Ancak Türkiye’de babalık tutumlarının sebep olabileceği çocuk davranışları ile ilgili bilgilerin yetersiz olduğu ve Türkçeye uyarlanan ölçekler ile babalar ve babalığın değerlendirildiği çalışmaların ve bu çalışmaların örneklemelerinin dünya ortalamasına göre kısıtlı olduğu düşünülmektedir.^{2,3} Çocukların davranışlarını etkileyen en önemli etkenlerden birinin de baba ve çocuk arasındaki ilişkide babanın rolü ve babasallık olduğu kabul edilmektedir, ancak özellikle Türkçe alanyazında babanın rolü ve babasallığı inceleyen ölçeklerin yetersiz olduğu görülmüştür.⁴

Ebeveyn davranışlarını ölçmek için en sık kullanılan ve dilimize uyarlanması yapılan ölçekler, 1991 yılında Lamborn et al.⁵ tarafından geliştirilen ve 2000 yılında Yılmaz⁶ tarafından dilimize uyarlanan Ana-Baba Tutum Ölçeği ile 1958 yılında Schefer ve Bell tarafından geliştirilen ve 1978 yılında Le Compte ve ark.⁷ tarafından ülkemize uyarlanan Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeğidir. Ana-Baba Tutum Envanteri ise 1972 yılında Kuzgun⁸ tarafından kendi kültürümüze uygun biçimde geliştirilen bir ölçektir. Yukarıda sözü edilen ölçeklerin genel olarak ortak paydada bulunduğu üç temel ebeveyn tutumu otoriter tutum, izin verici (müsamahakar) tutum ve demokratik tutum olarak bildirilmektedir.⁵⁻⁷ Babalara yönelik özel olarak geliştirilen ölçekler incelendiğinde, bu ölçeklerden biri 25 maddeden oluşan ve babalık rolü algısını belirlemek üzerine hem gençlere hem babalara uygulanacak şekilde tasarlanan “Babalık Rolü Algı Ölçeği”dir.⁹ Bu ölçek, babalık rolü algısını olumlu/olumsuz olarak değerlendirmeye yönelik olup, hem baba hem de çocuklardan toplanan veriyi karşılaştırmalı çalışmalarda kullanmak için uygundur.⁹ 2004 yılında Dick tarafından geliştirilerek, Uzun¹⁰ tarafından 14-18 yaş ergen örneklemi üzerinden Türkçeye uyarlanan “Babalık Ölçeği”, 52 maddeden ve “olumlu/olumsuz baba katılımı”, “duygusal bağlılık”, “sorumlu baba rolü”, “kılavuz baba rolü” ve “baba iletişim tutumu” şeklinde 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu ölçek, ergenlerin babaları ile olan ilişkilerini değerlendirme biçimlerini belirlemek için geliştirilmiştir. Alandaki diğer bir ölçek ise 3-6 yaş aralığını kapsayan babalık işlevini, temel bakım ve yakınlık boyutlarında değerlendirmeyi hedefleyen “Baba Katılım Ölçeği”dir.¹¹ Yukarıda sözü edilen ölçeklerin alana anlamlı katkı sağlamalarına karşın, babalık işlevlerini bütüncül bir bakış açısıyla ele almakta sınırlı oldukları görülmektedir.

Bu çalışmada babanın çocuk ile ilişkisinde çocuğa karşı gösterdiği ilgi ve şefkati, çocuğa karşı destekleyici davranabilme derecesini ve kendi öfkesini yöneterek çocuk için örseleyici olmayacak ancak sınırları tanıyabilmesini sağlayacak şekilde tutum gösterme yetisini ölçmek amacıyla 22 maddelik ve yazımla uyumlu biçimde dört alt faktörden (ilgi, baskı/dürtüsellik, desteksizlik, sınırsızlık) oluşacak bir ölçek geliştirilmeye çalışılmıştır.

Lamb ve Tamis-Lemonda¹² günümüz toplumlarında babalığın dört temel sorumluluk alanı olduğunu belirtir. Bunlardan ilki, geleneksel dönemden itibaren babalığın en baskın

ve yaygın olarak kabul edilen görevi olan ailenin geçimini sağlamaktır. İkincisi, eşin duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Üçüncüsü, çocuğun yetiştirilmesinden ve bakımından sorumlu olmasıdır. Son olarak da anneler tarafından babaya verilen bir sorumluluk olan eğitimin denetimcisi ve bir otorite figürü olmasıdır.¹² Otoriterlik “otoriteyi kullanan ve istismar eden, boyun eğdirmeyi seven” anlamlarına gelmektedir.¹³ Bu sorumluluklar otorite sözcüğünün olumsuz yorumlarından türeyen sözcüklerdir. Oysa otorite sözcüğünün tanımları arasında, bir konuda bilgi ve beceri kaynağı olma, saygı ve hayranlık yaratma gibi anlamlar da vardır.¹³ Bu bağlamda babanın otoritesinin çocukta olumlu ve yapılandırıcı işlevi olduğu ancak otoriterliğin olumsuz sonuçlara yol açtığı sonucuna varılabilir. Bu bağlamda; bu çalışmada geliştirilen ölçeğe, babanın yapılandırıcı bir otorite kurabilmesinin ve sınır koyabilmesinin değerlendirildiği maddelerin bulunması önemli görülmüştür.

Çocukluk döneminde babasının yaşamlarına aktif katıldığını belirten kişilerin, yetişkinlik döneminde daha iyi psikolojik sağlığa, romantik ve sosyal ilişkilere sahip oldukları görülmektedir.¹⁴ Babalarının ilgilendiği, yeterli sevgiyi gösterdiği çocukların sosyal ilişkilerinin diğerlerine göre daha az sorunlu olduğu, bunun yanında babaları ile zayıf ve olumsuz ilişkilere sahip çocukların benlik algılarının daha olumsuz olduğu bildirilmiştir.¹⁵ Babanın çocuğun gelişimine katılımının, çocuğun duygusal ve sosyal gelişimini etkilediği ve davranış problemlerini de azalttığı söylenmektedir.¹⁶ Yapılmış olan çalışmalar doğrultusunda babanın şefkat gösterme, bakım verebilme ve çocuğunu destekleyebilme gibi işlevlerinin yapılandırıcı olduğu düşünülmüş, bu çalışmada geliştirilmeye çalışılan ölçeğe bu durumu anlamaya çalışan maddelerin bulunması önemsenmiştir.

Penot “Babalık İşlevi ve Erkeklik” adlı yazısında şiddet gösteren ve sınırsız gençlerle günümüzde eskiye kıyasla daha sık karşılaşıldığını vurgulamıştır.¹⁷ Babanın özellikle erkek çocuklarda dürtü denetimini sağlamada kilit bir rolü olduğunu ve babanın dürtüsel/eylemsel veya kayıp/edilgen konularının dürtü denetiminde sorunlara yol açtığını ifade etmiştir. Doyum odaklı (hazzı ertelemeyen) ve sınır getirmeyen babasal işlevin, çocuğu dürtüsellik sorunu ile baş başa bıraktığını ifade etmiştir.¹⁷ Bu bağlamda, davranım bozukluğu belirtileri gösteren çocukların babalarında, babasal işlevlerdeki yetersizlik düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu, üst benliğin fren işlevini yerine getiremediği ve bu gruptaki çocukların otoriteyi kabullenmekte ve kurallara uymakta zorlandıkları görülmektedir.¹⁸ Yapılmış olan çalışmalar, babanın dürtüselliklerinin ve yapılandırıcı otoriter işlevinin, çocukta davranım bozukluğu ve dürtüsellik başta olmak çeşitli psikopatolojilere sebep olabileceğini ortaya koymuştur.^{15,16} Bu sebeple bu çalışmada geliştirilmeye çalışılan ölçeğe babanın dürtüsellikini ölçen maddelerin de bulunması önemli bulunmuştur.

Sonuç olarak alanyazın; babasal işlevin ilgi, şefkat ve destek taraflarının çocuk açısından yapılandırıcı; dürtüsel, baskıcı ve sınır koyamayan taraflarının ise yapılandırıcı olmadığını,

çocukta çeşitli sorunlara yol açabileceğini göstermiştir.¹⁴⁻¹⁸ Bu araştırma, bütünsel bir bakış açısıyla babasal işlevin yapılandırıcı olup olmadığını belirleyen ve davranış sorunlarında önemli bir etken olan sınır sağlayabilme niteliğini de dahil eden bir ölçek eksikliğinden yola çıkılarak planlanmıştır. Bu çalışmanın amacı babasal işlevi sadece otorite bakımından değil ilgi, destek boyutları bakımından da değerlendirmektir. Ayrıca babasal işlevin, ebeveyn-çocuk ilişkisine hiyerarşik bir sınır koyarak koruyucu sınırları oluşturabilen yönü de diğer babasal işlev ölçeklerinde eksiklik olarak görülüp çalışmaya bir alt boyut olarak dahil edilmiştir. Ölçeğin özellikle davranışsal sorunların kaynaklarında babasal işlevin rolünü inceleyen klinik çalışmalarda ve Türkiye’de baba-çocuk ilişkisini inceleyen araştırmalarda kullanımı hedeflenmektedir.

Gereç ve Yöntem

Örneklem

Bu araştırmanın örneklemini yaşları 6 ile 14 yıl arasında değişen çocuğu olan 596 baba oluşturmaktadır. Çocukların 326’sı kız (%54,7) ve 270’i erkektir (%45,3). Baba katılımcıların yaşları 27 ile 55 yıl arasında değişmektedir.

Ölçme Araçları

Demografik Bilgi Formu: Katılımcıların, çocukları ve kendileri ile ilgili cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve çalışıp çalışmama durumlarının anlaşılması için araştırmacı tarafından hazırlanmış bir formdur.

Babasal İşlev Ölçeği: Araştırmacılar tarafından babasal işlevselliği ölçmek için geliştirilen ve bu çalışma kapsamında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek, 22 madde ve İlgi, baskı/dürtüsellik, desteksizlik ve sınırsızlık isimli dört alt faktörden oluşacağı beklenmektedir. Ölçekte bulunan her bir madde Hiçbir zaman, nadiren, ara sıra, sık sık ve her zaman şeklinde beşli Likert olarak puanlanmaktadır.

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği: Ölçek, Diener ve ark.¹⁹ tarafından 2009 yılında geliştirilmiş ve Telef²⁰ tarafından dilimize uyarlaması yapılmıştır. Ölçekte bireyin genel psikolojik iyi oluş halini değerlendirmek üzere hazırlanmış sekiz madde bulunmaktadır. Ölçekte bulunan maddeler, kesinlikle katılmıyorum ve kesinlikle katılıyorum arasında yer alan seçeneklerle yedili Likert olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasında iç tutarlık katsayısı 0,87 olarak belirtilmiştir.²⁰ Mevcut çalışmada da ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0,87 olarak hesaplanmıştır.

Yaşam Memnuniyeti Ölçeği: Lavallee ve ark.²¹ tarafından 2007 yılında geliştirilen ölçeğin, Türkçe uyarlama çalışması Akın ve Yalnız²² tarafından yapılmıştır. Bireyin genel olarak yaşamından ne kadar memnun olduğunu değerlendirmeyi amaçlayan ölçekte her biri “kesinlikle katılmıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” arasında yedili Likert olarak puanlanan beş madde bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,73 olarak raporlanmıştır.²² Yapmış olduğumuz çalışmada ise ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0,71 olarak hesaplanmıştır.

İşlem

Bu araştırma babasal işlevi bütünsel bir yaklaşımla ele alarak, bu işlevin hangi yönüyle yapılandırıcı olduğunu veya olmadığını değerlendiren bir ölçek geliştirilmesi amacıyla planlanmış ve İstanbul Rumeli Üniversitesi’nin 53938333-050.06-E.834 sayılı etik kurul izni ile araştırmaya başlanmıştır (tarih: 27.05.2020).

Öncelikle Türkçe alanyazında babasal işlevlerin değerlendirilebilmesi için geliştirilen veya uyarlanan ölçeklerin olup olmadığı değerlendirilmiştir. İlgili alanyazın tarandıktan sonra tutum ölçen ölçme araçlarına rastlanmasına rağmen, babasal işlevi çeşitli yönleriyle ele alan Türkçe bir ölçme aracının olmadığı görülmüştür. Babasal işlevleri değerlendirmek için öncelikle ilgili alanyazına dayalı olarak madde havuzu oluşturulmuştur. Halihazırda Türkiye’de babasal işlevi ölçen ölçekler, babanın çocuk bakımına katılımını, çocukla baba arasındaki duygusal bağı ve yakınlığı, ayrıca çocuk yetiştirilmesinde babanın tutumunu ölçmektedir.^{15,16} Babanın otoriter tutumu, daha çok kural koyucu ve örseleyici bir figür olarak babayı tanımlamaktadır.^{12,13} Ancak alanyazında; otoritenin aynı zamanda saygı ve hayranlık uyandıran bir anlamı daha vardır.¹³ Bu anlamdaki otorite, dürtülere karşı denetimi sağlayarak yapılandırıcı bir işleve sahiptir.^{23,24} Babalığın yapılandırıcı işlevi; gevşek, baskıcı, desteklemeyen ve bakım veren başlıkları ile detaylandırılarak ölçek maddeleri oluşturulmuştur. Dolayısıyla ölçeğin faktör yapısı, ölçülmek istenen faktör alanları madde yazımı aşamasında belirlenmeye çalışılmıştır. Bu kapsamda toplam 53 madde oluşturulmuştur.

Bu maddeler kavramsal, dil ve anlam değerlendirmesine tabi tutulmak amacıyla çocuk ve ergenlerle çalışan 9 uzman psikoloğa gönderilerek fikirleri alınmış, geri bildirimlere göre maddelerdeki bazı cümleler düzeltilmiş, böylece ölçeğin kapsam geçerliği yapılmıştır. Oluşturulan taslak ölçek, 642 baba katılımcıya online formlar üzerinden gönderilmiş, doldurmaları istenmiş, soruların %5,0’inden fazlasını eksik dolduran 46 kişi örneklemden çıkarılarak, 596 kişilik veri geçerlik güvenilirlik çalışmalarını başlatmak üzere istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Örnekleme yöntemi olarak kartopu örnekleme kullanılmıştır. Ölçeğin doldurulma süresi yaklaşık 7-8 dakika sürmüştür. Ölçeğe ilişkin maddeler Tablo 1’de gösterilmektedir.

İstatistiksel Analiz

Ölçeğin açılımlayıcı faktör analizi (AFA), güvenlik katsayıları, madde toplam korelasyonları, ölçeğe ilişkin %27,0’lik analizi, faktörler arası ilişkiler, ölçüt geçerliği ve kesme puanlarına ilişkin analizler SPSS 24 (IBM Inc., Armonk, NY) programı ile yapılmıştır. Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizinde (DFA) ise LISREL 8.80 paket programı (Jöreskog ve Sörbom. 2006. Lincolnwood, IL. Scientific Software International, Inc.) kullanılmıştır.

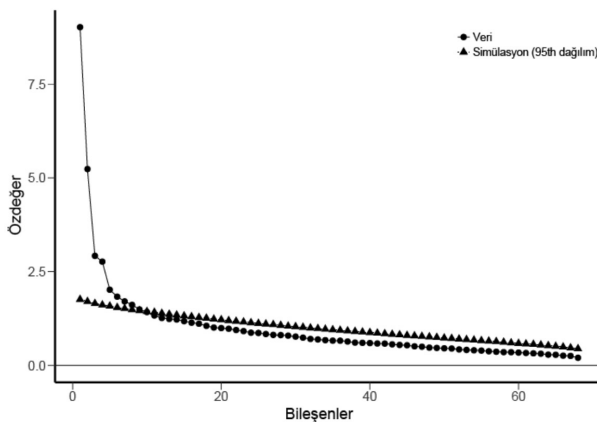
Yapı geçerliliğini test etmek için temel bileşenler yöntemi, döndürme yöntemi olarak ise direct oblimin kullanılmıştır. Faktör yükü 0,30’un altında olan maddeler²⁵ ve çapraz faktör yükü 0,10’nun üzerinde olan maddeler elenmiştir.²⁶ Aynı zamanda maddeler yazılırken düşünülen teorik alt faktörlere

uygun olmayacak şekilde farklı faktörlere yüklenen maddeler analizden çıkarılmıştır. Kalan maddelere ait yamaç grafiği incelendiğinde dört faktörlü bir modelin hem yapısal hem de teorik anlamda daha uygun olduğu görülmüş ve faktör sayısı dört ile sınırlanmıştır. Sonuçta 22 maddeden oluşan 4 faktörlü bir yapı elde edilmiştir.

Yapı oluştuktan sonra alt faktörlere ait iç tutarlılığı test etmek amacıyla Cronbach alfa katsayısı ve iki yarı test korelasyonu hesaplanmıştır. Faktörler arası korelasyonlar Pearson Korelasyon analizi ile test edilmiştir. Alt ve üst boyutların ayırt ediciliklerini belirlemek için yapılan %27,0'lik analizinde bağımsız örneklem için t-testi kullanılmıştır. Psikolojik iyi oluş ve yaşam memnuniyet ölçekleri ile ilişki Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir. Son olarak ölçeğin alt faktörlerine ilişkin betimsel istatistikler üzerinden kesme puanları hesaplanmıştır.

Bulgular

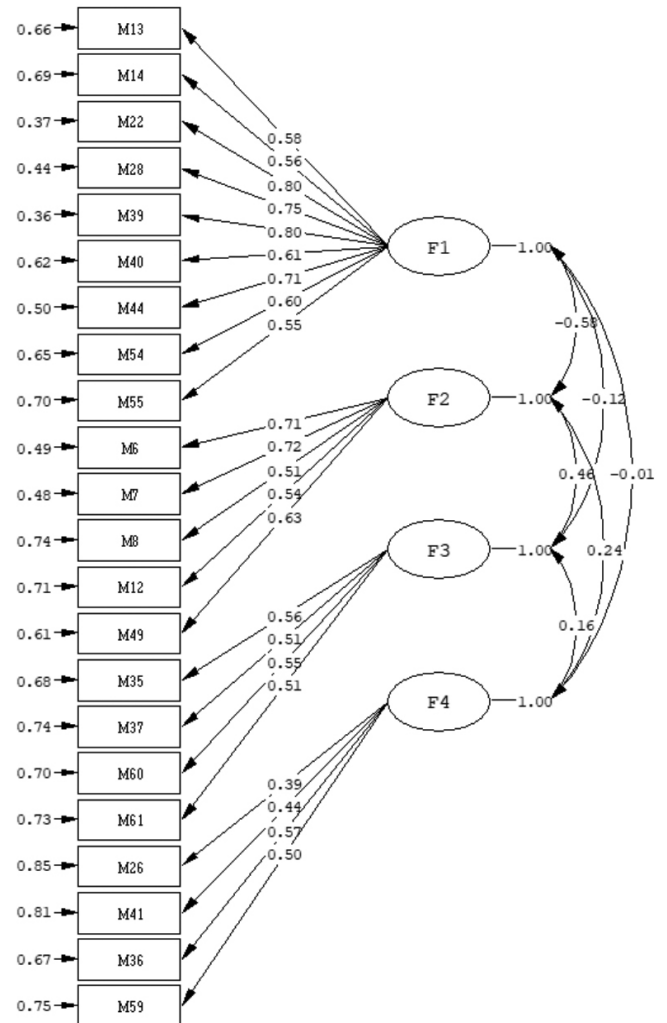
İlgili alanyazın kapsamında yazılan maddelerin nasıl bir faktör yapısına sahip olduklarını tespit etmek amacıyla öncelikle AFA yapılmıştır. Örneklem faktör analizine uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett Küresellik değerleri ile test edilmiş ve KMO değeri 0,85 ve Bartlett Küresellik ki-kare testi sonucu ise ($SS=2278$, $p<0,001$) 10432.19 elde edilmiştir. Hesaplanan değerlere göre, mevcut örneklem ile faktör analizlerinin yapılabileceği belirlenmiştir. Uygulanan AFA sonucunda, varyansın %60,9'unu açıklayan 19 faktörün olduğu belirlenmiştir. Faktör öz değerleri ve yamaç grafiği sonuçları değerlendirildiğinde temel olarak dört faktör olduğu görülmüştür (Grafik 1). Faktör sayısı dörde sabitlenerek faktör analizi yenilenmiştir. Faktör yükü 0,30'un altında kalan, binişik olan ve beklenen yönde olmayan maddeler faktör analizinden dışlanmıştır. Sonuç olarak ilk faktör dokuz, ikinci faktör beş, üçüncü faktör dört ve dördüncü faktör dört maddeden oluşmak üzere; dört faktörlü 22 maddelik nihai faktör yapısı elde edilmiştir. Ayrıca her bir faktör için iki yarı korelasyonu ve Cronbach alfa değerleri hesaplanmıştır (Tablo 1).



Grafik 1. Babasal İşlev Ölçeği paralel analiz yamaç grafiği (scree plot) sonuçları

AFA sonucunda, birinci faktördeki faktör yüklerinin 0,58 ile 0,79 arasında; ikinci faktördekilerin 0,54 ile 0,78 arasında; üçüncü faktördekilerin 0,62 ile 0,2 arasında ve dördüncü faktördekilerin 0,55 ile 0,69 arasında değiştiği gözlenmiştir. Faktörlere ilişkin hesaplanan Cronbach alfa iç tutarlık katsayılarının 0,52 ile 0,87 arasında ve faktörlerde iki yarı korelasyonlarının ise 0,39 ile 0,72 arasında değiştiği belirlenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, açıklanan toplam varyans %49,9 olarak bulunmuştur. Birinci faktör tarafından açıklanan varyans %25,9; ikinci, üçüncü ve dördüncü faktörler tarafından açıklananlar ise, sırasıyla %11,0; %7,4 ve %5,6 olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin faktör yapısını değerlendirmek için DFA yapılmıştır. DFA uygulandığında elde edilen uyum iyiliği değerlerinin χ^2/SS ($576.61/203$)=2,84, $p=0,00$, karşılaştırmalı uyum indeksi =0,95, normlaştırılmamış uyum indeksi =0,94, GFI=91, IFI=0,95, standardize edilmiş kök ortalama kare artık =0,056 ve kök ortalama kare yaklaşım hatası (RMSEA)=0,057 (RMSEA için güven aralığı=0,052-0,063) şeklinde ve genel olarak iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Doğrulayıcı faktör analiz (DFA) sonucu



Şekil 1. Babasal İşlev Ölçeği doğrulayıcı faktör analizi standardize edilmiş faktör yükleri

Şekil 1’de verilmiştir. DFA sonucunda, faktör yük değerlerinin 0,39 ile 0,80 arasında değiştiği ve her bir maddeye ilişkin t değerlerinin ise 6,87 ile 22,11 arasında olduğu belirlenmiştir. Hesaplanan t değerlerine göre tüm faktör yüklerinde 0,01 düzeyinde anlamlılık görülmektedir. DFA sonucunda belirlenen faktör yapısının veri ile uyumlu olduğu, dolayısıyla Babasal İşlev Ölçeğinin faktör yapısının geçerli olduğu ifade edilebilir. Geçerlik güvenirlilik analizlerinin sonucunda alanda kullanılabileceği düşünülen ölçeğin; ilk faktöründe yer alan 9 madde (2-6-9-11-13-16-18-19-22) “ilgi boyutu”, ikinci faktöründe yer alan 5 madde (1-4-10-14-17) “dürtüsellik/baskı boyutu”, üçüncü faktöründe yer alan 4 madde (3-7-12-21) “desteksizlik boyutu”, dördüncü faktöründe yer alan 4 madde (5-8-15-20) “sınırsızlık boyutu” olarak adlandırılmıştır. Her bir faktöre ait ifadeler Tablo 1’de görülmektedir.

Korelasyon analizine göre, ilgi alt boyutu ile sınırsızlık arasındaki ilişki ($r=-0,01$, $p>0,05$) dışındaki tüm ilişkilerin istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olduğu görülmektedir. İstatistiksel açıdan anlamlı düzeyde gözlenen ilişkilerden en yüksek ilişki ilgi alt boyutu ile dürtüsellik/baskı alt boyutu ($r=-0,58$, $p<0,05$) arasında gözlenirken, en düşük istatistiksel açıdan anlamlı ters yönlü ilişki ilgi alt boyutu ile desteksizlik alt boyutu arasında ($r=-0,12$, $p<0,05$) gözlenmiştir (Tablo 2).

Toplam-madde korelasyonları incelendiğinde madde korelasyonlarının ilk faktör için 0,64 ile 0,80, ikinci faktör için 0,66 ile 0,75, üçüncü faktör için 0,66 ile 0,71 ve dördüncü faktör için 0,59 ile 0,67 arasında değiştiği, korelasyonların 0,001 düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Ölçekten elde edilen toplam-madde korelasyonları Tablo 3’te verilmiştir.

Tablo 1. Babasal İşlev Ölçeği açıklayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen faktör yükleri ve iç tutarlık katsayıları (n=596)

Maddeler	F1	F2	F3	F4
M39 Çocuğumla çok ilgiliyim.	0,79			
M22 Çocuğumla çok yakın bir ilişkim vardır.	0,77			
M44 Çocuğuma sık sarılırım ve onu öperim.	0,76			
M28 Çocuğuma ona olan sevgimi gösteririm, bunu hissettiğine eminim.	0,76			
M40 Koyduğum tüm kurallar konusunda açıklama veririm.	0,69			
M55 Ona daha nasıl iyi bir baba olabileceğime dair kafa yorurum.	0,64			
M14 Çocuğumla sık sık oyun oynarım.	0,64			
M54 Çocuğumla arkadaş gibiyiz.	0,63			
M13 Sabırlı biriyim, çocuğumun anlattıklarını sabırla dinlerim.	0,58			
M6 Çocuğuma olumsuz bir davranışı sonrasında, canını acıtmadan dahi olsa, vurduğum olmuştur (ele vurma, şiddetli sarsma veya itme vb).		0,78		
M7 Çocuğum kardeşine veya annesine vurduğunda, başkasına acı vermenin ne demek olduğunu anlaması için, benim de fiziksel olarak onun canını acıttığım olmuştur.		0,76		
M8 Çocuğum bir yere gelmemekte veya bir yerden çıkmamakta diretiyorsa, onu kucağıma alıp zorla götürdüğüm olmuştur		0,65		
M12 Sinirli biriyim, bazen dürtüsel, fevri çıkışlarım olur (durumun gerektirmediği aşırı bağırılmalar veya eylemsel hareketler)		0,55		
M49 Çocuğum bana vurursa ben de ona vururum.		0,54		
M35 Çocuğumla hayatın zorluklarını anlasın diye, bazı maddi zorluklarımızı paylaşırım.			0,72	
M37 Eleştirel olduğum doğrudur, onda gördüğüm olumsuzlukları eleştiri şeklinde ona iletirim.			0,66	
M60 Çocuğuma ona sunduğumuz imkanların karşılığını bize vermesi gerektiğini söylerim.			0,63	
M61 Çocuğum kendi ayakları üzerinde durmalı, o nedenle bazen yaşadığı zor durumlarla kendi baş etsin isterim, talep etse de yardım etmem.			0,62	
M36 Çocuğumu üzmemek için bazen ona sınır koymakta zorlanıyorum.				0,69
M59 Evimizin patronu çocuğumuzdur denebilir.				0,65
M41 Küçükken ne isterse aldım, ona hayır demeyi sevmiyorum.				0,63
M26 Oyun şeklinde olduğu zaman bana vurmasına izin veririm.				0,55
Cronbach α	0,87	0,73	0,61	0,52
İki Yarı Test Kor.	0,72	0,55	0,40	0,39
Özdeğer	5,69	2,42	1,64	1,23
Varyans %	25,9	11	7,4	5,6
Toplam varyans %	25,9	36,9	44,3	49,9

Tablo 2. Babasal işlev ölçeğinin alt faktörleri arasındaki ilişkilerin pearson korelasyon katsayısı ile gösterilmesi

Alt boyutlar	1	2	3
1. İlgı			
2. Dürtüsellik/baskı	-0,58*		
3. Desteksizlik	-0,12*	0,46*	
4. Sınırsızlık	-0,01	0,24*	0,16*

*p<0,05

Toplam-madde korelasyonları incelendiğinde madde korelasyonlarının ilk faktör için 0,64 ile 0,80 arasında; ikinci faktör için 0,66 ile 0,75 arasında; üçüncü faktör için 0,66 ile 0,71 arasında ve dördüncü faktör için 0,59 ile 0,67 arasında değiştiği, korelasyonların 0,001 düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Babasal İşlev Ölçeği alt boyutlarından alınan ortalama puanların üst ve alt %27,0'lik dilimlere göre farklılaşmasına dair t-testi sonuçları Tablo 4'te verilmiştir. Bağımsız örneklem t-testi analiz sonuçlarına göre, tüm faktörlerden elde edilen ortalama puanlar alt ve üst %27,0'lik gruplara göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Babasal İşlev Ölçeği alt boyutlarından alınan ortalama puanlar ile psikolojik iyi oluş ölçeği ve yaşam memnuniyeti ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasındaki ilişkilere Tablo 5'te yer verilmiştir.

Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin kesme puanları, ölçeğin alt boyutlarından elde edilen ortalama ve SS puanlarına göre hesaplanmıştır. Analiz sonuçlarına Tablo 6'da yer verilmiştir.

Babasal İşlev Ölçeği alt boyutlarından alınan minimum maksimum puanlar, ortalama ve SS değerleri ile, ortalama değerine bir SS'nin eklenmesi ile elde edilen üst kesme puanı Tablo 6'da verilmiştir. Bu kesme puanları ölçekten yüksek puan alan üst grubu belirlemektedir. Yani her faktörün kesme puanı kuramsal değerlendirme için üst sınırı oluşturmaktadır.

Tartışma

Babasal İşlev Ölçeği, babanın çocuğun bakımına katılım ve onunla ilgilenme düzeyini ölçmenin ötesinde, dürtüleri karşı koruyucu sınırlar oluşturma işlevini de değerlendiren bütünsel bir ölçek oluşturma ve alandaki bir eksikliği giderme amacıyla geliştirilmiştir. Babasal işlev; ilgi, şefkat, destek, sınır oluşturabilme şeklinde yapılandırıcı işlevler; ayrıca dürtüsel ve baskıcı davranan, çocuğu sözel ve eylemsel olarak örseleyen yapılandırıcı olmayan davranışlar olarak iki temel alanda düşünülmüştür. Buna göre yazılan ifadelerden ilgi, dürtüsellik/baskı, desteksizlik, sınırsızlık olmak üzere dört boyut ve 22 maddeden oluşan geçerli ve güvenilir bir ölçek oluşturulmuştur.

Baba, bebeğin içine doğacağı maddi ve çevresel koşulları, çocuk bakımının nasıl sürdürüleceği ve ailenin korunması yönünde destek mekanizması rolüne sahip olarak çocuğun yaşamını yapılandırmaktadır.¹² Yüz altmış çift ve onların 9 aylık bebekleri ile yapılan bir çalışmada, çocuklarla sadece babaların ilgilendiği bir zaman dilimi ayarlanmış ve 10 gün süre ile bir

grup çocuk babalarının bakım ve ilgisini almıştır. On gün sonra kontrol grubu ile yapılan karşılaştırmada baba ilgisini alan çocukların bilişsel gelişimlerinin kontrol grubuna oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.²⁷ Babanın çocuk büyütülmesine dahil olmasının gelişimleri üzerine etkisini araştıran 22 çalışmadan oluşan bir sistematik tarama çalışmasında ise anne ile ortak çocuk yetiştirilen çocuklarda dışsallaştırılmış davranış problemlerinin daha az, düzenli ve aktif olarak ilgilenilen çocuklarda pozitif davranışların daha fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca babaların aktif etkileşiminin anlamlı oranda erkek çocuklarda daha az davranışsal problem, kız çocuklarda ise daha az psikolojik problemi yordadığı kaydedilmiştir.²⁸ Başlangıçta 12 yaşında olan çocuklarla yapılan iki yıllık boylamsal çalışmada babasal şefkatin sosyal ve akademik başarıları yordadığı görüldükçe; babanın hoşgörülü ve destekleyici tutumunun çocukları zorlukların üstesinden gelmesinde anlamlı katkı sağladığı görülmüştür.²⁹

Çocuktan gelen ağlamak ya da kızmak gibi olumsuz bir hareketten sonra çocuğa küsüp onu yalnız bırakmayan ve net durabilen bir baba, çocukta terk edilme kaygısı yaratmayıp onun duyguları karşısında ezilmediğinde yapılandırıcı babasal işlevlerini yerine getirmektedir. Bununla birlikte babadan gelen koruyucu sınırlar çocuğun saldırgan dürtülerinin sınırsız bir şekilde ifade edilmesinin ve bu dürtülerin çocuk için kaygı uyandırıcı bir hale gelmesinin önüne geçmektedir.¹⁸ Üç yüz yirmi beş Çinli çocukla yapılan çalışmada, babalardan kaynaklanan çok sert ebeveynlik, çocuk saldırganlığı üzerinde daha güçlü bir etkiye sahip olduğu görüldü.³⁰ Cussen ve ark.'nın³¹ dikkat eksikliği ve hiperaktivite (DEHB) tanısı almış 202 çocuk ve aileleri ile yaptıkları araştırmada, DEHB tanılı çocukların ebeveynlerin ebeveynlik tarzlarının kontrol grubundaki ailelere göre daha tutarsız disiplin ve yetersiz gözetimi içerdiği görülmüştür. Türkiye'de yapılan 169 kişilik örnekleme ise DEHB semptomları gösteren çocukların ailelerinin anlamlı olarak daha eşitlikçi tutum gösterdikleri görülmüştür.³²

Bu nedenle çalışmadaki ölçek; ilgi ve destek boyutlarını dahil ederek çocuğa sınır getiren yapılandırıcı nitelikte babasal işlev ile baskıcı (ceza, tehdit vb) veya dürtüsel (fiziksel eylem vb) yaklaşımlı disiplin yöntemlerinin kullanıldığı ve destek sağlamayan, yapılandırıcı olmayan nitelikte babasal işlev olmak üzere işlevsellik göz önünde bulundurularak geliştirilmiştir.^{17,33} Yapılan analizler sonrası ortaya çıkan faktör yapılanması yukarıda bahsedildiği şekilde ilgi, destek, sınır koyma, baskı kurma temaları altında toplanmıştır.

Ölçeğin güvenilirliğini test etmek için, ilk olarak iç tutarlılık analizleri yapılmıştır. Alt faktörlerin iç tutarlılık katsayılarının

Tablo 3. Babasal İşlev Ölçeği toplam-madde korelasyonları

	İlgi toplam	Dürtüsellik/ baskı toplam	Desteksizlik toplam	Sınırsızlık toplam
M13 Sabırlı biriyim, çocuğumun anlattıklarını sabırla dinlerim.	0,657**			
M14 Çocuğumla sık sık oyun oynarım.	0,642**			
M22 Çocuğumla çok yakın bir ilişkim vardır.	0,769**			
M28 Çocuğuma ona olan sevgimi gösteririm, bunu hissettiğine eminim.	0,760**			
M39 Çocuğumla çok ilgiliyim.	0,796**			
M40 Koyduğum tüm kurallar konusunda açıklama veririm.	0,702**			
M44 Çocuğuma sık sarılırım ve onu öperim.	0,755**			
M54 Çocuğumla arkadaş gibiyiz.	0,673**			
M55 Ona daha nasıl iyi bir baba olabileceğime dair kafa yorarım.	0,663**			
M6 Çocuğuma olumsuz bir davranışı sonrasında, canını acıtmadan dahi olsa, vurduğum olmuştur (ele vurma, şiddetli sarsma veya itme vb).		0,751**		
M7 Çocuğum kardeşine veya annesine vurduğunda, başkasına acı vermenin ne demek olduğunu anlaması için, benim de fiziksel olarak onun canını acıttığım olmuştur.		0,714**		
M8 Çocuğum bir yere gelmemekte veya bir yerden çıkmamakta diretiyorsa, onu kucağıma alıp zorla götürdüğüm olmuştur		0,684**		
M12 Sınırlı biriyim, bazen dürtüsel, fevri çıkışlarım olur (durumun gerektirmediği aşırı bağırmlar veya eylemsel hareketler)		0,698**		
M49 Çocuğum bana vurursa ben de ona vururum.		0,657**		
M35 Çocuğumla hayatın zorluklarını anlasın diye, bazı maddi zorluklarımızı paylaşıyorum.			0,680**	
M37 Eleştirel olduğum doğrudur, onda gördüğüm olumsuzlukları eleştiri şeklinde ona iletirim.			0,657**	
M60 Çocuğuma ona sunduğumuz imkanların karşılığını bize vermesi gerektiğini söylerim.			0,715**	
M61 Çocuğum kendi ayakları üzerinde durmalı, o nedenle bazen yaşadığı zor durumlarla kendi baş etsin isterim, talep etse de yardım etmem.			0,661**	
M26 Oyun şeklinde olduğu zaman bana vurmasına izin veririm.				0,646**
M41 Küçükken ne isterse aldım, ona hayır demeyi sevmiyorum.				0,659**
M36 Çocuğumu üzmemek için bazen ona sınır koymakta zorlanıyorum.				0,675**
M59 Evimizin patronu çocuğumuzdur denebilir.				0,592**

**p<0,01

en küçüğünün 0,52, en büyüğünün 0,87 olduğu gözlenmiştir; bu rakamlar $0,40 \leq \alpha < 0,60$ arasında ise "güvenilir" $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise "oldukça güvenilir" $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise "yüksek derecede güvenilir" anlamına geldiği için,³⁴ ölçeğin oldukça güvenilir olduğu söylenebilir. Ölçeğin madde analizleri için, madde yükleri incelendiğinde AFAda en küçük 0,54 ve en büyük 0,79 değerinin olduğu görülmektedir. Büyüköztürk'e²⁵ göre faktör yükü,

maddenin bağlı bulunduğu faktörü ne derece açıklayabildiğini gösterir ve 0,60 ve üstü değerler yüksek olarak değerlendirilir. Buna göre, geliştirilen ölçekteki maddeler buldukları faktörleri yüksek düzeyde açıklayabilmektedir. Ardından toplam madde korelasyonu incelenmiştir. Bu her ölçekteki her bir maddenin kendi alt faktöründeki maddelerin toplamları ile arasındaki korelasyona verilen isimdir, bu değer 0,30'un üzerinde

Tablo 4. Ölçek alt faktörlerinden alınan ortalama puanların alt ve üst %27'lik gruplara göre farklılaşmasının bağımsız örneklem t-testi ile incelenmesi

	Gruplar	N	\bar{X}	SS	t	Sd	p
İlgi	Alt %27	152	3,36	0,85	-14,37	302	0,000
	Üst %27	152	4,47	0,42			
Dürtüsellik/baskı	Alt %27	152	1,54	0,57	-3,07	302	0,002
	Üst %27	152	1,74	0,58			
Desteksizlik	Alt %27	152	2,20	0,76	-11,60	302	0,000
	Üst %27	152	3,20	0,75			
Sınırsızlık	Alt %27	152	1,87	0,59	-11,74	302	0,000
	Üst %27	152	2,79	0,77			

SS: Standart sapma

Tablo 5. Babasal İşlev Ölçeği ile psikolojik iyi oluş ölçeği ve yaşam memnuniyeti ölçeği arasındaki ilişkilerin Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmesi

	Psikolojik İyi Oluş Ölçeği	Yaşam Memnuniyeti Ölçeği
İlgi	0,38**	0,25**
Dürtüsellik/baskı	-0,32**	-0,25**
Desteksizlik	-0,11**	-0,16**
Sınırsızlık	-0,06	-0,15**

**p<0,01

Tablo 6. Babasal İşlev Ölçeği kesme puanları

	Min	Maks	Ort.	SS	Ort. + 1 SS
İlgi	1	5	4.0	0.78	4.81
Dürtüsellik/baskı	1	5	1.6	0.59	2.18
Desteksizlik	1	5	2.6	0.87	3.47
Sınırsızlık	1	5	2.2	0.76	2.98

Min: Minimum, Maks: Maksimum, Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma,

ise maddelerin diğer maddelerle uyum halinde olduğunu gösterir.²⁵ Ölçeğin toplam-madde korelasyonları incelendiğinde, korelasyon değerleri her maddenin bağlı bulunduğu faktörle ilişkisinin oldukça iyi olduğunu göstermektedir.

Ölçüm aracı geliştirirken güvenilirliğin göstergelerinden birisi de ölçülmesi istenen özelliğe sahip olan grup ile bu özelliğe sahip olmayan grup arasında anlamlı bir fark bulabilmesidir.³⁵ Ölçüm aracının bu özelliğe sahip olup olmadığını anlayabilmek adına her alt boyut için %27,0'lik alt grup ve %27,0'lik üst gruplar oluşturulmuştur. Alt ve üst grubun puan ortalamaları bağımsız grup t-test aracılığıyla karşılaştırılmıştır. Testin sonucunda alt boyutlarda ve ölçeğin bütününde üst lehine olacak şekilde istatistiksel olarak anlamlı bir ayrışma gözlemlendiğinden ölçeğin ayırt ediciliğinin olduğuna kanaat getirilmiştir. Çalışma boyunca yürütülen analizlerden elde edilen sonuç, geliştirilen ölçeğin yüksek geçerlik ve güvenilirlik değerlerine sahip olduğu (p<0,01) ve klinik çalışmalarda uygulanabileceğidir.

Ölçeğe kapsam ve yapı geçerliğinin ardından yapılan bir ölçüt geçerlik analizinde, geliştirilen ölçeğin psikolojik iyi oluş ve

yaşam memnuniyeti değişkenleri ile ilişkileri incelenmiş, ölçeğin alt faktörleriyle söz konusu değişkenlerin anlamlı ilişkiler gösterdiği tespit edilmiştir. Ölçüt geçerliliğinde amaç, geliştirilmekte olan ölçeğin, geçerli farklı bir ölçek ile karşılaştırılması ve aralarında anlamlı ilişkinin bulunmasıdır.³⁶ Buna göre ilgi boyutu ile; psikolojik iyi oluş (r=0,38; p<0,01) ve yaşam memnuniyeti (r=0,25; p<0,01) arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Dürtüsellik/baskı boyutu ile; psikolojik iyi oluş (r=-0,32; p<0,01) ve yaşam memnuniyeti (r=-0,25; p<0,01) arasında ters yönlü anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Desteksizlik boyutu ile; psikolojik iyi oluş (r=-0,11; p<0,01) ve yaşam memnuniyeti (r=-0,16; p<0,01) arasında ters yönlü anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Sınırsızlık boyutu ile; yaşam memnuniyeti (r=-0,15; p<0,01) arasında ters yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır. Ölçekte olumsuz ifadeler ile yer alan dürtüsellik/baskı, desteksizlik ve sınırsızlık boyutlarının geçerli bir ölçek olan psikolojik iyi oluş ve yaşam memnuniyeti ölçekleri ile istatistiksel olarak anlamlı ve ters yönlü ilişkisinin olması ölçüt geçerliğinin sağlandığını göstermektedir. Benzer

şekilde ilgi boyutu olumlu ifadeler ile yer aldığı pozitif yönlü ve istatistiksel anlamlı ilişkiler ölçüt geçerliğinin sağlandığını göstermektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Babalığın ilgi ve yapılandırıcı işlev dışında başka işlevleri de olmasına rağmen açılımlı faktör analizinde bu dört alt işlev öne çıkmıştır ve işlevsellik ölçümü bunlarla sınırlı kalmıştır. Babalarla birebir görüşme yapılmamış olması, babalarda ruhsal bozukluğun olup olmadığının bilinmemesi çalışmanın sınırlılıklarıdır.

Çocuk yetiştirme tutum ölçeği, babalık rolü algı ölçeği gibi ölçekler ile artımlı (incremental) geçerlik analizleri yapılamamış olması çalışmanın sınırlılıkları arasındadır.

Sonuç

Sonuç olarak geliştirilen ölçeğin istatistiksel anlamda geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Teorik açıdan ise geliştirilen ölçüm aracı, yapılandırıcı niteliği açısından babasal işlevleri ortaya koyabilmektedir. Bu bağlamda önemli bir ihtiyacı karşılayacağı düşünülmektedir. Babasal İşlev Ölçeği kendi kültürümüze göre hazırlanmış özgün bir ölçüm aracıdır.

Ölçeğin kısa olması uygulama kolaylığı sağlayabilecektir. İleri analizlerde babalığın başka işlevsel boyutlarını da kapsayan bir çalışma ile kapsamın genişletilmesi önerilmektedir.

Etik

Etik Kurul Onayı: İstanbul Rumeli Üniversitesi'nin 53938333-050.06-E.834 sayılı etik kurul izni ile araştırmaya başlanmıştır (tarih: 27.05.2020).

Hasta Onayı: Hasta onamı alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: E.E., Dizayn: E.E., N.Z., Veri Toplama veya İşleme: E.E., Analiz veya Yorumlama: E.E., N.Z., Literatür Arama: E.E., N.Z., Yazan: E.E., N.Z.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

- Kocayörük, E. Father Involvement and Family Functioning in Adolescent Development. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2010;4:37-45.
- Sümer N, Gündoğdu E, Helvacı E. Anne-Baba Tutum ve Davranışlarının Psikolojik Etkileri: Türkiye'de Yapılan Çalışmalara Toplu Bakış. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2010;13:42-59.
- Güngörmüş Özkardeş O. Baba Olmak. Remzi Kitabevi, İstanbul. 2010.
- Özkardeş OG, Arkonaç S. İki farklı eğitim düzeyinde baba olma algısı. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 1998;10:253-263.
- Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Dev*. 1991;62:1049-1065.
- Yılmaz, A. Anne-baba tutum ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 2000;7:160-172.
- Le Compte G, Le Compte A, Özer S. Üç sosyoekonomik düzeyde Ankaralı annelerin çocuk yetiştirme tutumları: Bir ölçek uyarlaması. *Psikoloji dergisi*. 1978;1:5-9.
- Kuzgun Y. Ana-baba tutumlarının bireyin kendini gerçekleştirme düzeyine etkisi. Master's thesis. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. 1972.
- Kuzucu Y. Babalarıyla çatışma düzeyi yüksek ve düşük olan ergenlerin ve babalarının babalık rolüne ilişkin algılarının karşılaştırılması. Master's thesis. Ankara University, Institute of Social Science, Ankara. 1999.
- Uzun H. Babalık ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2020;20:551-568.
- Sımsıkı H, Şendil G. Baba katılım ölçeğinin (BAKÖ) geliştirilmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2014;13:104-123.
- Lamb ME, Tamis-Lemonda CS. The role of father: An introduction. In: ME Lamb ed., *The role of the father in child development*. New Jersey: John Wiley & Sons. 2004:1-31.
- Parman T. Bir ergenlik sorunsalı olarak otoriteden otoriterliğe. In: *Hangi otorite*. Funda Akkapulu Aydın, ed., İstanbul: Bağlam Yayıncılık. 2019.
- Allen SM, Daly KJ. The effects of father involvement: An updated research summary of the evidence. *Centre for Families, Work & Well-Being, University of Guelph*. 2007.
- Tezel Şahin, F. Çocuğun gelişimi ve eğitiminde babanın rolü. In: *Erken çocuklukta gelişim ve eğitimde yeni yaklaşımlar*. Sevinç M. ed. İstanbul: Morpa Kültür Yayınları. 2003.
- Boyce WT, Essex MJ, Alkon A, Goldsmith HH, Kraemer HC, Kupfer DJ. Early father involvement moderates biobehavioral susceptibility to mental health problems in middle childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45:1510-1520.
- Penot B. Babalık işlevi ve erkeklik. *Psikanaliz Buluşmaları*. 2001;11:59-69.
- Gülenay NS. Davranım bozukluğu belirtileri gösteren çocuklarda annenin kapsayıcı işlevi ve babasal işlevlerin değerlendirilmesi. Master's thesis, Maltepe University Institute of Social Sciences. 2019.
- Diener E, Wirtz D, Biswas-Diener R, Tov W, Kim-Prieto C, Choi DW, Oishi S. New measures of well-being. In: *Assessing well-being*. Springer, Dordrecht. 2009:247-266.
- Telef BB. The Adaptation of Psychological Well-Being into Turkish: A Validity and Reliability Study. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2013;28:374-384.
- Lavallee LF, Hatch PM, Michalos AC, Mckinley T. Development of the contentment with life assessment scale (CLAS): Using daily life experiences to verify levels of self-reported life satisfaction. *Soc Indic Res*. 2007;83:201-244.
- Akın A, Yalnız A. Yaşam Memnuniyeti Ölçeği (YMÖ) Türkçe Formu: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Electronic Journal of Social Sciences*, 2015:14(54).
- Barber BK, Stolz HE, Olsen JA. Parental support, psychological control, and behavioral control: assessing relevance across time, culture, and method. *Monogr Soc Res Child Dev*. 2005;70:1-137.

24. Baumrind D, Larzelere RE, Owens EB. Effects of Preschool Parents' Power Assertive Patterns and Practices on Adolescent Development. *Parent Sci Pract.* 2010;10:157-201.
25. Büyüköztürk, Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Ankara: Pegem Yayıncılık. 2005.
26. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics* 6th ed). USA: Pearson Education Limited. 2013.
27. Ninio A, Rinott N. Fathers' involvement in the care of their infants and their attributions of cognitive competence to infants. *Child Dev.* 1988;59:652-663.
28. Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatr.* 2008;97:153-158.
29. Chen X, Liu M, Li D. Parental warmth, control, and indulgence and their relations to adjustment in Chinese children: a longitudinal study. *J Fam Psychol.* 2000;14:401-419.
30. Chang L, Schwartz D, Dodge KA, McBride-Chang C. Harsh parenting in relation to child emotion regulation and aggression. *J Fam Psychol.* 2003;17:598-606.
31. Cussen A, Sciberras E, Ukoumunne OC, Efron D. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. *European journal of pediatrics.* 2012;171:271-280.
32. Erol E, Buran Köse Ö, Koçöz D, Ertürk C. Aile Tarzı ve Ebeveyn Tutumlarının Çeşitli Çocuk Sorunları ile İlişkisi. *Eurasian Education & Literature Journal.* 2018;8:19-36.
33. Köşkdere AA. Kaygı yaratan ve gideren baba. *Psikanaliz Yazıları.* 2018;37:13-27.
34. Kayış, A. (2005). In: Güvenirlilik Analizi. Kalaycı Ş, ed. *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri.* Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
35. Can A. *SPSS ile bilimsel araştırma sürecinde nicel veri analizi.* Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık. 2016.
36. Köse İA. Ölçmede geçerlik. In: N. Çıkrıkçı-Demirtaşlı, eds. *Eğitimde ölçme ve değerlendirme.* Ankara: Edge Akademi. 2014:29-64.



How Does the Parental Test Anxiety Affect the Test Anxiety of the Student: A Cross-Sectional Study in Secondary Schools in Turkey

Ebeveynin Sınav Kaygısı Öğrencinin Sınav Kaygısını Nasıl Etkiler: Türkiye'deki Ortaokullarda Kesitsel Bir Çalışma

Ahmet Büber, Ömer Başay

Pamukkale University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Denizli, Turkey

ABSTRACT

Objectives: In this study, we investigated the test anxiety among secondary school students and the effect of parental test anxiety on children's test anxiety in the two central districts of Denizli, a medium-sized city in Turkey.

Materials and Methods: The study sample was selected randomly from the secondary schools in the province. Students responded to the Test Anxiety Scale for Children and Adolescents (TASCA). Parents responded to the socio-demographic data form and the Exam Anxiety Scale for Parents (EASP). Research forms were filled online between 20.09.2021 and 01.10.2021. Six hundred fifty-eight students and parents were included in the study.

Results: Girls had higher TASCA scores than boys. According to the logistic regression analysis, the increase in EASP scores had an increasing effect on the total score of TASCA; the increase in the student's academic success significantly affected the total score of TASCA. The increase in the TASCA-social sub-dimension score had an increasing effect on the EASP total score. We also found that the increase in the father's educational level had a lowering effect on the EASP total score.

Conclusion: Early recognition of risky groups in terms of the emergence of test anxiety may be beneficial to protecting these individuals. Additionally, interventions with parents with high parental test anxiety could also prevent test anxiety in children.

Keywords: Test anxiety, secondary school, parental test anxiety

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, Türkiye'nin orta büyüklükteki bir ili olan Denizli'nin merkez iki ilçesinde ortaokul öğrencilerinin sınav kaygısını ve ebeveynlerinin sınav kaygısının, çocukların sınav kaygısı üzerindeki etkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini il merkezindeki ortaokullardan rastgele seçilmiştir. Öğrenciler, Çocuk ve Ergenler İçin Sınav Kaygısı Ölçeği'ne (ÇESKÖ) yanıt vermiştir. Ebeveynler, sosyo-demografik veri formuna ve Ebeveyn Sınav Kaygısı Ölçeği'ne (ESKÖ) yanıt vermiştir. Araştırma formları 20.09.2021 ve 01.10.2021 tarihleri arasında online olarak doldurulmuştur. Çalışmaya 658 öğrenci ve ebeveyn dahil edilmiştir.

Bulgular: Kızların erkeklerden daha yüksek ÇESKÖ puanları olduğu bulunmuştur. Lojistik regresyon analizine göre, ESKÖ puanlarındaki artışın ÇESKÖ toplam puanını artırıcı etkisi olmuş; öğrencinin akademik başarısındaki artışın ÇESKÖ toplam puanını önemli ölçüde düşürücü etkisi olmuştur. Ayrıca baba eğitim düzeyindeki artışın ESKÖ toplam puanını düşürücü, ÇESKÖ-sosyal alt boyut puanındaki artışın ise ESKÖ toplam puanını anlamlı derecede artırıcı yönde etkilediği bulunmuştur.

Sonuç: Sınav kaygısının ortaya çıkması açısından riskli grupların erken fark edilmesi bu bireylerin korunmasında faydalı olabilir. Ayrıca ebeveyn sınav kaygısı yüksek olan ebeveynlere yapılacak müdahaleler de çocuklarda sınav kaygısının ortaya çıkmasını engelleyebilir.

Anahtar Kelimeler: Sınav kaygısı, ortaokul, ebeveyn sınav kaygısı

Introduction

Test anxiety could significantly affect the exam performance of some students and could be seen in students of all grades. Test anxiety can be defined as experiencing fear and anxiety

about the test and test performance before, during, or after the test. Physical symptoms often accompany this condition.¹ Test anxiety may negatively affect students' test performance.²⁻⁴ Also, the possibility of the emergence of different psychiatric disorders (e.g., anxiety disorder, eating disorder, depression,

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Ahmet Büber, Pamukkale University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Denizli, Turkey

Phone: +90 533 433 57 00 E-mail: ahmetbuber@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0001-6293-2565

Received/Geliş Tarihi: 05.04.2022 Accepted/Kabul Tarihi: 18.09.2022

©Copyright 2023 by the Turkish Association for child and Adolescent Psychiatry / Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health. published by Galenos Publishing House.



and sleep disturbance) in students with test anxiety further increases the interest in this subject.^{5,6}

There are different results in studies on the prevalence of test anxiety. It has been reported that the prevalence of test anxiety in England is between 2% and 30%.⁷ In a recent multicenter study conducted in India, the rate of students with higher test anxiety was 18%.⁸ Many studies have reported higher test anxiety in girls than boys.^{7,9,10}

Parents and the family may play a role in the child's anxiety. Parental acceptance, control, and modeling may be associated with anxiety symptoms in children.¹¹ A recent study underlined that parental anxiety control might be necessary, especially in the development of anxiety in the child.¹² Parental anxiety might be a risk factor for the child's anxiety disorder.¹³ Baytemir¹⁴ stated that the parent's anxiety about the test might cause the child to experience test anxiety.

The first significant test that students attend in Turkey is the test that determines at which high school they will continue their education. They take this test at the end of secondary school. The number of students who took this exam in 2022 was around one million.¹⁵ According to their performance in this test, students continue their education in some qualified high schools. The rate of students placed in those schools in 2022 was approximately 19% of the students who took the exam.¹⁵ For this reason, with the transition of some students to secondary school age, they begin experiencing regular exams. The high school entrance exam, which is applied in Turkey at the end of secondary school, differs from America and Europe. For example, there is no exam for transition to secondary education in the USA. Students can attend any school they want.¹⁶ Germany has no central examination during the transition from secondary to high school. Students take the secondary school leaving exam.¹⁷ Similarly, in Italy, an exam that determines diploma qualifications is taken from secondary school to high school.¹⁸

Considering this information, our hypotheses regarding our research are as follows. Since students take the high school entrance exam at the end of the secondary school term, it may be thought that the rate of secondary school students with higher test anxiety scores might be high. Secondly, it can be expected that the test anxiety scores of female students are higher than that of male students. Finally, it has been estimated that factors such as the parent's test anxiety score, educational status, and some variables related to the child (the child's school success, adjustment, family and friend relations) could be factors that may affect the child's test anxiety scores.

In this study, we aimed to investigate the test anxiety of the sixth-eighth-grade students and their parents and investigate the factors affecting the child's test anxiety scores in the two central districts of Denizli, a medium-sized city in Turkey.

Materials and Methods

Our study was a descriptive cross-sectional study. The study sample was selected from the sixth, seventh, and eighth-

grade students at secondary schools in two central districts in the province. The sample calculation was made with a known sample formula. There are 27,451 students and 114 secondary schools in the universe. The incidence of test anxiety was accepted as 48%.¹⁹ The deviation margin for determining the number of students was $d=0.05$ and $d=0.3$ for the number of schools for calculating the sample. We found that at least 378 students from 10 schools had to be included in the study. Ten secondary schools were determined randomly from the central districts. There were 44 public secondary schools, four private secondary schools in the Pamukkale district and 39 public secondary schools, and 27 private secondary schools in the Merkezefendi district. We randomly selected 4 of these schools in the Pamukkale district and 6 in the Merkezefendi district. The total number of students in the selected schools was 4,560. We planned to reach all these students and families online and conduct the study with those who accepted to participate. The study was conducted after the ethics committee permission, dated 22.06.2021 and number 12, obtained from the Faculty of Medicine of Pamukkale University, and written permission from the Denizli Provincial Directorate of National Education.

Procedure

Research forms were filled online between 20.09.2021 and 01.10.2021. Before the survey, brief information about the research was given. Those who agreed to participate in the study were directed to complete the survey. After the parents filled out the socio-demographic data form and the Exam Anxiety Scale for Parents (EASP), students filled out the Test Anxiety Scale for Children and Adolescents (TASCA). The number of people who read the information about the study was 1,029, the number of people who agreed to participate in the study was 957, and the number of people who completed the questionnaires was 682. Since the study was planned to be conducted in the sixth, seventh, and eighth grades, 24 students who did not attend these grades were excluded; therefore, so 658 students were included.

Data Collection Tools

Socio-demographic data form: Researchers created the form, which consisted of 15 questions. It questioned children's gender, age, grade, academic success, the adjustment in the home, parental relations, friend relations and health status, family structure, parental education status, and family income.

TASCA: Tan developed the scale. It is a 30-item, 3-point Likert-type scale (1= No/Never, 2= Sometimes, 3= Yes/Always). There is no reverse item on the scale, and the lowest 30 and the highest 90 points can be obtained. The scale has "Biological", "Psychological", and "Social" sub-dimensions. Validity and reliability were tested for students aged 10-18. The Cronbach's alpha coefficient of the scale was 0.91 for the total, 0.83 for the biological sub-dimension, 0.85 for the psychological sub-dimension, and 0.83 for the social sub-dimension.²⁰ Cronbach's alpha coefficient of the scale was 0.927 in the current study.

EASP: Baytemir and Ilhan²¹ developed this scale to measure parental exam anxiety. The scale consists of 18 items and

a 5-point Likert type (strongly disagree, moderately agree, strongly agree, 1-5). The scale has "Worry" and "Physiological" sub-dimensions. The validity and reliability of the scale were tested. The Cronbach's alpha coefficient of the scale was 0.93 for the total scores, 0.88 for the worry sub-dimension, and 0.91 for the physiological sub-dimension.²¹ Cronbach's alpha coefficient of the scale was 0.927 in the current study.

Statistical Analysis

The data were analyzed with the SPSS 25.0 package program. Continuous variables were given as mean \pm standard deviation and categorical variables as numbers and percentages. Significance test of difference between two means and One-Way Analysis of Variance compared independent group differences when parametric test assumptions were provided: When parametric test assumptions were not met, the Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis Analysis of Variance were used to compare independent group differences. Pearson correlation for normally distributed parametric variables and Spearman correlation analysis for non-normally distributed and non-parametric variables were used to evaluate the relationship between the variables. Logistic regression analysis was applied to examine the factors influencing the TASCAs and EASPs scores. The statistical significance level was accepted as $p < 0.05$ for all values.

Results

Questionnaires filled by 76.4% (n=503) mother, 13.4% father (n=88), 9.6% (n=63) mother and father together, 0.6% (n=4) another caregiver. Six hundred fifty-eight students were included in the study.

Participant's 36.22% (n=238) were in the sixth grade, 31.6% (n=208) were in the seventh grade, and 32.2% (n=212) were in the eighth grade. 50.3% of the children (n=331) were girls and 49.7% (n=327) were boys. The mean age of the children was 12.07 ± 0.87 (10-15 years). Other sociodemographic information about the children participating in the study are shown in Table 1.

The mean score of the TASCAs was 52.21 ± 12.29 . The mean score for the biological sub-dimension of the scale was 14.42 ± 4.21 , the mean score for the psychological sub-dimension was 18.49 ± 4.68 , and the mean score for the social sub-dimension was 19.29 ± 5.13 . The distribution of the scale according to the total scores was as follows: 1.1% (n=7) participants with 0-30 points, 73.9% (n=486) participants with 31-60 points, and 25.1% (n=165) participants with 61 points and above.

The mean total score of the EASPs was 42.02 ± 14.37 points. The worry sub-dimension of the scale was 26.88 ± 8.80 , and the physiological sub-dimension was 15.15 ± 6.99 .

Comparisons of the TASCAs and EASPs scores of the participants in terms of gender, family structure, and chronic and psychiatric disorders are shown in Table 2. There were statistical differences in terms of gender and family structure.

Correlations between the TASCAs and EASPs scores and variables such as the child's age, mother's education level, father's education level, family income and child's academic success, home adjustment, parental relationship, and friend relationship are shown in Table 3. The correlation between the total score of TASCAs and the total score for EASPs was statistically significant.

The logistic regression analysis examined the factors that affected the TASCAs and EASPs scores. We found that the increase in EASP-worry sub-dimension and EASP-physiological sub-dimension scores had a significantly increasing effect on the total score of TASCAs, and an increase in the student's academic success had a significant lowering effect on the total score of TASCAs (Table 4). We found that the increase in the father's education level had a significant lowering effect on the EASP total score, and an increase in the TASCAs-social sub-dimension score had a significantly increasing effect on the EASP total score (Table 5).

Discussion

In this study, we investigated the test anxiety of secondary school students and their parents in Denizli, Turkey. According to the results, 25.1% of all students had higher TASCAs scores; girls had higher total, psychological, and biological TASCAs scores than boys. We also found that the increase in EASP scores had an increasing effect on the total score of TASCAs, the increase in the student's academic success had a significant lowering effect on the total score of TASCAs, and increase in the educational level of the father had a lowering effect on the total score of EASPs. The increase in the TASCAs-social sub-dimension score significantly affected the EASP total score in the logistic regression analysis.

Test anxiety is common in school-age children and young people and could be at different prevalence rates.²² The prevalence of test anxiety in secondary school children was examined in England: 16.4% of the students had higher levels of test anxiety.⁷ Although there were many studies on test anxiety among secondary school students in Turkey, there was a limited study on the prevalence of test anxiety. The prevalence of test anxiety was 48% among students who will take the university entrance test in Turkey.¹⁹ In another study conducted with students who will take the university entrance test, the prevalence of students with higher levels of test anxiety was 42%.²³ The data in our study were lower than the high school age in Turkey. Reasons such as children could better evaluate themselves as their age increases and their expectation increases¹ could explain the result of our research. In our study, approximately 1 of 4 students had higher anxiety scores, slightly higher abroad. In the Turkish education system, students who want to continue their education in qualified high schools must be successful in the high-school entrance exam. As students start secondary school, this exam begins taking place in their lives. This may explain why the proportion of students with higher test anxiety scores is high abroad in secondary school-age children. The TASCAs scores were higher in girls than in boys in our study. Putwain found that girls had higher test anxiety scores than

Table 1. Socio-demographic characteristics of the participants

	n	%
Family structure		
Nuclear family	542	82.4
Extended family	31	4.7
Divorced/lived separate	70	10.6
One or both parents passed away	15	2.3
Mother education level		
Uneducated	4	0.6
Less than secondary school	268	40.7
High school	222	33.7
University	146	22.2
Postgraduate	18	2.7
Father education level		
Uneducated	1	0.2
Less than secondary school	279	42.4
High school	206	31.3
University	154	23.4
Postgraduate	18	2.7
Family income		
Low	102	15.5
Mid-low	329	50.0
Mid-high	170	25.8
High	57	8.7
Child's chronic illness		
No	593	90.3
Yes	65	9.7
Child's psychiatric illness		
No	626	95.1
Yes	32	4.9
Child's academic success		
Low	13	2.0
Average	149	22.6
Good	334	50.8
Excellent	162	24.6
Child's adjustment at home		
Poor	7	1.1
Average	95	14.4
Good	320	48.6
Excellent	236	35.9
Child's parent relations		
Poor	8	1.2
Average	68	10.3
Good	283	43.0
Excellent	299	45.4
Child's friend relations		
Poor	6	0.9
Average	75	11.4
Good	307	46.7
Excellent	270	41.0

boys in his study.²⁴ In a 2018 meta-analysis, in which thirty years of data were reviewed, it was found that test anxiety in girls was higher than in boys at almost every grade.²⁵ In a study investigating test anxiety in seventh and eighth-grade students in Turkey, test anxiety scores were higher in girls than boys.²⁶ In another study conducted with eighth-grade students in Turkey, the test anxiety scores of girls were higher than boys.²⁷ A reason for this situation may be that girls can express their anxiety easier than boys.¹ Another possible explanation is that

the academic motivation of male students is lower in Turkey.^{28,29} The low motivation of male students may cause them to care less about exam-related situations, and therefore, their anxiety levels may be lower than that of female students.

TASCA total score positively correlated with the EASP total score and the child's age and negatively correlated with the father's educational status, child's academic success, home adjustment, and family and friend relations. As the age of the child increases, the grade will also increase. Students from the sixth to eighth

Table 2. Test Anxiety Scale for Children and Adolescents and Exam Anxiety Scale for Parents scores of the participants

	TASCA psychological	TASCA biological	TASCA social	TASCA total	EASP worry	EASP physiological	EASP total
Gender							
Female	19.3±4.7	15.4±4.6	19.6±5.1	54.4±12.7	26.9±9.0	14.8±6.6	41.7±14.2
Male	17.6±4.5	13.4±3.5	18.9±5.2	50.0±11.5	26.7±8.6	15.5±7.3	42.3±14.5
p	0.000*	0.000*	0.099	0.000*	0.775	0.283	0.688
Family structure							
Nuclear family	18.3±4.5	14.3±4.2	19.2±5.1	51.8±12.1	26.5±8.8	14.8±6.8	41.3±14.2
Extended	18.8±5.3	14.7±4.2	20.0±5.8	53.6±13.8	29.8±9.4	16.9±8.6	46.7±15.6
Divorced/lived separate	19.3±5.1	14.9±4.0	19.1±5.4	53.3±12.8	28.2±8.6	16.4±7.0	44.6±14.3
One or both parents passed away	21.7±6.0	16.5±5.0	20.6±4.9	58.8±14.3	28.7±9.4	16.4±8.7	45.1±17.3
p	0.014* ¹	0.082	0.616	0.115	0.085	0.271	0.041* ²
Child's psychiatric illness							
Yes	19.5±5.0	16.1±5.4	19.7±4.9	55.3±13.2	27.9±9.0	16.2±8.3	44.1±15.7
No	18.4±4.7	14.3±4.1	19.3±5.1	52.1±12.2	26.8±8.8	15.1±6.9	41.9±14.3
p	0.227	0.084	0.652	0.109	0.472	0.756	0.375
Child's chronic illness							
Yes	18.9±4.9	15.0±4.3	19.6±5.2	53.5±12.5	28.7±8.4	16.1±7.2	44.8±14.2
No	18.5±4.7	14.4±4.2	19.3±5.1	52.1±12.3	26.7±8.8	15.1±6.9	41.7±14.4
p	0.461	0.132	0.656	0.376	0.078	0.172	0.079

¹There was a significant difference between the "Nuclear family" and "One or both parents passed away"

²There was a significant difference between "Nuclear family" and "Extended family"

TASCA Psychological: Test Anxiety Scale for Children and Adolescents Psychological sub-dimension, TASCA Biological: Test Anxiety Scale for Children and Adolescents Biological sub-dimension, TASCA Social: Test Anxiety Scale for Children and Adolescents Biological sub-dimension, EASP Worry: Exam Anxiety Scale for Parents Worry sub-dimension, EASP Physiological: Exam Anxiety Scale for Parent Physiological sub-dimension

grade participated in our research. In Turkey, the exam was taken at the end of the eighth grade. Since the students closest to taking the exam are the eighth-grade students, it may be expected to be a correlation between the test anxiety scores and the child's age. The father's education level and the child's test anxiety scores were negatively related. In other words, the decrease in the father's educational status was associated with the increase in the child's anxiety scores. Deb et al.³⁰ found that fathers with low education levels can pressure their children to perform better academically in high school. The child must show a higher level of success to continue education in a qualified high school in Turkey's high school entrance exam. This situation may cause the father with a lower education level to pressure the child about the exam and increase the child's anxiety scores. There was also a negative correlation between friend relations and test anxiety. The test anxiety scores of those with more problematic friend relations were increased. In their study, Shanahan et al.³¹ found that friendship difficulties were associated with anxiety disorders. When adolescents face a stressful situation, the support of their peers could be beneficial in coping.³² Students with problematic peer relations may not receive adequate support from their peers and may be experiencing increased anxiety about the exam. A negative correlation was found between family relations, home adjustment, and test anxiety. There was an increase in the test anxiety scores of the students whose family relations and adjustment at home were

problematic. Good family relations cause more positive results in anxiety over a long time, and children with anxiety disorder have lower family relations.³³ The family has a role in children in expressing emotions, handling stress, and coping with anxiety.³⁴ Having problems in family relations may cause the child not to be able to obtain the support of the family regarding a situation where the child may experience anxiety, such as an exam. It may make it difficult for the individual to deal with test anxiety and increase test anxiety scores.

When the variables with a significant correlation were included in the logistic regression analysis, the factors affecting TASCA total scores were EASP worry sub-dimension scores, EASP physiological sub-dimension scores, and child's academic success. The effects of parents' behaviors and parenting styles on the child's development are known.³⁵ Parent's anxiety could cause anxiety in the child.^{36,37} Additionally, situations that the anxious parent might perceive negatively could increase their stress and anxiety, which might indirectly cause the child's anxiety.³⁸ Like our results, in a study by Baytemir¹⁴ on students between the eighth and twelfth grades, it was reported that the parent's test anxiety might cause test anxiety in the child. Parental anxiety about the test might cause the parent not to show appropriate coping skills verbally or behaviorally, and the child might experience test-related anxiety. Another recent study found that parents' test anxiety was negatively associated

Table 3. Correlations of Test Anxiety Scale for Children and Adolescents and Exam Anxiety Scale for Parents scores and other variables

	TASCA-P	TASCA-B	TASCA-S	TASCA-T	EASP-W	EASP-P	EASP-T	Child's age	Mother-EL	Father-EL	Family income	Child's academic success	Child's adj. at home	Child's parent relations	Child's friend relations
TASCA-P	r	1.000	0.706**	0.688**	0.907**	0.331**	0.327**	0.134**	-0.064	-0.101**	-0.035	-0.201**	-0.157**	-0.108**	-0.113**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.001	0.099	0.010	0.374	0.000	0.000	0.006	0.004
TASCA-B	r	1.000	0.586**	0.837**	0.280**	0.249**	0.301**	0.017	-0.002	-0.044	-0.019	-0.097*	-0.102**	-0.097*	-0.059
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.671	0.969	0.262	0.634	0.013	0.009	0.013	0.132
TASCA-S	r	1.000	0.881**	0.395**	0.276**	0.386**	0.386**	0.123**	-0.066	-0.081*	-0.045	-0.143**	-0.141**	-0.118**	-0.087*
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.002	0.092	0.038	0.251	0.000	0.000	0.003	0.025
TASCA-T	r	1.000	0.382**	0.287**	0.383**	0.383**	0.383**	0.109**	-0.048	-0.084*	-0.036	-0.170**	-0.155**	-0.125**	-0.098*
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.005	0.222	0.031	0.353	0.000	0.000	0.001	0.012
EASP-W	r	1.000	0.657**	0.956**	0.017	-0.109**	-0.186**	-0.108**	-0.109**	-0.186**	-0.108**	-0.117**	-0.106**	-0.081*	-0.027
	p	0.000	0.000	0.000	0.670	0.005	0.000	0.006	0.005	0.000	0.006	0.003	0.007	0.038	0.492
EASP-P	r	1.000	0.838**	-0.025	-0.120**	-0.196**	-0.110**	-0.064	-0.120**	-0.196**	-0.110**	-0.064	-0.086*	-0.077*	-0.015
	p	0.000	0.000	0.525	0.002	0.000	0.000	0.100	0.002	0.000	0.005	0.100	0.028	0.047	0.700
EASP-T	r	1.000	0.009	-0.127**	-0.210**	-0.122**	-0.112**	-0.106**	-0.127**	-0.210**	-0.122**	-0.112**	-0.106**	-0.087*	-0.024
	p	0.815	0.001	0.000	0.000	0.002	0.004	0.006	0.001	0.000	0.002	0.004	0.006	0.025	0.542
Child's age	r	1.000	-0.033	-0.072	-0.003	-0.134**	-0.082*	-0.076	-0.033	-0.072	-0.003	-0.134**	-0.082*	-0.076	-0.053
	p	0.397	0.064	0.940	0.001	0.035	0.050	0.174	0.397	0.064	0.940	0.001	0.035	0.050	0.174
Mother education level	r	1.000	0.565**	0.472**	0.203**	0.203**	0.203**	0.066	1.000	0.565**	0.472**	0.203**	0.066	0.028	-0.019
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.092	0.000	0.000	0.000	0.000	0.092	0.471	0.632
Father education level	r	1.000	0.486**	0.229**	0.085*	0.085*	0.039	-0.007	1.000	0.486**	0.229**	0.085*	0.085*	0.039	-0.007
	p	0.000	0.000	0.000	0.030	0.030	0.324	0.852	0.000	0.000	0.000	0.000	0.030	0.324	0.852
Family income	r	1.000	0.158**	0.088*	0.025	0.524	0.606	0.252**	1.000	0.158**	0.088*	0.000	0.025	0.524	0.606
	p	0.000	0.000	0.000	0.415**	0.291**	0.252**	0.000	1.000	0.158**	0.088*	0.000	0.025	0.524	0.606
Child's academic success	r	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	0.415**	0.291**	0.000	0.000	0.000	0.000
	p	0.000	1.000	0.695**	0.476**	0.000	0.000	0.000	1.000	0.415**	0.291**	0.000	0.000	0.000	0.000
Child's adjustment at home	r	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	p	0.000	1.000	0.478**	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Child's parent relations	r	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	p	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Child's friend relations	r	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	p	0.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

TASCA-P: TASCA Psychological, TASCA-B: TASCA Biological, TASCA-S: TASCA Social, TASCA-T: TASCA Total, EASP-W: EASP Worry, EASP-P: EASP Physiological, EASP-T: EASP Total, Mother EL: Mother Education level, Father EL: Father Education level, Child's adj. at home: Child's adjustment at home

Table 4. Logistic regression analysis for the total score of the Test Anxiety Scale for Children and Adolescents

Independent risk factors	Beta	t	p	95.0% confidence interval for B	
				Lower bound	Upper bound
EASP worry	0.289	6,090	0.000*	0.273	0.533
EASP physiological	0.106	2,251	0.025*	0.024	0.350
Father's education level	0.011	0.285	0.776	-0.891	1.193
Child's academic success	-0.093	-2,291	0.022*	-2.850	-0.219
Child's adjustment at home	-0.029	-0.538	0.591	-2.339	1.333
Child's parent relationship	-0.058	-1,123	0.262	-2.779	0.756
Child's friend relationship	-0.024	-0.570	0.569	-1.892	1.040

EASP worry Exam Anxiety Scale for Parents Worry sub-dimension, EASP Physiological: Exam Anxiety Scale for Parents Physiological sub-dimension

Table 5. Logistic regression analysis for the total score of the Exam Anxiety Scale for Parents

Independent risk factors	Beta	t	p	95.0% confidence interval for B	
				Lower bound	Upper bound
Mother education level	-0.001	-0.018	0.986	-1.512	1.485
Father education level	-0.155	-3,311	0.001*	-4.073	-1.040
Family income	-0.027	-0.634	0.526	-1.939	0.992
Child's academic success	0.009	0.209	0.835	-1.383	1.713
Child's adjustment at home	-0.031	-0.591	0.555	-2.728	1.466
Child's parent relationship	0.011	0.210	0.834	-1,802	2.233
TASCA Psychological	0.061	1,039	0.299	-0.166	0.539
TASCA Biological	0.096	1,885	0.060	-0.014	0.667
TASCA Social	0.255	5,082	0.000*	0.439	0.991

TASCA Psychological: Test Anxiety Scale for Children and Adolescents Psychological sub-dimension, TASCA Biological: Test Anxiety Scale for Children and Adolescents Biological sub-dimension, TASCA Social: Test Anxiety Scale for Children and Adolescents Biological sub-dimension

with perfectionism.³⁹ Perfectionism in parents could also cause anxiety in children.⁴⁰ This situation might be a possible explanation for our results. Our study found that the decrease in academic success had an increasing effect on the TASCA scores. Test anxiety in children was associated with decreased academic achievement.^{41,42} The decrease in academic success might also cause children to feel pressure to perform better on the test and increase their anxiety.

When the variables with a significant correlation were included in the logistic regression analysis, the factors affecting the EASP total scores in the model were TASCA social sub-dimension score and the father's education level. TASCA social sub-dimension score investigates the effect of family and environment on the anxiety experienced by the child.²⁰ Our study found that the increase in the TASCA social sub-dimension scores had an increasing effect on the EASP scores. The increase in the social sub-dimension score could be interpreted as the child being more worried about the family and environment. Our study also found that the increase in the EASP scores affected the TASCA scores. A recent study showed a bi-directional relationship between the child and the parent in terms of anxiety, and the child's anxiety affected the parent's anxiety.⁴³ The result of our study could be evaluated in a similar context, an increase in the parent's anxiety might affect the child's anxiety, and an increase

in the child's anxiety might affect the parent's anxiety. Bjelland et al.⁴⁴ stated that higher education might have a protective effect on anxiety throughout life. Similarly, in another recent study, anxiety symptoms were higher in individuals with low education levels.⁴⁵ Our result, as the education level of the father increases, the decrease in EASP scores was consistent with these data.

Study Limitations

Our study should be evaluated within several limitations. The data for the research was collected shortly after the opening of the schools when the children were coming out of the holiday season. This situation might have affected the choices of the participants. Another limitation was that the data were obtained through questionnaires. We did not conduct clinical interviews with children and families. This situation made it difficult for us to understand the extent of the anxiety level. Finally, most of the parents in our study were mothers. This situation could also be considered as a limitation. The strength of our research was that the sample was selected randomly from secondary schools in the district where the research was conducted. In this respect, it could provide an idea about the test anxiety of secondary school students and their parents in Turkey.

Conclusion

In our study, test anxiety scores were higher in almost one out of every four students of secondary school age. Girls and students with lower academic success may also have higher test anxiety scores. Parental test anxiety, which could affect test anxiety in children, should not be overlooked, and interventions for parents might also influence test anxiety in children.

Acknowledgments

The authors would like to thank the parents and children who participated in this study. The authors would also like to thank Denizli provincial directorate of national education for their help.

Ethics

Ethics Committee Approval: The study was conducted after the ethics committee permission, dated 22.06.2021 and number 12, obtained from the Faculty of Medicine of Pamukkale University, and written permission from the Denizli Provincial Directorate of National Education.

Informed Consent: Patient consent was obtained.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Authorship Contributions

Concept: A.B., Ö.B., Design: A.B., Ö.B., Data Collection or Processing: A.B., Ö.B., Analysis or Interpretation: A.B., Ö.B., Literature Search: A.B., Ö.B., Writing: A.B., Ö.B.

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

- McDonald AS. The prevalence and effects of test anxiety in school children. *Educ Psychol*. 2001;21:89-101.
- Cassady JC, Johnson RE. Cognitive Test Anxiety and Academic Performance. *Contemp Educ Psychol* 2002;27:270-295.
- Putwain DW. Test anxiety and GCSE performance: The effect of gender and socio-economic background. *Educational Psychology in Practice*. 2008;24:319-334.
- Eum K, Rice KG. Test anxiety, perfectionism, goal orientation, and academic performance. *Anxiety Stress Coping*. 2011;24:167-178.
- Putwain D. Examination stress and test anxiety. *Psychologist*. 2008;21:1026-1029.
- The NSPCC. *Childline Annual Review 2013/14: Under Pressure*; 2015.
- Putwain D, Daly AL. Test anxiety prevalence and gender differences in a sample of English secondary school students. *Educational Studies*. 2014;40:554-570.
- Lohiya N, Kajale N, Lohiya N, Khadilkar A, Khadilkar V, Gondhalekar K, Agarkhedkar S. Test Anxiety among School-Going Children and Adolescents, Factors Affecting and Impact on Quality of Life: A Multicenter Study. *Indian J Pediatr*. 2021;88:892-898.
- Rahafar A, Maghsudloo M, Farhangnia S, Vollmer C, Randler C. The role of chronotype, gender, test anxiety, and conscientiousness in academic achievement of high school students *Chronobiol Int*. 2016;33:1-9.
- Sarı SA, Bilek G, Çelik E. Test anxiety and self-esteem in senior high school students: a cross-sectional study. *Nord J Psychiatry*. 2018;72:84-88.
- Wood JJ, McLeod BD, Sigman M, Hwang WC, Chu BC. Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003;44:134-151.
- Xu F, Cui W, Lawrence PJ. The Intergenerational Transmission of Anxiety in a Chinese Population: The Mediating Effect of Parental Control. *J Child Fam Stud*. 2020;29:1669-1678.
- McClure EB, Brennan PA, Hammen C, Le Brocque RM. Parental Anxiety Disorders, Child Anxiety Disorders, and the Perceived Parent-Child Relationship in an Australian High-Risk Sample. *J Abnorm Child Psychol*. 2001;29:1-10.
- Baytemir K. "Ebeveynler De Sınav Kaygısı Yaşıyor Mu? Sınav Kaygısının Yordayıcıları Olarak Mükemmeliyetçilik, Akılcı Olmayan İnançlar ve Ebeveyn Sınav Kaygısı," III INES International Education and Social Science Congress, Antalya, Turkey, 2018.
- Suna HE, Özçelik H. 2022 Liselere Geçiş Sistemi (LGS) Kapsamında İlk Yerleştirme Sonuçları. 2022;1-44.
- Baş G. American Education System: A Comparative Study. *J Educ Sci*. 2013;1:63-93.
- Eker S. Introduction of the education system of the federal republic of germany and its comparison with the turkish education system. *Sosyolojik Düşün*. 2020;5:113-126.
- Mazlum MM. Türkiye ve İtalya Eğitim Sistemlerinin Karşılaştırılması. *Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg*. 2017;14:1141-1177.
- Kavakci O, Semiz M, Kartal A, Dikici A, Kugu N. Test anxiety prevalence and related variables in the students who are going to take the university entrance examination. *Dusunen Adam*. 2014;27:301-307.
- Tan C. Development of test anxiety scale for children and adolescents using biopsychosocial model and examination of its psychometric properties. *Fatih Sultan Mehmet Vakıf University Master's Thesis*. 2020.
- Baytemir K, İlhan T. Development of the exam anxiety scale for parents: A validity and reliability study. *Electron J Res Educ Psychol*. 2018;16:223-241.
- Ergene T. Effective interventions on test anxiety reduction: A meta-analysis. *Sch Psychol Int*. 2003;24:313-328.
- Yıldırım İ. Depression, Test Anxiety and Social Support Among Turkish Students Preparing for the University Entrance Examination. *Eurasian J Educ Res*. 2007;29:171-184.
- Putwain DW. Test anxiety in UK schoolchildren: Prevalence and demographic patterns. *Br J Educ Psychol*. 2007;77:579-593.
- von der Embse N, Jester D, Roy D, Post J. Test anxiety effects, predictors, and correlates: A 30-year meta-analytic review. *J Affect Disord* 2018;227:483-493.
- Çakmak A, Şahin H, Akıncı Demirbaş E. 7. ve 8. Sınıf Ortaokul Öğrencilerinin Sınav Kaygısı ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Kafkas Üniversitesi, e-Kafkas Eğitim Araştırmaları Derg*. 2017;4:1-9.
- Bacanlı F, Sürücü M. İlköğretim 8. Sınıf Öğrencilerinin Sınav Kaygıları ve Karar Verme Stilleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Educational Administration: Theory and Practice*. 2006;45:7-35.
- İLTER İ. The Relationship between Academic Amotivation and Academic Achievement: A Study on Middle School Students. *Kuramsal Eğitimbilim Dergisi [Journal of Theoretical Educational Science]*. 2021;14:389-410.
- Karaman MA, Vela JC, Eşici H. Middle school students' academic motivation in Turkey: Levels of perfectionism and self-efficacy. *Middle School Journal*. 2020;51:35-45.
- Deb S, Strodl E, Sun J. Academic stress, parental pressure, anxiety and mental health among Indian high school student. *Int J Psychol Behav Sci*. 2015;5:26-34.

31. Shanahan L, Copeland W, Jane Costello E, Angold A. Specificity of putative psychosocial risk factors for psychiatric disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49:34-42.
32. Howard MS, Medway FJ. Adolescents' attachment and coping with stress. *Psychol Sch*. 2004;41:391-402.
33. Jongerden L, Bögels SM. Parenting, Family Functioning and Anxiety-Disordered Children: Comparisons to Controls, Changes After Family Versus Child CBT. *J Child Fam Stud* 2015;24:2046-2059.
34. Ginsburg GS, Siqueland L, Masia-Warner C, Hedtke KA. Anxiety disorders in children: Family matters. *Cogn Behav Pract*. 2004;11:28-43.
35. Sahithya BR, Manohari SM, Vijaya R. Parenting styles and its impact on children – a cross cultural review with a focus on India. *Mental Health, Religion & Culture*. 2019;22:357-383.
36. Lawrence PJ, Murayama K, Creswell C. Systematic Review and Meta-Analysis: Anxiety and Depressive Disorders in Offspring of Parents With Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019;58:46-60.
37. Burstein M, Ginsburg GS, Tein JY. Parental anxiety and child symptomatology: An examination of additive and interactive effects of parent psychopathology. *J Abnorm Child Psychol*. 2010;38:897-909.
38. Platt R, Williams SR, Ginsburg GS. Stressful Life Events and Child Anxiety: Examining Parent and Child Mediators. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2016;47:23-34.
39. Baytemir K. Perfectionism, Irrational Beliefs, Need for Social Approval and Gender as Predictors of Parent Exam Anxiety. *Bartın University Journal of Faculty of Education*. 2019;8:161-178.
40. Affrunti NW, Woodruff-Borden J. Parental Perfectionism and Overcontrol: Examining Mechanisms in the Development of Child Anxiety. *J Abnorm Child Psychol*. 2015;43:517-529.
41. von der Embse NP, Mata AD, Segool N, Scott EC. Latent Profile Analyses of Test Anxiety: A Pilot Study. *J Psychoeduc Assess*. 2014;32:165-172.
42. Chapell MS, Blanding ZB, Takahashi M, Silverstein ME, Newman B, Gub A, McCann N. Test anxiety and academic performance in undergraduate and graduate students. *Journal of Educational Psychology* 2005;97:268-274.
43. Silverman WK, Marin CE, Rey Y, Jaccard J, Pettit JW. Directional effects of parent and child anxiety 1 year following treatment of child anxiety, and the mediational role of parent psychological control. *Depress Anxiety*. 2021;38:1289-1297.
44. Bjelland I, Krokstad S, Mykletun A, Dahl AA, Tell GS, Tambs K. Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Soc Sci Med*. 2008;66:1334-1345.
45. Liao W, Luo Z, Dong X, Wu X, Mei Y, Cui N, Kang N, Lan Y, Liu X, Huo W, Wang F, Wang C. Associations between depressive symptoms, anxiety symptoms, their comorbidity and health-related quality of life: a large-scale cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2021;21:1911.



Capgras Syndrome in a Child with Obsessive Compulsive Disorder: A Case Report

Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Bir Çocukta Capgras Sendromu: Bir Olgu Sunumu

✉ Börte Gürbüz Özgür¹, ✉ Hülya Kayılioğlu², ✉ Levent Sevinçok³

¹Aydın Adnan Menderes University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Aydın, Turkey

²Muğla Sıtkı Koçman University Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, Division of Child Neurology, Muğla, Turkey

³Aydın Adnan Menderes University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Aydın, Turkey

ABSTRACT

Capgras syndrome, which is among the delusional misidentification syndromes, is rarely seen in childhood. In Capgras syndrome, the subject believes that original people and objects have been replaced by similar ones. In this article, an unusual appearance of Capgras syndrome in a child diagnosed with obsessive-compulsive disorder is presented. A 10-year-old female child had been experiencing fear about her parents, especially that they had changed and that her real mother had been replaced by a replica. She had compulsive behaviors such as controlling and asking again. In our case, Capgras delusion was determined as an obsessive/intrusive thought. As in our case, misidentification syndromes may occur in the form of unusual obsessive-compulsive symptoms in children and adolescents. Cognitive behavioral therapy (CBT) with fluoxetine was successfully used for treating this case. Therefore, we suggest that successful results can be obtained with the combination of CBT and serotonin reuptake inhibitors in the management of similar cases.

Keywords: Capgras syndrome, child, cognitive behavior therapy, misidentification syndrome, obsessive compulsive disorder

ÖZ

Sanrısız yanlış tanıma sendromları arasında yer alan Capgras sendromu çocukluk çağında nadir görülmektedir. Capgras sendromunda kişi, insanların ve nesnelerin benzerleriyle değiştirildiğine inanır. Bu yazıda obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bir çocukta alışılmadık bir Capgras sendromu sunulmaktadır. On yaşında bir kız, özellikle ebeveynlerinin değiştikleri ve gerçek annesinin yerini bir kopyanın aldığına dair ebeveynleri hakkında bir korku yaşıyordu. Kontrol etme ve tekrar sorma gibi kompulsif davranışları vardı. Olgumuzda Capgras delüzyonu, obsesif/girici bir düşünce olarak belirlendi. Çocuk ve ergenlerde olağandışı obsesif kompulsif belirtiler şeklinde yanlış tanıma sendromları ortaya çıkabilir. Bu olgunun tedavisinde fluoksetin ile bilişsel davranışçı terapi (BDT) başarıyla uygulandı. Benzer olguların yönetiminde BDT ve serotonin geri alım inhibitörlerinin kombinasyonu ile başarılı sonuçlar alınabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Capgras sendromu, çocuk, bilişsel davranışçı terapi, yanlış tanıma sendromu, obsesif kompulsif bozukluk

Introduction

Capgras syndrome, categorized under delusional misidentification syndrome, is a rare clinical condition in which the patient believes that people (usually family members or relatives) or objects in their environment have replaced or been replaced by others, or are apparently identical objects.¹ There are case reports in which Capgras illusion is seen as an obsession variant, and can be evaluated as over-estimated or intrusive thought, even if it is not on the border of psychosis.² Depending on whether this delusion occurs alone or as a comorbid condition

of a psychiatric disorder, the medication used in the treatment varies.³⁻⁶

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is characterized as the presence of recurrent and persistent thoughts, urges, or impulses (obsessions) and/or repetitive behaviors or mental acts (compulsions) that cause clinically significant distress or impairment.⁷ Children and adolescents with OCD may present with atypical symptoms that may be overlooked or misdiagnosed.⁸ The unique factor of this case report is being the first case that was diagnosed with Capgras syndrome as a clinical

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Börte Gürbüz Özgür, Aydın Adnan Menderes University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Aydın, Turkey

Phone: +90 533 620 00 48 E-mail: drborte@hotmail.com ORCID: orcid.org/0000-0002-9176-7359

Received/Geliş Tarihi: 22.01.2022 Accepted/Kabul Tarihi: 15.03.2022

©Copyright 2023 by the Turkish Association for child and Adolescent Psychiatry / Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health. published by Galenos Publishing House.



presentation of OCD at the age of 10 years and used cognitive behavioral therapy (CBT) plus fluoxetine in the treatment.

Case Report

A 10-year-old female child attending the 4th grade, was referred to the child psychiatry outpatient clinic by her parents upon the onset of “sudden fears”. For the past few years, she had been experiencing fear about her parents, especially that they had changed and that her real mother had been replaced by a replica. She was afraid that her mother would change if her mother was no longer with her. As soon as they were reunited after the separation, she asked her mother some questions to ensure that her mother was still the same (e.g., “Are you the same? Have you been changed?”). Her mother’s answers would not convince her, and the next day she asked questions in the morning to see if her mother had changed during the night, such as what they had eaten together for dinner the previous day. She would also check for moles on her mother’s body to see if they were still there. It was learned from her parents that she was very nervous when she woke up in the mornings and cried a lot as a result. Two weeks before she was transferred to our department, the parents were late to pick her up from school after an exam. This event acted as a trigger that gives rise to the fear of losing her family. She used to watch her mother swimming in swimming lessons and worried that she might change at any moment if she did not take care of her. Our case was the only child in the family. Her 36-year-old mother had a fear of being alone at night and was also afraid of thunder. Her mother slept with our case during the nights when her husband, a 44-year-old police officer, was on duty. The mother’s brother had a history of major depressive disorder, and her father had a history of panic disorder. After a normal pregnancy, the developmental stages had progressed normally. The babysitters of our case changed frequently until the age of 5. The case had been to kindergarten for three years, and her performance at school was at the level of her class. In her psychiatric examination, her mood and affect were found to be anxious. There was an increase in the psychomotor activity. Her speech was clear and purposeful. Thought associations were regular, and there was evidence of over-valued and obsessive thoughts (for example, her mother not being real but a copy instead). There was no perception disorder. She had compulsive behaviors such as controlling and asking again. Her intelligence was clinically normal. She had no sleeping disorder. Although she had no appetite, she had not lost weight.

In her psychometric evaluation, it was shown that the thought content was related to fears in the Sentence Completion Test. The Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED) scale consisting of 41 items to screen for anxiety disorder symptoms.⁹ The Children’s Depression Inventory (CDI) self-report scale that assesses depression symptoms.¹⁰ The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) consisting of 30 items was applied to assess the severity of schizophrenia symptoms.¹¹ It was 22 points from SCARED (below the cut-off value), 6 points from CDI (below the cut-off value), and 40 points from PANSS (positive, 11; negative, 7). The Children’s Yale-Brown Obsessive

Compulsive Scale (CY-BOCS) score was 40 points, which was considered severe.¹² Physical and neurological examinations and laboratory evaluations and cranial magnetic resonance imaging, and electroencephalography were normal. The patient was diagnosed with OCD. There was no evidence of cognitive impairment caused by psychosis. In our case, Capgras delusion was determined as an obsessive/intrusive thought. In addition to compulsive behavior patterns such as controlling the mother to neutralize the discomfort caused by this obsession, it was thought that there were emotional/behavioral consequences indicating anxiety. Her treatment was started with 10 mg/day of fluoxetine and was gradually increased to 20 mg/day. According to the patient’s case formulation in terms of CBT, it was determined that the trigger was the anxiety caused by not being able to see her parents after the exam. The predisposing cause was deemed the psychiatric disorders in the mother and her family. The maintaining factors were mother’s trying to persuade her daughter and supporting the assurance-seeking behaviors by answering the questions asked, the parents’ efforts to prove to the patient that the food is edible by tasting it, the mother’s feeding of the patient herself, and the mother’s sleeping with her at night. The goals of the therapy were to provide psychoeducation on CBT and to remove maintenance factors, to work on the mother’s own anxieties, and to end the patient’s assurance-seeking behaviors. Seven 45-minute sessions were applied. In the first session, psychoeducation was given about emotions, thoughts and behaviors, and anxiety. In the next session, the patient and her parents were informed about what OCD is and the CBT model to be applied in treatment. A sample emotion-thought-behavior diagram was shown based on her own symptoms. In the third session, a family interview was made, and information was given about the sustaining factors. Homework about family care was given. Behavioral tasks were studied between 3-6 sessions. These tasks consisted mainly of exposure and response prevention. The exposure was planned and applied together with the patient, and proceeded with the step that caused the least anxiety. The duration of the sessions was adjusted according to the motivation of the child, as strict practices such as those with adults were not performed in the child age groups. The parents were also interviewed after the sessions for assessment. In each session, the previous interview was discussed, the exercises were checked, and the agenda of the session was determined. Cognitive distortions were studied in conjunction with behavioral tasks. A maintenance session was performed to evaluate the patient’s achievements and to evaluate the use of skills in the long term. In the 2nd month of the therapy, it was observed that the patient’s thoughts about whether her mother changed or not decreased to once a week, her daily functions increased, and she sometimes ate food by first tasting it to her parents. At the 6th month, it was observed that she did not let her parents taste food, no intrusive thoughts, and assurance-seeking behaviors, and that she regained her former functionality. She got 12 points from SCARED, 2 points from CDI, 1 point from CY-BOCS, and 30 points from PANSS. A decrease in symptom severity was observed in all scales. 20 mg/day fluoxetine treatment was terminated in the 1st year. She

had no complaints at six months after the discontinuation of pharmacological treatment.

Discussion

Capgras syndrome is etiologically associated with limbic encephalitis, hypothyroidism, stroke, Parkinsonism, and drug toxicity.¹³⁻¹⁷ In the laboratory evaluations and neurological examination of our case, an organic etiology explaining psychiatric findings was not found. A recent systematic study reviewed 255 published cases in the English literature and showed that the underlying diagnoses in most patients were schizophrenia and other psychotic disorders. According to this review, only 3 patients were reported to be diagnosed with OCD.¹⁸ In another article, one of two treatment-resistant OCD cases with delusional misidentification syndromes was reported as a paranoid personality disorder, and the other as a pervasive developmental disorder, not otherwise specified.¹⁹ Sevincok et al.²⁰ presented an adult male who repeatedly misidentifies people and places to eliminate or control the intrusive obsessional thoughts. When OCD is seen with misidentification, these patients may be misdiagnosed as psychotic. Publications on misidentification syndromes in children and adolescents are limited. Volz and Heyman²¹ also underlined this issue and stated that unusual obsessions can be confused with other diagnoses in children and adolescents. Recently, it has been reported that an 11-year-old patient had obsessive fear that his parents could have been replaced by clones and was treated with behavioral interventions.²² Additionally, Capgras syndrome has also been reported in a pediatric case as a phenomenon of the pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome.²³ In our case, a differential diagnosis was made with one of the unusual obsessions called transformation obsession. While “transformation obsession” there is a fear of transforming into someone or something else or acquiring undesirable characteristics.²¹ There is a belief in Capgras that people or objects around the person replace their like. We made detailed assessment interviews to reveal the differential diagnoses in our case. Therefore, patients with such unusual symptoms should not rush to treatment before the diagnosis is clear. Considering other differential diagnoses, due to the absence of delusions and hallucinations, the normality of reality testing, and the regularity of thought associations, schizophrenia spectrum, and other psychotic disorders were excluded. Although she was worried when she was separated from her parents, we excluded separation anxiety disorder due to the lack of repetitive fear of being separated from the people she was attached to, and the absence of separation anxiety about what would happen to her parents or herself. We attributed the fear of separation from parents to the intrusive thought that they will be changed.

Different pharmacological agents have been tried for treating Capgras syndrome.^{5,24-26} Generally, the drugs used differ according to the comorbid psychiatric diagnoses. In our case, we only applied CBT with fluoxetine. Volz and Heyman²¹ applied CBT with or without medication to patients with transforming obsession and stated that the patients benefited from the

treatment. Similarly, we suggest that the OCD patients with misidentification obsession benefit from CBT.

Conclusion

Here, we present the youngest case of OCD presenting with misidentification syndrome. Although antipsychotics are used as pharmacological agents for treating Capgras syndrome, good results were obtained with fluoxetine treatment and CBT in our case. CBT interventions included cognitive distortions, removal of maintaining factors, positive self-reinforcements, and Socratic questioning. This case contributes to the literature by demonstrating that misidentification syndrome can also occur with the appearance of OCD and that CBT and selective serotonin reuptake inhibitors can be used in its treatment.

Ethics

Informed Consent: The patient and her parents were informed about what OCD is and the CBT model to be applied in treatment.

Peer-review: Informed consent was obtained.

Authorship Contributions

Surgical and Medical Practices: B.G.Ö., Concept: B.G.Ö., L.S., Design: B.G.Ö., H.K., L.S., Data Collection or Processing: B.G.Ö., H.K., Analysis or Interpretation: B.G.Ö., H.K., L.S., Literature Search: B.G.Ö., Writing: B.G.Ö., L.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. Ellis HD, Young AW. Accounting for delusional misidentifications. *Br J Psychiatry*. 1990;157:239-248.
2. Stein RM, Lipper S. An obsessional variant of capgras symptom: a case report. *Bull Menninger Clin*. 1988;52:52-57.
3. Özten E, Tufan AE, Yaluğ İ, Cerit C, Işık S. Delusional Misidentification: Presentation of a Case of Capgras Syndrome. *Klinik Psikiyatri*. 2006;9:45-48.
4. Tamam L, Tamam Y, Özpoyraz N. Capgras' Syndrome: A Case Report. *Yeni Symposium*. 2003;41:51-53.
5. Mazzone L, Armando M, De Crescenzo F, Demaria F, Valeri G, Vicari S. Clinical picture and treatment implication in a child with Capgras syndrome: a case report. *J Med Case Rep*. 2012;6:406.
6. Yalin S, Varol Tas F, Guvenir T. The coexistence of Capgras, Fregoli and Cotard's syndromes in an adolescent case. *Archives of Neuropsychiatry*. 2008;45:149-151.
7. American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013:44-947.
8. Porth R, Geller D. Atypical symptom presentations in children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2018;86:25-30.
9. Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L, Bridge J, Monga S, Baugher M. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:1230-1236.

10. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatr.* 1981;46:305-315.
11. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13:261-276.
12. Lewin AB, Piacentini J, De Nadai AS, Jones AM, Peris TS, Geffken GR, Geller DA, Nadeau JM, Murphy TK, Storch EA. Defining clinical severity in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychol Assess.* 2014;26:679-684.
13. Soares HRN, Cavalcante WCP, Martins SNE, Smid J, Nitrini R. Capgras syndrome associated with limbic encephalitis in a patient with diffuse large B-cell lymphoma. *Dement Neuropsychol.* 2016;10:63-69.
14. Roane DM, Rogers JD, Robinson JH, Feinberg TE. Delusional misidentification in association with parkinsonism. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1998;10:194-198.
15. Nagasawa H, Hayashi H, Otani K. Capgras syndrome occurring in lithium toxicity. *Clin Neuropharmacol.* 2012;35:204.
16. Hines A, Stewart JT, Catalano G. A Case of Capgras Syndrome Related to Hypothyroidism. *J Psychiatr Pract.* 2015;21:445-448.
17. Garcha M, Sivakumar K, Leary M, Yacoub HA. Transient Capgras Syndrome Secondary to Bilateral Ischemic Stroke: A Case Report. *Cogn Behav Neurol.* 2018;31:96-98.
18. Pandis C, Agrawal N, Poole N. Capgras' Delusion: A Systematic Review of 255 Published Cases. *Psychopathology.* 2019;52:161-173.
19. Melca IA, Rodrigues CL, Serra-Pinheiro MA, Pantelis C, Velakoulis D, Mendlowicz MV, Fontenelle LF. Delusional misidentification syndromes in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Q.* 2013;84:175-181.
20. Sevincok D, Sevincok L, Memis CO, Dogan B. A misidentification ritual in a patient with obsessive-compulsive disorder: clinical and pharmacotherapeutic implications. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology.* 2018;28:100-103.
21. Volz C, Heyman I. Case series: transformation obsession in young people with obsessive-compulsive disorder (OCD). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46:766-772.
22. Poletti M, Raballo A. Letter to the Editor: Skin-Testing for Clones-Pediatric Obsessive Compulsive Disorder with Misidentification Syndrome. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2021;31:645.
23. Sharawat IK, Panda PK, Gupta R. Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome with Capgras Syndrome. *Ann Indian Acad Neurol.* 2021;24:600-601.
24. Bell V, Marshall C, Kanji Z, Wilkinson S, Halligan P, Deeley Q. Uncovering Capgras delusion using a large-scale medical records database. *BJPsych Open.* 2017;3:179-185.
25. Arisoy O, Tufan AE, Bilici R, Taskiran S, Topal Z, Demir N, Cansiz MA. The comorbidity of reduplicative paramnesia, intermetamorphosis, reverse-intermetamorphosis, misidentification of reflection, and capgras syndrome in an adolescent patient. *Case Rep Psychiatry.* 2014;2014:360480.
26. Currell EA, Werbeloff N, Hayes JF, Bell V. Cognitive neuropsychiatric analysis of an additional large Capgras delusion case series. *Cogn Neuropsychiatry.* 2019;24:123-134.



Otizm Spektrum Bozukluğu Tanılı Bir Olguda Yüksek Doz Risperidon İntoksikasyonu

High Dose Risperidone Intoxication in a Patient with Autism Spectrum Disorder

© Selma Tekeş Özdeş, © İpek Perçinel Yazıcı, © Kemal Utku Yazıcı, © Şükrü Kaan Öztürk

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

ÖZ

Risperidon otizm spektrum bozukluğu (OSB) olgularında hedef belirtilere yönelik olarak sıklıkla tercih edilen bir moleküldür. Genel olarak iyi tolere edilebilmekle birlikte, çocuk ve ergenlerdeki yaygın kullanımı, bazı olgularda kasıtlı ya da kasıtsız olarak aşırı doza maruz kalma riskini de beraberinde getirmektedir. Bu konuyla ilgili pediatrik olgular nadirdir ancak şiddetli olabilmektedir. Bu yazıda, kasıtsız olarak yüksek doz risperidon etken maddeli ilaç içimi sonrası (100 mg) acil servise getirilen dokuz yaşında OSB tanılı bir olgu sunulmuştur. Literatürde görebildiğimiz kadarıyla olgumuz, çocuk yaş bir olguda görülen ikinci en yüksek doz akut risperidon alımı olgusudur.

Anahtar Kelimeler: Risperidon, zehirlenme, ekstrapiramidal yan etki, otizm spektrum bozukluğu, çocuk

ABSTRACT

Risperidone is an often-preferred molecule for target symptoms in autism spectrum disorder (ASD) patients. Although generally well tolerated, its widespread use in children and adolescents entails the risk of overdose in some cases, intentionally or unintentionally. Pediatric cases related to this issue are rare but can be severe. In this article, a nine year old patient diagnosed with ASD, who was brought to the emergency after unintentionally ingesting high-dose risperidone drug (100 mg), is presented. As far as our can knowledge in the literature, our case is the second highest dose of acute risperidone ingestion seen in a pediatric case.

Keywords: Risperidone, poisoning, extrapyramidal adverse effect, autism spectrum disorder, child

Giriş

Otizm spektrum bozukluğu (OSB); karşılıklı iletişim becerilerinde ve sosyal etkileşim alanında belirgin güçlüklerin yaşandığı, sınırlı ilgi alanları ve tekrarlayıcı davranışlarla karakterize olan nörogelişimsel bir bozukluktur. OSB hemen her zaman erken çocukluk çağında başlamakta ve çoğunlukla yaşam boyu devam etmektedir.¹ Günümüzde eğitsel yaklaşımlar ve davranışsal müdahaleler OSB tedavisinin temelini oluşturmaktadır. Ancak her ne kadar çekirdek semptomlar üzerine belirgin etkinliği gösterilmemiş olsa da OSB'ye sıklıkla eşlik eden belirtilerin (irritabilite, agresyon, zarar verici davranışlar, hiperaktivite, impulsivite vs.) kontrol altına alınabilmesi için psikofarmakolojik ajanlardan da sıklıkla yararlanılmaktadır.²

İkinci kuşak bir antipsikotik olan risperidon, OSB olgularında sıklıkla tercih edilen bir moleküldür. Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi tarafından beş yaşından büyük çocuklarda,

OSB'ye eşlik eden irritabilitenin tedavisi için onaylanmıştır.³ Ancak bazı açık etiketli çalışmalarda 2,5-3 yaşından sonra kullanılabilirdiği görülmektedir.⁴ Genel olarak risperidon iyi tolere edilen bir molekül olmakla birlikte, çocuk ve ergenlerdeki yaygın kullanımı, bazı olgularda aşırı doza maruz kalma riskini de beraberinde getirmektedir.⁵ Bu yazıda, kasıtsız bir şekilde risperidon etken maddeli ilaca yüksek doz maruziyeti sonrası (100 mg) acil servise getirilen dokuz yaşında OSB tanılı bir olgu sunulmuştur. Görebildiğimiz kadarıyla olgumuz, çocuk yaş bir olguda görülen ikinci en yüksek doz akut risperidon alımı olgusudur. Olgumuzun bu açıdan dikkate değer olduğu düşünülmektedir. Olgunun ebeveyninden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Olgu Sunumu

Dokuz yaş erkek olgu, pediatri acil servisten tarafımıza, kullandığı risperidon etken maddeli ilacın dolu şişesinin

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Selma Tekeş Özdeş, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

Tel.: +90 538 385 73 23 **E-posta:** selmatekes44@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0002-5592-6164

Geliş Tarihi/Received: 18.10.2022 **Kabul Tarihi/Accepted:** 02.02.2023

©Telif Hakkı 2023 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



tamamını (100 mg solüsyon) içmesi nedeniyle konsülte edildi. Aile ile yapılan görüşmede olgunun 2017 yılından beri OSB tanısı olduğu, yaklaşık beş ay önce dış merkezde komorbid dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı aldığı, en son tedavi şemasının uzun salımlı metilfenidat kapsül (20 mg/gün) ve risperidon solüsyon (0,5 mg/gün) olduğu, son dört aydır ilaçları bu şekilde kullandıkları ve dış merkezde düzenli doktor kontrollerine gittikleri ifade edildi.

Anneden alınan öyküden; olgunun önceki akşam normal uyuduğu saate göre daha erken bir saatte uyuduğu, normalde gece uyanmaları olmasına rağmen o gece hiç uyanmadığı, sabah erken saatte uyandırılan olgunun ağzında kasılma olduğu ve burnundan kan geldiği, sonrasında olgunun kullandığı ve daha önce tamamen dolu olan risperidon şişesinin boş olduğunun görülmesiyle ikamet edilen ilçe devlet hastanesi acil servisine başvurdıkları, acil serviste olgunun kasılmalarına yönelik yavaş infüzyonla 5 mg diazepam uygulandığı, şikayetlerin gerilememesi üzerine diazepamın aynı dozda tekrar verildiği, o sırada yapılan glikoz, karaciğer fonksiyon testleri (KCFT), böbrek fonksiyon testleri (BFT), elektrolitleri, kreatin fosfokinaz (CK) ve hemogram değerlerinin normal olduğu, kasılmaları devam eden olgunun sonrasında üniversitemiz pediatri acil servisine sevk edildiği öğrenildi.

Olgu acil serviste değerlendirildiğinde bilinci letarjik görünümdeydi ve verbalizasyonunun olmadığı (aileden, olgunun premorbid dönemde de OSB nedeniyle verbalizasyonunun olmadığı bilgisi alındı) görüldü. Bu nedenle oryantasyon ve kooperasyonu değerlendirilemedi. Ağrılı uyarana yanıt verdiği, Glasgow koma skalası değerinin 9 olduğu, tremor, siyalore, terleme, distoni ve koreiform hareketlerin olmadığı, dört ekstremitede de dişli çark belirtisi olduğu, kurşun boru rijiditesinin olmadığı tespit edildi. Acil servis doktorundan, olgunun oral alımının kapalı olduğu, ateş: 36,8 °C, nabız: 127/dk, tansiyon: 165/81 mmHg, solunum: 28/dk, SpO₂: %98, laboratuvar tetkiklerinin (rutin hemogram, biyokimya, CK, kreatin fosfokinaz-miyokardiyal band) normal olduğu, 80 cc/ sa şeklinde serum fizyolojik verildiği bilgisi alındı. Acil servis doktorlarının 114-Ulusal Zehir Danışma Merkezi (UZEM) ile iletişime geçtikleri, UZEM tarafından hastanın risperidon için toksik doz sınırını aştığının söylendiği, vital bulgular, BFT, KCFT, glikoz takibi yapılmasının önerildiği, ayrıca hipotoni, ekstrapiramidal sistem (EPS) yan etkileri, hepatit, pankreatit, nöroleptik malign sendrom (NMS) gelişebilme açısından riskli olduğu, bu açılardan da olgunun takip edilmesinin söylendiği, risperidonun herhangi bir antidot tedavisinin olmadığı ve semptomatik tedavi ile takip edilmesinin ve asemptomatik olarak en az 24 saat gözleminin önerildiği öğrenildi. Olguya tarafımızca, risperidonun olası kardiyotoksik etkileri nedeniyle yakın kardiyak monitörizasyon, biyokimya (CK dahil) ve hemogram takibi, vital bulguların yakın izlemi ve dişli çark bulgusuna yönelik biperiden ampul 2 mg intramüsküler yapılması önerildi. Yaklaşık yarım saat sonra yapılan kontrol muayenesinde olgunun dişli çark bulgusunun neredeyse tamamen girelediği görüldü.

Son değerlendirmeden yaklaşık bir saat sonrasında olgunun opistotonus pozisyonunda olması, sırt ve boyunda distonik kasılmalarının meydana gelmesi nedeniyle tarafımıza rekonsülte edildi. Olgu yatağı başında değerlendirildiğinde bilinci letarjikti. Ateş: 36,1 °C, nabız: 108/dk, solunum: 30/dk, tansiyon: 128/95 mmHg, SpO₂: %98 olduğu ve kontrol biyokimya/hemogram tetkiklerinde özellik olmadığı izlendi. Terleme, siyalore, tremor, inkontinans, disfaji, solunum zorluğu ve interkostal çekilmenin bulunmadığı görüldü. Fizik muayenede üç ekstremitede (iki alt ve sağ üst ekstremitede) dişli çark belirtisinin pozitif olduğu, sol üst ekstremitede ise rijidite bulunduğu tespit edildi. Ek olarak vücutta, özellikle sırt ve boyunda olan distonik kasılmaları mevcuttu. Tarafımızca yakın kardiyak izlemin devamı, biyokimya/hemogram takibi, vital bulguların yakın izlemi ve kasılmalara yönelik biperiden ampul 2 mg intramüsküler dozunun tekrarlanması önerildi. Olgunun daha sonrasında acil servisten pediatrik yoğun bakıma yatırıldığı bilgisi alındı. Yoğun bakım servisinde 24 saatlik yatışı süresince kasılmalarının tekrarlamadığı, kardiyak açıdan stabil olduğu, vital bulgularında herhangi bir problem yaşanmadığı ve biyokimya/hemogram sonuçlarının doğal olması sonrası yoğun bakım kliniğinden, pediatri servisine devredildiği öğrenildi. Pediatri servisinde 48 saat daha asemptomatik takip edilen olgu çocuk psikiyatrisi poliklinik kontrolü önerisiyle taburcu edildi.

Tartışma

Risperidon atipik antipsikotikler sınıfına dahil bir moleküldür. Atipik antipsikotikler, tipik antipsikotiklere göre santral sinir sisteminde kendilerine özgü dopamin ve serotonin bağlanma özellikleri sayesinde terapötik dozlarda daha güvenli bir profile sahiptirler.⁶ Ancak risperidon başta olmak üzere atipik antipsikotiklerin çocuk ve ergen popülasyonunda kullanım oranlarının artması, yüksek doza maruziyet ve intoksikasyon ihtimalinin artmasını da beraberinde getirmektedir.⁷ Konuya dikkat çekebilmek açısından, bu yazıda kasıtsız olarak 100 mg risperidon içimi nedeniyle üniversitemiz acil servisine getirilen OSB tanılı bir olgunun izlem süreci paylaşılmıştır.

Çocuk ve ergenlerde risperidon kullanımıyla en sık ilişkilendirilen yan etkiler; uykulu olma hali/uyuşukluk, konuşma bozukluğu, atipik motor davranış, iştah/kilo artışı, prolaktin artışı, hipertansiyon, taşikardi, elektrokardiyogram anormallikleri, tremor ve diğer EPS semptomlarıdır.⁸ Özellikle ekstrapiramidal semptomlar çocuklarda daha sorunlu görünmektedir.⁹ Tipik antipsikotiklere göre görece daha az olmakla birlikte, atipik antipsikotiklerle gözlenebilen ekstrapiramidal semptomların, nigrostriatal yolaktaki dopamin D₂ reseptörlerinin antagonizması sonucu ortaya çıktığı bilinmektedir.¹⁰ Olgumuzda toksik doz risperidon alımı sonrası, biperiden tedavisine rağmen izlenen yoğun distonik kasılmaların D₂ reseptör blokajı ile ilgili olduğu düşünülmüştür. Özellikle yüksek dozlarda risperidonun EPS yan etki riski daha da artmaktadır.¹⁰ Literatürde doz aşımı olguları incelendiğinde yan etki şiddetinin doz artışı ile belirgin paralel olmadığı dikkat çekmektedir. Özellikle Catalano ve ark.'nın¹¹ yazısında 110 mg risperidon içen 15 yaş kız olguda

sadece geçici uyuşukluk, hipotansiyon ve taşikardi gelişirken, Karaca ve ark.'nın⁹ sunduğu 15 mg risperidon içeren 4 yaş erkek olguda karpopedal spazm, konuşma bozukluğu ve opistotonusa kadar varan semptomların görülmesi, yan etki şiddetinin kg/doz hesabına bağlı olarak dozla ilişkili olmasının yanı sıra yan etkilerin yaşla birlikte daha iyi tolere edilebildiği düşüncesini de akla getirmektedir. Risperidonun dopamin reseptörleri dışında serotonin başta olmak üzere histaminerjik, alfa-adrenerjik ve muskarinik reseptörlerle de ilişkili olması molekülün etkinliği ve çeşitli yan etkileriyle ilgilidir.¹⁰

Risperidonun çocuk ve ergenlerdeki yan etki profili iyi bilinse de çok yüksek dozlardaki intoksikasyonu hakkındaki bilgiler görece daha azdır. Anita ve ark.⁵ tarafından yapılan bir literatür gözden geçirmesinde, atipik antipsikotik intoksikasyonu yaşayan 1-17 yaş arası 63 olgunun bilgilerine ulaşılmıştır. Bu olgulardan üçünün risperidon intoksikasyonu sonrası hayatını kaybettiği öğrenilmiştir. Çocuklarda çoğu antipsikotik için bir tabletin yutulmasının bazen şiddetli olan ve genellikle 1-3 gün süren semptomlara neden olduğu bildirilmiştir. Bu kadar ciddi sonuçlara yol açabilse de, risperidonun akut intoksikasyonunda önde gelen bulguların distonik reaksiyonlar ve taşikardi olduğu bildirilmektedir.¹² Buna rağmen risperidon intoksikasyonu durumlarında kardiyovasküler problem ve NMS riskinin her zaman akılda tutulması gerekmektedir. Bu nedenle bu olguların mutlaka santral sinir sistemi etkileri ve kardiyak açıdan monitörize edilmesi ve dikkatli izlemi önerilmektedir.¹³ Düşük dozlarda risperidonun yanlılıkla yutulması, çocuklarda antikolinergik bir ajana iyi yanıt verebilecek EPS'ye neden olabilir. Doz aşımı yönetimi gastrointestinal lavaj, katartik aktif kömür, kardiyovasküler monitörizasyon ve destekleyici tedaviyi içerir.¹⁴ Olgumuzun yaklaşık 72 saat süren yakın izleminde; kardiyovasküler herhangi bir problem yaşanmadı, NMS gelişmedi. Olgumuzda literatür bilgileriyle uyumlu olacak şekilde; opistotonusa varacak düzeyde yaygın distonik kasılmalar izlendi. Ancak etkin antikolinergik tedavi sonrası (4 mg biperiden) distonik tablo tamamen ortadan kalktı.

Nigrostriatal dopamin yolağındaki dopamin nöronlarının kolinerjik nöronlarla postsinaptik bağlantıları bulunur ve bu nedenle nigrostriatal yolakta dopamin ve asetilkolinin karşılıklı ilişki içerisinde olduğu bilinir. Dopamin normalde kolinerjik nigrostriatal internöronlar üzerinde otonom inhibisyona sahiptir, bu nöronlardan asetilkolin salınmasını inhibe eder ve böylece asetilkolin aktivitesini baskılar. Dopamin reseptörleri tipik bir antipsikotik tarafından bloke edilirse dopaminin striatal kolinerjik nöronlar üzerindeki otonom inhibisyonu azalır, asetilkolin salınımını baskılayamayacağından dolayı asetilkolin oldukça aktif hale gelir. Distoni patofizyolojisinde de kolinerjik-dopaminerjik dengesizlikten bahsedilir. Antikolinergik etkiye sahip ilaçlarla dopaminin otonom inhibisyon etkisi tekrar geri getirilerek aşırı asetilkolin aktivitesi azaltılmaya çalışılır, bu durum da D2 reseptör blokajı ile olan EPS'yi azaltır.^{15,16} Ancak olgumuzda çok yüksek dozda ilaç içimi mevcuttur ve buna bağlı olarak D2 reseptörlerinin çok yüksek oranda bloke olması muhtemeldir. Risperidonun yüksek dozlarda, atipikten ziyade tipik bir antipsikotik olarak kabul edildiği de göz önüne

alındığında olgumuzda oldukça yüksek bir D2 reseptör blokajı olması ve daha fazla kolinerjik-dopaminerjik dengesizlik oluşması beklenebilecek bir durumdur. Yaptığımız ilk doz 2 mg biperidenin D2 reseptör blokajını bir miktar azaltmış ve dışlı çark belirtisinin gerilemesine yardımcı olmuş olabileceği; ancak ortaya çıkan kolinerjik-dopaminerjik dengesizliği tam olarak düzeltemediği, sonrasında da yoğun D2 reseptör blokajı tekrar kendisini göstermiş olabileceğinden opistotonusun ortaya çıkmış olabileceği düşünülebilir. Tam olarak düzenlenemeyen yoğun kolinerjik-dopaminerjik dengesizlik, bu tür bir semptom dalgalanmasına yol açmış olabilir. Tüm bunlara ek olarak, direkt ve indirekt ekstrapiramidal yollar arasındaki dengenin bozulması, indirekt yolağın aktivitesinin aniden yoğun bir şekilde artması ve dolayısıyla kortiko-striato-talamiko-kortikal devrelerin koordinasyonunun bozulması da mevcut duruma katkıda bulunmuş olabilir.¹⁷

Anita ve ark.'nın⁵ gözden geçirmesinde bildirilen olguların kullandıkları risperidon dozu aralığının 1 mg ile 110 mg arasında olduğu görülmektedir. Catalano ve ark.¹¹ 110 mg risperidon içeren suisid girişiminde bulunan bir kız olguyu bildirmişlerdir. Görebildiğimiz kadarıyla olgumuz, Catalano ve ark.'nın¹¹ olgusundan sonra çocuk yaş bir olguda görülen ikinci en yüksek doz akut risperidon alımı olgusudur. Catalano ve ark.'nın¹¹ yazısında 110 mg risperidon içeren suisid girişiminde bulunan 15 yaş kız olgu da sadece geçici uyuşukluk, hipotansiyon ve taşikardi geliştiği başka anlamlı bulgu gelişmediği bildirilmiştir. Ülkemizde ise Karaca ve ark.'nın⁹ sunduğu, ebeveynlerinin dozu ayarlayamaması sebebiyle 15 mg risperidon içeren, acil servise karpopedal spazm ile başvuran, kabulden bir saat sonrasında opistotonus ve konuşma bozukluğu gelişen 4 yaş erkek bir olgu bildirimine rastlanmıştır.

Risperidon her ne kadar etkinliği ve düşük yan etki profili açısından, tipik antipsikotiklere nazaran daha çok tercih edilme oranına sahip olsa da bu etken maddenin çocuk ve ergen yaş grubunda giderek artan reçete edilme oranı sonrası yanlış kullanımı ya da intoksikasyon riski de giderek yükselmektedir. Klinisyenlerin bu ilacın intoksikasyonu açısından bilgi ve tecrübe sahibi olması halihazırda hassas bir grup olan çocuk ve ergenlerde ciddi komplikasyonlara yol açabilecek bu durumun hızlı ve doğru yönetilmesini sağlayıp, ciddi ve kalıcı sekellerin oluşmasının önüne geçecektir. Ek olarak, bilişsel/davranışsal güçlüklerin görülebildiği otizm, mental retardasyon gibi nörogelişimsel bozukluklara sahip çocukların ebeveynlerine, ilaçları çocuklarının ulaşamayacağı yerlerde bulundurmalarının önemi gibi çeşitli tedbirler konusunda daha çok hatırlatma yapılması ve ebeveynlerden anlaşıldığına dair geri bildirim alınması, bu tür durumların hiç ortaya çıkmadan önlenmesini sağlayacaktır.

Etik

Hasta Onayı: Olgunun ebeveyninden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

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

Yazarlık Katkıları

Konsept: S.T.Ö., İ.P.Y., K.U.Y., Ş.K.Ö., Dizayn: S.T.Ö., İ.P.Y., K.U.Y., Ş.K.Ö., Analiz veya Yorumlama: S.T.Ö., İ.P.Y., K.U.Y., Ş.K.Ö., Literatür Arama: S.T.Ö., İ.P.Y., K.U.Y., Ş.K.Ö., Yazan: S.T.Ö., İ.P.Y., K.U.Y., Ş.K.Ö.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Vanderweele J. Autism Spectrum Disorder. *Lancet*. 2018;392:508-520.
2. Masi A, DeMayo MM, Glozier N, Guastella AJ. An Overview of Autism Spectrum Disorder, Heterogeneity and Treatment Options. *Neurosci Bull*. 2017;33:183-193.
3. DeFilippis M, Wagner KD. Treatment of Autism Spectrum Disorder in Children and Adolescents *Psychopharmacol Bull*. 2016;46:18-41.
4. Luby J, Mrakotsky C, Stalets MM, Belden A, Heffelfinger A, Williams M, Spitznagel E. Risperidone in Preschool Children with Autistic Spectrum Disorders: An Investigation of Safety and Efficacy. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2006;16:575-587.
5. Anita SX, Sholevar EH, Baron DA. Overdoses and Ingestions of Second-Generation Antipsychotics in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2005;15:970-985.
6. Burns MJ. The Pharmacology and Toxicology of Atypical Antipsychotic Agents, *J Toxicol Clin Toxicol*. 2001;39:1-14.
7. Stassinis G, Klein-Schwartz W. Comparison of Pediatric Atypical Antipsychotic Exposures Reported to U.S. Poison Centers. *Clin Toxicol (Phila)*. 2017;55:40-45.
8. Shafiq S, Pringsheim T. Using Antipsychotics for Behavioral Problems in Children. *Expert Opin Pharmacother*. 2018;19:1475-1488.
9. Karaca S, Özatalay E, Canan F. A Case of Risperidone Overdose in a 4 Year Old Boy. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2016;18:10.4088/PCC.15101855.
10. Bishara D, Taylor D. Upcoming Agents for The Treatment of Schizophrenia: Mechanism of Action, Efficacy and Tolerability. *Drugs*. 2008;68:2269-2292.
11. Catalano G, Catalano MC, Nunez CY, Walker SC. Atypical Antipsychotic Overdose in the Pediatric Population. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2001;11:425-434.
12. Page CB, Calver LA, Isbister GK. Risperidone Overdose Causes Extrapyramidal Effects But Not Cardiac Toxicity. *J Clin Psychopharmacol*. 2010;30:387-390.
13. Meli M, Rauber-Lüthy C, Hoffmann-Walbeck P, Reinecke HJ, Prasa D, Stedtler U, Färber E, Genser D, Kupferschmidt H, Kullak-Ublick GA, Ceschi A. Atypical Antipsychotic Poisoning in Young Children: A Multicentre Analysis of Poisons Centres Data. *Eur J Pediatr*. 2014;173:743-750.
14. Cheslik TA, Erramouspe J. Extrapyramidal Symptoms Following Accidental Ingestion of Risperidone in a Child. *Ann Pharmacother*. 1996;30:360-363.
15. Aslan S, Dalkara T, Herken H, İşeri E, Koçak EE, Rezaki M, Sayın A, Şenol S, Uzbay T, Yetkin S, Yüksel N, Zengil H. Antipsikotik İlaçlar. In: Yüksel N eds. *Psikofarmakoloji*. Ankara; Nobel Tıp Yayınevi. 2007:47-143
16. Göktalay G. Antipsikotik İlaçlar. In: Stahl SM, Uzbay T, eds. *Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi*. İstanbul; İstanbul Medikal Yayıncılık. 2021:327-451.
17. Loonen AJ, Ivanova SA. Neurobiological mechanisms associated with antipsychotic drug-induced dystonia. *J Psychopharmacol*. 2021;35:3-14.