

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent
Mental Health



2025



Cilt / Volume: 32

Sayı / Issue: 3

Kasım / November

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 TÜRK BAY (2016)

Prof. Dr. Neslihan İNAL (2016-2021)

Baş Editör/Editor in Chief

Prof. Dr. Ali Evren Tufan

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye
tevrenus@yahoo.com

ORCID: 0000-0001-5207-6240

Vekil Editör/Associate Editor

Prof. 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. S. Burak AÇIKEL

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye,
burakacikel@gmail.com

ORCID: 0000-0002-8964-9513

Doç. Dr. Gülen GÜLER AKSU

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye
gulenguler1987@gmail.com

ORCID: 0000-0001-9555-3916

Doç. Dr. Saliha BAYKAL

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye
salihabaykal35@hotmail.com

ORCID: 0000-0003-3398-6876

Doç. Dr. Öznur BİLAÇ

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye
oznurbilac@gmail.com

ORCID: 0000-0001-8369-6215

Doç. Dr. S. Çilem BİLGİNER

Serbest Hekim, Trabzon, Türkiye
drilembilginer@gmail.com

ORCID: 0000-0003-3375-3183

Doç. Dr. Nagihan CEVHER BİNİCİ

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
ncevher@gmail.com

ORCID: 0000-0002-4715-1768

Doç. Dr. Gül ÜNSEL BOLAT

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye
gul.unsel.bolat@gmail.com

ORCID: 0000-0002-4574-421X

Doç. Dr. Şafak ERAY ÇAMLI

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye
drsafakeray@gmail.com

ORCID: 0000-0002-4847-7751

Kapak Resmi/Cover Image

Ayşe Nil M. 11 yaş

Bu Sayının Türkçe Denetmeni/Turkish Examiner of This Volume

Galenos Yayınevi

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

► EDITÖRLER KURULU

Doç. Dr. Burcu SERİM DEMİRGÖREN

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı,
İzmir, Türkiye
burcuserim@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-1659-2798

Doç. Dr. İbrahim Selçuk ESİN

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

Doç. Dr. Fethiye KILIÇASLAN

Şanlıurfa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye
fethiyekilcaslan@gmail.com
ORCID: 0000-0002-8131-8859

Prof. 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

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği, Ankara, 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

Doç. Dr. Bahadır TURAN

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye
bhdrturan@gmail.com
ORCID: 0000-0003-1190-9589

Doç. Dr. Serkan TURAN

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

Doç. Dr. Miraç Barış USTA

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye
dr.miracbarisusta2@gmail.com
ORCID: 0000-0002-1573-3165

Doç. Dr. Merve ÇIKILI UYTUN

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
uytun@ankara.edu.tr
ORCID: 0000-0002-2381-5742

Doç. Dr. İpek PERÇİNEL YAZICI

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

Yönetim ve Gelişim Editörleri/ Executive and Development Editors

Doç. Dr. Hasan Cem AYKUTLU

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye
drhasancemaykutlu@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4809-4857

Dr. Öğr. Üyesi Leyla BOZATLI

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye
leylabozatli@trakya.edu.tr
ORCID: 0000-0002-4701-4835

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah BOZKURT

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye
drbozkurta@gmail.com
ORCID: 0000-0002-8359-6131

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ÖZASLAN

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
drahmetozaslan@yahoo.com
ORCID: 0000-0001-7741-201X

Dr. Öğr. Üyesi Güler GÖL ÖZCAN

Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı
ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bilecik, Türkiye
guler.gol@bilecik.edu.tr
ORCID: 0000-0002-9283-949X

Doç. Dr. Esen YILDIRIM DEMİRDÖĞEN

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı
esenyildirim08@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-2457-5832



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► EDITÖRLER KURULU

Dr. Öğr. Üyesi MEHMET TEKDEN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi,
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
mtekden07@gmail.com
ORCID: 0000-0002-3085-1725

Öğr. Gör. Dr. R. Duygu TEMELTÜRK

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
rduykukaydok@gmail.com
ORCID: 0000-0002-9303-5944

Uzm. Dr. Burçin Şeyda BURAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Çocuk ve
Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği, Balıkesir, Türkiye
burcinseydakaraca@gmail.com
ORCID: 0000-0001-5338-6865

Dr. Öğretim Üyesi Yasemin İMREK

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh
Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye
dr.yaseminimrek@gmail.com
ORCID: 0000-0002-7925-6783

Doç. Dr. Hakan ÖĞÜTLÜ

Serbest Hekim, Ankara, Türkiye
hogutlu@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-1325-446X

Uzm. Dr. Akın TAHİLLİOĞLU

Serbest Hekim, İzmir, Türkiye
tahilliolglua@gmail.com
ORCID: 0000-0002-3952-3672

Uzm. Dr. Ezgi KARAGÖZ TANIGÖR

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı
ve Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye
ezgikaragoztanigor@gmail.com
ORCID: 0000-0002-5483-3863

Uzm. Dr. Neslihan TAŞTEPE

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı,
Adana, Türkiye
ntastepe1@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-3307-2436

Uzm. Dr. Mustafa TUNÇTÜRK

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı
ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh
Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye
drmustafatuncurk@gmail.com
ORCID: 0000-0003-3928-3194

Uzm. Dr. Gözde ULAŞ

Serbest Hekim, İzmir, Türkiye
1gozdeulas@gmail.com
ORCID: 0000-0003-3882-7268

Editörler Kurulu/Editorial Board

Prof. Dr. Aynur AKAY

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı,
İzmir, Türkiye
pekcanlara@yahoo.com
ORCID: 0000-0001-7535-1735

Prof. Dr. Ömer Faruk AKÇA

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

Prof. Dr. Devrim AKDEMİR

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı,
Ankara, Türkiye
devrimakdemir@yahoo.com
ORCID: 0000-0003-2116-4461

Prof. Dr. Ayşe RODOPMAN ARMAN

Serbest Hekim, İstanbul, Türkiye
aarman@marmara.edu.tr
ORCID: 0000-0002-6884-0706

Prof. Dr. Ayhan BİLGİÇ

Serbest Hekim, İzmir, Türkiye
bilgicayhan@yahoo.com
ORCID: 0000-0003-0703-2630

Prof. Dr. Murat COŞKUN

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı
ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
drmc78@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4808-5870

Prof. Dr. Ayhan CÖNGÖLOĞLU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye
ayhancongologlu@gmail.com
ORCID: 0000-0003-2880-2446

Prof. Dr. Füsun ÇUHADAROĞLU ÇETİN

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı,
Ankara, Türkiye
fusunc@hacettepe.edu.tr
ORCID: 0000-0002-6088-0308

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► EDITÖRLER KURULU

Prof. Dr. Onur Burak DURSUN

Trabzon Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Trabzon, Türkiye
onurburak007@yahoo.com
ORCID: 0000-0003-2990-9851

Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
eyercan@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-9844-8342

Prof. Dr. Neşe PERDAHLI FİŞ

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
nepfis@yahoo.com
ORCID: 000-0002-4806-0876

Prof. Dr. Cem GÖKÇEN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erenköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye
drce78@hotmail.com
ORCID: 0000-0003-3824-5890

Prof. Dr. Özlem Yıldız GÜNDOĞDU

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye
ozlem.gundogdu@kocaeli.edu.tr
ORCID: 0000-0002-1303-1645

Prof. Dr. Yasemen İŞİK

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
taneryasemen@yahoo.com
ORCID: 0000-0002-7636-0390

Prof. Dr. Neslihan İNAL

Serbest Hekim, İzmir, Türkiye
neslihanemir@hotmail.com
ORCID: 0000-0003-3235-923X

Prof. Dr. Elvan İŞERİ

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
ekaracan@gazi.edu.tr
ORCID: 0000-0001-6833-6262

Prof. Dr. Gül KARAÇETİN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye
drgul21@yahoo.com
ORCID: 0000-0002-9109-6559

Prof. Dr. Birim GÜNAY KILIÇ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
birimkilic@yahoo.com
ORCID: 0000-0002-4566-2564

Prof. Dr. Ebru ÇENGEL KÜLTÜR

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
ebru.kultur@gmail.com
ORCID: 0000-0001-5995-2178

Prof. Dr. Nursu ÇAKIN MEMİK

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye
nursucakinmemik@gmail.com
ORCID: 0000-0001-9029-3457

Prof. Dr. Caner MUTLU

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

Prof. Dr. Özlem ÖZEL ÖZCAN

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye
drozozlem@yahoo.com
ORCID: 0000-0003-3267-2648

Prof. Dr. Dilşad FOTO ÖZDEMİR

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
dilsad_ozdemir@yahoo.com
ORCID: 0000-0002-9077-8419

Prof. Dr. Fevziye TOROS

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye
fevziyetoros@gmail.com
ORCID: 0000-0001-5402-9157

Prof. Dr. Fatih ÜNAL

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
dr.fatih.unal@gmail.com
ORCID: 0000-0001-8386-9884

Prof. Dr. Pınar VURAL

Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
apvural@gmail.com
ORCID: 0000-0002-3358-0019



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► EDITÖRLER KURULU

Doç. Dr. Burcu ERSÖZ ALAN

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
burcuerso2@yahoo.com
ORCID: 0000-0002-3704-0722

Doç. Dr. Ülkü AKYOL ARDIÇ

Serbest Hekim, İzmir, Türkiye
ulkuakyol@yahoo.com
ORCID: 0000-0002-8837-6373

Prof. Dr. Burak BAYKARA

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
urakbaykara@gmail.com
ORCID: 0000-0002-1530-0159

Doç. Dr. Esra ÇÖP

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye
esratas77@yahoo.com
ORCID: 0000-0001-8451-0099

Doç. Dr. Gülser ŞENSES DİNÇ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye
gulserdinc@yahoo.com
ORCID: 0000-0001-5556-3175

Prof. Dr. Vahdet GÖRMEZ

İbn Haldun Üniversitesi Psikoterapi Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, Türkiye
vahdetgormez@gmail.com
ORCID: 0000-0002-2704-9520

Prof. Dr. Esra GÜNEY

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara
dresraguney@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4043-8301

Doç. Dr. Zehra HANGÜL

Serbest Hekim, Adana, Türkiye
zehratopal86@gmail.com
ORCID: 0000-0001-8397-5636

Doç. Dr. Ümit IŞIK

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye
crsumt@gmail.com
ORCID: 0000-0001-6006-3247

Doç. Dr. Ali Güven KILIÇOĞLU

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
gkilicoglu@yahoo.com
ORCID: 0000-0002-2178-0232

Prof. Ayşe KUTLU

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

Doç. Dr. Mahmut Cem TARAKÇIOĞLU

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
mtarakcioglu@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-0159-1864

Doç. Dr. Yasemin TAŞ TORUN

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
ysmn.ts@gmail.com

ORCID: 0000-0002-4922-7594

Doç. Dr. Çiğdem YEKTAŞ
Serbest Hekim, İstanbul, Türkiye
cigdem.yektas@uskudar.edu.tr
ORCID: 0000-0002-5951-7253



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 Kliniği, İzmir, Türkiye
ali.saffet.gonul@ege.edu.tr
ORCID: 0000-0003-3522-1359

Prof. Dr. Ayşegül ÖZERDEM

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

Prof. Dr. Mücahit ÖZTÜRK

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

Prof. Dr. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU

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

Prof. Dr. Ömer AYDEMİR

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

Prof. Dr. Rasim Somer DILER

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

Prof. Dr. Nahid Motavallı MUKADDES

İstanbul Nahit Motavallı Mukaddes
Muayenehanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi,
İstanbul, Türkiye
nmotavalli@yahoo.com
ORCID: 0000-0001-5846-616X

Prof. Dr. Cesar SOUTULLO

Texas Society of Child and Adolescent
Psychiatry
ugolini@tin.it
ORCID: 0000-0003-4348-0772

Prof. Dr. Christoph CORRELL

Director Department of Child and
Adolescent Psychiatry, Psychosomatic
Medicine and Psychotherapy
christoph.correll@northwell.edu
ORCID: 0000-0002-7254-5646

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
ORCID: 0000-0002-7434-4178

Prof. Dr. Mary FRISTAD

Nationwide Children's Hospital, Clinic of
Pediatrics, Columbus, Ohio
mary.fristad@osumc.edu
ORCID: 0000-0002-3189-2166

Prof. Dr. Yankı YAZGAN

Güzel Günler Danışmanlık Merkezi, İstanbul,
Türkiye
yanki.yazgan@yale.edu
ORCID: 0000-0002-4327-4808

Prof. Dr. Ellen LEIBENLUFT

National Institute of Mental Health,
Chief, Section on Mood dysregulation and
Neuroscience
leibs@mail.nih.gov
ORCID: 0000-0001-8971-2087

Dil Editörü/Language Editor

Türkçe;

Arş. Gör. Dr. Buse AKINCI

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye
buseakincii@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4340-5097

Arş. Gör. Dr. Dilara ÖZDEMİR

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye
dilarac8@gmail.com
ORCID: 0000-0001-5794-5783

İngilizce;

Arş. Gör. Dr. Setenay SARIOĞLU

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye
sarioglusetenay@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4284-9411

Arş. Gör. Dr. Hansa Betül ÖZ GENİŞOĞLU

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye
hansabetuloz@hotmail.com
ORCID: 0009-0004-4682-8580

Arş. Gör. Dr. Setenay ADIGÜZEL

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk
ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalı, Ankara, Türkiye
seten95@gmail.com
ORCID: 0009-0002-6776-2109



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

"Amaç ve Kapsam", "Yazarlara Bilgi" ve "Yayın Etiği" hakkında daha fazla bilgi için lütfen derginin web sayfasını (<https://www.cogepderg.com/>) ziyaret edin.

Derginin editöryal ve yayın süreçleri ile etik kuralları ICMJE, WAME, CSE, COPE, EASE ve NISO gibi uluslararası kuruluşların kurallarına uygun olarak şekillenmektedir. Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi; **TÜBİTAK/ULAKBİM, EBSCO Central & Eastern European Academic Source, Gale, CABI, ProQuest, IdealOnline, J-Gate, Türk Medline, Hinari, GOALI, ARDI, OARE, AGORA** ve **Türkiye Atıf Dizini**'nde indekslenmektedir.

Dergi elektronik ortamda yayımlanmaktadır.

Sahibi: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği adına Eyüp Sabri Ercan

Sorumlu: Ali Evren Tufan

Please refer to the journal's webpage (<https://www.cogepderg.com/>) for "Aims and Scope", "Instructions to Authors" and "Ethical Policy".

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 ICMJE, WAME, CSE, COPE, EASE, and NISO. The Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health is currently indexed in the **TUBİTAK/ULAKBİM, EBSCO Central & Eastern European Academic Source, Gale, CABI, ProQuest, IdealOnline, J-Gate, Türk Medline, Hinari, GOALI, ARDI, OARE, AGORA** and **Turkish Citation Index**.

The journal is published electronically.

Owner: Eyüp Sabri Ercan on Behalf of Turkish Association for Child and Adolescent Psychiatry

Responsible Manager: Ali Evren Tufan



Yayınevi İletişim/Publisher Contact

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

Telefon/Phone: +90 (530) 177 30 97 / +90 (539) 307 32 03

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

Web: www.galenos.com.tr

Yayıncı Sertifika No/Publisher Certificate Number: 14521

Online Yayın Tarihi/Online Publishing Date: Kasım 2025/November 2025

E-ISSN: 2687-3532

Yılda üç kez yayımlanan süreli yayındır.

International periodical journal published three times in a year.

► İÇİNDEKİLER

DERLEME / REVIEW

- 128 **Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Nörolojik Silik Belirtiler**
Neurological Soft Signs in Children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder
Merve Kuz Keleş, Halit Necmi Uçar, Fatih Hilmi Çetin; Konya, Türkiye

ÖZGÜN ARAŞTIRMALAR / ORIGINAL ARTICLES

- 138 **Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Çocuk-Ergen Formu'nun Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması**
Adaptation of the Post-Traumatic Cognitions Inventory for Children and Adolescents to Turkish Culture: Validity and Reliability Study
Zeliha Traş, Hikmet Beyza Yakıcı; Konya, Türkiye
- 147 **Ebeveyn Tutumları ve Çocuk Davranış Problemleri Arasındaki İlişkide Ebeveyn Mükemmeliyetçiliğinin Aracı Rolü**
The Mediating Role of Parental Perfectionism in the Relationship Between Parenting Styles and Child Behavior Problems
Merve İnce, Berna Akçınar, Simay Yılmaz; İstanbul, Türkiye
- 158 **Çocukluk Çağı Travmaları ve Sınırdaki (Borderline) Kişilik Özellikleri İlişkisi Üzerine Bir Meta-Analiz Çalışması**
A Meta-Analysis Study on the Relationship Between Childhood Traumas and Borderline Personality Traits
Melisa Minaz, Asuman Kurt, Sümeyye Ökmen, Nihan Sölpük Turhan; İstanbul, Türkiye
- 170 **Assessing Public Interest in Autism in Türkiye Using Google Trends**
Türkiye'de Otizme Yönelik Kamu İlgisinin Google Trends Kullanılarak Değerlendirilmesi
Berhan Akdağ, Seda Bozduman Çelebi, Hülya Binokay, Ertan Kara; Mersin, İstanbul, Adana, Türkiye
- 175 **Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesine İlişkin Yönetmelik (ÇÖZGER) Sonrası Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Alanında Uygulamada Karşılaşılan Zorluklar**
The Difficulties Faced in Practices in Child and Adolescent Psychiatry After the Acceptance of the Regulation on Assessment of Special Needs for Children (RASNC)
Seda Bozduman Çelebi, Meryem Özlem Kütük; İstanbul, Adana, Türkiye
- 187 **Parents' Sharenting Behaviors and Risk Perceptions: A Comparative Study of Mothers and Fathers**
Ebeveynlerin Paylaşan Ebeveynlik Davranışları ve Risk Algıları: Anneler ve Babalar Arasında Karşılaştırmalı Bir Çalışma
Gökçe Nur Say, Rabia Bodur, Elif Pekmezci Yazgı, Gül Bilgin Kaçmaz, Tuğba Ayçiçek Dinçer; Samsun, Türkiye
- 195 **Çocuk ve Gençlerde Yeme Bozukluğu Ölçeği: Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması**
The Eating Disorder Scale for Children and Adolescents: Study of the Turkish Validity and Reliability
Oğulcan Remzi Çıray, Esra Sizer; İzmir, Mardin, Türkiye
- 203 **Otizm Farkındalık Eğitiminde Etkileşimli Video Kullanımına İlişkin Sağlık Çalışanlarının Görüşlerinin İncelenmesi**
Investigation of Health Workers' Opinions on the Use of Interactive Video in Autism Awareness Education
Elif Abanoz, Bahadır Turan, İbrahim Selçuk Esin, Rabia Madan Ozdemir, Onur Burak Dursun; Sivas, Trabzon, Ankara, Türkiye



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► İÇİNDEKİLER

OLGU SUNUMU / CASE REPORT

- 211 **Approach to the Adolescent Patient Diagnosed with Cystic Fibrosis and Asperger's Syndrome: A Case Report**
Kistik Fibrozis ve Asperger Tanılı Ergene Yaklaşım: Bir Olgu Sunumu
Ayşe Merve Benk, İrem Damla Çimen; Tokat, Kocaeli, Türkiye

2025 İNDEKS / 2025 INDEX

2025 Hakem Dizini / 2025 Referee Index
2025 Yazar Dizini / 2025 Author Index
2025 Konu Dizini / 2025 Subject Index

► EDITÖRDEN / EDITORIAL

Değerli Meslektaşlarım ve Alanımızın Kıymetli Profesyonelleri,

Dergimizin 2025 yılı içindeki son sayısı ile tekrar karşınızda olmaktan mutluluk duyuyoruz. Bu sayımızda yedi özgün çalışma ve bir olgu sunumu yer almaktadır. İlk makalemiz çocukluk çağı travmaları ve sınırda kişilik özelliklerinin ilişkisini değerlendiren çalışmaların bir meta-analizini içermektedir. Bu derlemenin alan yazına katkıda bulunacağını umuyoruz. Travma sonrası bilişler ölçeği çocuk-ergen formunun Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliğini değerlendiren diğer çalışma da meta-analizde yer alan konuyu derinleştirmektedir.

Nörogelişimsel bozukluklar içerisinde yer alan ve çocuk-ergen psikiyatrisi uygulamalarında önem taşıyan otizm spektrum bozukluğu üzerine bu sayımızda iki makale yer almaktadır. Bu makalelerden ilkinde sağlık çalışanlarının otizm farkındalık eğitiminde etkileşimli video kullanımına ilişkin görüşleri, diğerinde ise ülkemizde otizm ile ilgili yapılan internet taramalarında gözlenen eğilimler değerlendirilmiştir. Çocuklar için özel gereksinim değerlendirmesi ile ilgili yönetmeliğin kabulü sonrasında uygulamalarda karşılaşılan zorluklara ilişkin diğer bir makale ise hem otizm spektrum bozukluğu hem de diğer nörogelişimsel bozuklukları olan çocuklarla çalışan klinisyenler için faydalı veriler içermektedir.

Çocuk ve gençlerde yeme sorunları da sık olarak gözlenmekte ve bu sorunların değerlendirilmesi için geliştirilmiş özgün ve uyarlama ölçeklere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sayımızda yer alan ve çocuk ve gençlerde yeme bozukluğu ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirildiği çalışmanın alan yazındaki bu eksikliği gidermeye katkısı olabileceğini düşünüyoruz.

İnternet ve sosyal medya kullanımının yaygınlaşması ile ebeveynlerin çocukları hakkındaki paylaşımlarının arttığını ve çeşitlendiğini gözlemlemekteyiz. Bu sayımızda yer alan bir makalede ebeveynlerin sosyal medya üzerinden paylaşım davranışları ve bu davranışlarla ilgili risk algıları değerlendirilmiştir.

Çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanları olarak hem ruhsal sorunları/ nörogelişimsel bozuklukları hem de tıbbi hastalıkları olan çocuklarla çalışabilmekteyiz. Bu sayımızda yer alan ve kistik fibrozu ve Asperger sendromu olan bir ergenin tanı, tedavi ve izlemini detaylandıran olgu sunumunun bu tür karmaşık olgular ve aileleri ile çalışan klinisyenlerin bilgilerini zenginleştireceğini umuyoruz.

Dergimize hem ulusal hem de uluslararası ilgi ve talebin artmaya devam ettiğini mutlulukla gözlemlemekteyiz. Bu süreçte katkıları olan tüm yazarlar, hakemler, yardımcı editörler, editörler kurulu üyeleri ve vekil editör Prof. Dr. Sevay ALŞEN GÜNEY'e teşekkür ediyor, keyifli okumalar diliyorum.

En içten sevgi ve saygılarımla,

Prof. Dr. Ali Evren TUFAN

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Nörolojik Silik Belirtiler

Neurological Soft Signs in Children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder

Merke Kuz Keleş, Halit Necmi Uçar, Fatih Hilmi Çetin

Diamind Çocuk-Ergen Psikiyatri ve Psikoterapi Kliniği, Konya, Türkiye

ÖZ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), DE, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri ile karakterize bir bozukluktur. DEHB'deki temel eksiklik olarak davranışsal inhibisyon bozukluğu öne sürülmüştür. Sakarlık, sağ-sol karıştırma, algısal-motor koordinasyon bozukluğu, tekrarlayan motor testlerde yavaşlık ve disgrafi gibi lokalize olmayan silik nörolojik bulgular (SNB) DEHB olan çocuklarda oldukça yaygın saptanmaktadır. Bu derlemede de Google Akademik ve PubMed veri tabanlarında yer alan DEHB olan çocuklarda SNB'leri araştıran çalışmalar gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Nörolojik silik belirti, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, taşma, disritmi

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a disorder characterized by symptoms of AD, hyperactivity and impulsivity. Behavioral inhibition disorder has been suggested as the main deficiency in ADHD. Non-localized neurological soft signs (NSS) such as clumsiness, right-left confusion, perceptual-motor coordination disorder, slowness in repetitive motor tests, and dysgraphia are common in children with ADHD. In this review, studies investigating NSS in children with attention ADHB in Google Scholar and PubMed databases are reviewed.

Keywords: Neurological soft sign, attention deficit and hyperactivity disorder, overflow, dysrhythmia

Giriş

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), genel olarak erken çocuklukta başlayan, bireyin yaşına uygun olmayan DE, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileriyle seyreden nörogelişimsel bir bozukluktur.¹ Bireyin yaşamında sosyal, duygusal, zihinsel, davranışsal ve akademik alanlarda sorunlara yol açarak, belirtileri %40-60 oranında yaşam boyu sürebilmektedir.^{2,3}

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 1952'de yayınladığı Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın (DSM) birinci baskısı [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-I)*] ile "minimal beyin hasarı" ismiyle DEHB benzeri belirtilerin adlandırıldığı görülmektedir. Son olarak da DSM-5 ile nörogörüntüleme çalışmalarıyla kortikal immatürasyonun tespit edilmesiyle "nörogelişimsel bozukluklar" grubunda yer almıştır.¹

DEHB çocukluk çağıının en sık görülen ruhsal bozuklukları arasında yer almaktadır.⁴ Ancak metodolojik farklılıklar

nedeni ile yapılan araştırmalarda yaygınlığı konusunda kesin bir görüş birliğine varılamamıştır.⁵ Ülkemizde orta sınıf şehir merkezi, şehir merkezindeki gecekondu, köy ve kasabalarda yapılandırılmış tanısal görüşme kullanarak 1.084 çocuğun değerlendirildiği bir çalışmada DEHB prevalansı ise %2,4 iken eşik altı belirtileri olanları dahil edince %4,6 olarak bulunmuştur. Yerleşim yerlerine göre kıyaslanınca prevalansın köylerde %4,6 ile diğer bölgelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.⁶ DEHB prevalansı ile ilgili olarak %1-20 gibi geniş bir aralık bildirilmektedir.⁴ Ülkemizde yapılan çocukluk çağı psikopatoloji sıklığının araştırıldığı bir çalışmada DEHB'nin çocukluk çağıında karşılaşılan en sık ruhsal bozukluk olduğu ve %12,4-19,5 sıklıkta görüldüğü bildirilmiştir.⁷

En sık görülen ve araştırılan bozukluklardan biri olan DEHB karmaşık görünümü nedeniyle de etiyolojisi tam olarak bilinmese de hastalığın gelişiminde genetik, nöroanatomi, nörofizyolojik, nörokimyasal, çevresel ve psikososyal etkenlerin rol aldığı çalışmalarda gösterilmiştir.⁸

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Merve Kuz Keleş, Uzm. Dr., Diamind Çocuk-Ergen Psikiyatri ve Psikoterapi Kliniği, Konya, Türkiye

E-posta: drmervekuz@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0001-9294-0347

Geliş Tarihi/Received: 31.08.2023 **Kabul Tarihi/Accepted:** 15.06.2024 **Epub:** 04.05.2025 **Yayınlanma Tarihi/Publication Date:** 11.11.2025

Atf/Cite this article as: Kuz M, Uçar HN, Çetin FH. Neurological soft signs in children with attention deficit and hyperactivity disorder.

Turk J Child Adolesc Ment Health. 2025;32(3):128-37



DEHB'li bazı çocuklarda, taşma hareketlerinin kalıcılığı, motor yanıtların zamanlamasının bozulması ve ince motor yeteneklerdeki eksiklikler dahil olmak üzere, motor sistemde çoklu anormallikler tanımlanmıştır.⁹ Sakarlık, sağ-sol karıştırma, algısal-motor koordinasyon bozukluğu, tekrarlayan motor testlerde yavaşlık ve disgrafi gibi lokalize olmayan silik nörolojik bulgular (SNB) DEHB olan çocuklarda oldukça yaygın saptanmaktadır.¹⁰ Daha fazla dikkatsizlik, motor koordinasyondaki daha büyük zorluğun habercisi olduğundan, dikkatsizlik ve hareket güçlükleri arasında güçlü bir ilişki vardır.¹¹ Bu derlememizde "Google Scholar" ve "PubMed" arama motorlarında "SNB", "ruhsal bozukluklar", "DEHB", "çocuk ve ergen", "neurological soft signs", "mental disorder", "attention deficit hyperactivity disorder", "child and adolescent" kelimeleri kullanılarak tarama yapılmış ve DEHB olan çocuklarda SNB'leri araştıran çalışmalar gözden geçirilmiştir. Bu yazıda öncelikle SNB'lerin tanımı, patofizyolojisi ve psikiyatride diğer tanımlarla ilişkisi ele alınacak, sonra DEHB olan çocuklarda SNB'ler ile ilgili yapılan çalışmalar ayrıntılı olarak aktarılacaktır. Tablo 1'de literatür taraması sonucu gözden geçirilen çalışmaların özetine yer verilmiştir.

Silik Nörolojik Belirtiler

SNB, nörolojik muayenede saptanan beyin özgül bir bölgesine ait olmayan, nörolojik bir sendromun parçası olmayan motor ve/veya duyuşsal bozukluklardır. SNB'nin kökenleri tam bilinmemekle birlikte, bazı yazarlar duyuşsal ve motor sistem entegrasyonundaki, bazıları ise bazal ganglionlar ve limbik sistem gibi subkortikal yapılarıdaki eksikliklerden kaynaklandığını öne sürmektedir.¹² Tipik olarak gelişmekte olan küçük çocuklarda sıklıkla SNB'yi gözlemlemek normal olsa da, daha sonraki çocukluk ve ergenlik döneminde silik belirtilerin kalıcılığı motor işlev bozukluğunu düşündürmekte ve atipik nörolojik gelişimin bir belirtisi olarak karşımıza çıkmaktadır.¹³

En sık karşımıza çıkan SNB'ler; taşma hareketleri, istemsiz hareketler, disritmi, dismetri ve intansiyonel tremor ile temsil edilmektedirler. Taşma hareketleri; bir motor görevi verimli bir şekilde tamamlamak için özel olarak ihtiyaç duyulmayan vücut parçalarının hareketleri olarak tanımlanmaktadır.¹³ İstemsiz hareketler kol veya bacak titremesi, garip duruş ve koreiform hareketlerdir. İstemsiz hareketler arasında en çok çalışılan, istemsiz rastgele, sıçrayıcı ile karakterize edilen koreiform hareketlerdir. Disritmi, hareket düzenindeki bir anormalliktir; hareketin uygun olmayan ritmi veya zamanlaması olarak görülebilmektedir.¹⁴ Dismetri, hareketin yörüngesine odaklanamama ve ekstremiteler koordinasyonunu sağlayamaz. Hedefe yönelik motor hareketler sırasında görülen esansiyel tremor, hedefe yaklaştıkça hareket hattına dik açıda artan ritmik salınımı içermektedir.¹⁵

Çocuklarda SNB değerlendirmek için çalışmalarda ve klinik pratikte farklı test bataryaları uygulanabilmektedir. Bunlardan ilki Guy¹⁶ tarafından geliştirilen "physical and neurological examination for soft signs" (PANESS); silik belirtilerin fiziksel ve nörolojik muayenesidir. PANESS, yürüyüşler, denge, motor dayanıklılık, koordinasyon, taşma hareketleri, disritmi ve

zamanlanmış hareketler dahil olmak üzere motor fonksiyonun göze çarpan bileşenlerini ölçmektedir.¹⁷ Daha sonra revize edilerek, "the revised neurological examination for subtle signs" (NESS); silik belirtilerin nörolojik muayene formu şeklinde klinik uygulamada kullanılmış ve silik gelişimsel değişikliklere ve merkezi sinir sistemi gelişimindeki silik motor kusurları ortaya çıkarmaya duyarlı olduğu gösterilmiştir. Motor koordinasyon; karmaşık hareket dizilerini gerçekleştirme kapasitesi; duyuşsal entegrasyonla ilgili işlevler; diğer olmak üzere 4 alt gruba ayrılmış 26 madde içermektedir.¹⁸

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Silik Nörolojik Belirtiler Patofizyolojisi: Ağ İnhibisyon Hipotezi

Suplemer motor alan (pre-SMA) bölgesi anterior prefrontal bölgelere bağlıdır ve striatal çıktılar pre-SMA'dan kaudat çekirdeğe, orta ve rostral putamenlere uzanmaktadır.^{19,20} DEHB'li çocukların anatomik görüntüleme çalışmaları, kontrollere kıyasla hacim ve kalınlık azalması dahil olmak üzere pre-SMA alanda lokalize anomaliler olduğunu bildirmiştir.^{21,22} Bu alanın, motor planlamada ve otomatikten istemli kontrollü eylemlere geçişte ve yanıt inhibisyonunda önemli bir rolü olduğu gösterilmiştir.^{23,24}

DEHB ile ilişkili değişiklik gösteren özellikle motor kontrolde önemli rolü olan alan beyindeki bir diğer bölge ise serebellum ve özellikle posterior serebellar vermistir.²⁵⁻²⁷ Aslında, DEHB'li erkeklerde serebellum posterior vermisin boyutu önemli ölçüde azalmıştır. Dopamin membran taşıyıcısı, dopamin aksonlarının spesifik bir belirtici ve serebellar vermis, seçici dopamin-taşıyıcı benzeri immünoreaktif aksonlar içermektedir.²⁸ Başka bir fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışması, alt posterior serebellar hemisferlerin azaltılmış hacminin, DEHB'li hastalarda kötü klinik sonuçla ilişkili olduğunu göstermiştir.²⁹

Bir fMRI çalışmasında, Sakai ve ark.³⁰ pre-SMA ile serebellumun arka lobu arasındaki bazı etkileşimleri göstermiş ve yanıt seçiminde pre-SMA, zamanlama ayarında serebellar arka lobun aktif olduğunu ve primer motor korteksin hem pre-SMA hem de serebellum ile bağlantılar aldığını bulmuşlardır. Hem bazal ganglionların hem de serebellumun, çalışma belleği, eylem planlama ve karar verme ile ilgili aktivitesi nedeniyle üst düzey bilgi işleme bölgesi olan prefrontal korteks ile kortiko-bazal gangliyon ve kortiko-serebellar ağ bağlantılarına sahip olduğu ifade edilmiştir.³¹ Serebellumun karmaşık motor ve bilişsel tepkilerin seçimini, başlatılmasını ve performansını belirleyen kortiko-striatal-talamo-kortikal devreler üzerindeki etkisinin araştırılması için çok umut verici görünmektedir.^{32,33}

Bu çalışmalar, DEHB'de SNB için bazal ganglionlar, serebellum ve serebral korteks arasındaki ara bağlantıların merkezi bir role sahip olduğu; DEHB'de SNB'nin patofizyolojisinin temelinde bir "ağ inhibisyonu hipotezi" olduğuna dair kanıtları desteklemektedir.³⁴ İstemli hareketlerin inhibisyonunda SNB'nin oluşumunda dopamin fonksiyonunun önemi, tekrarlayan motor görevlerdeki eksikliklerin kortikal ve bazal ganglion yapılarındaki işlevsiz dopaminerjik devrelerden

kaynaklandığına dair kanıtlardan kaynaklanmaktadır. Nigrostriatal dopamin yolağındaki disfonksiyon DEHB ile ilişkili, kas gruplarının kontrolü ve zamanlama ile ilgili problemler dahil olmak üzere birçok SNB'ye neden olmaktadır.³⁵ Tekrarlayan motor görevlerde hareket hızında yavaşlama bulunması, serebellum ve bazal ganglionlardaki fonksiyonel eksikliklerle bağlantılıdır. SNB etiolojisinde, DEHB'li ilaç kullanmamış çocuklarda olması ve metilfenidat (MPH) ile tedaviden sonra belirtilerin iyileşmesi nedeniyle, bir dopamin disfonksiyonu olasılığını desteklemektedir.³⁶

Psikiyatrik Tanılarda Silik Nörolojik Belirtiler

SNB ile ilk atak psikoz, duygudurum bozuklukları, DEHB, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve otizm spektrum bozuklukları (OSB) gibi artan psikiyatrik bozukluk riski arasında pozitif ilişkiler bulunmuştur. Bu bulgu, SNB'nin atipik nörolojik gelişim için olası bir belirteç olabileceğini düşündürmekte ve SNB ile çocukluk çağı nörogelişimsel bozuklukları arasındaki ilişkinin klinik ve araştırma sonuçlarının daha fazla tanınmasına duyulan ihtiyacı göstermektedir.

Motor defisitler, OSB'li bireylerde en erken ve en belirgin belirtiler arasındadır ve temel sosyal ve iletişimsel belirtilerden önce gelmektedir.³⁷ Literatür bulguları, kaba ve ince motor becerilerindeki gecikmelerin OSB'li bebekleri tipik gelişen yaşlılarından ayıran en erken saptanabilen belirtiler olduğunu göstermektedir.³⁸ Gelişimin ilerleyen dönemlerinde, motor koordinasyondaki defisitler, atipik yürüyüş ve duruş ve beceri gerektiren hareketlerde zorluk ile motorla ilişkili defisitler devam ederek daha belirgin hale gelmektedir.^{39,40} Halayem ve ark.⁴¹ Krebs'in SNB ölçeği ile OSB'li çocuklar ile bir kontrol grubu arasında duysal, görsel-işitsel entegrasyon ve motor koordinasyon işlevinde önemli farklılıklar bulmuşlardır.

Duygudurum bozukluklarıyla ilgili SNB çalışmaları literatürde daha az yer almaktadır. Bipolar bozukluk (BPB) tanısı olan hastalarda özellikle sıralı motor ve ritmik hareketlerde daha çok bozulmanın olduğu ve motor becerilerdeki bu bozulmanın depresif dönemlerle bağlantılı olduğu bulunmuştur.⁴² BPB'de yapılan nörogörüntüleme çalışmaları çoklu depresif atakları olanlarda beyaz cevher hiperintensitesi ve serebellar anomaliler bulmuş ve bununda motor anormalliklerle ilişkili olabileceği düşünülmüştür.⁴³

Udal ve ark.⁴⁴ 6-18 yaş arası DEHB, BPB, DEHB+BPB tanılı çocuk ve ergen ile sağlıklı grup arasında yaşa göre standardize edilmiş bir nöromotor test bataryasının klinik uygulamada erken başlangıçlı BPB ile DEHB arasında ayırım yapmaya yardımcı olabileceğini bulmuşlardır. DEHB'li grubu BPB tanılı gruptan ayırmada SNB'lerin pozitif prediktif değeri %89 olarak ebeveyn ve öğretmen formlarından daha iyi ayırdığı bulunmuştur.⁴⁴

Literatürde anksiyete bozuklukları ve SNB ilişkisini inceleyen az sayıda çalışma vardır. Ülkemizde yapılan 7-12 yaş aralığında anksiyete bozukluğu ve DEHB tanılı çocukların SNB açısından karşılaştırıldığı çalışmada DEHB'li olan çocukların SNB açısından daha kötü oldukları bildirilmiştir.⁴⁵

OKB tanısı olan çocuklarda SNB'yi araştıran az sayıda çalışma vardır ve sonuçları çelişkilidir. Hollander ve ark.⁴⁶ OKB

hastalarında kontrollere kıyasla ince motor koordinasyon, görsel uzamsal hareketlerinde ve istemsiz hareketlerde önemli farklılıklar bildirmiştir.

Çoğu çalışmada, OKB hastaları motor koordinasyon ve duysal entegrasyon alanlarında SNB olduğu ve bunların varlığının daha şiddetli obsesyonlarla ilişkili olabileceği gösterilmiştir.⁴⁷

Çalışmalar SNB'nin ilk atak psikotik hastalarda sağlıklı kontrollere göre daha yaygın olduğunu göstermektedir.^{12,48} Peralta ve ark.⁴⁸ şizofreni spektrum bozukluğu olan 177 ilk atak antipsikotik alan hastaların %78'inin en az bir nörolojik işlev bozukluğu gösterdiğini bildirmiştir.⁴⁸ SNB'nin psikotik olmayan, genetik olarak yüksek riskli, şizofreni tanılı en az iki birinci derece ve/veya ikinci derece akrabası olan bireylerde sağlıklı kontrollere göre daha sık olduğu bulunmuştur.⁴⁹

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Olan Çocuklarda Silik Nörolojik Belirtiler Üzerine Yapılan Çalışmalar

Taşma, motor yanıt zamanlamasında bozulma ve zayıf motor koordinasyon DEHB'li çocuklarda en belirgin motor anormallikler gibi görünmektedir. Bunlar, motor ve premotor devrelerdeki beyaz cevher anormallikleri ve motor kontrolle ilgili frontal-striatal-serebellar ağların işlev bozukluklarını yansıtabilmektedir.^{34,50,51} Yaşamın ilk on yılının ötesinde motor taşmanın anormal kalıcılığı, DEHB ve diğer gelişimsel anormallikler ile ilişkili olduğu gösterilmiş⁵² ve nörogelişimsel bozukluklarla ilişkili inhibitör ağların gecikmiş olgunlaşmasının karakteristiği olduğu vurgulanmıştır.⁵³ DEHB'li çocuklarda, transkraniyal manyetik uyarmı (TMU) kullanılarak yapılan çalışmalarda, motor taşmanın nöral bulguları, kontrol deneklerine kıyasla DEHB'li çocuklarda önemli ölçüde azalmış transkallozal (interhemisferik) inhibisyonu içermektedir.⁵⁴ Yetersiz interhemisferik inhibisyon ayna taşması için şüpheli mekanizma olduğundan TMU verileri tipik olarak gelişen ve DEHB olan çocuklarda ayna taşması için ortak bir fizyolojik/olgunlaşma temeli önermektedir.^{55,56}

Denckla ve Rudel⁵⁷ 48 hiperaktif çocuk ile (normal zeka düzeyindeve öğrenme güçlüğü olmayan) 50 sağlıklı erkek çocuğu koordinasyon testleri kullanarak karşılaştırdıkları çalışmada, taşma hareketlerinin hiperaktif erkekleri her yaştaki sağlıklı deneklerden ayırdığını bulmuşlardır. Waber ve ark.⁵⁸ epidemiyolojik okul temelli araştırmayı kullanarak bu kavramı genişletmiş ve okul çağındaki çocuklarda taşma hareketlerinin varlığının yetersiz dikkat ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

Yedi yaşında SNB'leri olduğu bilinen 63 erkek ve 27 kız ergen, yedi yaşında SNB olmayan kontrollere karşılaştırılmıştır. SNB'leri olan ergenlerin zeka katsayılarının (IQ) anlamlı derecede daha düşük olduğu ve anksiyete, içe kapanma ve depresyonla karakterize psikiyatrik bir bozukluğa sahip olma olasılıkları daha yüksek olduğu bulunmuştur. Anksiyete tanısı konan kızların tamamının ve erkeklerin %80'inin SNB gösterdiği ve SNB'ler ile DE veya davranış bozuklukları arasında bir ilişki olmadığı gösterilmiştir. Yedi yaşındaki anksiyetenin, IQ, sosyal ve ailevi dezavantajın daha sonraki tanıya göreceli katkıları incelendiğinde nörolojik belirtiler tarafından açıklandığı

görülmüştür. SNB'lerin ve 7 yaşındaki kaygılı bağımlı davranışın, anksiyete ve içe kapanma ile karakterize psikiyatrik bozukluklar için güçlü bir yordayıcı olduğu belirtilmiştir.⁵⁹

Mostofsky ve ark.⁹ 42 DEHB'li çocuğun 30 kontrol grubuna göre önemli ölçüde daha fazla taşma hareketine sahip olduğunu ve kontralateral motor yanıt testlerinde daha fazla hata yaptığını göstermiştir. Ayrıca taşma hareketlerinin ölçümleri ile yanıt inhibisyonu ölçümleri arasında, yaşa uygun olmayan taşmanın yanıt inhibisyonunda yer alan kortikal sistemlerin olgunlaşmamışlığını yansıttığı hipotezini destekleyen pozitif korelasyonlar bulunmuştur.

Dickstein ve ark.¹⁰ DEHB'li 17 çocukta ve 20 sağlıklı kontrolde SNB'yi incelemişler ve el veya ayak lateralizasyonunda anlamlı bir grup farklılığı olmadığını ve DEHB'li grubun tekrarlayan motor görevlerde sağlıklı gruptan daha yavaş olduğunu bulmuşlardır. Bu sonuç DEHB'li çocukların tekrarlayan motor tepkilerinde bozulma olduğunu bildiren önceki bazı çalışmalarla tutarlı gözükmektedir.^{60,61}

Uslu ve ark.⁶² 21 özgül öğrenme bozukluğu (ÖGG), 23 DEHB+ÖÖG, 30 DEHB ve 74 kontrol grubunu NESS ile değerlendirerek karşılaştırmışlardır. Bu muayenede sürekli harekette taşma, disritmi ve hareket hızı anlamlı olarak kontrollerde daha düşük çıkmış olup bu üç parametre kontrolleri sağlıklı gruptan ayırabilmiştir. Ayrıca DEHB+ÖÖG'li grupta tüm bu SNB parametreleri diğer gruplara göre daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuçların DEHB'nin önemli bir nörofizyolojik özelliği olan kortikal inhibitör işlevlerde bir eksikliği gösterebileceğini ifade etmişlerdir.⁶² Disritmi ve hareket hızındaki yavaşlamanın, serebellum ve bazal ganglionlardaki fonksiyonel bozukluklarla ilişkili olduğu; geç çocukluk ve ergenlikteki (genellikle DEHB'li çocuklarda) taşmanın kalıcılığının, taşmanın inhibisyonunu destekleyen sistemlerde nörolojik gelişimsel bir gecikme ile ilgili olduğu gösterilmiştir.⁹ DEHB tanısı olan erkek çocukların ince ve kaba motor becerilerinin kontrol grubuyla karşılaştırıldığı başka bir çalışmada DEHB'si olan çocukların kontrol çocuklarına göre önemli ölçüde daha zayıf hareket kabiliyetine sahip olduğunu gösterilmiştir.¹¹

DEHB ve taşma hareketleri arasındaki ilişkide cinsiyetin etkisinin altı çizilmiş ve erkeklerde DEHB varlığı kızlara göre anlamlı derecede daha fazla taşma hareketi ile ilişkili olduğu ve dürtüsellik, hiperaktivite ve dikkatsizlik belirtilerinin hepsi olan çocuklarda taşmanın daha fazla olduğu bulunmuştur.^{9,63} SNB'nin, her iki cinsiyette de birleşik tipte sadece dikkatsizlik ya da sadece hiperaktivite ile giden DEHB'ye göre daha şiddetli olduğu; dikkatsizlik ile giden ve birleşik görümlü DEHB'li erkeklerin kontrol çocuklarına göre önemli ölçüde daha zayıf ince motor becerilere sahip olduğu bulunmuştur.¹¹ Başka bir çalışmada sadece dikkatsizlikle giden DEHB alt tipindeki erkek çocukların zamanlama ve güç kontrolünde büyük zorluk yaşadıkları ve motor sonuçlarda daha fazla değişkenlik gösterdikleri gösterilmiştir.⁶⁴

DEHB, distimik bozukluk ve anksiyete bozukluğu tanısı alan 6-12 yaş arasındaki 99 çocukta ve yaş uyumlu 20 sağlıklı çocukta yapılan kesitsel bir çalışmada DEHB ve distimik bozukluk

tanısı olan çocuklarda anksiyete bozukluğu tanısı olanlara göre SNB'nin arttığı ve tüm gruplarda sağlıklı gruba göre SNB'nin arttığı gösterilmiştir.⁶⁵

2008 yılında DEHB'li 132 çocuk ve 136 sağlıklı çocuk ile yapılan bir çalışmada ince motor becerilerinde yaşa bağlı değişiklikler ve cinsiyet farklılıkları gösterilmiştir. 7-14 yaş aralığındaki DEHB'li çocukların sürekli görevlerde başta daha yavaş olsalar da zamanla hızlandıkları gösterilmiştir. Kontrol grubu ve DEHB'li kızlar taşma ve disritmi puanlarında yaşa bağlı azalma gösterirken, DEHB'li erkek çocukların 14 yaşına kadar bu belirtilerde çok az iyileşme gösterdiği bulunmuştur. Bu değişikliklerin DEHB'li kızlara kıyasla erkeklerde motor kontrol alanlarındaki anomalilerin daha belirgin olduğu beyin nörogörüntüleme çalışmalarını desteklediğini vurgulamışlar ve cinsiyet farklılıklarının kızlarda beyin daha erken olgunlaşmasıyla ilgili olabileceğini ifade etmişlerdir.¹⁴

2008 yılında yazılan bir derlemede kontrol grubuna kıyasla DEHB çocuklarında SNB yaygınlığının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Bu nedenle tanının duyarlılığını ve özgüllüğünü artırmak ve DEHB hastalarının gerçek ihtiyaçlarını değerlendirebilmek için bu bozuklukların değerlendirme ve tanı protokollerine SNB'nin dahil edilmesini önemi vurgulanmıştır.⁶⁶

Altı-on sekiz yaş arası 64 hasta (31 kız, 33 erkek) DEHB, BPB ve DEHB+BPB gruplarını karşılaştıran başka bir çalışmada DEHB grubu ve DEHB ile BPB'nin birlikte görüldüğü grup, BPB grubuna kıyasla anlamlı derecede daha fazla SNB göstermiştir. DEHB tanısı için pozitif prediktif değeri SNB için %89 olarak bulunmuştur. Yaşa göre standardize edilmiş bir nöromotor test bataryası, klinik uygulamada DEHB'yi BPB'den ayırmada tanısallı doğruluğu artırabileceği ve BPB olan çocuklarda DEHB belirtilerinin belirti örtüşmesini mi yoksa gerçek komorbiditeyi mi yansıttığını değerlendirmeye yardımcı olabileceği vurgulanmıştır.⁴⁴

Chan ve ark.⁶⁷ 214 tipik gelişen çocuklarda erkek cinsiyette kızlara göre ve daha erken yaşlarda SNB'nin daha fazla görüldüğünü ve DEHB'si olan çocuklarda SNB insidansının sağlıklı gruba göre daha yüksek olduğunu ve motor koordinasyon ile stroop interferansı arasında anlamlı bir korelasyon olduğunu bulmuşlardır. Yapılan regresyon analizinde DEHB'si olan çocuklar ve kontroller arasında ayırım yapmak için SNB'lerin kullanımını desteklemişler ve DEHB'si olan çocuklarda SNB'nin gelişimsel bozulmanın yararlı bir belirteci olabileceğini vurgulamışlardır.

Altı-on altı yaş aralığında çoğunluğu erkek (%84) 54 DEHB'li çocukta SNB'ler ve ÖÖG belirtilerinin araştırıldığı bir çalışmada DEHB'li çocukların %84'ünde nörolojik silik belirtiler saptanmıştır. SNB'lerin eşlik eden ÖÖG'den bağımsız olduğu ve disritmi ve taşma hareketlerinin dürtüsel hiperaktif tipte daha fazla görüldüğü ve daha yüksek belirti şiddetiyle ilişkili olduğu bulunmuştur.⁶⁸

DEHB tanısı alan çocukların kardeşleri ve sağlıklı grupla yapılan bir çalışmada DEHB'li çocukların kardeşlerinde sağlıklı gruba göre SNB (taşma, yürüyüş ve duruş, sürekli hareketlerin süresi) artış olduğu bulunmuştur. DEHB tanısı olan çocukların kardeşleri, normal çocuklara kıyasla minör fiziksel anomalilerde anlamlı bir artış göstermezken taşma ve zamanlanmış hareketler ile minör fiziksel anormallikler arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır.⁶⁹

DEHB tanısı olan 57 çocuk (ve 80 ebeveyni) ve 60 sağlıklı çocukta (ve 75 ebeveyni) da çocuklardaki ve ebeveynlerindeki SNB'yi inceleyen bir çalışmada; DEHB'li çocuklar ve ebeveynlerinin sağlıklı çocuklardan ve ebeveynlerinden önemli ölçüde daha yüksek SNB'ye sahip olduğu ve DEHB'li çocukların SNB'si babalarının SNB'si ile annelerinkinden daha güçlü korelasyon gösterdiği bulunmuştur. SNB ile BRIEF ile değerlendirilen yürütücü işlevler arasında korelasyon bulunmamıştır, ancak DEHB'li çocuklarda disinhibisyonun hiperaktivite-dürtüsellik belirtileri ile anlamlı derecede ilişkili olduğu saptanmıştır. SNB'nin genetik olarak babalar tarafından aktarılma olasılığı daha yüksek olabileceği ve babanın SNB'sinin annenin SNB'sinden daha fazla öngörücü olabileceği vurgulanmıştır.⁷⁰

Sekiz-on iki yaş arasındaki 12 DEHB, 12 OSB, 12 tipik gelişen çocuklar SNB muayenesiyle sürekli hareketlerin toplam hızı, taşma ve disritmi incelendiğinde OSB çocuklarda yaş ve IQ'dan bağımsız olarak DEHB ve sağlıklı çocuklara göre daha yavaş performans gösterdiği bulunmuştur. Toplam disritminin, DEHB ve OSB'li çocukları kontrollerden ayırdığı bulunmuştur. DEHB ve OSB grupları arasında toplam hız, disritmi için anlamlı fark olsa da taşma için bulunamamıştır. Fronto-striatal-serebellar ağların motor kontrolle ilgili disfonksiyonu, bildirilen bulguların fizyopatolojik temeli olabileceği vurgulanmıştır.⁵¹

DEHB'si olan 35 hastada tedaviden önce ve dört haftalık MPH tedavisinden sonra hiperaktivite semptomatolojisinde ve toplam 26 maddenin 21'inde SNB'lerde anlamlı azalma gösterdiği bulunmuştur. SNB'nin iyileşmesi ile MPH dozu ve DEHB semptomatolojisindeki iyileşme arasında korelasyon olmadığı bulunmuştur. MPH'nin dozdan bağımsız olarak SNB'ler üzerindeki olumlu etkisi ve ilerlemelerinin herhangi bir doz MPH tedavisine bağlı olabileceği gösterilmiştir.⁷¹

Yirmi yedi DEHB (23 erkek, 4 kız) ve 23 (20 erkek, 3 kız) sağlıklı kontrol ile yapılan çalışmada DEHB'li grupta sağlıklı gruba göre taşma, disritmi ve sürekli hareketlerin toplam hızının daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca DEHB'li çocuklarda sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında SNB'nin özellikle taşma hareketlerinin varlığının, planlama, yanıt inhibisyonu ve sözel çalışma belleğinde bozulma ile bağlantılı olduğu bulunmuştur.⁷²

Yedi-on bir yaş arası 33 DEHB'li çocuk (27 erkek, 6 kız) ve 21-29 yaş arası 25 yetişkin (19 erkek, 6 kız) ile yapılan çalışmada DEHB'li çocuklarda pronasyon ve supinasyon yapabilme becerisinin, tipik olarak gelişen çocuklarınkinden birkaç yıl gerisinde kalma eğiliminde olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlardan, pronasyon supinasyonu değerlendirdikleri sistemin DEHB'li çocukların nörogelişimsel gecikmesini nesnel olarak değerlendirme olanağına sahip olabileceğini vurgulamışlardır.⁷³

Çocuklarda yapılan boylamsal bir çalışmada gebelikten itibaren 7 yaşına kadar takip edilen çocuklarda yedi yaşındaki SNB, tüm alanlarda zayıf bilişsel performans ile ilişkilendirilmiştir. Her bir ek SNB, herhangi bir bilişsel skorda yaklaşık 4 birim düşüşü ve SNB, DEHB'nin tüm alt tiplerinin artmış olasılıkları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Her bir SNB, DEHB tanısı ihtimalinde %70 artış ile ilişkilendirilmiştir.⁷⁴

DEHB'li 23 çocuk ve 20 sağlıklı çocuktan oluşan bir örneklemde zihin kuramı, duygu tanımda sorun, SNB ve DEHB'de sosyal biliş bozukluğu arasındaki ilişkiyi değerlendirmişlerdir. Zihin kuramı ve duygu tanımda işlev bozukluğunun DEHB'li popülasyonda sabit bir özellik olmadığını, SNB'nin ise DEHB'li çocuklarda atipik nörogelişimin bir belirtici ve işlevsel bozukluğun şiddetinin öngörücüleri olduğunu doğruladığını göstermişlerdir.⁷⁵

Kırk sekiz DEHB, 40 anksiyete bozukluğu, 33 anksiyete bozukluğu+DEHB tanılı 7-12 yaş arası çocukların karşılaştırıldığı çalışmada DEHB grubunun SNB (taşma, yürüyüş ve duruş, toplam süre) ve yürütücü işlevler açısından diğer iki gruptan daha kötü olduğu bulunmuştur. DEHB gurubunda hem tek başına hem anksiyete bozukluğu komorbiditesi olanlarda denge sorunlarının sadece anksiyete bozukluğu olanlara göre daha yüksek olduğu ve anksiyete bozukluğu olanlarda daha fazla disritmi olduğu ama istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.⁴⁵

Altı-on sekiz yaş arasında 24 sağlıklı ve 24 DEHB'li çocuğun dahil edildiği bir çalışmada DEHB'li çocuklarda kontrol grubuna göre taşma puanları, sürekli hareketlerde toplam süre ve toplam PANESS puanlarının tipik gelişim gösteren çocuklara göre anlamlı derecede yüksek olduğu ve SNB puanlarının yaş arttıkça azaldığı bulunmuştur. DEHB alt tipleri arasında, cinsiyet, DEHB berliti şiddeti açısından SNB puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. İlaç kullanmamış grupta anlamlı olarak yüksek olan disritmi dışında tedavi sonrası NSS açısından anlamlı fark bulunmamıştır.⁷⁶

Silik Nörolojik Belirtiler ve Yürütücü İşlevlere Genel Bakış

DEHB'li çocukların sağlıklı çocuklara göre motor görevleri daha yavaş gerçekleştirdikleri ve daha fazla motor taşma gösterdiği bilinmekte ve bu motor anormallikler, özellikle motor taşmanın varlığı, bilişsel kontrol görevlerinde bozulmuş yanıt inhibisyonu ile ilişkilendirilmiştir.^{9,57,77}

Chan ve ark.⁶⁷ DEHB olan çocuklarda daha yüksek SNB insidansı ve motor koordinasyon ile stroop interferansı arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. SNB'nin çalışma belleğindeki eksikliklerini yansıttığı ve yürütücü dikkat ve bellek işlevindeki hasarın derecesi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.^{67,78} Sağlıklı çocuk ve ergenlerde (3892 katılımcı) SNB ile yürütücü işlev (stroop testi ile değerlendirilmiş) ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada SNB puanları yüksek olan ergenlerin tepki süresinde, çeldirici etkisinde daha yüksek puan ve test doğruluklarında daha düşük puan aldıkları gösterilmiştir.⁷⁹

2012'de DEHB'li 1055 çocuk ve ergenlerden oluşan geniş bir örneklemle 130 sağlıklı çocukları karşılaştıran bir çalışmada yapılan bir çalışmada, Ferrin ve Vance⁸⁰ SNB'nin DEHB'li bir çocuk veya ergenin klinik değerlendirmesine yardımcı olabileceğini ve uzamsal çalışma belleğindeki zorluklarla ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Toplum temelli 7 yaşındaki %50,47'si erkek %49,53'si kız 35.710 çocuktan alınan verilerin analiz edildiği araştırmada SNB'nin yürütücü işlevlerin tüm alanlarında daha düşük puanlar ile

ilişkili olduğu gösterilmiştir. Herhangi bir SNB prevalansı tüm grupta %31,65 ve bir çocukta görülen SNB sayısının 0-6 arasında değiştiği bulunmuştur. Her SNB toplam, sözel ve performans IQ puanlarında ve aritmetik, yazma ve okuma becerilerindeki düşüşle ilişkili olarak bulunmuştur. Gözlemlenen her bir SNB için yürütücü işlev test puanlarını yaklaşık 4 puan düşürdüğü

(standart sapmanın yaklaşık 1/3'ü) saptanmıştır. Cinsiyet farklılığının da değerlendirildiği bu çalışmada sadece geniş kapsamlı başarı testinin yazım bölümünde SNB ile ilişki kızlarda erkeklere göre daha güçlü çıkmış diğer alt testlerde cinsiyet açısından fark bulunamamıştır.⁸¹

Tablo 1. DEHB tanısı olan çocuklarda SNB üzerine yapılan çalışmalar

Araştırma	Örneklem	Değerlendirme araçları	Sonuçlar
Denckla ve Rudel ⁵⁷	48 hiperaktif erkek çocuk 50 sağlıklı erkek grup	Koordinasyon testleri ile disritmi, taşma	Taşma hareketlerinin hiperaktif erkekleri ayırt ettiği
Waber ve ark. ⁵⁸	Okul temelli epidemiyolojik 87 kız 90 erkek	Nöromotor muayene ile taşma hareketleri	Taşma hareketi yetersiz dikkat ilişkili
Shaffer ve ark. ⁵⁹	63 erkek 27 kız Kontrol grubu	Çocuk nöroloğu muayenesi ile 18 SNB	SNB olanlarda IQ daha düşük, anksiyete içe kapanma depresyon oranı yüksek
Pitcher ve ark. ¹¹	50 dikkatsiz DEHB 38 kombine DEHB 16 hiperaktif DEHB 39 kontrol erkek	MABC	SNB birleşik tipte sadece dikkatsizlik ve hiperaktiviteyle gidene göre daha şiddetli
Mostofsky ve ark. ⁹	42 DEHB 30 kontrol	PANESS Yanıt inhibisyonu ve taşma	DEHB'de taşma hareketi fazla
Dickstein ve ark. ¹⁰	17 DEHB 20 kontrol	Sürekli performans testi ile reaksiyon süresi	DEHB grubu tekrarlayan motor görevlerde yavaş
Vance ve ark. ⁶⁵	37 DEHB 37 distimik bozukluk 25 anksiyete bozukluğu 20 kontrol	SDNE disdiadokinezi, karmaşık ince motor hareketler, koreiform hareketler	DEHB ve distimik bozuklukta anksiyete bozukluğuna göre daha yüksek SNB
Uslu ve ark. ⁶²	21 ÖÖG 23 DEHB+ÖÖG 30 DEHB 74 kontrol	NESS ile taşma, hareket hızı ve disritmi	Hareket hızı, süreli hareketlerde taşma ve disritminin tüm grupları kontrollerden ayırdığı ve DEHB+ÖÖG olan grupta daha yüksek olduğu
Cole ve ark. ¹⁴	132 DEHB 136 kontrol	PANESS toplam süre, taşma ve disritmi	DEHB'li kızlar ve kontrol grubunda taşma ve disritimde yaşa bağlı azalma DEHB'li erkeklerde yaşa bağlı çok az iyileşme Kontrol grubunda hareketler daha hızlı
Udal ve ark. ⁴⁴	26 DEHB 23 BPB 15 DEHB+BPB	NUBU Nöromotor değerlendirme aracı	DEHB ve DEHB+BPB'da BPB'a göre daha fazla SNB
Chan ve ark. ⁶⁸	214 Tipik gelişen çocuklar	CNI Motor koordinasyon duyuşal entegrasyon disinhibisyon	Erkek cinsiyette, erken yaşlarda ve DEHB'si olanlarda SNB daha fazla
Patankar ve ark. ⁶⁹	54 DEHB	PANESS Süreli hareketler, taşma, yürüyüş ve duruş, istemsiz hareketler	DEHB'li çocukların %84'ünde SNB Disritmi ve taşma dürtüsel hiperaktif tipte daha fazla vebelirti şiddeti ilişkili
Pasini ve ark. ⁵¹	12 DEHB 12 OSB 12 kontrol	PANESS Taşma, disritmi ve süreli hareketlerde toplam hız	OSB'li grupta yavaş performans
Ferrin ve Vance ⁸⁰	1055 DEHB 130 kontrol	SDNE; disdiadokinezi, karmaşık ince motor hareketler, koreiform hareketler	SNB uzamsal çalışma belleğindeki zorluklarla ilişkili
Cai ve ark. ⁷⁹	3892 Sağlıklı çocuk ve ergenlerde	CNI Motor koordinasyon duyuşal entegrasyon, disinhibisyon	SNB puanları yüksek olan ergenler reaksiyon süresinde, interferansta daha yüksek puan ve test doğruluklarında daha düşük puan

Tablo 1. Devamı

Araştırma	Örneklem	Değerlendirme araçları	Sonuçlar
Gong ve ark. ⁷⁰	57 DEHB+82 ebeveyn 60 kontrol+75 ebeveyn	CNI Motor koordinasyon, duyuşal entegrasyon, disinhibisyon	DEHB'li çocuklar ve ebeveynlerinde sağlıklı grup ve ebeveynlerine göre SNB daha yüksek
Hrtanek ve ark. ⁷¹	35 DEHB 4 haftalık MPH tedavisi ile takip	PANESS Taşma, hareket hızı ve disritmi yürüyüş ve duruş, istemsiz hareket	SNB 26 maddeden 21'inde anlamlı azalma
Pitzianti ve ark. ⁷²	27 DEHB 23 kontrol	PANESS Taşma, disritmi ve süreli hareketlerde toplam hız	DEHB'li grupta sağlıklı gruba göre taşma, disritmi ve süreli hareketlerin toplam hızı daha fazla
Alamiri ⁷⁴	35.710 Pediatriye başvuran çocuklar	Nörolojik muayene ile motor koordinasyondaki anormallikler, duyuşal işlevler ve istemsiz hareketler	Yedi yaşında SNB, tüm alanlarda zayıf bilişsel performans SNB; DEHB alt tiplerinde artmış olasılıkla ilgili
Pitzianti ve ark. ⁷⁵	23 DEHB 20 kontrol	PANESS Taşma, disritmi ve süreli hareketlerde toplam hız	SNB'nin DEHB'li çocuklarda anlamlı farklılıklar
Yurtbaşı ve ark. ⁴⁵	40 DEHB 40 anksiyete bozukluğu 33 AB+DEHB	PANESS Taşma, disritmi ve süreli hareketlerde toplam hız	DEHB grubu SNB (taşma, yürüyüş ve duruş ve toplam süre) ve yürütücü işlevler açısından diğer iki gruptan daha kötü
Alamiri ve ark. ⁸¹	Toplum temelli 35.710 çocuk	Nörolojik muayene ile motor koordinasyondaki anormallikler, duyuşal işlevler ve istemsiz hareketler	Nörolojik silik belirtilerin yürütücü işlevlerin tüm alanlarında daha düşük puanlar ile ilişkili
Cabradilla ve ark. ⁷⁶	24 kontrol 24 DEHB	PANESS Taşma, disritmi ve süreli hareketlerde toplam hız	DEHB'li çocuklarda taşma, süreli hareketlerde toplam süre ve toplam PANESS puanları anlamlı yüksek

DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, PANESS: Silik belirtilerin fiziksel ve nörolojik muayene, MABC: Çocuklar için hareket değerlendirme bataryası, SDNE: Gelişimsel nörolojik muayene skorlaması, SNB: Silik nörolojik belirtiler, NESS: Silik belirtilerin nörolojik muayene formu, ÖGG: Özgöl öğrenme bozukluğu, OSB: Otizm spektrum bozukluğu, BPB: Bipolar bozukluk, NUBU: 4-16 yaş arası çocuklara yönelik nöromotor muayene, AB: Anksiyete bozukluğu, CNI: Cambridge nörolojik envanteri, MPH: Metilfenidat

Sonuç

DEHB tanısı olan çocuklarda taşma hareketleri, disritmi, tekrarlayan hareketlerde yavaşlık, ince motor becerilerde defisitler gibi motor sistemde çoklu anormallikler tanımlanmıştır. DEHB tanılı çocuklarda SNB'lerin nörobiyolojisine de bakıldığında; ortak bir mekanizmayla gelişimsel bir kökene bağlı bu tür defisitlerin görülmesi kaçınılmazdır. Yapılan çalışmalarda ve klinik pratikte görüldüğü üzere SNB, DEHB olan çocuklarda oldukça yaygın saptanmaktadır. Klinisyenin SNB'ye dair temel bilgilere sahip olması, SNB bulgularını saptayan ve kolaylıkla uygulanabilen psikometrik araçlara hakimiyeti ve SNB değerlendirmesini rutin psikiyatrik muayenenin parçası haline getirmesi DEHB başta olmak üzere tüm nörogelişimsel hastalıkların tanı ve takip sürecine geniş bir perspektif kazandıracaktır.

Dipnot

Yazarlık Katkıları

Konsept: M.K.K., H.N.U., F.H.Ç., Dizayn: M.K.K., H.N.U., F.H.Ç., Veri Toplama veya İşleme: M.K.K., Analiz veya Yorumlama: M.K.K., H.N.U., F.H.Ç., Literatür Arama: M.K.K., Yazan: M.K.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). Washington DC, American Psychiatric Association. 2013;21:591-643.
- Shaw M, Hodgkins P, Caci H, Young S, Kahle J, Woods AG, Arnold LE. A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. BMC Med. 2012;10:99.
- Kim RK, Abright AR. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. In: Martin A, Volkmar FR, eds. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:1062.
- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. Am J Psychiatry. 2007;164:942-948.
- Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. Curr Opin Psychiatry. 2007;20:386-392.
- Dursun OB, Esin İS, Akıncı MA, Karayağmurlu A, Turan B, Özhan Aşıksanoğlu E. The prevalence of childhood mental disorders in

- different habitations: are we underestimating their prevalence in rural areas? *Nord J Psychiatry*. 2020;74:201-207.
7. Ercan ES, Polanczyk G, Akyol Ardıc U, Yuce D, Karacetin G, Tufan AE, Tural U, Aksu H, Aktepe E, Rodopman Arman A, Başgöl S, Bilac O, Coşkun M, Celik GG, Karakoc Demirkaya S, Dursun BO, Durukan İ, Fidan T, Perdahlı Fiş N, Gençoğlu S, Gökçen C, Görker İ, Görmez V, Gündoğdu ÖY, Gürkan CK, Hergüner S, Tural Hesapçıoğlu S, Kandemir H, Kılıç BG, Kılınçaslan A, Mutluer T, Nasiroğlu S, Özel Özcan Ö, Öztürk M, Öztop D, Yalın Sapmaz S, Süren S, Şahin N, Yolga Tahiroğlu A, Toros F, Ünal F, Vural P, Perçinel Yazıcı İ, Yazıcı KU, Yıldırım V, Yulaf Y, Yüce M, Yüksel T, Akdemir D, Altun H, Ayık B, Bilgic A, Hekim Bozkurt Ö, Demirbaş Çakır E, Çeri V, Üçok Demir N, Dinç G, Irmak MY, Karaman D, Kınık MF, Mazlum B, Memik NÇ, Foto Özdemir D, Sınır H, Ince Taşdelen B, Taşkın B, Uğur Ç, Uran P, Uysal T, Üneri Ö, Yılmaz S, Seval Yılmaz S, Açikel B, Aktaş H, Alaca R, Alıç BG, Almaidan M, Arı F, Aslan C, Atabay E, Ay MG, Aydemir H, Ayrancı G, Babadağı Z, Bayar H, Çon Bayhan P, Bayram Ö, Dikmeer Bektaş N, Berberoğlu KK, Bostan R, Arıcı Canlı M, Cansız MA, Ceylan C, Coşkun N, Coşkun S, Çakan Y, Demir İ, Demir N, Yıldırım Demirdöğen E, Doğan B, Dönmez YE, Dönder F, Efe A, Eray Ş, Erbilgin S, Erden S, Ersoy EG, Eseroğlu T, Kına Fırat S, Eynallı Gök E, Güler G, Güles Z, Güneş S, Güneş A, Günay G, Gürbüz Özgür B, Güven G, Çelik Göksoy Ş, Horozcu H, Irmak A, Işık Ü, Kahraman Ö, Kalaycı BM, Karaaslan U, Karadağ M, Kılıç HT, Kılıçaslan F, Kınay D, Kocael Ö, Bulankı Koç E, Kadir Mutlu R, Lushi-Şan Z, Nalbant K, Okumus N, Özbek F, Akkuş Özdemir F, Özdemir H, Özkan S, Yıldırım Özyurt E, Polat B, Polat H, Sekmen E, Sertçelik M, Sevgen FH, Sevince O, Süleyman F, Şamkhalova Ü, Eren Şimşek N, Tanır Y, Tekden M, Temtek S, Topal M, Topal Z, Türk T, Uçar HN, Uçar F, Uygun D, Uzun N, Vatansever Z, Yazgılı NG, Miniksar Yıldız D, Yıldız N. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nord J Psychiatry*. 2019;73:1315-140.
 8. Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Guite J, Tsuang MT. Pregnancy, delivery and infancy complications and attention deficit hyperactivity disorder: issues of gene-environment interaction. *Biol Psychiatry*. 1997;41:65-75.
 9. Mostofsky SH, Newschaffer CJ, Denckla MB. Overflow movements predict impaired response inhibition in children with ADHD. *Percept Mot Skills*. 2003;97:125-131.
 10. Dickstein DP, Garvey M, Pradella AG, Greenstein DK, Sharp WS, Castellanos FX, Pine DS, Leibenluft E. Neurologic examination abnormalities in children with bipolar disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;58:517-524.
 11. Pitcher TM, Piek JP, Hay DA. Fine and gross motor ability in males with ADHD. *Dev Med Child Neurol*. 2003;45:525-535.
 12. Dazzan P, Murray RM. Neurological soft signs in first-episode psychosis: a systematic review. *Br J Psychiatry Suppl*. 2002;43:50-57.
 13. Larson JC, Mostofsky SH, Goldberg MC, Cutting LE, Denckla MB, Mahone EM. Effects of gender and age on motor exam in typically developing children. *Dev Neuropsychol*. 2007;32:543-562.
 14. Cole WR, Mostofsky SH, Larson JC, Denckla MB, Mahone EM. Age-related changes in motor subtle signs among girls and boys with ADHD. *Neurology*. 2008;71:1514-1520.
 15. D'Agati E, Pitzianti M, Curatolo P, Pasini A. Scientific evidence for the evaluation of neurological soft signs as atypical neurodevelopment markers in childhood neuropsychiatric disorders. *J Psychiatr Pract*. 2018;24:230-238.
 16. Guy W. ECDEU Assessment manual for psychopharmacology. Revised. U.S: 1976.
 17. Holden EW, Tarnowski KJ, Prinz RJ. Reliability of neurological soft signs in children: reevaluation of the PANESS. *J Abnorm Child Psychol*. 1982;10:163-172.
 18. Touwen BC, Sporrel T. Soft signs and MBD. *Dev Med Child Neurol*. 1979;21:528-530.
 19. Dum RP, Strick PL. The origin of corticospinal projections from the premotor areas in the frontal lobe. *J Neurosci*. 1991;11:667-689.
 20. Lehericy S, Ducros M, Krainik A, Francois C, Van de Moortele PF, Ugurbil K, Kim DS. 3-D diffusion tensor axonal tracking shows distinct SMA and pre-SMA projections to the human striatum. *Cereb Cortex*. 2004;14:1302-1309.
 21. Mostofsky SH, Cooper KL, Kates WR, Denckla MB, Kaufmann WE. Smaller prefrontal and premotor volumes in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2002;52:785-794.
 22. Shaw P, Lerch J, Greenstein D, Sharp W, Clasen L, Evans A, Giedd J, Castellanos FX, Rapoport J. Longitudinal mapping of cortical thickness and clinical outcome in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:540-549.
 23. Hoshi E, Tanji J. Differential roles of neuronal activity in the supplementary and presupplementary motor areas: from information retrieval to motor planning and execution. *J Neurophysiol*. 2004;92:3482-3499.
 24. Suskauer SJ, Simmonds DJ, Fotedar S, Blankner JG, Pekar JJ, Denckla MB, Mostofsky SH. Functional magnetic resonance imaging evidence for abnormalities in response selection in attention deficit hyperactivity disorder: differences in activation associated with response inhibition but not habitual motor response. *J Cogn Neurosci*. 2008;20:478-493.
 25. Ito M. The cerebellum and neural control. United Kingdom: Raven press; 1984.
 26. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, Blumenthal JD, James RS, Ebens CL, Walter JM, Zijdenbos A, Evans AC, Giedd JN, Rapoport JL. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*. 2002;288:1740-1748.
 27. Mostofsky SH, Reiss AL, Lockhart P, Denckla MB. Evaluation of cerebellar size in attention-deficit hyperactivity disorder. *J Child Neurol*. 1998;13:434-439.
 28. Ciliax BJ, Heilman C, Demchishyn LL, Pristupa ZB, Ince E, Hersch SM, Niznik HB, Levey AI. The dopamine transporter: immunochemical characterization and localization in brain. *J Neurosci*. 1995;15:1714-1723.
 29. Mackie S, Shaw P, Lenroot R, Pierson R, Greenstein DK, Nugent TF 3rd, Sharp WS, Giedd JN, Rapoport JL. Cerebellar development and clinical outcome in attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 2007;164:647-655.
 30. Sakai K, Hikosaka O, Takino R, Miyauchi S, Nielsen M, Tamada T. What and when: parallel and convergent processing in motor control. *J Neurosci*. 2000;20:2691-2700.
 31. Doya K. Complementary roles of basal ganglia and cerebellum in learning and motor control. *Curr Opin Neurobiol*. 2000;10:732-739.
 32. Alexander GE, DeLong MR, Strick PL. Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. *Annu Rev Neurosci*. 1986;9:357-381.
 33. Graybiel AM. The basal ganglia and chunking of action repertoires. *Neurobiol Learn Mem*. 1998;70:119-136.
 34. Pasini A, D'agati E. Pathophysiology of NSS in ADHD. *World J Biol Psychiatry*. 2009;10:495-502.
 35. Kadesjö B, Gillberg C. Developmental coordination disorder in Swedish 7-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:820-828.
 36. Lerer RJ, Lerer MP. The effects of methylphenidate on the soft neurological signs of hyperactive children. *Pediatrics*. 1976;57:521-525.
 37. Green D, Charman T, Pickles A, Chandler S, Loucas T, Simonoff E, Baird G. Impairment in movement skills of children with autistic spectrum disorders. *Dev Med Child Neurol*. 2009;51:311-316.
 38. Landa R, Garrett-Mayer E. Development in infants with autism spectrum disorders: a prospective study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47:629-638.
 39. Minshew NJ, Sung K, Jones BL, Furman JM. Underdevelopment of the postural control system in autism. *Neurology*. 2004;63:2056-2061.

40. Noterdaeme M, Mildenerger K, Minow F, Amorosa H. Evaluation of neuromotor deficits in children with autism and children with a specific speech and language disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2002;11:219-225.
41. Halayem S, Hammami M, Fakhfakh R, Gaddour N, Tabbane K, Amado I, Krebs MO, Bouden A. Adaptation and validation of the neurological soft sign's scale of Krebs et al. to children. *Encephale*. 2016;43:128-134.
42. Malhi GS, Ivanovski B, Hadzi-Pavlovic D, Mitchell PB, Vieta E, Sachdev P. Neuropsychological deficits and functional impairment in bipolar depression, hypomania and euthymia. *Bipolar Disord*. 2007;9:114-125.
43. Baldaçara L, Borgio JG, Lacerda AL, Jackowski AP. Cerebellum and psychiatric disorders. *Braz J Psychiatry*. 2008;30:281-289.
44. Udal AH, Malt UF, Lövdahl H, Gjaerum B, Pripp AH, Groholt B. Motor function may differentiate attention deficit hyperactivity disorder from early onset bipolar disorder. *Behav Brain Funct*. 2009;5:47.
45. Yurtbaşı P, Aldemir S, Teksin Bakır MG, Aktaş Ş, Ayvaz FB, Piştav Satılmış Ş, Münir K. Comparison of neurological and cognitive deficits in children with ADHD and anxiety disorders. *J Atten Disord*. 2018;22:472-485.
46. Hollander E, Schiffman E, Cohen B, Rivera-Stein MA, Rosen W, Gorman JM, Fyer AJ, Papp L, Liebowitz MR. Signs of central nervous system dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47:27-32.
47. Mergl R, Hegerl U. Neurologische Soft Signs bei Patienten mit Zwangsstörung (Übersichtsreferat) [Neurological soft signs in patients with obsessive-compulsive disorder]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2005;73:504-516.
48. Peralta V, de Jalón EG, Campos MS, Basterra V, Sanchez-Torres A, Cuesta MJ. Risk factors, pre-morbid functioning and episode correlates of neurological soft signs in drug-naive patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychol Med*. 2011;41:1279-1289.
49. Gourion D, Goldberger C, Olie JP, Löö H, Krebs MO. Neurological and morphological anomalies and the genetic liability to schizophrenia: a composite phenotype. *Schizophr Res*. 2004;67:23-31.
50. D'Agati E, Casarelli L, Pitzianti MB, Pasini A. Overflow movements and white matter abnormalities in ADHD. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2010;34:441-445.
51. Pasini A, D'Agati E, Pitzianti M, Casarelli L, Curatolo P. Motor examination in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and Asperger syndrome. *Acta Paediatr*. 2012;101:15-18.
52. Szatmari P, Taylor DC. Overflow movements and behavior problems: scoring and using a modification of Fogs' test. *Dev Med Child Neurol*. 1984;26:297-310.
53. Denckla MB. Revised Neurological examination for subtle signs (1985). *Psychopharmacol Bull*. 1985;21:773-800.
54. Moll GH, Heinrich H, Trott G, Wirth S, Rothenberger A. Deficient intracortical inhibition in drug-naive children with attention-deficit hyperactivity disorder is enhanced by methylphenidate. *Neurosci Lett*. 2000;284:121-125.
55. Cincotta M, Borgheresi A, Boffi P, Vigliano P, Ragazzoni A, Zaccara G, Ziemann U. Bilateral motor cortex output with intended unimanual contraction in congenital mirror movements. *Neurology*. 2002;58:1290-1293.
56. Mayston MJ, Harrison LM, Stephens JA. A neurophysiological study of mirror movements in adults and children. *Ann Neurol*. 1999;45:583-594.
57. Denckla MB, Rudel RG. Anomalies of motor development in hyperactive boys. *Ann Neurol*. 1978;3:231-233.
58. Waber DP, Mann MB, Merola J. Motor overflow and attentional processes in normal school-age children. *Dev Med Child Neurol*. 1985;27:491-497.
59. Shaffer D, Schonfeld I, O'Connor PA, Stokman C, Trautman P, Shafer S, Ng S. Neurological soft signs. Their relationship to psychiatric disorder and intelligence in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42:342-351.
60. Epstein JN, Erkanli A, Conners CK, Klaric J, Costello JE, Angold A. Relations between continuous performance test performance measures and ADHD behaviors. *J Abnorm Child Psychol*. 2003;31:543-554.
61. Rubia K, Taylor A, Taylor E, Sergeant JA. Synchronization, anticipation, and consistency in motor timing of children with dimensionally defined attention deficit hyperactivity behaviour. *Percept Mot Skills*. 1999;89:1237-1258.
62. Uslu R, Kapçı EG, Oztop D. Neurological soft signs in comorbid learning and attention deficit hyperactivity disorders. *Turk J Pediatr*. 2007;49:263-269.
63. Seidman LJ, Biederman J, Faraone SV, Weber W, Ouellette C. Toward defining a neuropsychology of attention deficit-hyperactivity disorder: performance of children and adolescents from a large clinically referred sample. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65:150-160.
64. Pitcher TM, Piek JP, Barrett NC. Timing and force control in boys with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences and the effect of comorbid developmental coordination disorder. *Hum Mov Sci*. 2002;21:919-945.
65. Vance A, Arduca Y, Sanders M, Karamitsios M, Hall N, Hetrick S. Attention deficit hyperactivity disorder, combined type, dysthymic disorder and anxiety disorders: differential patterns of neurodevelopmental deficits. *Psychiatry Res*. 2006;143:213-222.
66. Cardo E, Casanovas S, de la Banda G, Servera M. Signos neurológicos blandos: ¿tienen alguna utilidad en la evaluación y diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad? [Soft neurological signs: are they of any value in the assessment and diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder?]. *Rev Neurol*. 2008;46(Suppl 1):51-54.
67. Chan RC, McAlonan GM, Yang B, Lin L, Shum D, Manschreck TC. Prevalence of neurological soft signs and their neuropsychological correlates in typically developing Chinese children and Chinese children with ADHD. *Dev Neuropsychol*. 2010;35:698-711.
68. Patankar VC, Sangle JP, Shah HR, Dave M, Kamath RM. Neurological soft signs in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Indian J Psychiatry*. 2012;54:159-165.
69. Seetharaman J, Muthumani K, Thirumalaikumarasamy S. A study on comparison of neurological soft signs and minor physical anomalies between siblings of attention deficit hyperactivity disorder children and normal controls. *Int J Contemp Pediatr*. 2017;4:2015-2021.
70. Gong J, Xie J, Chen G, Zhang Y, Wang S. Neurological soft signs in children with attention deficit hyperactivity disorder: their relationship to executive function and parental neurological soft signs. *Psychiatry Res*. 2015;228:77-82.
71. Hrtanek I, Ondrejka I, Tonhajzerova I, Snircova E, Kulhan T, Farsky I, Nosalova G. The effect of methylphenidate on neurological soft signs in ADHD. *Psychiatry Investig*. 2015;12: 545-550.
72. Pitzianti M, D'Agati E, Casarelli L, Pontis M, Kaunzinger I, Lange KW, Tucha O, Curatolo P, Pasini A. Neurological soft signs are associated with attentional dysfunction in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Cogn Neuropsychiatry*. 2016;21:475-493.
73. Kaneko M, Yamashita Y, Iramina K. Quantitative evaluation system of soft neurological signs for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Sensors (Basel)*. 2016;16:116.
74. Alamiri B. Neurological soft signs, cognition in childhood, attention deficit hyperactivity disorder and lifetime major depressive disorder. *Harvard University*; 2017.
75. Pitzianti M, Grelloni C, Casarelli L, D'Agati E, Spiridigliozzi S, Curatolo P, Pasini A. Neurological soft signs, but not theory of mind and emotion recognition deficit distinguished children with ADHD from healthy control. *Psychiatry Res*. 2017;256:96-101.
76. Cabradilla RA, de Sagun RQ, Valencia MAAM, Sy M. Neurological soft signs in patients with attention deficit hyperactivity disorder aged 6 to

- 18 years old at a university hospital: a cross-sectional study. *Journal of Medicine*. 2020;4:407-422.
77. Shiels Rosch K, Dirlikov B, Mostofsky SH. Increased intrasubject variability in boys with ADHD across tests of motor and cognitive control. *J Abnorm Child Psychol*. 2013;41:485-495.
78. Haenlein M, Caul WF. Attention deficit disorder with hyperactivity: a specific hypothesis of reward dysfunction. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1987;26:356-362.
79. Cai L, Zhu X, Yi J, Bai M, Wang M, Wang Y, Hu M, Yao S. Neurological soft signs and their relationship with measures of executive function in Chinese adolescents. *J Dev Behav Pediatr*. 2013;34:197-203.
80. Ferrin M, Vance A. Examination of neurological subtle signs in ADHD as a clinical tool for the diagnosis and their relationship to spatial working memory. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53:390-400.
81. Alamiri B, Nelson C, Fitzmaurice GM, Murphy JM, Gilman SE. Neurological soft signs and cognitive performance in early childhood. *Dev Psychol*. 2018;54:2043-2052.

Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Çocuk-Ergen Formu'nun Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Adaptation of the Post-Traumatic Cognitions Inventory for Children and Adolescents to Turkish Culture: Validity and Reliability Study

● Zeliha Traş¹, ● Hikmet Beyza Yakıcı²

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Otizm Spektrum Bozukluğu Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu araştırmanın amacı çocuk ve ergenlerin travma sonrası biliş düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilen "Child Post-Traumatic Cognitions Inventory" ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanarak geçerliğini ve güvenilirliğini test etmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın çalışma grubunu, 332'si kız (%55,7) ve 264'ü erkek (%44,3) olmak üzere toplam 596 çocuk ve ergen oluşturmaktadır (yaş; $\bar{x}$ =14,9, standart sapma=1,6). Veri analiz sürecinde IBM SPSS Statistics (v.26, IBM Corp., Armonk, NY, ABD), Jamovi (v.2.3.21, The Jamovi Project, Sidney, Avustralya) ve yapısal eşitlik modellemesi için IBM AMOS (v.24, IBM Corp., Armonk, NY, ABD) yazılımlarından yararlanılmış; betimleyici istatistikler, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri, güvenilirlik analizleri ile Pearson korelasyon katsayısı hesaplamaları gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliğinin sınanması amacıyla, Travma Sonrası Stres Belirtileri Çocuk Formu ile lise düzeyine uyarlanmış Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği verileri kullanılarak Pearson korelasyon katsayısı analizi gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Yapılan analizlere göre ölçeğin iki alt boyut ve 23 maddeden oluştuğu sonucu elde edilmiştir. Ölçeğin alt boyutları ve toplam puanı McDonald's omega ve Cronbach'ın alfa katsayısı değerleri 0,82 ve 0,91 arasında değişmektedir. Ölçek madde yükleri ise 0,39 ve 0,74 değişiklik göstermektedir. Ölçek yapı geçerliliği Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu ve Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği ile test edilmiş ve anlamlı sonuçlar elde edilmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Çocuk-Ergen Formu Türk kültürüne uyarlanmış olup elde edilen bulgular, ölçme aracının geçerlilik ve güvenilirlik açısından uygun olduğunu göstermektedir. Ölçeğin klinisyenler ve alanda çalışan uzmanlar için önemli olduğu ve alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Travma sonrası bilişler, çocuk, ergen, geçerlik, güvenilirlik

ABSTRACT

Objectives: This study aims to adapt the Child Post-Traumatic Cognitions Inventory for assessing post-traumatic cognitive levels of children and adolescents to Turkish culture and test its reliability and validity.

Materials and Methods: The study sample consists of a total of 596 children and adolescents (age; $\bar{x}$ =14.9, standard deviation=1.6 years), including 332 girls (55.7%) and 264 boys (44.3%). Data analysis was conducted using IBM SPSS Statistics (v.26, IBM Corp., Armonk, NY, USA), Jamovi (v.2.3.21, The Jamovi Project, Sydney, Australia), and IBM AMOS (v.24, IBM Corp., Armonk, NY, USA) software packages. The following analyses were employed: descriptive statistics, exploratory factor analysis, confirmatory factor analysis, reliability analysis, and Pearson correlation coefficient. Construct validity was assessed through Pearson correlation coefficient analysis using data obtained from the Child Post-Traumatic Stress Symptoms Severity Scale and the Depression, Anxiety, and Stress Scale.

Results: The scale was found to consist of two sub-dimensions and 23 items. The McDonald's omega and Cronbach alpha coefficients for the sub-dimensions and the total score of the scale range from 0.82 to 0.91. The item loadings of the scale vary between 0.39 and 0.74. The construct validity of the scale was tested using the Child Post-Traumatic Stress Symptoms Severity Scale and the Depression, Anxiety, and Stress Scale, which yielded significant results.

Conclusion: This study has established that the Turkish-adapted version of the Child-Adolescent Post-Traumatic Cognitions Inventory is a valid and reliable measurement tool. It is believed that this scale will be valuable to clinicians and experts in the field, and will contribute to the existing literature.

Keywords: Post-traumatic cognitions, child, adolescent, validity, reliability

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Asst. Hikmet Beyza Yakıcı, Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Otizm Spektrum Bozukluğu Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

E-posta: hbeyzayakici@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0001-6940-1185

Geliş Tarihi/Received: 11.09.2024 **Kabul Tarihi/Accepted:** 20.11.2024 **Yayınlanma Tarihi/Publication Date:** 11.11.2025

Atıf/Cite this article as: Traş Z, Yakıcı HB. Adaptation of the Post-Traumatic Cognitions Inventory for children and adolescents to Turkish culture: validity and reliability study. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2025;32(3):138-46

Copyright© 2025 Yazar. Türkiye Çocuk ve Gençlik Psikyatrisi Derneği adına Galenos Yayınevi tarafından yayımlanmıştır. Creative Commons Atıf-GayriTicari-Türetilemez 4.0 (CC BY-NC-ND) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmış, açık erişimli bir makaledir.



Giriş

Travmatik olay bireyin günlük yaşamını bozan, aniden ortaya çıkan, bireyde korku ve kaygı uyandıran ve tehdit olarak algılanan durumları ifade etmektedir.¹ Bireyler travmatik bir yaşantıya maruz kaldıktan sonra olayın üzerinden uzun zaman geçmiş olmasına rağmen bireylerde olumsuz tepkilerin devam etmesi travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olarak tanımlanmaktadır.² Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-Beşinci Baskısı'na göre (DSM-5) TSSB, bireyin olumsuz bir yaşantıya maruz kalmasının ardından bir aydan uzun süren, artmış uyarılma ve irkilme tepkileri, kaçınma davranışları, olumsuz duygusal ve bilişsel değişiklikler ile kendisi, diğer kişiler veya dünya hakkında kalıcı olumsuz inançların gelişmesi gibi belirtilerle ortaya çıkan bir ruhsal bozukluktur.³ Çocuk ve ergenlerde yaşadıkları travmatik olaylar sonucunda en sık meydana gelen bozukluklardan birinin TSSB olduğu belirtilmektedir.⁴

Travma sonrası bilişler, travmatik bir olay/olaylar yaşayan bireyde gelişen olumsuz inanç ve düşünceler olarak tanımlanmaktadır.⁵ TSSB'nin tanı ölçütleri arasında yer alan bireyin kendisi, diğer insanlar ya da dünya hakkında kalıcı olumsuz inançlar geliştirmesi dikkate alındığında, travma sonrası ortaya çıkan bilişsel değerlendirmelerin TSSB semptomlarının süreklilik kazanmasında önemli bir rol oynadığı anlaşılmaktadır.⁶ Travmatik bir yaşantı sonucunda birey, travma yaşantısına olumlu yönde bakarak bu yaşantı ile başa çıkma yöntemleri bulabilir ya da travmatik olayı reddederek kendini suçlayabilir ve olumsuz bilişler geliştirebilir.⁷ Birey bilişlerini olumsuz yönde geliştirdiğinde TSSB semptomları süregenleşebilir ve bireyin kaygı düzeyi artabilir.^{8,9} Bireyin yaşadığı travmatik olayın özelliği ve bireyin geçmişte yaşadığı travmatik olaylar sonrası birikerek gelişen değişimlerin oluşan travma sonrası bilişlerde önemli rol oynadığı ifade edilmektedir.¹⁰

Yetişkinler için geliştirilen Travma Sonrası Bilişler Ölçeği (TSBÖ), devam eden TSSB semptomlarını ve travma değerlendirmelerini detaylı bir şekilde ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır.¹¹ Ölçeğin alt boyutları bireyin kendisi ile ilgili olumsuz inançları, dünya ile ilgili olumsuz inançları ve kendini suçlamayı içermektedir. Ölçek Yağcı-Yetkiner¹² tarafından TSBÖ olarak Türk kültürüne uyarlanmış ve alt boyutlarının kişinin kendisi ve dünya ile ilgili olumsuz bilişleri içerdiği bildirilmiştir. Alanyazın incelendiğinde çalışmaların çocukların ve ergenlerin travma tepkilerinin, yetişkinlerin tepkileriyle farklarına odaklandığı dikkat çekmektedir.¹³ Meiser-Stedman ve ark.¹⁴ tarafından çocukların travma sonrası bilişlerini belirlemek amacıyla "Child Post-Traumatic Cognitions Inventory (CPTCI)" geliştirilmiştir.

Alanyazın incelendiğinde cinsel istismar ile ilgili travma ölçeklerinin olduğu¹⁵ ancak, tek olaylı travmalara maruz kalan çocuklarda travma ile ilgili olumsuz değerlendirmelerin TSSB gelişimindeki rolünü inceleyen çalışmaların sınırlı olduğu belirtilmektedir.¹⁴ Dolayısıyla bu araştırmanın amacı Meiser-Stedman ve ark.¹⁴ tarafından çocuk ve ergenlerin travma sonrası biliş düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilen "CPTCI" ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanarak geçerliğini ve güvenilirliğini test

etmektir. Alanyazında çocuk ve ergenlerin travmatik olaylara verdikleri tepkilerle erişkinlerin tepkilerinin benzer süreçleri içerip içermediği konusuna odaklanıldığı ancak bu çalışmaların kısıtlı olduğu görülmüştür.¹³ Çocuk ve ergenlerin travma sonrası bilişleri ile ilgili yapılacak olan çalışmaların artması, Türk kültüründe çocuk ve ergenler üzerinde travma sonrası bilişleri etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılabilmesi ve çocuk ve ergenlerin travma sonrası bilişlerinin klinisyenler tarafından da daha iyi anlaşılabilmesi amacıyla Türk kültürüne uyarlanan "TSBÖ Çocuk-Ergen Formunun (TSBÖ-ÇEF)" alanyazınına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın bu bölümünde, çalışma grubunun özellikleri, araştırma sürecinde izlenen yöntem, kullanılan veri toplama araçları ile verilerin analizine dair ayrıntılar sunulmuştur.

Araştırmanın Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubu seçilirken, amaçlı örnekleme yöntemi içerisinde yer alan ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örneklemede çalışma grubunun sahip olması gereken ölçütün önceden belirlenmesi gerektiği ifade edilmektedir.¹⁶ Bu çalışmada ölçüt ölçeğin orijinaline uygun olarak son iki ay içerisinde bireyin yaşamını etkileyen korkutucu bir olay yaşaması olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla ölçek son iki ay içerisinde bireyin yaşadığı en korkunç olaya ilişkin doldurtulmuştur. Katılımcılara öncelikle son iki ayda yaşadıkları yaşamlarını etkileyen en korkutucu üç olay sorulmuştur. Ardından katılımcılar, son iki ay içinde yaşadıkları en korkutucu olaya ilişkin TSBÖ-ÇEF'yi tamamlamışlardır. Araştırmanın çalışma grubunu, 332'si kız (%55,7) ve 264'ü erkek (%44,3) olmak üzere toplam 596 çocuk ve ergen oluşturmaktadır. Çalışma grubunun yaş aralığı 11-17 yaş arasındadır (yaş; $\bar{x}$ =14,9, standart sapma (ss)=1,6). Katılımcıların 32'si (%5,4) 6. sınıf, 216'sı (%36,2) 7. sınıf, 148'i (%24,8) 8. sınıf, 112'si (%18,8) 9. sınıf, 9'u (%1,5) 10. sınıf ve 32'si (%5,4) 11. sınıf öğrencisidir.

İşlem

TSBÖ-ÇEF'nin uyarılma sürecinde, ölçeğin geliştiricilerinden Richard Meiser-Stedman ile e-posta aracılığıyla iletişime geçilmiş ve gerekli kullanım izinleri alınmıştır. Çalışma, Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun şekilde yürütülmüş ve Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınan onay doğrultusunda yürütülmüştür (karar no: 2024/509, tarih: 14.06.2024). Ölçek maddelerinin Türkçeye uyarlanabilmesi için ilk aşamada dört dil uzmanına metinler gönderilmiş ve uzmanlardan geri bildirimler alınmıştır. Türkçeye çevrilen ölçek maddeleri, rehberlik ve psikolojik danışmanlık alanında uzman ve İngilizce yeterliliği bulunan dört öğretim üyesine iletilerek içerik uygunluğu konusunda görüşleri toplanmıştır. Hem dil uzmanları hem de alan uzmanlarının önerileri doğrultusunda ölçeğin Türkçe formu araştırmacılar tarafından düzenlenmiş ve son haline getirilmiştir. Elde edilen Türkçe form, tekrar iki farklı dil uzmanına gönderilerek İngilizceye çevrilmiş;

ardından özgün İngilizce maddelerle karşılaştırılmıştır. Yapılan karşılaştırma sonucunda ölçeğin çeviri tutarlılığı ve dilsel eşdeğerliği doğrulanmıştır. Pilot uygulama aşamasında ölçek, 70 çocuk ve ergene uygulanmıştır. Uygulama sırasında alınan geri bildirimler doğrultusunda ölçek yeniden gözden geçirilerek nihai forma ulaşılmıştır. Veri toplama sürecinde katılımcılara bilgilendirme yapılmış, gönüllü onamları alınmış ve ölçüm yüz yüze uygulanmıştır. Ölçeğin uygulanması ortalama 23 dakika sürmüştür.

Veri Toplama Araçları

Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Çocuk-Ergen Formu: Meiser-Stedman ve ark.¹⁴ tarafından geliştirilen ölçeğin orijinali 25 soru ve iki alt boyuttan oluşmaktadır. Türk kültürüne uyarlanan ölçek 23 madde ve iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 4'lü Likert tipindedir (1: Hiç katılmıyorum, 4: Çok katılıyorum) ve ölçekten en az 23 en fazla 92 puan alınabilmektedir. Ölçek alt boyutları "olumsuz yönde kalıcı değişime ilişkin bilişler" (5,6,13,14,15,17,18,19,20,21,22,23) ve "kişinin kendisi ve dünya ile ilgili olumsuz bilişleri" (1,2,3,4,7,8,9,10,11,12,16) olarak ifade edilmektedir. Ölçekte olumsuz yönde (ters) kodlanmış herhangi bir madde bulunmamaktadır. Yüksek puanlar, çocuk ve ergenlerin travmatik deneyimlerine bağlı olarak geliştirdikleri olumsuz bilişlerin daha yoğun olduğunu işaret etmektedir. Ölçeğin orijinalinde olumsuz yönde kalıcı değişime ilişkin bilişler alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,91; kişinin kendisi ve dünya ile ilgili olumsuz bilişleri alt boyutu için Cronbach alfa değeri 0,87 ve toplam puan için Cronbach alfa değeri 0,86 olarak belirtilmiştir.

Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu: Yalın-Sapmaz ve ark.¹⁷ tarafından Türk kültürüne uyarlanan ölçek 9 maddeden oluşmakta ve alınan puanlar 0-36 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanların artması TSSB şiddetinin daha fazla olduğunu ifade etmektedir. Ölçek tek boyuttan oluşmaktadır. Ters madde bulunmamaktadır. Ölçeğin orijinal formuna ait Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,90'dır. Bu çalışmada elde edilen iç tutarlık katsayısı ise 0,83 olarak elde edilmiştir.

Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASS-42) Lise Formu: Bilgel ve Bayram¹⁸ tarafından üniversite öğrencileri üzerinde uyarlanan ölçek Akkuş-Çutuk ve Kaya¹⁹ tarafından lise öğrencilerine uyarlanmıştır. Ölçek 42 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Her bir alt boyutta elde edilebilecek toplam puanlar 0-42 arasında değişmektedir. Ters madde bulunmamaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı depresyon için 0,91, anksiyete için 0,84; stres için 0,86 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırma için ise Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı depresyon için 0,91 anksiyete için 0,89 ve stres için 0,89 olarak hesaplanmıştır.

İstatistiksel Analiz

Veri analiz sürecinde, istatistiksel analizler için SPSS (IBM Corp., Armonk, NY, ABD), Jamovi (The Jamovi Project, Sidney, Avustralya) ve yapısal eşitlik modellemesi için AMOS (IBM Corp.) yazılımları kullanılmıştır. Analiz kapsamında betimleyici

istatistikler, açıklayıcı faktör analizi (AFA), doğrulayıcı faktör analizi (DFA), güvenilirlik analizleri ve Pearson korelasyon katsayısı hesaplamaları gerçekleştirilmiştir. Veri setinin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek amacıyla betimsel istatistikler çerçevesinde çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. AFA ölçeğin ölçme aracının örtük yapısının belirlenmesi için kullanılmıştır. DFA ölçeğin orijinalinde sahip olduğu faktör yapısının model uyumunun incelenmesi için kullanılmıştır. Bu araştırmada güvenilirlik analizleri kapsamında, Cronbach alfa katsayısı SPSS programı aracılığıyla, McDonald's omega katsayısı ise JAMOVİ yazılımı kullanılarak hesaplanmıştır. Ölçeklerin iki yarısı arasındaki tutarlılığı değerlendirmek amacıyla Spearman-Brown ve Guttman Split-Half katsayıları incelenmiştir. Yapı geçerliliğine yönelik analizler ise Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu ile DASS-42 Lise Formu'ndan elde edilen veriler kullanılarak Pearson korelasyon katsayısı analizi ile gerçekleştirilmiştir.

Tablo 1 incelendiğinde; TSBÖ-ÇEF alt boyutları ve toplam puanı, Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu toplam puan ve DASS-42 Lise Formu alt boyutları çarpıklık-basıklık değerleri incelendiğinde elde edilen değerlerin -1 ile +1 aralığında bulunması, veri setinin normal dağılıma uygunluk gösterdiğini ortaya koymaktadır.²⁰ Ölçüt bağıntılı geçerlik analizlerinde, TSBÖ-ÇEF ile birlikte Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği-Çocuk Formu ve DASS-42 Lise Formu kullanılmıştır. Ölçeğin iki yarı test güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla Spearman-Brown ve Guttman Split-Half katsayıları hesaplanmış; iç tutarlılık güvenilirliği ise Cronbach alfa ve McDonald's omega katsayıları ile test edilmiştir. Madde düzeyinde yapılan analizlerde, her bir maddenin ölçme aracına katkısını değerlendirmek amacıyla düzeltilmiş madde-toplam korelasyon katsayıları ile faktör yükleri incelenerek maddelerin ölçme aracına katkıları değerlendirilmiştir.

Faktör analizine geçilmeden önce veri setinin bu analiz için uygunluğu kontrol edilmiştir. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği indeksi ve Bartlett küresellik testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları, KMO değerinin 0,93 olduğunu ve Bartlett testi sonucunun anlamlı çıktığını göstermiştir ($X^2=4762,513$, $ss=253$, $p<0,001$). Analiz sonuçları, faktör analizi uygulanması için veri setindeki örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu ortaya koymuştur.²¹

Bulgular

Bu bölümde geçerlik ve güvenilirlik analizlerine ilişkin sonuçlara yer verilmiştir.

Yapı Geçerliliği

TSBÖ-ÇEF'nin yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla AFA ve DFA uygulanmıştır.

Açıklayıcı Faktör Analizi

TSBÖ-ÇEF için yapılan faktör analizinde, Varimax rotasyonu ve temel bileşenler yöntemi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular, ölçeğin altında yatan yapının iki faktörlü olduğunu göstermektedir.

Tablo 1. Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Çocuk-Ergen Formu'nun geçerlik ve güvenirlik çalışmasında kullanılan ölçek ve alt ölçeklere ait betimsel istatistikler

Ölçek	Alt Boyut	n	$\bar{x}$	ss	Çarpıklık	Basıklık
Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Çocuk-Ergen Formu	Olumsuz yönde kalıcı değişime ilişkin bilişler	596	46,65	0,56	0,606	-0,092
	Kişinin kendisi ve dünya ile ilgili olumsuz bilişleri	596	24,03	0,33	0,686	-0,132
	Toplam puan	596	22,61	0,27	0,530	-0,241
Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu toplam puan		596	16,3	0,33	0,068	-0,683
Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği Lise Formu	Depresyon	596	15,08	0,44	0,532	-0,571
	Anksiyete	596	13,61	0,38	0,632	-0,233
	Stres	596	16,80	0,37	0,228	-0,692

ss: Standart sapma

Tablo 2'de alt faktörler, maddelere göre faktör yükleri ve varyans değerlerine yer verilmiştir. Orijinal formda yer alan ölçekte bulunan madde 12 ve madde 18 DFA'da faktör yükü 0,30'un altında olduğu için ölçekten çıkarılmıştır.¹⁶ Yapılan AFA bulgularına göre, ölçek maddelerinin faktör yükleri 0,37 ile 0,72 arasında dağılım göstermektedir.

Doğrulayıcı Faktör Analizi

İki alt boyut ve 25 maddeden oluşan TSBÖ-ÇEF'nin birinci düzey çok faktörlü yapısı, DFA ile test edilmiş ve analizler AMOS 24 programı aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Veri setinin normal dağılıma uygunluk göstermesi nedeniyle, analizlerde maksimum likelihood yöntemi kullanılmıştır. Yapılan DFA sonucunda Türk kültürüne uyarlanan ölçek 23 madde ve iki alt boyuttan oluşmaktadır. Orijinal formda yer alan ölçekte bulunan madde 12 ve madde 18 DFA'da faktör yükü 0,30'un altında olduğu için ölçekten çıkarılmıştır.¹⁶ Yapılan analizler sonrasında Türk kültürüne uyarlanan TSBÖ-ÇEF'nin iki alt boyut ve 23 maddeden oluştuğu sonucu elde edilmiştir.

Tablo 3'te sunulan DFA bulguları, TSBÖ-ÇEF'nin orijinal faktör yapısının test edilmesine yöneliktir. Elde edilen sonuçlar, modelin geçerli kabul edilen uyum indekslerini karşıladığını göstermektedir. X^2/ss değeri 3,727 olarak hesaplanmıştır ve X^2/ss değerini 5'den küçük olduğu için modelin iyi uyum indeksine sahip olduğu ifade edilmektedir.^{22,23} Karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI), uyum iyiliği indeksi (GFI), normlaştırılmış uyum indeksi (NFI) ve Tucker-Lewis indeksi (TLI) gibi uyum indekslerinin 0,90'ın üzerinde olması, modelin iyi düzeyde uyum gösterdiğine işaret etmektedir.¹⁶ Araştırmada elde edilen CFI, GFI, NFI ve TLI değerleri iyi uyum göstermektedirler. DFA sonucunda TSBÖ-ÇEF'nin iki alt boyut ve 23 maddeden oluştuğu sonucu elde edilmiştir. Tablo 3'de gerçekleştirilen birinci düzey çok faktörlü DFA sonuçları ($\chi^2/ss=3,727$; CFI=0,90; GFI=0,88; NFI=0,90; yaklaşık hataların ortalama kare kökü =0,068; standartlaştırılmış kareler ortalaması artışı =0,056) doğrultusunda, önerilen iki faktörlü modelin veriyle kabul edilebilir düzeyde uyum sağladığı görülmektedir. Elde edilen bulgular, TSBÖ-ÇEF'nin kuramsal olarak öngörülen yapıyı doğruladığını ortaya koymaktadır. Şekil 1'de sunulan DFA sonuçlarına göre, faktör yüklerinin 0,39 ile 0,74 arasında değiştiği gözlemlenmiştir. Madde faktör

yükleri 0,30'un üzerinde olduğu için istenilen düzeyde olduğu görülmektedir.¹⁶

Güvenirlik

Bu bölümde güvenirlik analiz ile ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4 incelendiğinde TSBÖ-ÇEF madde toplam korelasyonları değerlerinin 0,33 ile 0,61 arasında değiştiği sonucu elde edildiği görülmektedir. Madde toplam korelasyon katsayısının 0,30 ve üzerinde olması, ilgili maddenin yeterli ayırt ediciliğe sahip olduğunu göstermektedir.²⁴ Elde edilen bulgulara göre TSBÖ-ÇEF maddelerinin ayırt etme gücünün yeterli düzeyde olduğu anlaşılmaktadır. Cronbach alfa değeri olumsuz yönde kalıcı değişime ilişkin bilişler alt boyutu için $\alpha=0,87$ ve kişinin kendisi ve dünya ile ilgili olumsuz bilişleri alt boyutu için $\alpha=0,82$ olarak hesaplanmıştır. TSBÖ-ÇEF toplam puanı için ise $\alpha=0,91$ olarak hesaplanmıştır. McDonald's omega katsayısı değerleri olumsuz yönde kalıcı değişime ilişkin bilişler alt boyutu için $\omega=0,87$ ve dünya ile ilgili olumsuz bilişleri alt boyutu için $\omega=0,82$ olarak hesaplanmıştır. TSBÖ-ÇEF toplam puanı için ise $\omega=0,91$ olarak hesaplanmıştır. TSBÖ-ÇEF iki yarısı arasındaki tutarlılığı incelendiğinde Spearman-Brown korelasyon katsayısı 0,86 ve Guttman Split-Half katsayısı 0,91 olarak hesaplanmıştır. Güvenirlik katsayısı 0,80 ve üzeri olan ölçekler, yüksek düzeyde güvenilir olarak değerlendirilmektedir.²⁵ Yapılan Cronbach alfa, McDonald's omega katsayısı Spearman-Brown korelasyon katsayısı ve Guttman Split-Half katsayısı hesaplamaları sonucunda ölçek değerlerin güvenilir olduğu görülmektedir.

TSBÖ-ÇEF yapısal geçerliliğini değerlendirmek amacıyla Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu toplam puan ve DASS-42 Lise Formu kullanılmıştır. TSBÖ-ÇEF alt boyutlarının da arasında bulunan korelasyon ilişkisi incelenmiştir. Tablo 5 incelendiğinde TSBÖ-ÇEF olumsuz yönde kalıcı değişime ilişkin bilişler ve kişinin kendisi ve dünya ile ilgili olumsuz bilişleri alt boyutları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($r=0,68$, $p<0,01$).

Olumsuz yönde kalıcı değişime ilişkin bilişler alt boyutu ile Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu toplam puan ($r=0,64$, $p<0,01$), depresyon ($r=0,68$, $p<0,01$), anksiyete ($r=0,65$, $p<0,01$) ve stres ($r=0,60$) puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki elde edilmiştir.

Tablo 2. Alt faktörler ve maddelere göre faktör yükleri

Madde	Faktör 1. Olumsuz yönde kalıcı değişime ilişkin bilişler (varyans =%34,0)	Faktör 2. Kişinin kendisi ve dünya ile ilgili olumsuz bilişleri (varyans =%7,1)
Madde 1		0,53
Madde 2		0,45
Madde 3		0,66
Madde 4		0,48
Madde 5	0,45	
Madde 6	0,53	
Madde 7		0,51
Madde 8		0,59
Madde 9		0,69
Madde 10		0,69
Madde 11		0,53
Madde 12		0,49
Madde 13	0,59	
Madde 14	0,58	
Madde 15	0,72	
Madde 16		0,37
Madde 17	0,63	
Madde 18	0,66	
Madde 19	0,72	
Madde 20	0,62	
Madde 21	0,58	
Madde 22	0,75	
Madde 23	0,41	

Tablo 3. Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Çocuk-Ergen Formu birinci düzey çok faktörlü modeline ait doğrulayıcı faktör analizi uyum indeksleri

Uyum indeksi	Araştırma bulgusu	İyi uyum ölçütü	Mükemmel uyum ölçütü	Sonuç
X ² /ss	3,727	0 < X ² /ss < 5	0 < X ² /ss < 3	İyi uyum
RMSEA	0,068	0,00 ≤ RMSEA ≤ 0,10	0,00 ≤ RMSEA ≤ 0,05	Mükemmel uyum
SRMR	0,056	0,00 ≤ SRMR ≤ 0,10	0,00 ≤ SRMR ≤ 0,05	Mükemmel uyum
NFI	0,90	0,90 ≤ NFI ≤ 1,0	0,95 ≤ NFI ≤ 1,0	İyi uyum
CFI	0,90	0,90 ≤ CFI ≤ 0,95	0,95 ≤ CFI ≤ 1,0	İyi uyum
GFI	0,88	0,85 ≤ GFI ≤ 0,90	0,90 ≤ GFI ≤ 1,0	İyi uyum
TLI	0,90	0,90 ≤ TLI ≤ 1,0	0,95 ≤ TLI ≤ 1,0	İyi uyum

RMSEA: Yaklaşık hataların ortalama kare kökü, SRMR: Standartlaştırılmış kareler ortalaması artışı, NFI: Normlaştırılmış uyum indeksi, CFI: Karşılaştırmalı uyum indeksi, GFI: Uyum iyiliği indeksi, TLI: Tucker-Lewis indeksi, ss: Standart sapma

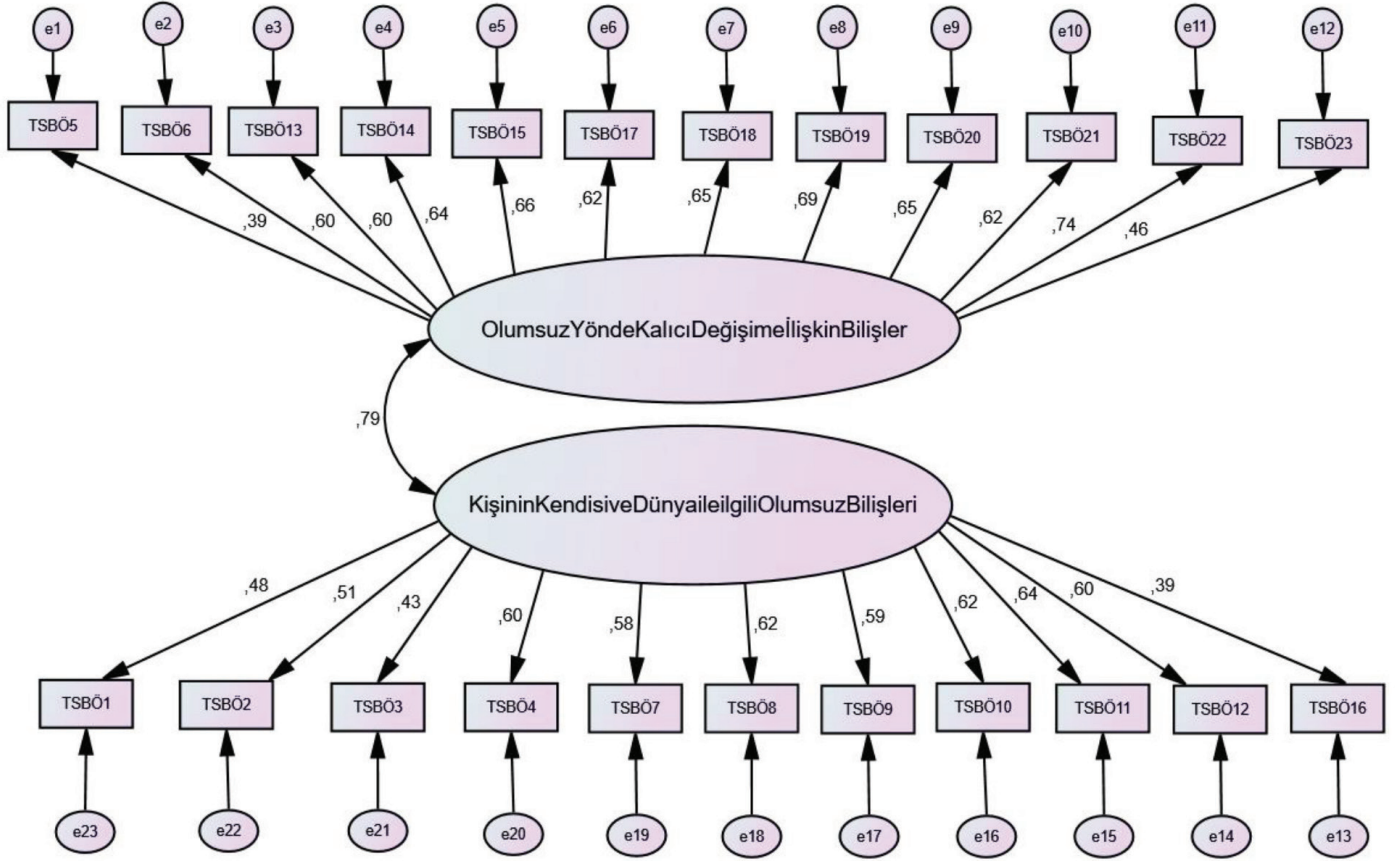
Kişinin kendisi ve dünya ile ilgili olumsuz bilişleri alt boyutu ile Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu toplam puan ($r=0,61$, $p<0,01$), depresyon ($r=0,63$, $p<0,01$), anksiyete ($r=0,60$, $p<0,01$) ve stres ($r=0,60$) puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki elde edilmiştir.

TSBÖ-ÇEF toplam puanı ile Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu toplam puan ($r=0,68$, $p<0,01$),

depresyon ($r=0,72$, $p<0,01$), anksiyete ($r=0,68$, $p<0,01$) ve stres ($r=0,65$) puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki elde edilmiştir.

Tartışma

Bu çalışmada TSBÖ-ÇEF Türk kültürüne uyarlanmıştır. Araştırma bulguları, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik açısından yeterli düzeyde olduğunu ve güvenilir ölçümler sağlayabileceğini



Şekil 1. Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Çocuk-Ergen Formu'na ilişkin birinci düzey çok faktörlü doğrulayıcı faktör analizi modeli

düşündürmektedir. Son iki ay içerisinde travmatik yaşantısı olan katılımcılarda uygulanan geçerlik analizleri sonucunda TSBÖ-ÇEF'nin 23 madde ve iki alt boyuttan oluştuğu sonucu elde edilmiştir. Bu alt boyutları olumsuz yönde kalıcı değişime ilişkin bilişler ve kişinin kendisi ve dünya ile ilgili olumsuz bilişleri olarak ifade edilmiştir. Olumsuz yönde kalıcı değişime ilişkin bilişleri çocuk ve ergenlerin travma sonrası yaşadığı olumsuzlukların yaşam boyu sürecine dair olan inançlarını ifade etmektedir. Kişinin kendisi ve dünya ile ilgili olumsuz bilişleri alt boyutu ise, bireyin kendilik algısı ve dünya görüşünde oluşan olumsuz algıları ifade etmektedir. Piaget'in bilişsel gelişim teorisi çerçevesinde, çocuk ve ergen bireylerin kendileri ve dünya ile ilgili algılarında travma sonrası meydana gelen değişimlerin, onların gelişimsel düzeylerine uygun şekilde değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir.¹⁰ Çocuklar ve ergenler bireyler, travmatik olayları anlamlandırırken yetişkinlerden farklı olarak daha somut düşünme eğilimindedir.²⁶ Dolayısıyla TSBÖ-ÇEF'nin bu yaş grubuna özel bir odak sunmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda ise olumsuz yönde kalıcı değişime ilişkin bilişler alt boyutu Cronbach alfa ve McDonald's omega katsayısı değeri 0,87; kişinin kendisi ve dünya ile ilgili olumsuz bilişleri alt boyutu için Cronbach alfa ve McDonald's omega katsayısı değeri 0,82 ve toplam puan için Cronbach alfa ve McDonald's omega katsayısı değeri 0,91 olarak elde

edilmiştir. TSBÖ-ÇEF'nin yüksek düzeyde güvenilir olduğu görülmektedir. TSBÖ-ÇEF'nin Türk kültürüne uyarlanmış bir ölçeğe aracı olduğu düşünüldüğünde, elde edilen güvenilirlik değerleri, ölçeğin kültürel bağlamda da güçlü bir psikometrik yapıya sahip olduğunu göstermektedir.

TSBÖ-ÇEF'nin yapı geçerliğini incelemek amacıyla Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu ve DASS-42 arasında korelasyon değerleri incelenmiştir. TSBÖ-ÇEF ile Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu toplam puanı ve DASS-42 puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki elde edilmiştir. Alanyazında yer alan bulgular dikkate alındığında travmatik olayları sonrası oluşan olumsuz bilişlerin TSSB semptomlarının şiddetinin artıracağı ve çocuk ve ergenlerde travma sonrası bilişlerin TSSB için güçlü bir semptom olduğu ifade edilmektedir.¹⁷ Elde edilen bulguların araştırmanın bu bulgusu ile tutarlı olduğu görülmektedir. Çocuk ve ergenlerde meydana gelen bu değişimler geleceğe yönelik umutlarını azaltarak depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin artmasına neden olabilir. Ayrıca TSBÖ-ÇEF'nin alt boyutları arasında da pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki elde edilmiştir. Alt boyutları arasındaki yüksek düzeyde pozitif yönde elde edilen ilişki, bu boyutların birbirini tamamlayan ve birbirine bağlı yapılar olduğunu göstermektedir. TSBÖ-ÇEF madde yükleri ise 0,39 ve 0,74 değişiklik gösterdiği için uygun düzeyde olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Çocuk-Ergen Formu'na ait betimsel istatistikler ve güvenirlik analizi

Alt boyut	Madde	Ort.	ss	Madde toplam korelasyonu	Madde silindiğinde α	Cronbach's alfa	McDonald's omega
Olumsuz yönde kalıcı değişime ilişkin bilişler	Madde 5	2,63	1,04	0,34	0,90	0,87	0,87
	Madde 6	1,75	0,97	0,57	0,90		
	Madde 13	2,37	1,21	0,55	0,90		
	Madde 14	2,10	1,02	0,61	0,90		
	Madde 15	1,81	1,04	0,57	0,90		
	Madde 17	1,76	0,98	0,54	0,90		
	Madde 18	1,83	1,02	0,58	0,90		
	Madde 19	1,64	0,96	0,60	0,90		
	Madde 20	1,78	1,03	0,60	0,90		
	Madde 21	2,09	1,11	0,58	0,90		
	Madde 22	1,77	1,00	0,64	0,90		
	Madde 23	2,44	1,19	0,50	0,90		
Kişinin kendisi ve dünya ile ilgili olumsuz bilişleri	Madde 1	2,49	1,06	0,42	0,91	0,82	0,82
	Madde 2	2,11	0,99	0,48	0,90		
	Madde 3	1,65	0,85	0,33	0,91		
	Madde 4	1,92	1,02	0,56	0,90		
	Madde 7	1,70	1,01	0,52	0,90		
	Madde 8	1,78	1,00	0,54	0,90		
	Madde 9	2,39	1,11	0,50	0,90		
	Madde 10	2,08	1,03	0,51	0,90		
	Madde 11	2,21	1,08	0,58	0,90		
	Madde 12	1,65	0,88	0,54	0,90		
	Madde 16	2,59	1,19	0,37	0,90		
Toplam puan						0,91	0,91

ort: Ortalama, ss: Standart sapma

Tablo 5. Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Çocuk-Ergen Formu ölçekler arası korelasyon değerleri

	Olumsuz yönde kalıcı değişime ilişkin bilişler	Kişinin kendisi ve dünya ile ilgili olumsuz bilişleri	Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Çocuk-Ergen Formu toplam puan
Olumsuz yönde kalıcı değişime ilişkin bilişler	-	-	-
Kişinin kendisi ve dünya ile ilgili olumsuz bilişleri	0,68**	-	-
Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu toplam puan	0,64**	0,61**	0,68**
Depresyon	0,68**	0,63**	0,72**
Anksiyete	0,65**	0,60**	0,68**
Stres	0,60**	0,60**	0,65**

**p<0,01

Alanyazını incelendiğinde çocuk ve ergenlerin travmatik yaşantılarına ilişkin DSM-5 Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu,¹⁷ çocuk ve gençler için klinisyen tarafından uygulanan TSSB Ölçeği²⁷ ve Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği²⁸ gibi ölçeklerin olduğu görülmektedir.

Ancak çocuk ve ergenlerin travmatik yaşantılarına ilişkin Türk kültüründe var olan ölçekler sınırlıdır. Dolayısıyla Türk kültürüne uyarlanan TSBO-ÇEF'nin çocuk ve ergenlerde meydana travma sonrası bilişler ile ilgili hem yapılacak olan çalışmalara hem de klinisyenler tarafından çocuk ve ergenlerin

travma sonrası bilişlerinin daha iyi anlaşılabilmesi amacıyla alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmanın belirli sınırlılıkları göz önünde bulundurulmalıdır. Araştırmancın çalışma grubu iki ay süre içerisinde travmatik bir yaşantıya maruz kalmış olan 596 çocuk ve ergenlerden oluşmaktadır. Araştırmancın çalışma grubu olarak hastanelerin travma kliniklerinde tedavi gören çocuk ve ergenlerin alınmaması bu çalışmanın sınırlılığıdır. Daha büyük çalışma grubunun olmaması ve çalışma grubunu oluşturan çocuk ve ergenlerin yaş dağılımlarının dengeli olmaması da bu araştırmanın bir diğer kısıtlılıklarıdır.

Sonuç

Bu çalışmada yapılan analizler sonucunda elde edilen yapı geçerliği, ölçüt geçerliği, ayırt edici geçerlik ve güvenilirlik bulguları doğrultusunda, TSBÖ-ÇEF'nin, 11-17 yaş grubundaki bireylerin travma sonrası biliş düzeylerini değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir araç olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ölçek 23 madde ve iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte olumsuz yönde (ters) kodlanmış herhangi bir madde bulunmamaktadır. Ölçeği toplam puanı alınabilmektedir. Ölçekten elde edilen puanların yüksekliği, çocuk ve ergenlerin travmatik yaşantılarla ilişkili olarak geliştirdikleri olumsuz bilişlerin daha yoğun olduğunu göstermektedir. Ölçek alt boyutları "olumsuz yönde kalıcı değişime ilişkin bilişler" (5,6,13,14,15,17,18,19,20,21, 22,23) ve "kişinin kendisi ve dünya ile ilgili olumsuz bilişleri" (1,2,3,4,7,8,9,10,11,12,16) olarak ifade edilmektedir. Bu ölçek alan uzmanları ve klinisyenler tarafından çocuk ve ergenlerin travma sonrası bilişlerini belirlemek amacıyla kullanılabilir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Çalışma, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınan onay doğrultusunda yürütülmüştür (karar no: 2024/509, tarih: 14.06.2024).

Hasta Onayı: Veri toplama sürecinde katılımcılara bilgilendirme yapılmış, gönüllü onamları alınmıştır.

Dipnotlar

Yazarlık Katkıları

Konsept: Z.T., Dizayn: Z.T., Veri Toplama ve İşleme: H.B.Y., Analiz ve Yorumlama: H.B.Y., Literatür Tarama: Z.T., H.B.Y., Yazan: Z.T., H.B.Y.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Black PJ, Woodworth M, Tremblay M, Carpenter T. A review of trauma-informed treatment for adolescents. *Can Psychol*. 2012;53:192.

2. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:1048-1060.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
4. Daviss WB, Racusin R, Fleischer A, Mooney D, Ford JD, McHugo GJ. Acute stress disorder symptomatology during hospitalization for pediatric injury. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39:569-575.
5. Brewin CR, Holmes EA. Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev*. 2003;23:339-376.
6. Kooistra MJ, Hoeboer CM, Oprel DAC, Schoorl M, van der Does W, Ter Heide JJ, van Minnen A, de Kleine RA. Changes in trauma-related cognitions predict subsequent symptom improvement during prolonged exposure in patients with childhood abuse-related PTSD. *Behav Res Ther*. 2023;163:104284.
7. Williams RM, Davis MC, Millsap RE. Development of the cognitive processing of trauma scale. *Clin Psychol Psychother*. 2002;9:349-360.
8. Beck JG, Coffey SE, Palyo SA, Gudmundsdottir B, Miller LM, Colder CR. Psychometric properties of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): a replication with motor vehicle accident survivors. *Psychol Assess*. 2004;16:289-298.
9. Yakıcı HB. Genç yetişkinlerde kompulsif çevrimiçi satın alma davranışı ile travma sonrası bilişler ve ölüm kaygısının incelenmesi [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2023.
10. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*. 2000;38:319-345.
11. Foa EB, Ehlers A, Clark DM, Tolin DF, Orsillo SM. The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): development and validation. *Psychol Assess*. 1999;11:303-314.
12. Yağcı-Yetkiner D. Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Türkçe uyarlama ve üniversite öğrencileri üzerinde geçerlik güvenilirlik çalışması [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
13. Meiser-Stedman, R. Towards a cognitive behavioral model of PTSD in children and adolescents. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2002;5:217-232
14. Meiser-Stedman R, Smith P, Bryant R, Salmon K, Yule W, Dalgleish T, Nixon RD. Development and validation of the child post-traumatic cognitions inventory (CPTCI). *J Child Psychol Psychiatry*. 2009;50:432-440.
15. Mannarino AP, Cohen JA, Berman SR. The Children's Attributions and Perceptions Scale - a new measure of sexual abuse-related factors. *J Clin Child Psychol*. 1994;23:204-211.
16. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 6th ed. Boston: Pearson Education Limited; 2013.
17. Yalın-Sapmaz Ş, Ergin D, Özek Erkan H, Şen Celasin N, Öztürk M, Karaarslan D, Köroğlu E, Ömer Aydemir Ö. Validity and reliability of the Turkish version of the DSM-5 Posttraumatic Stress Symptom Severity Scale-Child Form. *Arch Neuropsychiatry*. 2017;54:205-208.
18. Bilgel N, Bayram N. Turkish version of the depression anxiety stress scale (DASS- 42): psychometric properties. *Arch Neuropsychiatry*. 2010;47:118-126.
19. Akkuş-Çutuk Z, Kaya M. Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASS-42) lise formu: Türkçe geçerlik ve güvenilirliği. *Electron J Soc Sci*. 2018;17:1327-1336.
20. Hair JF Jr, Hult GTM, Ringle CM, Sarstedt M. A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2021.
21. Sofroniou N, Hutcheson GD. The multivariate social scientist: introductory statistics using generalized linear models. *Multivariate Soc Sci*. 1999;1-288.

22. Karagöz Y. SPSS 23 ve AMOS 23 uygulamalı istatistiksel analizler. 1. baskı. Ankara: Nobel Yayıncılık; 2016.
23. Meydan CM, Şeşen H. Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları. 2. baskı. Ankara: Detay Yayıncılık; 2015.
24. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. 5. baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2011:44.
25. Özdamar K. Paket programlar ile istatistiksel veri analizi. 2. baskı. Eskişehir: Kaan Kitabevi; 1999.
26. Saltzman WR, Pynoos RS, Layne CM, Steinberg AM, Aisenberg E. Trauma-and grief-focused intervention for adolescents exposed to community violence: results of a school-based screening and group treatment protocol. *Group Dyn Theory Res Pract*. 2001;5:291.
27. Karakaya I, Memik NÇ, Ağaoğlu B, Aker T, Şişmanlar Ş, Öç ÖY, Coşkun A. Çocuk ve gençler için araştırmacı tarafından uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği geçerlik güvenirlik çalışması. *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 2007;14:125-132.
28. Erden G, Kılıç EZ, Uslu İU, Kerimoğlu E. Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği: Türkçe geçerlik, güvenirlik çalışması. *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 1999;6:143-149.

Ebeveyn Tutumları ve Çocuk Davranış Problemleri Arasındaki İlişkide Ebeveyn Mükemmeliyetçiliğinin Aracı Rolü

The Mediating Role of Parental Perfectionism in the Relationship Between Parenting Styles and Child Behavior Problems

© Merve İnce¹, © Berna Akçınar¹, © Simay Yılmaz²

¹Işık Üniversitesi İktisadi İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

²Koç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Doktora Programı, İstanbul, Türkiye

Amaç: Bu çalışma, annelerin mükemmeliyetçiliğinin, annelerin ebeveynlik stilleri ile çocukların içselleştirme ve dışsallaştırma davranış problemleri arasındaki ilişkide aracılık rolünü incelemeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Örneklem, 3-6 yaş arası çocukları olan 271 anneden oluşmaktadır. Katılımcılardan sosyodemografik bilgi formu, Ebeveyn Tutum Ölçeği, Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği ve Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeğini doldurmaları istenmiş ve veriler çevrimiçi olarak toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmanın ana hipotezini test etmek için yapılan analiz bulgularına göre demokratik ebeveynlik, içselleştirme ($b=-0,117$, $p<0,05$) ve dışsallaştırma ($b=-0,076$, $p<0,05$) davranış problemlerini negatif yönde yordamıştır. Bu ilişkilerde annenin kendine yönelik mükemmeliyetçiliği (KYM) ve sosyal olarak belirlenen mükemmeliyetçilik (SBM) aracılık etmemiştir. Otoriter ebeveynlik, içselleştirme ($b=0,046$, $p<0,05$) ve dışsallaştırma ($b=0,049$, $p<0,05$) davranış problemleriyle pozitif yönde ilişkilendirilmiş ve bu problemler üzerindeki etkilerinde KYM ve SBM aracılık rolü üstlenmemiştir. Buna karşın, aşırı korumacı ve izin verici tutumlar bu davranış problemlerini anlamlı bir şekilde yordamamıştır. Ayrıca, annelerin KYM'nin, aşırı korumacı ve izin verici ebeveynlik tutumları ile içselleştirme ve dışsallaştırma davranış problemleri arasındaki ilişkide aracılık etkisi olmadığı bulunmuş; ancak SBM'nin aşırı koruyucu ebeveyn tutumu ile içselleştirme [$b=0,017$, standart hata (SH)=0,009, güven aralığı (GA): (0,003, 0,038)] ve dışsallaştırma [$b=0,012$, SH=0,007, GA: (0,001, 0,029)] davranış problemlerinde ve izin verici ebeveyn tutumu ile içselleştirme davranış problemi [$b=0,013$, SH=0,008, GA: (0,000, 0,033)] arasında aracılık etkisinde bulunduğu görülmüştür.

Sonuç: Bu çalışma, ebeveynlik tutumları ve özelliklerinin çocukların ruh sağlığı üzerindeki önemli rolünü vurgulamakta, ebeveynlerin etkili ve olumlu ebeveynlik yaklaşımlarını benimsemeleri için pratik müdahalelerin gerekliliğini belirtmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ebeveyn tutumları, çocukluk çağı davranış problemleri, ebeveyn mükemmeliyetçiliği, erken çocukluk dönemi

Objectives: This study examines the mediating role of maternal perfectionism in the relationship between maternal parenting styles and children's internalizing and externalizing behavior problems.

Materials and Methods: The sample consists of 271 mothers with children aged 3-6 years. Participants were asked to complete a sociodemographic information form, the Parenting Attitude Scale, the Hacettepe Mental Adaptation Scale, and the Multidimensional Perfectionism Scale, and the data were collected online.

Results: According to the findings of the analysis conducted to test the main hypothesis of the study, democratic parenting negatively predicted internalizing ($b=-0.117$, $p<0.05$) and externalizing ($b=-0.076$, $p<0.05$) behavior problems. The mother's self-oriented perfectionism (SOP) and socially prescribed perfectionism (SPP) did not mediate these relationships. Authoritarian parenting was positively associated with internalizing ($b=0.046$, $p<0.05$) and externalizing ($b=0.049$, $p<0.05$) behavior problems, and SOP and SPP did not mediate their effects on these problems. On the other hand, overprotective and permissive attitudes did not significantly predict these behavior problems. In addition, it was found that mothers' SOP did not mediate the relationship between overprotective and permissive parenting attitudes and internalizing and externalizing behavior problems; however, SPP mediated the relationship between overprotective parenting attitudes and internalizing

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Simay Yılmaz, Koç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Doktora Programı, İstanbul, Türkiye

E-posta: syilmaz25@ku.edu.tr **ORCID:** orcid.org/0000-0003-3307-4754

Geliş Tarihi/Received: 04.11.2024 **Kabul Tarihi/Accepted:** 11.12.2024 **Yayınlanma Tarihi/Publication Date:** 11.11.2025

Atıf/Cite this article as: İnce M, Akçınar B, Yılmaz S. The mediating role of parental perfectionism in the relationship between parenting styles and child behavior problems. Türk J Child Adolesc Ment Health. 2025;32(3):147-57

Copyright© 2025 Yazar. Türkiye Çocuk ve Gençlik Psikyatrisi Derneği adına Galenos Yayınevi tarafından yayımlanmıştır. Creative Commons Atıf-GayriTicari-Türetilemez 4.0 (CC BY-NC-ND) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmış, açık erişimli bir makaledir.



ABSTRACT

[$b=0.017$, standard error (SE)=0.009, confidence interval (CI): (0.003, 0.038)] and externalizing behavior problems [$b=0.012$, SE=0.007, CI: (0.001, 0.029)] and between permissive parental attitude and internalizing behavior problem [$b=0.013$, SE=0.008, CI: (0.000, 0.033)].

Conclusion: This study highlights the significant role of parenting attitudes and characteristics on children's mental health and emphasizes the necessity for practical interventions to encourage parents to adopt effective and positive parenting approaches.

Keywords: Parental attitudes, behavioral problems of childhood, parental perfectionism, early childhood

Giriş

Erken çocukluk dönemi bireylerin ilerideki hayatlarına temel oluşturacak nitelikte olan kritik bir dönemdir.¹ Bu dönemde çocuk öğrenmeye oldukça açıktır, çevresiyle olan etkileşimlerden çıkarımlar edinmekte ve kişiliğinin tohumlarının atıldığı hızlı bir gelişim sürecinden geçmektedir.² Çocuğun sağlıklı bir şekilde yetişmesinde ve kişilik yapısının oluşmasında ebeveynlerin sergiledikleri tutum ve yaklaşımların büyük önemi vardır.³

Baumrind⁴ ebeveyn tutumlarını izin verici, otoriter ve demokratik olmak üzere üç kategoride incelerken, Maccoby ve Martin⁵ kabul/duyarlılık ve kontrol/talep boyutlarıyla geliştirerek dört tutum tanımlamıştır: Demokratik, otoriter, izin verici ve ihmalkar. Bu araştırmada Batı kültüründe sık karşılaşılmayan fakat Türk kültüründe ebeveynlerin sıkça uyguladığı görülen ebeveyn tutumları arasında yer alan aşırı koruyucu ebeveyn tutumu da incelenmiştir.^{6,7} Demokratik tutumda, ebeveynler yüksek kabul ve kontrol ile çocuğun özerkliğini teşvik ederken, otoriter tutumda düşük kabul ve yüksek kontrol ile disiplin uygulamaktadırlar. İzin verici tutum düşük kontrol ile fazla özgürlük tanır, bu da zayıf duyu düzenlemeye yol açabilmektedir. İhmalkar ebeveyn tutumunda ise ebeveynler çocuklarına düşük kabul/duyarlılık ve düşük kontrol/talep göstermektedirler.⁸ Aşırı koruyucu ebeveyn tutumu ile yetiştirilen çocuklar ise girişimcilikten yoksun, çekingen ve sürekli olarak başkasının desteğini arayarak gelişen çocuklar olabilmektedirler.⁹ Bu kapsamda belirli tür ebeveyn tutumlarını gösteren ebeveynlerin çocuklarında içselleştirme ve dışsallaştırma davranış problemlerinin daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir.¹⁰

Çocuklardaki davranış problemlerini tanımlarken ilk kez Achenbach ve Edelbrock¹¹ içselleştirme ve dışsallaştırma terimlerini kullanmışlardır. İçselleştirme davranış problemleri; yüksek denetimli olarak belirtilen içe kapanıklık, korku, kaygı, üzüntü, anksiyete, depresyon, sosyal geri çekilme davranışları olarak tanımlanmaktadır.^{11,12} Dışsallaştırma davranış problemleri, düşük denetimli olarak belirtilen aşırı hareketlilik, düşük dürtü kontrolü, uyumsuzluk, agresyon, akranlara karşı saldırganlık, karşı gelme, yıkıcı davranışlar ve öfke nöbetleri gibi davranışlar olarak tanımlanmaktadır.^{11,12} Küçük çocuklardaki içselleştirme ve dışsallaştırma davranış problemleri için belirli ebeveyn özelliklerinden söz edilmektedir. Buna göre içselleştirme davranış problemlerinin yordayıcısı olan ebeveyn özellikleri arasında; etkisiz ebeveynlik yöntemlerinin kullanılması, ebeveyn stresi, ebeveyn psikopatolojisi, düşük sosyal destek yer alırken; dışsallaştırma davranış problemlerinin yordayıcısı olan ebeveyn özellikleri; olumsuz ebeveyn tutumlarına sahip olması (sert disiplin yöntemleri, zorlayıcı ebeveynlik yaklaşımları),

ebeveynin stres yaşaması, ebeveyn psikopatolojisi, düşük aile işlevselliği olarak belirtilmiştir.¹³

Ebeveynlerin çocuklarına olan yaklaşımlarında gösterdikleri mükemmeliyetçi tutumlarında çocukların davranış problemleri göstermesinde etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Ebeveyn mükemmeliyetçiliğinin çocuklardaki kaygı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi davranış problemleri kapsamına giren sorunlara sebep olduğu görülmüştür.¹⁴⁻¹⁶ Bu kısımda ele alınan mükemmeliyetçilik kavramı ise pek çok araştırmacı ve kuramcının ortaklaştığı noktada; kişinin kendisine gerçekçi olmayan yüksek standartlar koyması, bu standartlara sıkı sıkıya bağlı kalması ve öz değerini bu standartlara ulaşmak üzerinden tanımlaması olarak ele alınmaktadır.¹⁷ Hewitt ve Flett,¹⁸ mükemmeliyetçiliği üç bileşene ayırmaktadır: Kendine yönelik mükemmeliyetçilik (KYM), başkasına yönelik mükemmeliyetçilik (BYM) ve sosyal olarak belirlenen mükemmeliyetçilik (SBM). KYM, bireyin kendisi için yüksek standartlar belirleyip davranışlarını katı şekilde değerlendirmesini; BYM, kişinin başkalarından mükemmellik beklemesini; SBM ise başkaları tarafından belirlenen standartlara ulaşma beklentisini tanımlamaktadır.

Okul öncesi döneme denk gelen erken çocukluk çağında çocuğun gösterdiği davranış problemlerinin farkında olunması, bunlara neden olabilecek faktörlerin bulunması ve buna yönelik tedbirlerin alınması kritik öneme sahiptir.¹⁹ Çocuğun yaşı ilerledikçe davranış problemleri daha kalıcı ve tedavisi zor hale gelebilmektedir. Bu açıdan koruyucu ve risk faktörlerinin erken aşamada fark edilmesi büyük önem taşımaktadır.²⁰ Bu bilgiler ışığında alanyazında ebeveyn tutumları, ebeveyn mükemmeliyetçiliği ve çocuklarındaki davranış problemleri arasındaki ilişkilerin ayrı ayrı ele alındığı çalışmalara rastlanırken ebeveyn tutumları ile çocuklardaki davranış problemleri ilişkisinde ebeveyn mükemmeliyetçiliğinin aracılık etkisini inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu kapsamda incelenen alanyazına dayanarak aşağıdaki hipotezler ele alınmıştır:

• **Hipotez 1:** Annelerin ebeveyn tutumları ile çocuklardaki içselleştirme ve dışsallaştırma davranış problemleri arasında ilişki bulunmaktadır.

• **Hipotez 2:** Annelerin ebeveyn tutumları ile çocuklarındaki içselleştirme ve dışsallaştırma davranış problemleri arasındaki ilişkide mükemmeliyetçiliğin alt boyutları aracı etkiye sahiptir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın örneklemini uygun örnekleme ve kartopu örnekleme yöntemleri ile ulaşılan 3-6 yaş arası çocuğa sahip olan 271 anne oluşturmaktadır. Bu araştırmanın işleme

kriterleri 3-6 yaş arası çocuğa sahip olmak ve 18 yaşından büyük olmak; dışlama kriterleri ise katılımcı annelerin herhangi bir psikiyatrik tanıya sahip olmaları, devam eden bir psikiyatrik ilaç kullanımları olması olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan gönüllü katılımcılar sırasıyla bilgilendirilmiş onam formu, sosyodemografik bilgi formu, Ebeveyn Tutum Ölçeği, Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği ve Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeğini doldurmuşlardır.

Bu çalışma için FMV Işık Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (karar no: 2023/02, tarih: 27.01.2023). Katılımcılar çalışmanın içeriği hakkında bilgilendirilmiştir ve Helsinki Bildirgesi doğrultusunda çalışmaya katılmayı onayladıklarına dair onam vererek ankete katılım göstermişlerdir.

Veri Toplama Araçları

• **Ebeveyn Tutum Ölçeği:** Demir ve Şendil⁶ tarafından geliştirilen ölçek, 2-6 yaş arası çocuk sahibi ebeveynlerin demokratik, otoriter, aşırı koruyucu ve izin verici tutumlarını ölçer. Ölçekte demokratik tutumu ölçen 17 madde, otoriter tutumu ölçen 11 madde, aşırı koruyucu tutumu ölçen 9 madde ve izin verici tutumu ölçen 9 madde bulunmaktadır. Dört alt boyutun herhangi birinden alınan yüksek puan, ebeveyn tarafından yüksek puan alınan ebeveyn tutumunun benimsendiğini ifade etmektedir.⁶ Bu çalışma kapsamında yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach alfa değerleri; demokratik tutum için 0,86, otoriter tutum için 0,91, aşırı koruyucu tutum için 0,83 ve izin verici tutum için 0,80 olarak bulunmuştur.

• **Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği:** Gökler ve Öktem²¹ tarafından çocuklardaki davranış problemlerini ve ruhsal uyumu ölçmek için geliştirilmiştir. İçselleştirme, dışsallaştırma ve diğer sorunlar olmak üzere üç alt boyut ve 32 maddeden oluşur. Üçlü Likert tipi ile puanlanır ve yüksek puan davranış problemlerinin varlığını işaret eder. İlk 24 madde içselleştirme-dışsallaştırma sorunlarını, sonraki 7 madde diğer davranış problemlerini (kekemelik, tik vb.) değerlendirir. Bu çalışma kapsamında yapılan güvenilirlik analizi sonucunda tüm ölçeğin Cronbach alfa değerleri 0,79, içselleştirme alt boyutu 0,69, dışsallaştırma alt boyutu 0,70 olarak bulunmuştur.

• **Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği:** Hewitt ve Flett¹⁸ tarafından geliştirilen ve Oral²² tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek, KYM, BYM ve SYM olmak üzere üç alt boyuttan oluşur. Ölçekte toplam 44 madde yer alır. Bu çalışma kapsamında yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach alfa değerleri KYM için 0,83, BYM için 0,50, SBM için 0,76 bulunmuştur ve BYM alt boyutu düşük güvenilirlik katsayısı nedeniyle analizlere dahil edilmemiştir.

İstatistiksel Analiz

Çalışmamızda toplanan verileri analiz etmek için SPSS 23 programı kullanılmıştır. İlk olarak, normallik varsayımının ihlal edilip edilmediğini belirlemek için değişkenlerin frekans,

ortalama, çarpıklık, basıklık değerleri ile sürekli değişkenlerin standart sapmaları incelenmiştir. Çarpıklık ve basıklık puanlarının +3 ve -3 aralığının dışında olup olmadığı kontrol edilmiştir²³ ve tüm değişkenlerin normal aralıkta olduğu tespit edilmiştir. Annelerin ebeveyn tutumları yordayıcı değişken ve çocuklardaki içselleştirme-dışsallaştırma davranış problemleri de yordanan değişken olarak ele alınmıştır. Yordanan değişken ile anlamlı ilişkiye sahip sosyodemografik değişkenleri tespit etmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Çalışmanın değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır ve yordayıcı değişkeni olan ebeveyn tutumlarının yordanan değişken olan içselleştirme-dışsallaştırma davranış problemlerini, annelerin mükemmeliyetçi tutumlarının aracı rolü etkisinde nasıl yordadığını araştırmak için PROCESS Macro Model 4 ile aracı etki analizleri yapılmıştır. Bootstrap yöntemi ile örneklem sayısı 5000'e yükselttiler oluşturulan modellerdeki etkilerin anlamlılığı %95 güven aralığı (GA) temel alınarak analiz edilmiştir. Ebeveyn tutumu ile içselleştirme-dışsallaştırma davranış problemleri arasındaki ilişkiye KYM ve SBM'nin aracılık etkisini görmek üzere modele iki adet aracı değişken ataması yapılarak çoklu aracı değişken analizi yapılmıştır. Ebeveyn tutumunun KYM'ye (a¹ yolu) ve SBM'ye (a² yolu) etkisi, KYM'nin (b¹ yolu) ve SBM'nin içselleştirme-dışsallaştırma davranış problemlerine etkisi (b² yolu), KYM ve SBM (c' yolu) dahil edildiğinde ebeveyn tutumunun içselleştirme-dışsallaştırma davranış problemlerine etkisi ve ebeveyn tutumunun içselleştirme-dışsallaştırma davranış problemlerine olan toplam etkisini (c yolu) ile ifade edilmiştir. P değerinin <0,05 olduğu analizler istatistiksel açıdan anlamlı olarak yorumlanmıştır.

Bulgular

Örneklem

Katılımcıların %97,8'inin (n=265) evli, %97,8'inin (n=265) partneriyle beraber olduğu görülürken; %31,8'i (n=86) lise ve altı eğitim seviyesine; %54,6'sı (n=148) lisans eğitim seviyesine ve %13,7'si (n=37) lisansüstü eğitim seviyesine sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların %50,9'u (n=138) çalışmaktayken %49,1'i (n=133) çalışmamaktadır. Katılımcıların çoğunluğu orta gelir seviyesine (%85,6; n=232) ve iki çocuğa (%42,8; n=116) sahiptir.

Katılımcıların çocukları ile ilgili verilerde çocukların yaş dağılımlarına bakıldığında ise %20,7'sinin (n=56) 3, %30,6'sının (n=83) 4, %48,7'sinin (n=132) ise 5 yaşında olduğu görülmüştür. Çocukların çoğunluğunun (%56,1; n=152) erkek olduğu ve okula gittiği (%88,6; n=240), okula gidenlerin ise çoğunluğunun ana sınıfına gittiği (%64,2; n=154) görülmüştür. Sosyodemografik formda çocuğun sahip olduğu herhangi bir psikiyatrik tanı olup olmadığı, varsa bu tanının ne olduğu öz bildirimine dayalı olarak sorulmuştur ve formdaki yanıtlara göre çocukların çoğunluğunda (%98,9; n=268) herhangi bir psikiyatrik tanı bulunmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmanın Ana Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Analizleri

Araştırmanın ana değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Tablo 1'deki korelasyon analizlerine göre, demokratik ebeveyn tutumu ile içselleştirme ($r=-0,277$, $p<0,01$) ve dışsallaştırma ($r=-0,188$, $p<0,01$) davranış problemleri arasında düşük düzeyde negatif; KYM ile arasında düşük düzeyde pozitif ilişki ($r=0,212$, $p<0,01$) bulunmaktadır. Otoriter ebeveyn tutumu, içselleştirme ($r=0,137$, $p<0,05$) ve dışsallaştırma ($r=0,152$, $p<0,05$) ile pozitif ilişkilidir. Aşırı koruyucu ebeveyn tutumu ile SBM arasında düşük düzeyde pozitif ilişki ($r=0,209$, $p<0,01$) ve SBM ile içselleştirme ($r=0,206$, $p<0,01$) ve dışsallaştırma ($r=0,156$, $p<0,05$) arasında düşük düzeyde pozitif ilişkiler tespit edilmiştir.

Aracı Değişken Analizleri

Annenin ebeveyn tutumu ile çocuğun davranış problemleri arasındaki ilişkide anne mükemmeliyetçiliğinin aracı bir rolü olup olmadığını incelemek amacıyla aracı değişken analizi yapılmıştır. Bu analizde, bağımlı değişkenle anlamlı ilişki gösteren sosyodemografik değişkenleri belirleyerek potansiyel karıştırıcı değişkenleri tespit etmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre erkek cinsiyet dışsallaştırma problemlerinde [$t(269)=-2,991$, $p<0,05$], annenin düşük eğitim düzeyi ise içselleştirme problemlerinde [$t(269)=2,604$, $p<0,05$] etkili bulunmuştur. Bu değişkenler, bağımlı değişken üzerindeki etkilerini kontrol etmek amacıyla sahte değişken haline getirilerek modele kontrol değişkeni olarak alınmıştır.

Ebeveyn Tutumları ve Çocuk Davranış Problemleri Arasındaki İlişkide Mükemmeliyetçiliğin Aracı Rolünün İncelenmesi

Şekil 1'de görüldüğü üzere demokratik ebeveyn tutumu ile içselleştirme davranış problemleri arasındaki ilişkiye KYM ve SBM'nin aracılık etkisini görmek üzere modele iki adet aracı değişken ataması yapılarak çoklu aracı değişken analizi yapılmıştır. Demokratik ebeveyn tutumunun, annenin KYM'si üzerindeki etkisi anlamlıyken [a^1 yolu; $b=0,508$, standart hata (SH)=0,144, $t=3,525$, $p<0,001$, GA: (0,224, 0,792)]; SBM'si üzerindeki etkisi anlamlı değildir (a^2 yolu; $b=0-0,070$,

$p>0,05$). Annenin KYM'si içselleştirme davranış problemlerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamazken (b^1 yolu; $b=0,004$, $p>0,05$); SBM'si pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamaktadır [b^2 ; $b=0,041$, SH=0,015, $t=2,658$, $p<0,05$, GA: (0,011, 0,072)]. Demokratik ebeveyn tutumunun içselleştirme davranış problemleri üzerindeki doğrudan etkisi anlamlıdır [c' yolu; $b=-0,117$, SH=0,026, $t=-4,441$, $p<0,001$, GA: (-0,065, -0,264)] ve total etkisi de benzer şekilde anlamlı bulunmuştur [c yolu; $b=-0,118$, SH=0,026, $t=-4,562$, $p<0,001$, GA: (-0,067, -0,266)]. Bootstrap analizi sonuçları ele alındığında, demokratik ebeveyn tutumunun içselleştirme davranış problemleri üzerindeki etkisinde KYM [$b=0,002$, SH=0,006, GA: (-0,010, 0,013)] ve SBM'nin [$b=-0,003$, SH=0,005, GA: (-0,014, 0,005)] aracılığıyla meydana gelen dolaylı etkinin ve toplam dolaylı aracılık etkisinin [$b_{\text{total}}=-0,001$, SH=0,008, GA: (-0,018, 0,014)] anlamsız olduğu görülmektedir. Demokratik tutum, içselleştirme davranışlarının %9'unu açıklarken ($r^2=0,096$, $p<0,001$), KYM ve SBM'nin eklenmesiyle bu oran %13'e yükselmiştir ($r^2=0,126$, $p<0,001$). Çocuk cinsiyeti ve anne eğitim düzeyi ise anlamlı bir etki göstermemiştir.

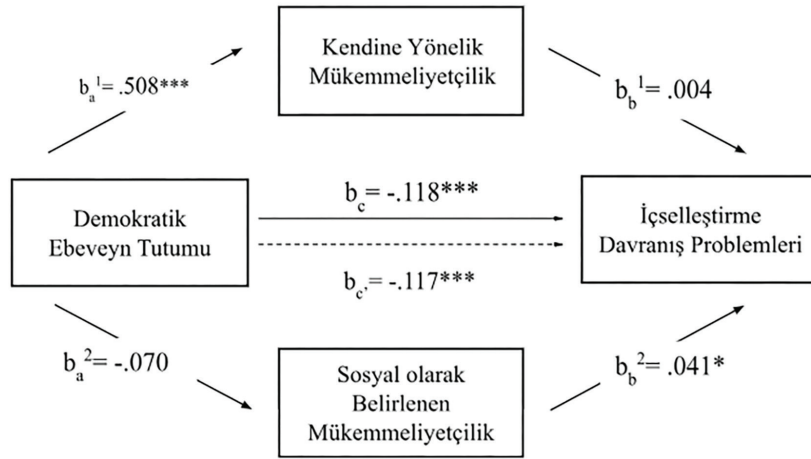
Demokratik ebeveyn tutumu ile dışsallaştırma davranış problemleri arasındaki ilişkiye KYM ve SBM'nin aracılık etkisini görmek üzere modele iki adet aracı değişken ataması yapılarak çoklu aracı değişken analizi yapılmıştır. Şekil 2'ye göre, demokratik ebeveyn tutumu annenin KYM'sini pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamaktadır [a^1 yolu; $b=0,508$, SH=0,144, $t=3,525$, $p<0,001$, GA: (0,224, 0,792)], ancak SBM üzerindeki etkisi anlamsızdır (a^2 yolu; $b=0,070$, $p>0,05$). Annenin KYM'sini dışsallaştırma üzerindeki etkisi anlamsızken (b^1 yolu; $b=0,002$, $p>0,05$), SBM'nin etkisi anlamlıdır [b^2 yolu; $b=0,033$, SH=0,015, $t=2,181$, $p<0,05$, GA: (0,003, 0,063)]. Demokratik ebeveyn tutumunun dışsallaştırma üzerindeki doğrudan etkisi [c' yolu; $b=-0,076$, SH=0,026, $t=-2,944$, $p<0,05$, GA: (-0,127, -0,025)] ve total etkisi anlamlıdır [c yolu; $b=-0,077$, SH=0,025, $t=-3,064$, $p<0,05$, GA: (-0,127, -0,028)]. Bootstrap analizi sonuçları ele alındığında, demokratik ebeveyn tutumunun dışsallaştırma davranış problemleri üzerindeki etkisinde KYM [$b=0,001$, SH=0,006, GA: (-0,011, 0,014)] ve SBM'nin [$b=-0,002$, SH=0,004, GA: (-0,011, 0,005)] aracılığıyla meydana gelen dolaylı etkinin ve toplam dolaylı aracılık etkisinin [$b_{\text{total}}=-0,001$, SH=0,007, GA: (-0,016, 0,014)] anlamsız olduğu görülmektedir.

Tablo 1. Değişkenler arası korelasyon analizi bulguları

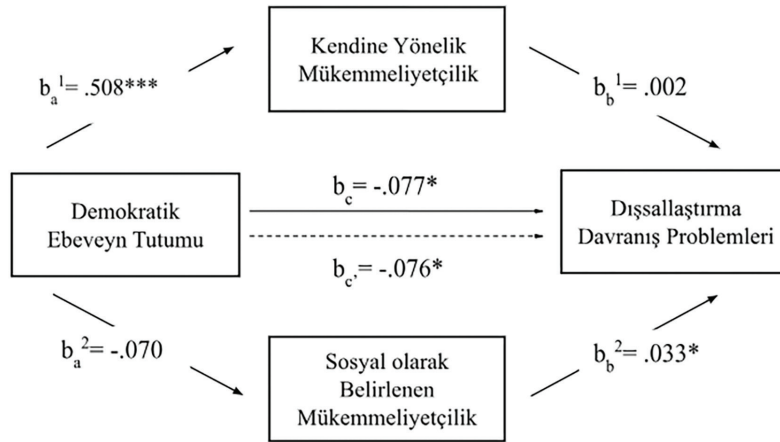
Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Demokratik	1							
2. Otoriter	-0,096	1						
3. Aşırı koruyucu	0,202**	0,231**	1					
4. İzin verici	0,023	0,662**	0,250**	1				
5. İçselleştirme	-0,277**	0,137*	0,009	0,070	1			
6. Dışsallaştırma	-0,188**	0,152*	0,104	0,032	0,450**	1		
7. KYM	0,212**	-0,064	0,098	-0,023	0,023	0,022	1	
8. SBM	-0,050	0,113	0,209**	0,116	0,206**	0,156*	0,371**	1

* $p<0,05$, ** $p<0,01$: İstatistiksel olarak anlamlı

KYM: Kendine yönelen mükemmeliyetçilik, SBM: Sosyal olarak belirlenen mükemmeliyetçilik



Şekil 1. Demokratik ebeveyn tutumu ile içselleştirme davranış problemleri arasındaki ilişkide mükemmeliyetçilik boyutlarının aracı rolü



Şekil 2. Demokratik ebeveyn tutumu ile dışsallaştırma davranış problemleri arasındaki ilişkide mükemmeliyetçilik boyutlarının aracı rolü

Demokratik tutum dışsallaştırma problemlerini %7 oranında açıklamakta ($r^2=0,073$, $p<0,001$), KYM ve SBM eklenince bu oran %9'a çıkmaktadır ($r^2=0,093$, $p<0,001$). Sonuç değişkeni üzerindeki etkisini kontrol etmek üzere modele ortak değişken olarak alınan çocuk cinsiyetinin etkisi anlamlı bulunurken [$b=1,079$, $SH=0,349$, $t=3,090$, $p<0,05$, GA: (0,391, 1,767)] anne eğitim düzeyinin etkisi anlamlı bulunmamıştır.

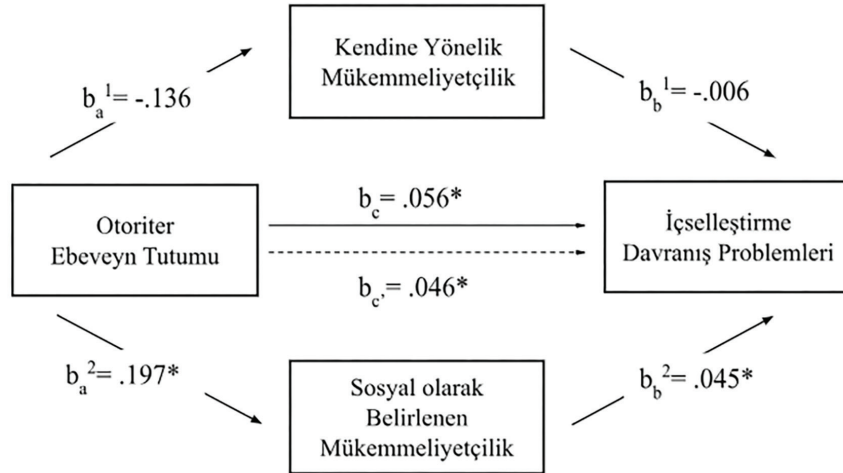
Otoriter ebeveyn tutumu ile içselleştirme davranış problemleri arasındaki ilişkiye KYM ve SBM'nin aracılık etkisini incelemek amacıyla çoklu aracı değişken analizi gerçekleştirilmiştir. Şekil 3'e göre, otoriter ebeveyn tutumunun annenin KYM'si üzerindeki etkisi anlamsızdır (a^1 yolu; $b=-0,136$, $p>0,05$), ancak SBM'sini pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamaktadır [a^2 yolu; $b=0,197$, $SH=0,096$, $t=2,053$, $p<0,05$, GA: (0,008, 0,386)]. KYM'nin içselleştirme davranış problemleri üzerindeki etkisi anlamsızken (b^1 yolu; $b=-0,006$, $p>0,05$),

SBM'nin etkisi anlamlıdır [b^2 yolu; $b=0,045$, $SH=0,016$, $t=2,818$, $p<0,05$, GA: (0,014, 0,076)]. Otoriter ebeveyn tutumunun içselleştirme davranış problemleri üzerindeki doğrudan etkisi [c' yolu; $b=0,046$, $SH=0,023$, $t=1,981$, $p<0,05$, GA: (0,000, 0,092)] ve total etkisi [c yolu; $b=0,056$, $SH=0,023$, $t=2,406$, $p<0,05$, GA: (0,010, 0,144)] anlamlıdır. Bootstrap analizi sonuçları ele alındığında, otoriter ebeveyn tutumunun içselleştirme davranış problemleri üzerindeki etkisinde KYM'nin [$b=0,001$, $SH=0,003$, GA: (-0,003, 0,007)] ve SBM'nin [$b=-0,009$, $SH=0,006$, GA: (-0,001, 0,024)] aracılığıyla meydana gelen dolaylı etkinin ve toplam dolaylı aracılık etkisinin [$b_{\text{total}}=0,010$, $SH=0,007$, GA: (-0,001, 0,024)] anlamsız olduğu görülmektedir. Otoriter tutum, içselleştirme davranışlarını %5 oranında açıklarken ($r^2=0,046$, $p<0,001$), KYM ve SBM eklenince bu oran %8'e çıkmaktadır ($r^2=0,075$, $p<0,001$). Kontrol değişkeni olan çocuk cinsiyetinin etkisi anlamsızken, anne eğitim düzeyinin etkisi anlamlıdır [$b=0,856$, $SH=0,397$, $t=2,157$, $p<0,05$, GA: (0,075, 1,638)].

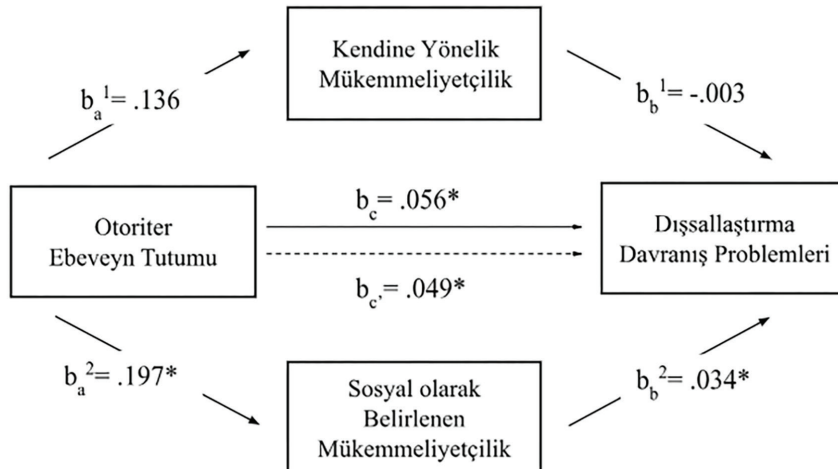
Otoriter ebeveyn tutumu ile dışsallaştırma davranış problemleri arasındaki ilişkiye KYM ve SBM'nin aracılık etkisini görmek üzere modele iki adet aracı değişken ataması yapılarak çoklu aracı değişken analizi yapılmıştır. Şekil 4'e göre, otoriter ebeveyn tutumunun annenin KYM'si üzerindeki doğrudan etkisi anlamsızken (a^1 yolu; $b=0,136$, $p>0,05$), SBM'sini pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamaktadır [a^2 yolu; $b=0,197$, $SH=0,096$, $t=2,054$, $p<0,05$, GA: (0,008, 0,386)]. Annenin KYM'sinin dışsallaştırma davranış problemleri üzerindeki etkisi anlamsız (b^1 yolu; $b=-0,003$, $p>0,05$), ancak SBM'nin etkisi anlamlıdır [b^2 yolu; $b=0,034$, $SH=0,015$, $t=2,189$, $p<0,05$, GA: (0,003, 0,064)]. Otoriter ebeveyn tutumunun dışsallaştırma davranış problemleri üzerindeki doğrudan etkisi [c' yolu; $b=0,049$, $SH=0,023$, $t=2,170$, $p<0,05$, GA: (0,005, 0,093)] ve total etkisi [c yolu; $b=0,056$, $SH=0,022$, $t=2,507$, $p<0,05$, GA: (0,012, 0,099)] anlamlıdır. Bootstrap analizi sonuçları ele alındığında, otoriter ebeveyn tutumunun dışsallaştırma davranış problemleri üzerindeki etkisinde KYM'nin [$b=0,000$,

$SH=0,002$, GA: (-0,004, 0,006)], SBM'nin ($b=0,007$, $SH=0,005$, GA: (-0,001, 0,017)] aracılığıyla meydana gelen dolaylı etkinin ve toplam dolaylı aracılık etkisinin [$b_{\text{total}}=0,007$, $SH=0,006$, GA: (-0,003, 0,019)] anlamsız olduğu görülmektedir. Otoriter tutum dışsallaştırma davranışlarını %6 oranında açıklarken ($r^2=0,062$), KYM ve SBM eklenince bu oran %8'e çıkmaktadır ($r^2=0,080$). Kontrol değişkeni olan çocuk cinsiyetinin etkisi anlamlıyken [$b=1,049$, $SH=0,352$, $t=2,977$, $p<0,01$, GA: (0,355, 1,742)]; anne eğitim düzeyinin etkisi anlamsızdır.

Aşırı koruyucu ebeveyn tutumu ile içselleştirme davranış problemleri arasındaki ilişkiye KYM ve SBM'nin aracılık etkisini görmek üzere modele iki adet aracı değişken ataması yapılarak çoklu aracı değişken analizi yapılmıştır. Şekil 5'te, aşırı koruyucu ebeveyn tutumunun annenin KYM'si üzerindeki doğrudan etkisi anlamsızken (a^1 yolu; $b=0,294$, $p>0,05$), SBM'sini pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamaktadır [a^2 yolu; $b=0,331$, $SH=0,120$, $t=2,767$, $p<0,05$,



Şekil 3. Otoriter ebeveyn tutumu ile içselleştirme davranış problemleri arasındaki ilişkide mükemmeliyetçilik boyutlarının aracılık rolü

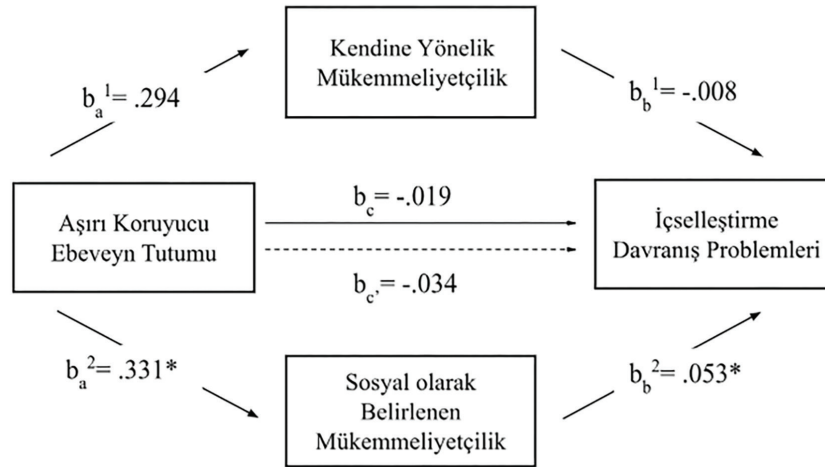


Şekil 4. Otoriter ebeveyn tutumu ile dışsallaştırma davranış problemleri arasındaki ilişkide mükemmeliyetçilik boyutlarının aracılık rolü

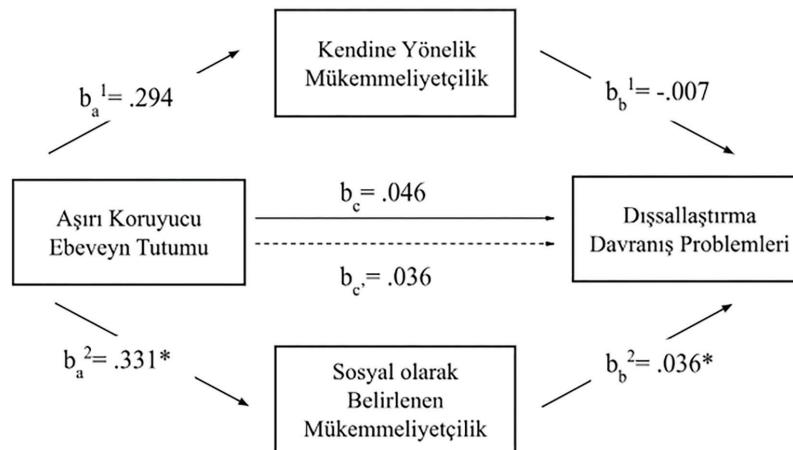
GA: (0,096, 0,567)]. Annenin KYM'sinin içselleştirme davranış problemleri üzerindeki etkisi anlamsız [b^1 yolu; $b=-0,008$, $p>0,05$], ancak SBM'sinin etkisi anlamlıdır [b^2 yolu; $b=0,053$, $SH=0,016$, $t=3,291$, $p<0,05$, GA: (0,021, 0,084)]. Aşırı koruyucu tutumun içselleştirme davranış problemleri üzerindeki doğrudan etkisi [c' yolu; $b=-0,034$, $p>0,05$, GA: (-0,092, 0,024)] ve total etkisi [c yolu; $b=-0,019$, $p>0,05$, GA: (-0,077, 0,039)] anlamsızdır. Bootstrap analizi sonuçları ele alındığında, aşırı koruyucu ebeveyn tutumunun içselleştirme davranış problemleri üzerindeki etkisinde KYM aracılığıyla meydana gelen dolaylı etkinin [$b=-0,003$, $SH=0,004$, GA: (-0,013, 0,005)] anlamsız olduğu görülürken SBM'nin [$b=0,017$, $SH=0,009$, GA: (0,003, 0,038)] aracılığıyla meydana gelen dolaylı etkinin anlamlı olduğu bulunmuştur. Modeldeki toplam dolaylı aracılık etkisinin de anlamlı olduğu görülmüştür [$b_{total}=0,015$, $SH=0,009$, GA: (0,000, 0,035)]. Varyans analizi, aşırı koruyucu tutumun içselleştirme davranışlarını %3 oranında açıkladığını ($r^2=0,027$) ve KYM ile SBM eklenince bu oranın %7'ye çıktığını ($r^2=0,066$)

göstermektedir. Kontrol değişkeni olan çocuk cinsiyetinin etkisi anlamsızken anne eğitim düzeyinin etkisi anlamlı bulunmuştur [$b=0,930$, $SH=0,415$, $t=2,240$, $p<0,05$, GA: (0,112, 1,748)].

Aşırı koruyucu ebeveyn tutumu ile dışsallaştırma davranış problemleri arasındaki ilişkiye KYM ve SBM'nin aracılık etkisini görmek üzere modele iki adet aracı değişken ataması yapılarak çoklu aracı değişken analizi yapılmıştır. Şekil 6'da aşırı koruyucu ebeveyn tutumunun annenin KYM'si üzerindeki doğrudan etkisi anlamsızken (a^1 yolu; $b=0,294$, $p>0,05$), SBM'sini pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamaktadır [a^2 yolu; $b=0,331$, $SH=0,120$, $t=2,766$, $p<0,05$, GA: (0,096, 0,567)]. Annenin KYM'sinin dışsallaştırma üzerindeki etkisi anlamsız (b^1 yolu; $b=-0,007$, $p>0,05$), SBM'nin etkisi anlamlıdır [b^2 yolu; $b=0,036$, $SH=0,015$, $t=2,364$, $p<0,05$, GA: (0,006, 0,067)]. Aşırı koruyucu ebeveyn tutumunun dışsallaştırma davranış problemi üzerindeki doğrudan etkisinin (c' yolu; $b=0,036$, $p>0,05$, GA: [-0,020, 0,092]) ve total etkisinin [c yolu; $b=0,046$, $p>0,05$, GA: (-0,010, 0,102)] anlamsız olduğu bulunmuştur. Bootstrap analizi



Şekil 5. Aşırı koruyucu ebeveyn tutumu ile içselleştirme davranış problemleri arasındaki ilişkide mükemmeliyetçilik boyutlarının aracı rolü



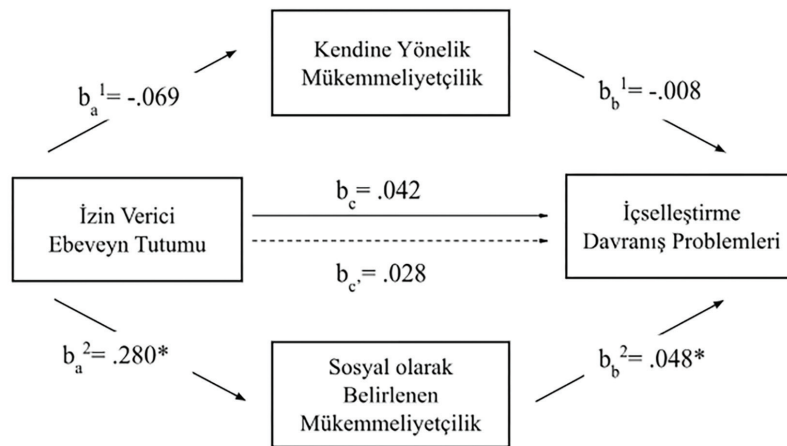
Şekil 6. Aşırı koruyucu ebeveyn tutumu ile dışsallaştırma davranış problemleri arasındaki ilişkide mükemmeliyetçilik boyutlarının aracı rolü

sonuçları ele alındığında, aşırı koruyucu ebeveyn tutumunun dışsallaştırma davranış problemleri üzerindeki etkisinde KYM aracılığıyla meydana gelen dolaylı etkinin [$b=-0,002$, $SH=0,004$, $GA: (-0,012, 0,005)$] anlamsız olduğu görülürken SBM'nin aracılığıyla meydana gelen dolaylı etkinin [$b=0,012$, $SH=0,007$, $GA: (0,001, 0,029)$] anlamlı olduğu bulunmuştur. Modeldeki toplam dolaylı aracılık etkisinin ise anlamsız olduğu görülmüştür [$b_{\text{total}}=0,010$, $SH=0,007$, $GA: (-0,002, 0,026)$]. Varyans analizi, aşırı koruyucu tutumun dışsallaştırmayı %6 oranında açıkladığını ($r^2=0,055$) ve KYM ile SBM eklenince %7'ye çıktığını ($r^2=0,069$) göstermektedir. Kontrol değişkeni olarak çocuk cinsiyetinin etkisi anlamsız; anne eğitim düzeyinin etkisi ise anlamlı bulunmuştur [$b=1,130$, $SH=0,356$, $t=3,179$, $p<0,01$, $GA: (0,430, 1,830)$].

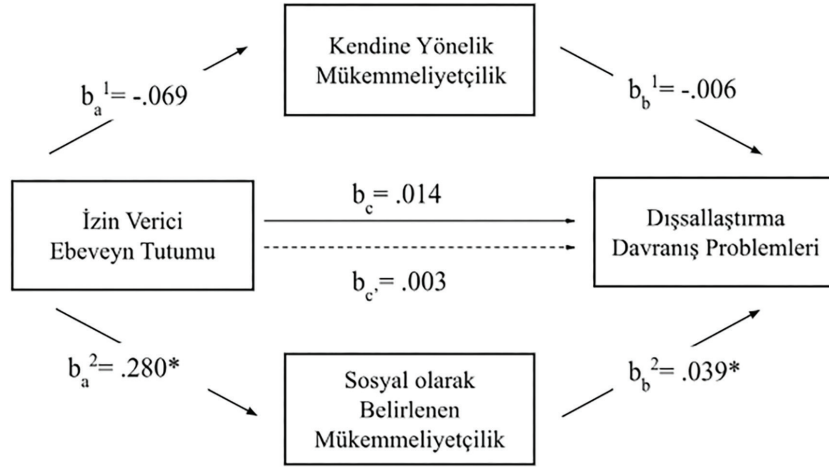
İzin verici ebeveyn tutumu ile içselleştirme davranış problemleri arasındaki ilişkiye KYM ve SBM'nin aracılık etkisini görmek üzere modele iki adet aracı değişken ataması yapılarak çoklu aracı değişken analizi yapılmıştır. Şekil 7'de izin verici ebeveyn tutumunun KYM üzerindeki doğrudan etkisi anlamsızken (a^1 yolu; $b=-0,069$, $p>0,05$), SBM'sini pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamaktadır (a^2 yolu; $b=0,280$, $SH=0,126$, $t=2,231$, $p<0,05$, $GA: (0,033, 0,527)$). KYM'nin içselleştirme üzerindeki etkisi (b^1 yolu; $b=-0,008$, $p>0,05$) anlamsız, SBM'nin etkisi ise anlamlıdır [b^2 yolu; $b=0,048$, $SH=0,016$, $t=2,979$, $p<0,05$, $GA: (0,016, 0,079)$]. İzin verici tutumun içselleştirme davranış problemleri üzerindeki doğrudan etkisi [c' yolu; $b=0,028$, $p>0,05$, $GA: (-0,032, 0,089)$] ve toplam etkisi [c yolu; $b=0,042$, $p>0,05$, $GA: (-0,018, 0,103)$] anlamsızdır. Bootstrap analizi sonuçları ele alındığında, izin verici ebeveyn tutumunun içselleştirme davranış problemleri üzerindeki etkisinde KYM aracılığıyla meydana gelen dolaylı etkinin anlamsız [$b=0,001$, $SH=0,003$, $GA: (-0,004, 0,007)$], SBM aracılığıyla meydana gelen dolaylı etkinin [$b=0,013$, $SH=0,008$, $GA: (0,000, 0,033)$] ise anlamlı olduğu görülmektedir. Modeldeki toplam dolaylı aracılık

etkisinin de anlamlı olduğu görülmüştür [$b_{\text{total}}=0,014$, $SH=0,008$, $GA: (0,000, 0,032)$]. Varyans analizi, izin verici tutumun içselleştirmeyi %3 ($r^2=0,032$) oranında açıkladığını, KYM ve SBM eklenince %6'ya ($r^2=0,064$) çıktığını göstermektedir. Çocuk cinsiyetinin etkisi anlamsızken anne eğitim düzeyinin etkisi anlamlı bulunmuştur [$b=0,837$, $SH=0,401$, $t=2,087$, $p<0,05$, $GA: (0,048, 1,627)$].

İzin verici ebeveyn tutumu ile dışsallaştırma davranış problemleri arasındaki ilişkiye KYM ve SBM'nin aracılık etkisini görmek üzere modele iki adet aracı değişken ataması yapılarak çoklu aracı değişken analizi yapılmıştır. Şekil 8'de izin verici ebeveyn tutumunun KYM üzerindeki doğrudan etkisi anlamsızken (a^1 yolu; $b=-0,069$, $p>0,05$), SBM'yi pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamaktadır [a^2 yolu; $b=0,280$, $SH=0,126$, $t=2,231$, $p<0,05$, $GA: (0,033, 0,527)$]. KYM'nin dışsallaştırma üzerindeki etkisi (b^1 yolu; $b=-0,006$, $p>0,05$) anlamsız, SBM'nin etkisi ise anlamlıdır [b^2 yolu; $b=0,039$, $SH=0,016$, $t=2,503$, $p<0,05$, $GA: (0,008, 0,070)$]. İzin verici tutumun dışsallaştırma davranış problemleri üzerindeki doğrudan etkisi [c' yolu; $b=0,003$, $p>0,05$, $GA: (-0,056, 0,062)$] ve toplam etkisi [c yolu; $b=0,014$, $p>0,05$, $GA: (0,040, 0,073)$] anlamsızdır. Bootstrap analizi sonuçları ele alındığında, izin verici ebeveyn tutumunun dışsallaştırma davranış problemleri üzerindeki etkisinde KYM aracılığıyla meydana gelen dolaylı etkinin [$b=0,000$, $SH=0,003$, $GA: (-0,005, 0,006)$], SBM aracılığıyla meydana gelen dolaylı etkinin [$b=0,011$, $SH=0,007$, $GA: (0,000, 0,028)$] ve modeldeki toplam dolaylı aracılık etkisinin ise anlamsız olduğu görülmüştür [$b_{\text{total}}=0,011$, $SH=0,007$, $GA: (0,001, 0,028)$]. Varyans analizi, izin verici tutumun dışsallaştırmayı %4 ($r^2=0,041$) oranında açıkladığını, KYM ve SBM eklenince %6'ya ($r^2=0,064$) çıktığını göstermektedir. Çocuk cinsiyetinin etkisi anlamlıyken [$b=1,085$, $SH=0,356$, $t=3,048$, $p<0,05$, $GA: (0,384, 1,786)$] anne eğitim düzeyinin etkisi ise anlamsızdır.



Şekil 7. İzin verici ebeveyn tutumu ile içselleştirme davranış problemleri arasındaki ilişkide mükemmeliyetçilik boyutlarının aracı rolü



Şekil 8. İzin verici ebeveyn tutumu ile dışsallaştırma davranış problemleri arasındaki ilişkide mükemmeliyetçilik boyutlarının aracı rolü

Tartışma

Bu çalışmada, farklı ebeveyn tutumlarının çocuklarda içselleştirme ve dışsallaştırma davranış problemleri üzerindeki etkileri, ebeveyn mükemmeliyetçiliğinin aracılık rolü çerçevesinde incelenmiştir. Bu bağlamda, t-test sonuçlarına göre anlamlı çıkan anne eğitim düzeyi ve cinsiyet gibi demografik değişkenler, aracı modelde kovaryans değişken olarak eklenmiş ve karıştırıcı değişkenlerin kontrol edilmesi sağlanmıştır. Çalışmanın sonuçları, demokratik ebeveyn tutumunun çocukların içselleştirme ve dışsallaştırma problemlerini azaltıcı bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Çalışmanın bulguları ile tutarlı olarak, alanyazın incelendiğinde demokratik ebeveyn tutumunun çocuklar üzerinde olumlu duygusal ve davranışsal etkileri olduğunu gösteren araştırmalar olduğu görülmektedir.¹⁰ Bu anlamda çalışmamızın bulguları ile tutarlı olarak demokratik ebeveyn tutumunun çocuklardaki içselleştirme ve dışsallaştırma davranış problemleriyle negatif yönde ilişkili olduğu alanyazında da desteklenmektedir.^{24,25} Araştırmada yürütülen aracı etki analizine göre demokratik ebeveyn tutumunun içselleştirme ve dışsallaştırma davranış problemleriyle olan ilişkisinde KYM ve SBM'nin aracılık etkisinin olmadığı görülmüştür. Demokratik ebeveynliğin çocuklara destekleyici bir ortam sunarak duygusal gelişimlerini desteklediği bilinirken KYM ve SBM'nin bu ilişkide aracılık yapmaması, demokratik ebeveyn tutumunun çocuklar üzerindeki doğrudan etkisinin daha güçlü olduğunu düşündürmektedir.

Otoriter ebeveyn tutumu ile içselleştirme ve dışsallaştırma arasındaki ilişki incelendiğinde pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Yapılmış diğer çalışmalarda otoriter ebeveyn tutumuna sahip anne ve babaların çocuklarının semptomatik sorunlar yaşadığı, kendine ve başkalarına yönelik riskli davranışlar aldığı, yaşamsal işlevselliklerinin etkilendiği ve ilerideki ruhsal sağlıklarının olumsuz yönde etkilendiği görülmüştür.¹⁹ Otoriter ebeveyn tutumu çocuklardaki anksiyete, sosyal geri çekilme gibi içselleştirme davranış problemleriyle pozitif olarak ilişkili bulunurken erken

çocuklukta cezaya dayalı disiplin gören çocukların ileride daha fazla dışsallaştırma davranışı sergiledikleri görülmektedir.^{10,26,27} Araştırmada yürütülen aracı etki analizine göre otoriter ebeveyn tutumlarının içselleştirme ve dışsallaştırma davranış problemleriyle olan ilişkisinde KYM ve SBM'nin aracılık etkisinin olmadığı görülmüştür. Bu bulgu ebeveyn tarafından uygulanan disiplin ve yüksek beklentinin çocuklarda özerklik gelişimini sınırlandırabileceğini ve çocuklarda problem davranışların ortaya çıkmasına dolaylı yoldan değil doğrudan yol açabileceğini düşündürmektedir.

Aşırı koruyucu ve izin verici ebeveyn tutumları ile içselleştirme ve dışsallaştırma davranış problemleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak, literatürde bu ilişkileri destekleyen çalışmalar mevcuttur.^{25,28,29} Yürütülen aracı etki analizlerine göre, aşırı koruyucu ve izin verici ebeveyn tutumlarının çocukların davranış problemleriyle olan ilişkilerinde KYM aracılık etmezken, SBM'nin bu ilişkilere aracılık ettiği bulunmuştur. Aşırı koruyucu ebeveyn tutumunun yüksek kontrolü ile SBM'nin başkaları tarafından belirlenen standartlara ulaşma çabasının bir araya gelmesiyle ebeveynin yüksek düzeyde kontrol ve baskısının ortaya çıkabileceği, bunun da çocuklardaki davranış problemleri üzerinde yordayıcı etkiye sahip olabileceği düşünülmüştür. İzin verici tutumda ise çocuğa karşı gösterilen düşük kontrol/talebin yine ebeveyn tarafından sergilenen SBM ile çocuğa çelişkili mesajlar verebileceği düşünülmüştür. Ebeveynin izin verici tutum ile ev içinde çocuğa sunmadığı sınırlar, kontrol uygulamaları; ebeveynin toplum ya da diğer önemli kişiler tarafından ortaya koyulduğu düşünülen standartlara uyma beklentisi ile çatışma yaratabileceği, bunun da çocuk için karışık sinyallere sebep olabileceği ve neticesinde davranış problemleri olarak ortaya çıkabileceği düşünülmüştür. Bu durumda, SBM'nin aşırı koruyucu ve izin verici ebeveyn tutumları ve çocuk davranış problemleri arasındaki ilişkide aracılık yapabileceği görülmektedir.

Bu çalışmanın bulguları, ebeveyn tutumlarının çocukların davranış problemleri üzerindeki doğrudan etkilerini vurgulamasıyla

literatüre önemli bir katkı sağlamaktadır. Demokratik ebeveyn tutumunun, çocukların içselleştirme ve dışsallaştırma davranış problemlerini azaltması, destekleyici ve özerklik temelli yaklaşımların çocukların ruh sağlığı üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koymaktadır. Bununla beraber, otoriter ebeveyn tutumunun içselleştirme ve dışsallaştırma davranış problemlerini artırıcı etkisinin belirlenmesi, kontrol ve disiplin temelli yöntemlerin çocukların duygusal ve davranışsal zorluklar deneyimlemesine etkisi olabileceğini işaret etmektedir. Bu sonuçlar, demokratik ve otoriter tutumların doğrudan etkilerinin anlaşılmasına dair literatüre özgün bir katkı sunmaktadır. Ayrıca, aşırı koruyucu ve izin verici tutumlarla çocukluk çağı davranış problemleri arasındaki ilişkide SBM'nin aracı bir rol üstlendiğinin görülmesi, ebeveyn mükemmeliyetçiliğinin çocuk gelişimindeki dolaylı etkilerini anlamaya yönelik yeni bir bakış açısı sunmaktadır. Bu bulgular genel hatları itibarıyla, ebeveynlik tutumlarının çocuk gelişimindeki önemini ortaya koyarken gelecekte kültüre özgü faktörlerin dikkate alındığı müdahale programlarının tasarlanması için önemli bir bakış açısı sunmaktadır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, yalnızca annelerden veri toplanmıştır ve gelecek çalışmalarda babaların da çalışmaya dahil edilmesinin, ebeveyn popülasyonunu daha iyi temsil etmek adına önemli olacağı düşünülmektedir. Araştırmanın, 3-6 yaş arası çocuklarla sınırlı kalması ve kesitsel bir çalışma olarak yürütülmesi sebebiyle bulgular okul öncesi dönemle ilgili fikir sunsa da, gelecek çalışmalarda daha geniş bir yaş aralığından veri alınması ve boylamsal bir tasarımla çalışma yürütülmesi önerilmektedir. Ayrıca, verilerin çevrim içi olarak toplanması ve öz bildirimle dayalı olmasından dolayı ebeveyn beyanlarının yanıltıcı olma riski de bir sınırlılık olarak ele alınabilmektedir.

Çalışmanın varyans analizi sonuçlarına göre açıklayıcılık düzeyinin her modelde düşük düzeyde olması çocuklardaki davranış problemlerini yalnızca ebeveyn tutumları ile açıklamanın yeterli olmayacağını ve bu ilişkilerin daha geniş bir perspektifte ele alınmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Çocukların içselleştirme ve dışsallaştırma gibi davranış problemlerini açıklama noktasında çocuğun kişilik özellikleri, genetik faktörler, çocukluk çağı travma düzeyi, sosyal destek düzeyi, okul ortamı veya kültürel faktörlerin de göz önünde bulundurulması önem arz etmektedir. Bununla paralel olarak, çalışmanın düşük açıklayıcılık oranları, ebeveyn tutumlarının ötesinde diğer faktörlerin de değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu sayede, çocukların hem davranışsal gelişimini daha iyi açıklayabilecek hem de ebeveynlik yaklaşımlarının etkisini daha net şekilde gösterebilecek kapsamlı modellerin incelenebileceği düşünülmektedir.

Sonuç

Sonuç olarak, ebeveyn tutumlarının çocukların duygusal ve davranışsal gelişiminde önemli bir rol oynadığı ortaya konmuştur. Bu çalışmanın bulguları, ebeveynlerin demokratik

bir yaklaşım benimsemelerinin çocuklardaki davranış problemlerinin önlenmesine katkıda bulunabileceğini, bunun yanı sıra aşırı koruyucu ya da izin verici tutum benimsemelerinin de sosyal mükemmeliyetçiliği artırarak çocukların sağlıklı gelişimlerine zarar verebileceğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, ebeveynlik tutumları hakkında kapsamlı bir rehberlik sağlanarak ebeveynlerin çocuklarına karşı daha demokratik ve destekleyici yaklaşım benimsemeleri ve geliştirmeleri çeşitli eğitim programları yardımıyla teşvik edilebilir. Ayrıca, klinik çalışmalarda ebeveyn tutumlarının gözlemlenmesi ve gerektiğinde psikoeğitim verilmesi, çocukların sağlıklı gelişimini desteklemek açısından kritik bir rol oynamaktadır. Bu tür önlemlerin, çocukların psikolojik iyi oluşunu ve genel gelişimlerini olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Bu çalışma için FMV Işık Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (karar no: 2023/02, tarih: 27.01.2023). Bu çalışma için FMV Işık Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (karar no: 2023/02, tarih: 27.01.2023).

Hasta Onayı: Katılımcılar çalışmanın içeriği hakkında bilgilendirilmiştir ve Helsinki Bildirgesi doğrultusunda çalışmaya katılmayı onayladıklarına dair onam vererek ankete katılım göstermişlerdir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: M.İ., B.A., Tasarım: M.İ., B.A., Veri Toplama veya İşleme: M.İ., Analiz veya Yorumlama: M.İ., B.A., S.Y., Literatür Arama: M.İ., S.Y., Yazan: M.İ., B.A., S.Y.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. VanLandeghem K, Curtis D, Abrams M. Reasons and strategies for strengthening childhood development services in the healthcare system. Portland: National Academy for State Health Policy; 2002.
2. Gültekin Akduman G, Günindi Y, Türkoğlu D. Okul öncesi dönem çocukların sosyal beceri düzeyleri ile davranış problemleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Uluslararası Sosyal Araştırma Dergisi. 2015;8:673-683.
3. Şanlı D, Öztürk C. Annelerin çocuk yetiştirme tutumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi. 2012;31-48.
4. Baumrind D. Effects of authoritative parental control on child behavior. Child Development. 1996;37:887-907.
5. Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: Mussen PH, Hetherington EM, editors. Handbook of Child Psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development. New York: Wiley; 1983. p. 1-101.
6. Demir EK, Şendil G. Ebeveyn tutum ölçeği (ETÖ). Türk Psikoloji Yazıları. 2008;11:15-25.
7. Yavuzer H. Çocuk psikolojisi. İstanbul: Remzi Kitabevi. 2022.
8. Estlein R. Parenting styles. Encyclopedia of Family Studies. 2016:1-3.

9. Ayhan H, Dodurgalı A, Köknel Ö, Yavuzer H, Kulaksızoğlu A, Ekşi H. Çocuk ve ergen eğitiminde anne baba tutumları. İstanbul; Timaş Yayınları. 2010.
10. Moreno Méndez JH, Espada Sánchez JP, Gómez Becerra MI. Role of parenting styles in internalizing, externalizing, and adjustment problems in children. *Salud Ment.* 2020;43:73-84.
11. Achenbach TM, Edelbrock CS. The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. *Psychol Bull.* 1978;85:1275-1301.
12. Achenbach TM, Edelbrock CS. Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1981;46:1-82.
13. Holland ML, Malmberg J, Peacock GG. Emotional and behavioral problems of young children: effective interventions in the preschool and kindergarten years. Guilford Publications; 2017.
14. Affrunti NW, Geronimi EM, Woodruff-Borden J. Language of perfectionistic parents predicting child anxiety diagnostic status. *J Anxiety Disord.* 2015;30:94-102.
15. Doksat NG, Zengin HB, Doksat MK. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinde mükemmeliyetçilik ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu. *Cukurova Med J.* 2018;43:581-588.
16. Güngör H, Buluş M. Ebeveyn mükemmeliyetçiliğinin 5-6 yaş okul öncesi dönem çocuklarının algılanan kaygı düzeyini öngörmedeki rolü. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2016;39:147-159.
17. Shafraan R, Mansell W. Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment. *Clin Psychol Rev.* 2001;21:879-906.
18. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *J Pers Soc Psychol.* 1991;60:456-470.
19. Akçınar B, Baydar N. Erken çocuklukta anne davranışlarının dışsallaştırma davranış problemleri ile ilişkisi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi.* 2018;17:454-470.
20. Calkins SD, Blandon AY, Williford AP, Keane SP. Biological, behavioral, and relational levels of resilience in the context of risk for early childhood behavior problems. *Dev Psychopathol.* 2007;19:675-700.
21. Gökler B, Öktem F. Bir gecekondulu ilkökulu öğrencilerinde ruhsal uyum taraması. *Toplum ve hekim.* 1985;36:24-27.
22. Oral M. The relationship between dimensions of perfectionism, stressful life events and depressive symptoms in university students test of diathesis-stress model of depression. 1999. (Yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
23. Kalaycı Ş. SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri. Ankara, Turkey: Asil Yayın Dağıtım; 2010.
24. Alizadeh S, Talib MB, Abdullah R, Mansor M. Relationship between parenting style and children's behavior problems. *Asian Social Science.* 2011;7:195-200.
25. Williams LR, Degnan KA, Perez-Edgar KE, Henderson HA, Rubin KH, Pine DS, Steinberg L, Fox NA. Impact of behavioral inhibition and parenting style on internalizing and externalizing problems from early childhood through adolescence. *J Abnorm Child Psychol.* 2009;37:1063-1075.
26. Cole DA, Rehm LP. Family interaction patterns and childhood depression. *J Abnorm Child Psychol.* 1986;14:297-314.
27. Stormshak EA, Bierman KL, McMahon RJ, Lengua LJ. Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school. *Conduct Problems Prevention Research Group. J Clin Child Psychol.* 2000;29:17-29.
28. Bayer JK, Sanson AV, Hemphill SA. Parent influences on early childhood internalizing difficulties. *J Appl Dev Psychol.* 2006;27:542-559.
29. Kızılpınar SÇ, Çolak B, Atak FB, Öncü B. Ergenlerde anne baba tutumlarının içselleştirme ve dışsallaştırma bozuklukları ile ilişkisi. *Kriz Dergisi.* 2019;27:63-70.

Çocukluk Çağı Travmaları ve Sınırd (Borderline) Kişilik Özellikleri İlişkisi Üzerine Bir Meta-Analiz Çalışması

A Meta-Analysis Study on the Relationship Between Childhood Traumas and Borderline Personality Traits

© Melisa Minaz¹, © Asuman Kurt², © Sümeyye Ökmen³, © Nihan Sölpük Turhan⁴

¹İstanbul Esenyurt Üniversitesi Sanat ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

³Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

⁴Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu araştırmada çocukluk çağı travmalarının sınırd (borderline) kişilik özellikleriyle olan ilişkisinin meta-analiz yöntemiyle incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca, araştırmada çocukluk çağı travmalarının sınırd (borderline) kişilik özellikleriyle ilişkisinde sınırd (borderline) kişilik bozukluğu (SKB) tanı varlığı ve çalışmanın yapıldığı ülke etkisi olabilecek değişkenler moderatör değişkenler olarak belirlenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Bu amaçla araştırma dahil etme kriterleri belirlenmiş ve 2020-2024 yılı Nisan ayına kadar yapılan çalışmalar, katılımcıların 18 yaş üstü olması ve Pearson korelasyon katsayısı dikkate alınarak elde edilmiştir. Sonrasında bu kriterlere uygun 10 çalışmanın meta-analizi yapılmıştır. Araştırmada yayın yanlılığı, heterojenlik testi ve moderatör analiz sonuçları CMA 3.0 (Biostat, Inc., USA) programı kullanılarak elde edilmiştir.

Bulgular: Sabit etkiler modelinde yürütülen araştırmada çocukluk çağı travmaları ile sınırd (borderline) kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin büyüklüğü 0,44 değeri ile orta düzey ve pozitif yönlü olarak belirlenmiştir. Çocukluk çağı travmalarının sınırd (borderline) kişilik özellikleriyle ilişkisinde SKB tanısının varlığı ve çalışmanın yapıldığı ülkenin moderatör rol oynadığı tespit edilmiştir.

Sonuç: Elde edilen bulguların bakımveren ve öğretmenler başta olmak üzere çocukla temas kuran insanlara yol göstermesi umut edilmektedir. Sınırd (borderline) kişilik özelliklerinin önüne geçilebilmesi, ihmal ve istismar gibi bir durumun varlığı karşısında erkenden önlem alınması için eğitim-öğretim hayatı devam eden 18 yaş altı çocuklara çocukluk çağı travmasına dair düzenli ölçek uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı travmaları, sınırd (borderline) kişilik özellikleri, meta-analiz

ABSTRACT

Objectives: In this study, it was aimed to examine the relationship between childhood traumas and borderline personality traits by meta-analysis method. In addition, variables that may have an effect on the relationship between childhood traumas and borderline personality traits such as the presence of borderline personality disorders (BPD) diagnosis and the country where the study was conducted were determined as moderator variables.

Materials and Methods: For this purpose, the inclusion criteria were determined and the studies conducted until April 2020-2024 were obtained by taking into account the age of the participants over 18 and the Pearson correlation coefficient. Subsequently, a meta-analysis of 10 studies that met these criteria was conducted. In the study, publication bias, heterogeneity test and moderator analysis results were obtained using the CMA 3.0 (Biostat, Inc., USA) program.

Results: In the study conducted in the fixed effects model, the magnitude of the relationship between childhood traumas and borderline personality traits was determined to be moderate and positive with a value of 0.44. It was determined that the presence of BPD diagnosis and the country where the study was conducted played a moderating role in the relationship between childhood traumas and borderline personality traits.

Conclusion: The findings obtained are expected to guide caregivers and teachers, as well as others who interact with children. To prevent the emergence of borderline personality traits and to take early action in cases of neglect or abuse, it is recommended that regular assessments regarding childhood trauma be administered to children under the age of 18 who are currently in the educational system.

Keywords: Childhood traumas, borderline personality traits, meta-analysis

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr., Melisa Minaz, İstanbul Esenyurt Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

E-posta: melisaminaz@esenyurt.edu.tr **ORCID:** orcid.org/0000-0002-5048-0693

Geliş Tarihi/Received: 24.09.2024 **Kabul Tarihi/Accepted:** 19.12.2024 **Yayınlanma Tarihi/Publication Date:** 11.11.2025

Atıf/Cite this article as: Minaz M, Kurt A, Ökmen S, Sölpük Turhan N. A meta-analysis study on the relationship between childhood traumas and borderline personality traits. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2025;32(3):158-69

Copyright© 2025 Yazar. Türkiye Çocuk ve Gençlik Psikyatrisi Derneği adına Galenos Yayınevi tarafından yayımlanmıştır. Creative Commons Atıf-GayriTicari-Türetilemez 4.0 (CC BY-NC-ND) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmış, açık erişimli bir makaledir.



Giriş

Kişilik bozukluklarının açıklanması ve buna yol açan faktörlerin belirlenmesi günümüzde hala devam eden önemli araştırma konuları arasında yer almaktadır. Kişilik bozuklukları türlerinden sınırda (borderline) kişilik bozukluğu (SKB) ise son dönemlerde tanı alacak veya ara klinik grupta kalacak düzeyde olsun kliniklerde oldukça sık rastlanmaktadır^{1,2} ve intihar riski taşıdığı için^{3,4} kişilik bozuklukları arasında önemli bir yere sahiptir. Diğer psikopatolojilerin etiyolojik açıklamasında olduğu gibi SKB'de de erken dönem travmatik yaşantıların ve genetik faktörlerin önemine sıkça değinilmektedir.⁵⁻⁷ Türkiye İstatistik Kurumu 2014 yılında 11.095 çocuğun, 2022 yılında ise 31.890 çocuğun cinsel istismara maruz kaldığını kaydetmiştir.⁸ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2020 yılında yayımlanan bir rapora göre ise 2019 yılında 2-17 yaşları arasındaki yaklaşık bir milyon çocuk fiziksel, cinsel ve duygusal şiddete maruz kalmıştır.⁹ İstismar mağduru çocukların sayısının artışı, konunun ciddiyetini ve önemini göstermektedir.

Travma, bazı yollarla birinin gerçek ya da korkutucu bir şekilde ölümle veya ağır yaralanmayla karşılaşmış olması veya cinsel saldırıya uğramış olmasıdır. Bu yollar travmatik yaşantıyı; doğrudan yaşama, tanıklık etme, bir yakınının başına geldiğini öğrenme veya bu durumun kalıntılarına, örneğin iş gereği, sürekli maruz kalmaktır.¹⁰ Travmalar; depresyon, sel ve felaket gibi doğal bir şekilde meydana gelmekle birlikte tecavüz, cinayet ve kaza gibi insan eliyle de oluşabilir.¹¹ Bu travma tanımı her yaş için geçerli olsa da çocukluk çağındaki travma oluşumu için bazı spesifik ayırım ve tanımlar söz konusudur. DSÖ çocukluk çağı travmalarını ihmal ve istismar olmak üzere iki kategoride tanımlamaktadır ve bu yaşantıların 18 yaşından önce olmuş olması gerektiğini bildirmektedir.¹² İstismar, çocuğun sağlığı, yaşamı veya psikososyal gelişim sürecine yönelik gerçek veya muhtemel bir zararlı sonuçlanabilecek fiziksel, duygusal, cinsel ve ekonomik olmak üzere birçok davranışı temsil etmektedir. Bir davranışa istismar denilebilmesi için yetişkin tarafından kasten veya bilmeyerek yapılıyor olmasının bir önemi yoktur. Fiziksel istismar, kazadan bağımsız olarak çocuğun beden bütünlüğünün zarar görmesidir ve genellikle bakımvereni tarafından gerçekleştirilir.¹³ Çocukta gözlemlenen morluk ve yara izleri fiziksel istismarı düşündüren önemli göstergelerdir. Yakmak, tekmelemek, sarsmak, zehirlemek ve tokat atmak bu kategoriye giren davranışlar arasında yer almaktadır.¹⁴ Bülbül ve ark.¹⁵ tarafından 1807 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen bir araştırmada, katılımcıların %22,8'inin fiziksel istismar mağduru olduğu ve bunların %17,2'sinin ebeveynleri tarafından olduğu bildirilmiştir.

Cinsel istismar, çocuğun yetişkin tarafından cinsellik içeren bir eyleme maruz bırakılması veya göz yumulmasıdır.¹⁶ Dokunma, teşhircilik, çocuğa karşı sözel taciz, penetrasyon, çocuğu cinsel içerikli konuşmalara veya videolara maruz bırakmak, röntgencilik ve fuhuşa zorlamak bu kategori altında değerlendirilen davranışlardır.¹⁷ Cinsel istismarın yaygınlığına dair veriler muğlak olmakla birlikte %8 ila %26 arasında değişen bir oran bildirilmektedir.¹⁸ Duygusal istismar, çocuğun kötülenmesi, toplumun genel geçer kurallarına aykırı bir şekilde muamele

görmesi ve onun sınırlarını aşacak taleplerde bulunulması olarak algılanabilir.¹⁹ Çocukla alay edilmesi, psikososyal gelişimine uygun olmayan taleplerde bulunulması, lakap takılması, aşağılanması, küçük düşürülmesi, kıyaslanması, korkutulması, alay ve küfredilmesi bu kategori altında değerlendirilecek davranışlardır.¹³ İhmal ise, çocuğun güvenlik, barınma, sağlık ve eğitim gibi temel ihtiyaçlarının giderilmemesi ve duygusal, sosyal ve fiziksel gelişiminin bakım vereni tarafından yeterince sağlanmamasıdır.¹³ Fiziksel ihmal, temel bakım ihtiyaçlarının karşılanmaması iken, duygusal ihmal temel ilgi ve sevgi gibi psikolojik ihtiyaçlardan olan ve aidiyet hissiyatı veren duyguların karşılanmamasıdır.²⁰ DSÖ çocuk istismar ve ihmali olarak çocuğun sağlığına, gelişimine potansiyel olarak veya eylem olarak zarara uğratan fiziksel ve duygusal kötüye kullanma, cinsel taciz ve ihmal türlerini içeren yaşantılar olarak tanımlamaktadır.²¹ Şar'a¹¹ göre bu travmatik olayların ortak özellikleri beklenmedik olması, bir anda meydana gelmesi, kişinin kontrolünün dışında oluşması ve çaresizliğe neden olmasıdır. Bunun ise çocuğun fiziksel, psikolojik ve bilişsel alanlarını etkileyen²² bazı kısa ve uzun vadeli sonuçları söz konusudur.²³⁻²⁵ Kısa vadede, kişilik bozuklukları da dahil olmak üzere geniş bir yelpazede psikolojik belirtilerin oluşumuna yol açabilir²⁶ ve temel biyolojik süreçleri düzenleyen sistemin olgunlaşmasını olumsuz etkileyebilir.^{27,28} Uzun vadede ise depresyon, kendine zarar verme, saldırganlık, öfke, madde-alkol kötüye kullanımı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, kişilik bozuklukları, kaygı bozuklukları, suça yönelik davranışlar, karşıt gelme bozukluğu ve davranış bozukluğu, intihar teşebbüsleri, obsesyonlar, uyku bozuklukları, cinsel problemler ve travma sonrası stres bozukluğu gibi pek çok psikopatolojik soruna yol açabilmektedir.^{27,28} Dolayısıyla uzun vadeli bir psikopatolojiye sahip olmak kişilik üzerinde bir etkiye sahip olabilir.

Kişilik, kendimiz ve dünya ile ilgili bilinçli ve bilinçdışı birçok özne yaşantı ve davranış paternini kapsayan karmaşık ve dinamik bir örüntüdür.²⁹ APA'ya¹⁰ göre bu örüntü kendini biliş, duygulanım, kişilerarası işlevsellik ve dürtü denetimi alanlarında gösterir. Bu alanların en az ikisinde meydana gelen işlev bozukluğu kişilik psikopatolojisi olarak adlandırılır. Son yıllarda, kişilik ve çocuk gelişimi üzerine artan alanyazın, kişilik patolojisinin sadece yetişkinlere özgü olmadığını ve yetişkinlikte teşhis edilen bazı kişilik bozukluklarının çocuklukta başlayan gelişimsel yollarının olabileceğini söylemektedir.³⁰⁻³² Kişilik bozukluğunun patogenezinin olumsuz çocukluk deneyimlerinin rolü açısından geniş ölçüde incelendiği, ancak hiçbir risk faktörünün çocuk istismarından daha fazla olmadığı bilinmektedir.^{33,34}

Araştırmalar, kişilik bozukluklarının çocuklukta istismar geçmişli olan bireyler arasında daha yaygın olduğunu göstermektedir.³⁵⁻³⁸ Ayrıca, son zamanlarda yapılan boylamsal çalışmalar da çocuklukta yaşanan istismar ve ihmalin yetişkinlikte kişilik patolojisi için bir riskin öncüsü olduğunu ve^{35,39,40} herhangi bir kişilik bozukluğu teşhisi almasını dört kata kadar artırabildiğini göstermektedir.³⁷

Kişilik bozuklukları A, B ve C olmak üzere üç alanda kümelenir. Tuhaf ve egzantrik davranışlarla karakterize olan A kümesi, kuşkucu (paranoid), şizoid ve şizotipal kişilik bozukluğundan

oluşmaktadır. Dramatik ve dengesiz/değişken davranışlarla karakterize olan B kümesi, antisosyal, sınırdan (borderline), histriyonik ve narsistik kişilik bozukluğundan oluşmaktadır. Kaygılı ve engellenmiş davranışlarla karakterize olan C kümesi ise çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğundan oluşmaktadır.¹⁰

Bunlardan özellikle, SKB, çocuk istismarının olası bir sonucu olabileceği için oldukça dikkat çekicidir. SKB, sosyal, bilişsel, duygusal ve davranışsal düzensizliklerin birleşimini karakterize eden ciddi bir kişilik psikopatolojisi şeklidir. SKB'de affektif dengesizlik ve düzensizlik, dürtüsellik, işlevsiz kişilerarası ilişkiler ve kimlik sorunları ön plandadır.³ Affektif dengesizliğin yanı sıra, kişilerarası ilişkiler ve benlik imajındaki istikrarsızlık da SKB semptomatolojisinin bir parçasıdır.⁴¹ Travmatik deneyimler, bireyin kendi ve diğerlerinin davranışlarının temelinde bulunan zihinsel durumları anlama ve saygı gösterme yeteneğinin bozulmasına neden olabileceğinden bahsi geçen semptomatolojilerin görülmesi daha muhtemeldir.⁴²

Genetik ve çevresel faktörler, SKB'nin etiyolojik faktörleri olarak kabul edilir.^{6,43} Çevresel risk faktörlerinden biri negatif erken yaşam deneyimleridir, özellikle ebeveyn bakımı^{7,44} örneğin, Şar'a¹¹ göre çocuğun yaratıcılığının kısıtlanması, duygusal doyumunun giderilmemesi ve ebeveynlerin tutarsız davranışları dahi çocuklar için travmatik bir durum olabilir. Bunun yanı sıra, SKB tanısı konulan bireylerin %30 ila %90'ı, çocukluk istismarının cinsel, psikolojik ve duygusal bir şeklini bildirmektedir.⁴⁵⁻⁴⁷

Yukarıda bahsi geçen kapsamlı semptomatolojisinin yanı sıra, bozukluk yoğun veya yatarak psikiyatrik bakım gerektiren ciddi şekilde bozulmuş popülasyonlarda da belirgin bir yaygınlığa sahiptir. SKB, yatarak psikiyatrik tedavi görülmesinde en sık karşılaşılan eksen II bozukluğudur. Bozukluğun genel yetişkin nüfus içinde %1-6 oranlarında olduğu tahmin edilmesine rağmen, klinik popülasyonlarda %10-15 oranında bulunduğu düşünülmektedir.^{1,2,4,48-50} SKB'nin hastaneye yatışları %19'a karşılık gelmekte ve bozukluğa sahip bireylerin intihar oranının nüfusun oranına göre yaklaşık olarak 50 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir.^{3,51}

Alanyazın incelendiğinde de çocukluk çağı travmasının SKB oluşumundaki riskini değerlendiren araştırmalara rastlanmıştır. Birçok araştırmacı, çocuğun, çocukluk çağında bulunduğu ortamın SKB'nin etiyolojisi üzerindeki rolünü incelemiştir.^{44,52} Zanarini ve ark.⁵³ yaptığı bir çalışmada SKB tanısı almış kişilerin 18 yaşından önce ihmal ve istismara uğrama oranı değerlendirilmiştir. SKB tanısı ve özelliklerinin oluşumunda çocukluk çağındaki ihmal, istismar ve patolojik aile ortamının etkisine dair de oldukça araştırma mevcuttur.^{44,52,54} Bui ve Pasalich⁵⁵ tarafından yapılan bir çalışmada ise, sınırdan (borderline) kişilik ve psikopatik özelliklerin siber psikolojik istismar ve yüz yüze kötülük görmenin bağlanma tarzları ile ilişkisi incelenmiştir. Bertele ve ark.⁵⁶ tarafından yapılan bir çalışmada ise, çocukluk çağında görülen kötü muamele ile SKB arasındaki ilişkide duygu düzenleme regülasyonu ve güçlüklerinin aracı rolü incelenmiştir. Chen ve ark.⁵⁷ tarafından

yapılan bir çalışmada ise, şizofreni ve majör depresif bozukluğu olan hastaların çocukluk çağı travmaları ve SKB arasındaki ilişki kıyaslanmıştır. Sesar ve ark.⁵⁸ tarafından yapılan bir çalışmada çocukluk çağı travmaları, duygusal işleme sürecinin yönleri ve SKB arasındaki ilişki incelenmiştir. Pohl ve ark.⁵⁹ tarafından yapılan bir çalışmada ise, çocukluk çağı travması ve SKB arasındaki ilişkide özgüven ve öz şefkatin rolü incelenmiştir. Lindenbach ve ark.⁶⁰ tarafından yapılan bir çalışmada ise, çocukluk çağı cinsel istismarın SKB'deki bilişsel çarpıtma ve hastalığın şiddeti üzerindeki etkisi incelenmiştir. Porter ve ark.⁶¹ tarafından yapılan bir çalışmada ise çocukluk çağı travmaları ve SKB arasındaki ilişkiye dair 2017 ve 2019 yılları arasındaki çalışmalar dahil edilerek bir meta-analiz çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada SKB semptom şiddetiyle erken yaşta maruz kalınan çocukluk çağı travmaları arasında güçlü bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir. Liu ve Alloy⁶² tarafından yapılan bir çalışmada ihmal ve istismar gibi kötü muameleyle maruz kalan çocukların bu travmatik yaşantılarının duygu düzenleme mekanizmaları üzerindeki etkisine bakılmıştır. Bu etkinin muhtemel sonuçları ise SKB ve narsistik kişilik bozukluğu başta olmak üzere genel olarak kişilik bozuklukları özelinde değerlendirilmiştir. Carlson ve ark.,⁴⁷ SKB semptomlarının gelişimini anlamak için erken bağlanma stillerinin esas alındığı prospektif bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada erken dönem travmatik yaşantıların bağlanma ve dolayısıyla duygu regülasyonu ve kişilerarası ilişkiler üzerindeki etkisi incelenmiştir. Zanarini ve ark.⁵³ erken dönem travmatik yaşantıların SKB semptomlarının gelişimine etkisini SKB hastaları üzerindeki detaylı analiziyle incelemiştir ve benzer travmatik deneyimler elde edilmiştir. Ball ve Links⁶³ ise, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve aile içi kaosun SKB semptom oluşum riskini ve bu tür travmatik etkilerin uzun vadeli psikolojik sonuçlarını incelemiştir.

Bu bağlamda çocukluk çağındaki travmatik deneyimlerin anlamlandırılabilmesi için geniş bir yelpaze bulunmaktadır. Bu deneyimler yetişkinlik döneminde birçok farklı psikolojik semptomun oluşmasında faktör olabilmekle birlikte bir yetişkinde olması beklenen sosyal, duygusal ve bilişsel bazı becerilerin gelişmesini engelleyecek bir etken olabilmektedir. Sonuç olarak, bu deneyimler kişilik ve buna bağlı olası bir psikopatoloji gelişiminde, özellikle SKB, oldukça önemli görünmektedir. Dolayısıyla mevcut çalışmada son beş yılda yapılan ve çocukluk çağı travmaları ve SKB arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaların bir meta-analizini yapmak hedeflenmiştir. Bu amaçla mevcut çalışma doğrultusunda aşağıdaki alt amaçlar oluşturulmuştur.

Bu meta-analizin alt amaçları şunlardır:

1. Meta-analizde, tanının varlığı ve yokluğu moderatör bir değişken olarak belirlendiğinde çocukluk çağı travması ile SKB arasında bir ilişki var mıdır?
2. Meta-analizde, ülke (Türkiye vd.) moderatör bir değişken olarak belirlendiğinde çocukluk çağı travması ile SKB arasında bir ilişki var mıdır?

Gereç ve Yöntem

Bu araştırma için etik kurul onayı, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından 2024-37/04 karar numarası ile 04.07.2024 tarihinde alınmıştır. İlgili araştırmada canlı denekler kullanılmaması nedeniyle hasta onamına başvurulmamıştır.

Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada nicel bir yöntem olan meta-analiz kullanılmıştır. Meta-analiz, belirlenen araştırma konusu üzerine odaklanarak alanyazındaki çalışmaların verilerinin birleştirilerek bir sonuca varıldığı araştırma yöntemidir.⁶⁴ Çocukluk çağı istismar ve ihmalinin sınırda (borderline) kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Alanyazın taramasında elde edilen nicel verileri birleştirilerek tek bir sonuç ortaya çıkarmak için meta-analiz kullanılmıştır.

Korelasyon değerlerinin kullanıldığı meta-analiz çalışmalarında, araştırmanın verileri birleştirilerek ortalama bir etki büyüklüğü değeri hesaplanmaktadır ve homojenlik belirlenmektedir.⁶⁵ Çalışmada kullanılan etki büyüklüğü değeri, iki sürekli değişken arasında hesaplanan korelasyon (r) değeridir.⁶⁵

Tarama Stratejisi ve Dahil Etme/Çıkarma Kriterleri

Meta-analize dahil edilecek araştırmaları belirlemek için ScienceDirect, DergiPark, ULAKBİM Ulusal Veri Tabanı, YÖK Ulusal Tez Merkezi, Web of Science, Google Scholar, PubMed veri tabanlarında alanyazın taraması gerçekleştirilmiştir. Tarama işlemi gerçekleştirilirken "borderline personality" ve "correlation" ve "trauma", "borderline personality" ve "correlation" ve "neglect," "borderline personality" ve "correlation" ve "abuse," sınırda (borderline) kişilik ve korelasyon ya da ilişki ve travma, sınırda (borderline) kişilik ve korelasyon ya da ilişki ve ihmal, sınırda (borderline) kişilik ve korelasyon ya da ilişki ve istismar anahtar kelimeleriyle tüm metin içeriğinde tarama gerçekleştirilmiştir. YÖK Ulusal Tez Merkezi'nde ise borderline kişilik özellikleri, borderline kişilik bozukluğu, sınırda kişilik özellikleri, SKB anahtar kelimeleriyle tez araması gerçekleştirilmiştir. Meta-analiz çalışmasına dahil edilecek olan araştırmalar için geçerli olan son tarih 31 Mart 2024 olarak kararlaştırılmıştır. Yapılan alanyazın incelemesinde 2020 yılından sonra yayınlanan çalışmaların sayısının fazla olduğu, 2020-2024 yılları arasındaki çalışma sayısının yeterli olduğu ve Türkiye'de bu yıllar arasındaki çalışmaları kapsayan bir meta-analiz çalışmasının olmadığı gözlemlenmiştir. Güncel çalışmaların sonuçlarını genelleştirmek adına 2020-2024 yıl aralığı belirlenmiştir ve veri tabanlarından elde edilen yayımlanmış yüksek lisans ve doktora tezleri ile hakemli dergilerdeki araştırmalar analize dahil edilmiştir.

Araştırmaya dahil edilebilecek çalışmaları belirlemek amacıyla öncelikle belirlenen anahtar kavramlarla elde edilen çalışmalar toplanmıştır ve 2020-2024 yıllarında toplam makale ve tez olmak üzere kopyalar kaldırıldıktan sonra 856 çalışmaya ulaşılmıştır. Ardından ise belirlenen kriterlere göre yapılan incelemeler sonucunda, r-değeri olmayan, nicel veri içermeyen ve 18 yaş üstü katılımcılarla çalışılmamış olan 830 çalışma çıkarılmıştır,

ardından toplam travma puanına ait r-değeri olmayan 10 çalışma çıkarılmıştır. Kalan 16 çalışmanın 7'si ise çocukluk çağı travmaları ölçeği için belirlenmiş olan Bernstein ve ark.⁶⁶ tarafından geliştirilen ölçeğin kullanılmaması sebebiyle çıkarılmıştır. Kalan 9 çalışma analize dahil edilmiştir (Şekil 1).⁶⁷ Aşağıdaki Tablo 1'de araştırmaya dahil edilen çalışmaların yayın yılı ve örneklem sayıları belirtilmiştir.

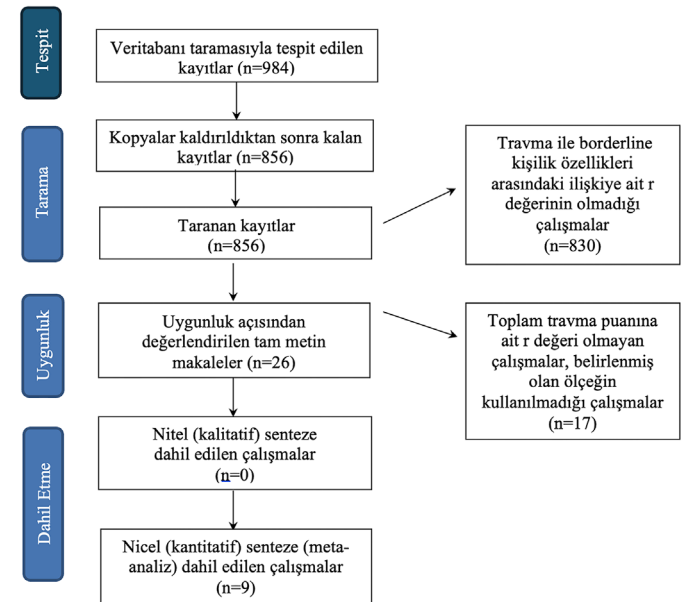
Bu meta-analiz çalışmasında belirlenen dahil edilme ölçütleri aşağıdaki gibidir:

- 1) Çalışmanın 2020-2024 yılları arasında olması,
- 2) Etki büyüklerinin belirlenebilmesi için r-değerleri verilerinin olması ve toplam travma değerine ait r-değerinin olması,
- 3) 18 yaşından büyük katılımcılarla çalışılmış olması,
- 4) Çocukluk çağı travmalarının Bernstein ve ark.⁶⁶ tarafından geliştirilen ölçekle ölçülmüş olması (Childhood Trauma Questionnaire).

Araştırmaların meta-analizden dışlanma kriterleri şunlardır:

- 1) Nicel veri bulunmaması,
- 2) Toplam travma değerine ait r-değerinin bulunmaması,
- 3) Tam metinlere ulaşılamamış olması,
- 4) On sekiz yaşından küçük katılımcılarla çalışılmış olması.

Literatür taraması sonucunda çocukluk çağı travmalarını ölçen farklı ölçekler olduğu ve 2020 yılı sonrasında belirlenen dahil etme kriterlerine uygun olan çalışmaların çoğunluğunda Childhood Trauma Questionnaire ölçeğinin kullanılmış olduğu görülmüştür. Her ölçme aracının değerlendirilmesinin farklı olması dolayısıyla tek bir değerlendirmenin baz alınması hem de çoğunlukla araştırmalarda bu ölçeğin kullanılmış olması



Şekil 1. Çocukluk çağı travmaları ve sınırda (borderline) kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaların meta-analizi için PRISMA akış şeması⁶⁷

sebebiyle bu ölçek dahil etme kriteri olarak belirlenmiştir. Bu ölçeğin Türkçe uyarlaması 2012 yılında Sar ve ark.⁶⁸ tarafından, revize çalışması ise yine Şar ve ark.⁶⁹ tarafından 2021 yılında yapılmıştır. Dolayısıyla meta-analize dahil edilecek olan çalışmalar için kriter 2020 yılı ve sonrası şeklinde belirlenmiştir.

İstatistiksel Analiz

Araştırmaya dahil edilmiş olan 10 çalışmanın meta-analizinde CMA 3.0 (Biostat, Inc., USA) programı kullanılmıştır. İlk adımda, yayın yanlılığını tespit edebilmek için huni grafiği, *classic fail-safe* n istatistiği ve Begg ve Mazumdar sıra korelasyonları kullanılmıştır. Meta-analize dahil edilen her bir çalışmanın etki büyüklüğü değerleri hesaplandıktan sonra heterojenlik testi yapılmış ve hangi modelin kullanılacağına karar verilmiştir. Heterojenlik testinin sonucuna göre, rastgele ve sabit etkiler modellerinden biri kullanılmaktadır.⁶⁵ Sabit etki modeli, analize dahil edilen çalışmaların her birinin örneklem büyüklüğünün aynı olduğunu ve standart sapmalarının sifıra eşit olduğunu, ortak bir etki büyüklüğü paylaşıldığını kabul eden bir modeldir. Rastgele etki modeli, meta-analizde kullanılan çalışmaların örneklem büyüklüklerinin aynı olmadığını ve çalışmalar arası varyansın da dikkate alınmasının uygun olacağı modeldir.⁶⁵

Bu çalışmada, etki büyüklüğüne neden olabilecek moderatör değişkenlerin olup olmadığı da değerlendirilmiştir. Moderatör değişkenler olarak; çalışmalarda katılımcıların SKB tanısının olup olmama durumu, çalışmaların Türkiye’de ya da diğer ülkelerde yapılmış olma durumu belirlenmiştir. Çalışmalarda Türkiye dışında kalan ülkelerin kendi içerisinde farklılaşması için yeterli sayıya ulaşamadığı için Türkiye ve diğer ülkeler olarak gruplandırılmasının uygun olduğu düşünülmüştür.

Etki Büyüklüğü Sınıflandırması

Etki büyüklüğü, belirlenmiş olan araştırma hipotezinin araştırmadaki ana kütlede düzeyini tanımlamaktadır.⁶⁰ Standartlaştırılarak elde edilen etki büyüklüğü, karşılaştırılabilir bir istatistik elde etmemizi sağlar. Standartlaştırılmış ortalama farkı, korelasyon vb. gibi standartlaştırılmış tüm indeksler karşılaştırılabilir ve örneklemden bağımsız bir şekilde araştırmanın büyüklüğünü ve yönünü belirtir.⁶⁰

Korelasyon, sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi göstermek için kullanılır ve genelde alanyazında “r” harfi ile ifade edilmektedir.⁶³ Bu meta-analiz çalışmasında korelasyon değerleri (r) ele alınarak etki büyüklükleri hesaplanmıştır. 0,29’dan küçük r-değerleri çok zayıf, 0,30-0,70 aralığı orta, 0,71-0,99 aralığı yüksek ilişki belirtmektedir.⁷⁰

Bu meta-analiz çalışmasında heterojenlik testi bulgularının yorumlanması için I^2 ve Q-istatistikleri kullanılmıştır. I^2 için referans değerleri; %25 düşük, %50 orta ve %75 ise yüksek şeklinde ifade edilmektedir.⁷¹ Q-istatistiği ise (k-1) serbestlik dereceli ki-kare dağılımına sahip ki-kare heterojenlik testini temsil etmektedir.⁶⁵ x^2 tablosunda %95 anlamlılık düzeyi ve 9 serbestlik derecesi ile x^2 kritik değeri 16.919’dur. Q-istatistik

değerinin belirlenmiş olan x^2 kritik değeri aşıp aşmadığı değerlendirilmektedir.

Bulgular

Çalışmaların Betimsel Analizi

Araştırmaya dahil edilen 10 çalışmaya ilişkin betimleyici değerleri Tablo 2’de verilmiştir.

Yayın Yanlılığı Bulguları

Yayın yanlılığı, meta-analizde yer alan çalışmalar için anlamlı sonuçlar elde edilmiş çalışmaların anlamlı sonuçlar elde edilmemiş çalışmalara göre yayınlanma olasılığının daha yüksek olmasını ifade eder.⁶⁵ Alanyazında yayınlanmış araştırmaların bir konu üzerinde yürütülmüş tüm çalışmaları temsil edememesidir.⁶⁵ Bu çalışmada huni saçılım grafiği, Begg ve Mazumdar sıra korelasyonları ve *classic fail-safe* n istatistikleri kullanılarak yayın yanlılığı değerlendirilmiştir.

Şekil 2 incelendiğinde, araştırmada kullanılmış olan 10 çalışmanın çoğunluğunun simetrik şekilde yayıldığı görülmüştür. Yayın yanlılığının olmaması durumunda, çalışmaların, dikey çizginin sağ ve solunda simetrik bir şekilde yayılması beklenmektedir.⁶⁵ Şekil 2’de fark edildiği üzere yayın yanlılığına dair herhangi bir durum görülmemiştir.

Classic fail-safe n istatistiği, p-değerinin alfa değerinden büyük olması için analize dahil edilmesi gereken çalışma sayısını belirlemek amacıyla kullanılan bir istatistiktir.⁶⁴ Söz konusu istatistiğe ilişkin sonuçlar Tablo 3’te gösterilmiştir.

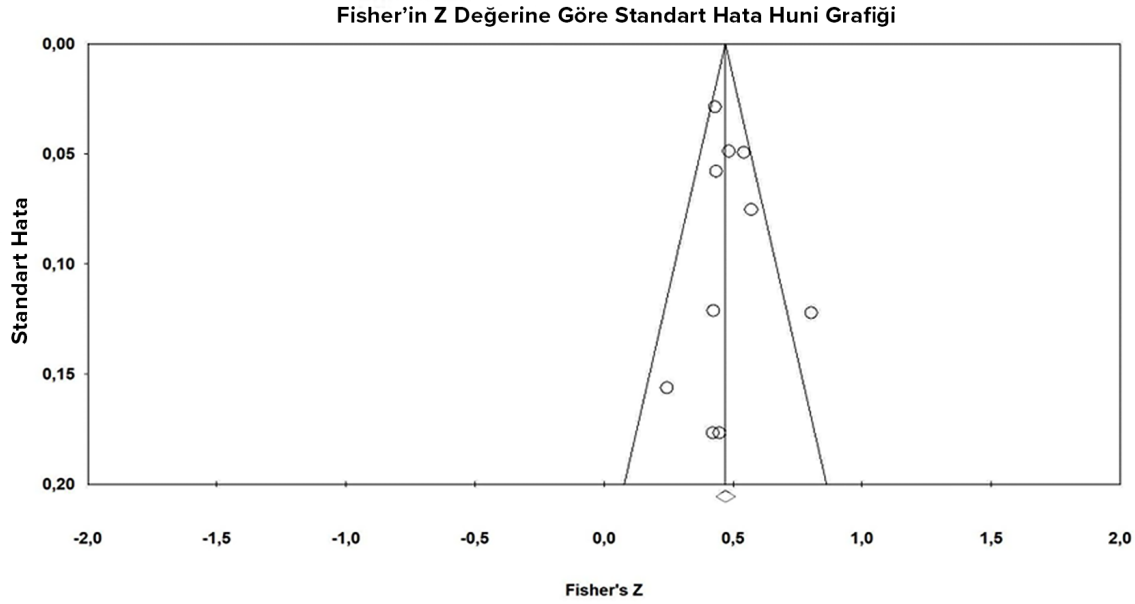
Tablo 3’te belirtildiği üzere p-değerinin 0,05’ten büyük olması için ihtiyaç duyulan çalışma sayısı 1177 tanedir. Çocukluk çağı travmalarının sınırda (borderline) kişilik özellikleriyle ilişkisinin ele alındığı 1167 çalışmanın verilerine ulaşılması mümkün olmadığından yayın yanlılığının olmadığı söylenebilir.

Begg ve Mazumdar sıra korelasyonları istatistiğinde katsayının 1’e yakın olması ve p-değerinin 0,05’ten büyük olması yayın yanlılığının olmadığı anlamına gelmektedir.⁶⁵ Bu istatistikte elde edilen değerlere (Tau b=0,38; p>0,05) göre meta-analizde kullanılan çalışmalarda yayın yanlılığı olmadığı görülmüştür.

Heterojenlik Testi Bulguları

Bu meta-analiz çalışmasında etki değerin hesaplanmadan önce heterojenlik testi yapılmıştır. Test sonuçları Tablo 4’te verilmiştir.

Heterojenlik testi sonucunda Q-istatistiği değeri Q=15,966 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen Q-istatistik değeri (Q=15,966) ki-kare dağılımının kritik değeri ile 9 serbestlik derecesini (x^2 0,95=16,919) aşmamasından dolayı sabit etkiler modeli kabul edilmiştir. Etki büyüklükleri dağılımının homojen özellik gösterdiği belirlenmiştir. I^2 istatistiğinde ise değer I^2 =43,629 olarak bulunmuştur ve etki büyüklükleri dağılımı orta düzeye (%50) yakın heterojenlik gösterdiği saptanmıştır.



Şekil 2. Çocukluk çağı travmaları ve sınırda (borderline) kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaların yayın yanlılığına ilişkin huni grafiği

Çocukluk Çağı Travmaları ve Sınırda (Borderline) Kişilik Özellikleri Arasındaki Korelasyonun Sabit Etkiler Modelinde

Meta-Analizine Göre Bulgular

Tablo 5'te çocukluk çağı travmaları ve sınırda (borderline) kişilik özellikleri arasındaki ilişkilerin ele alındığı çalışmaların meta-analiz sonucundaki bulguları verilmiştir.

Tablo 5'te çocukluk çağı travmaları ile sınırda (borderline) kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen 10 çalışmanın meta-analizinden elde edilen değerler verilmiştir. Sabit etkiler modeline göre çocukluk travması yaşamış olmanın sınırda (borderline) kişilik özelliklerine sahip olması üzerindeki etki büyüklüğü değeri 0,439 olarak hesaplanmıştır. Tablo 5'te görüldüğü üzere alt değer 0,408; üst değer ise 0,468 olarak gözlemlenmiştir. Söz konusu değer incelendiğinde çocukluk çağı travmalarının sınırda (borderline) kişilik özelliklerini orta düzeyde etkilediği görülmüştür ($r=0,439$).

Aşağıdaki Şekil 3'te araştırma kapsamındaki 10 çalışmaya dair orman grafiği (forest plot) belirtilmiştir.

Şekil 3 incelendiğinde çocukluk çağı travmaları ve sınırda (borderline) kişilik özellikleri arasındaki korelasyon değerlerinin pozitif yönlü olduğu aynı zamanda bu değerlerin 0,240 ile 0,666 arasında değişiklik gösterdiği gözlemlenmiştir. Bu doğrultuda bahsi geçen 10 çalışmanın sabit etkiler modelinde ortalama etki büyüklüğü 0,439 değeri ile pozitif yönlü olarak hesaplanmıştır.

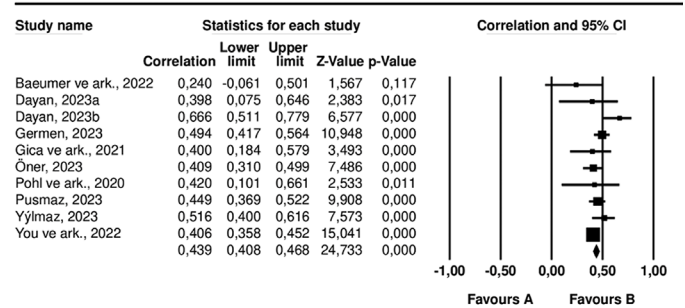
Moderatör Analizleri

Çocukluk çağı travmaları ve sınırda (borderline) kişilik özellikleri arasındaki ilişkiye etkisi olabilecek moderatör değişkenler

analiz edilmiş ve söz konusu bulgulara ilişkin veriler Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6 incelendiğinde; SKB tanısı olma durumu çocukluk çağı travmaları ve sınırda (borderline) kişilik özellikleri ilişkisinde moderatör etkiye sahip olduğu gözlemlenmiştir ($Q_b=15,966$; $p<0,001$).

Bu doğrultuda SKB tanısı koyulmuş bireylerin çocukluk çağı travmaları ve sınırda (borderline) kişilik özellikleri ilişkisi SKB tanısı almamış kişilerin arasında anlamlı bir farklılık olduğu söylenebilir. SKB tanısı almanın çocukluk çağı travmaları ve sınırda (borderline) kişilik özellikleri arasındaki ilişki üzerindeki etkisi orta düzeyde ($r=0,464$), SKB tanısı almamış olmanın çocukluk çağı travmaları ve sınırda (borderline) kişilik özellikleri arasındaki ilişki üzerindeki etkisi de orta düzeydedir ($r=0,436$). Ancak tanı almış olmanın etkisi daha yüksek düzeydedir.



Şekil 3. Çocukluk çağı travmaları ve sınırda (borderline) kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaların meta-analizine dahil edilen 10 çalışmanın orman grafiği

Çalışmanın yapıldığı ülke durumu çocukluk çağı travmaları ve sınırda (borderline) kişilik özellikleri ilişkisinde anlamlı şekilde moderatör etkisinin olduğu saptanmıştır ($Q_p=15,966$; $p<0,001$). Çalışmaların Türkiye’de yapılmış olmasının çocukluk çağı travmaları ve sınırda (borderline) kişilik özellikleri arasındaki ilişki üzerindeki etkisi orta düzeyde ($r=0,470$), çalışmaların diğer ülkelerde yapılmış olmasının olmanın çocukluk çağı travmaları ve sınırda (borderline) kişilik özellikleri arasındaki ilişki üzerindeki etkisi de orta düzeydedir ($r=0,401$). Ancak çalışmaların Türkiye’de yapılmış olmasının etkisi daha yüksek düzeydedir.

Tartışma

Bu araştırmada çocukluk çağı travmaları ve sınırda (borderline) kişilik özellikleri arasındaki ilişki meta-analiz yöntemi ile incelenmiştir. Bunun yanında çocukluk çağı travmaları ve sınırda (borderline) kişilik özellikleri ilişkisine etki edebilecek moderatör değişkenler olarak; tanı alma durumu ve çalışmanın yapıldığı ülke incelenmiştir. Araştırmaya dahil edilen 10 çalışmanın meta-analiz sonucuna göre çocukluk çağı travmaları ve sınırda (borderline) kişilik özellikleri arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=0,439$). Araştırmaya dahil edilen çalışmaların yayın yanlılığı huni saçılım grafiği, *classic fail-safe n*, Begg ve Mazumdar sıra korelasyonları istatistiği yöntemleriyle ayrı ayrı test edilmiş olup, bu testler sonucunda yayın yanlılığının varlığına yönelik kanıtlar bulunamamıştır. Dahil edilen çalışmaların meta-analizinde hangi modelin kullanılacağını belirlemek için heterojenlik testi yapılmıştır. Bu testin sonucunda çalışmaların etki büyüklükleri dağılımının homojenlik gösterdiği belirlenmiştir. Bu nedenle meta-analizde sabit etkiler modeli kullanılmıştır.

Alanyazında çocukluk çağı travması ve SKB arasında ilişki olduğu görülmektedir.⁷²⁻⁷⁸ Sınırda (borderline) kişilik özellikleri ve çocukluk çağı travması arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılan bu çalışma ile paralel sonuçlara ulaşan pek çok araştırma bulunurken^{72-74,77,79-82} alanyazında çocukluk çağı travması ve sınırda (borderline) kişilik özellikleri arasında bir ilişkinin bulunmadığını gösteren bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çocukluk çağı travmasına pek çok faktör sebep olabilmektedir ve bu faktörler ihmal ve istismara uğrama, aile ortamı özellikleri, ebeveynlerin kişilik yapısı, çocuğun zorbalığa uğraması olarak sıralanabilir. Yaşamın daha erken dönemlerinde maruz kalınan kötü muamele, ihmal (duygusal, fiziksel, psikolojik) ve istismar (cinsel, fiziksel) gibi durumlar ile SKB arasında pozitif ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.^{44,52} Zanarini ve ark.⁵³ yaptığı çalışmada SKB tanısı almış 358 kişinin %91’i 18 yaşından önce istismara uğradığını, %92’si ise yine 18 yaşından önce ihmale uğradığını belirtmiştir. Turniansky ve ark.⁷⁷ çocukluk çağına ortaya çıkan ve en az 3 ay süren cinsel taciz ve SKB arasında kuvvetli ilişki bulmuştur. İhmal ve istismarın başlangıç yaşı azaldıkça, süresi ve şiddeti arttıkça çocukluk çağı travmatik deneyiminin çocuğun kişiliği üzerinde daha büyük psikopatolojik sonuçlar doğurabileceği söylenebilir. Çocuğun soyut düşünme becerisinin gelişmemiş

olduğu ve olumsuzlukları kendiliğe atfettiği düşünüldüğünde ağır travmatik deneyimler neticesinde kötü bir insan olduğuna dair benlik algısı geliştirebilir.⁸² Kötü olduğuna dair var olan benlik algısı ise bireyin işlevselliğini bozacak düzeyde kendini kişilerarası ilişkiler, dürtü denetimi ve duygu regülasyonu gibi çeşitli sosyal ve duygusal alanlarda gösterebilir.

SKB’nin etiyojisi üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde özellikle kişinin çocukluk çağına içinde büyüdüğü aile ortamının özelliklerinin sınırda (borderline) kişilik yapısının ortaya çıkmasında önemli bir rolü olduğu gözlemlenmektedir.^{44,52} B kümesi kişilik bozukluğu olan ebeveynlerle yetişen kişilerin çocukluk çağlarında yaşadıkları deneyimlerin SKB riskini artırdığına yönelik araştırmalar mevcuttur.^{76,79} Bu bağlamda çocuğun kişilerarası ilişkiler ve duygu yönetimi gibi temel becerileri aileden öğrendiği düşünüldüğünde bu becerileri kendisi için sağlayamayan ebeveynin çocuğu için de sağlayamayabileceği ve dolayısıyla bu patolojik gelişimsel sürecin ileriki yaşlarda sınırda (borderline) kişilik özellikleri olarak kendini gösterebileceği söylenebilir.

Çocukluk çağına zorbalığa maruz kalmanın sınırda (borderline) kişilik özelliği arasında da ilişki olduğuna dair çalışmalar mevcuttur.⁷² Bunun yanı sıra, Barazandeh ve ark.⁷⁹ erken dönem uyum bozucu şemalar ve sınırda (borderline) kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri sistematik derleme, meta-analiz çalışmasında terkedilme, kuşkuculuk, sosyal izolasyon, duygusal yoksunluk ve kusurluluk şemalarının sınırda (borderline) kişilik özellikleri gösteren popülasyonda yüksek oranda ortak şemalar olduğunu gözlemlenmişlerdir. Bu şemaların ortak özellikleri erken yaş dönemlerinde oluşmaları, zarar görme ve ihmale uğrama durumlarında ortaya çıkmalarıdır.

Sınırda (borderline) kişilik gelişimi üzerine aile başta olmak üzere çevreye yapılan vurgunun yanı sıra bu bozukluğun genetik yatkınlıkla ilişkili olduğunu destekleyen çalışmalar da mevcuttur.⁸²⁻⁸⁴ Bu bilgiler ışığında çevre ve gen tarafından birçok psikopatolojinin açıklamasını sağlayan diyatez-stres modelinin SKB için de geçerli olabileceği söylenebilir.⁸⁵

SKB ve travma sonrası stres bozukluğu arasında da benzerlik olduğu sonucuna ulaşan çeşitli araştırmalar vardır.^{86,87} Amad ve ark.⁸⁶ yaptıkları araştırma sonucunda travma sonrası stres bozukluğu ve SKB’nin ortak nöropatolojik yollar kullandıkları sonucuna varmışlardır. Çocukluk çağına yaşanan travmatik deneyim ve travma sonrası stres bozukluğuna neden olan travmatik deneyimin kişinin kendi, diğer ve dünyaya dair temel inançlarını temel düzeyde sarstığı ve dünya ve diğerlerinin güvensiz ve kendisinin aciz, zayıf ve zedelenebilir olduğuna inandığı düşünülebilir. Dolayısıyla kişinin hep savunma halinde ve zarar görmemeye, kendini korumaya çalışarak güvenlik sağlayıcı davranışlar sergilediği söylenebilir.⁸⁸

Çalışmada elde edilen bulgulardan biri de SKB tanısı almış olmanın moderatör rol oynadığıdır. SKB tanısı almış olmak ilişkinin kuvvetini artırmaktadır. Özellikle çocukluk çağına travmaya şiddetli ve uzun süre maruz kalıyor olmanın kişilerin

duygu düzenleme ve tepki inhibisyonu becerilerinde zayıflıklara sebep olduğu, bazı psikopatik eğilimler ve saldırganlık davranışları göstermelerinde rol oynadığı belirtilmiştir.⁸⁹ Dolayısıyla, travmanın şiddetinin artmasının kişi üzerinde daha patolojik bir etkiye sebep olması beklenebilir.⁹⁰⁻⁹²

Çalışmada araştırmanın yapıldığı ülkenin sınırda (borderline) kişilik özellikleri ve çocukluk çağı travması ilişkisinde moderatör rol oynadığı gözlemlenmiştir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda diğer ülkelere kıyasla çocukluk çağı travmaları ile sınırda (borderline) kişilik özellikleri arasındaki ilişki daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Alan yazında, gelir eşitsizliğinin daha fazla olduğu ülkelerde SKB’ye sahip popülasyonun daha fazla olduğu belirtilmektedir. Bu bağlamda bu meta-analiz çalışmasına dahil edilen Almanya, İsviçre, Güney Kore ve Türkiye örneklemeleri arasında çocukluk çağı travması ve SKB ilişkisinin açıklanmasında gelir adaletsizliğinin ve sonuçlarının rol oynadığı düşünülebilir.⁹³ Bu meta-analiz çalışması yayının yapıldığı ülkenin, sınırda (borderline) kişilik özellikleri ve çocukluk çağı travması ilişkisinde moderatör değişken rolüne sahip olduğu sonucuna ulaşması açısından öncü bir çalışma olabilir.

Tablo 1. Meta-analize dahil edilen çalışmaların betimleyici özellikleri

Araştırmamanın yazarı	Araştırmamanın yılı	Kişi sayısı
Bäumer ve ark. ⁸⁸	2022	44
Dayan ⁹⁴	2023 ^a	35
Dayan ⁹⁴	2023 ^b	70
Germen ⁹⁵	2023	412
Gica ve ark. ⁹⁶	2021	71
Öner ⁹⁷	2020	300
Pohl ve ark. ⁵⁹	2020	35
Pusmaz ⁹⁸	2023	423
Yılmaz ⁹⁹	2022	179
You ve ark. ⁹²	2022	1222

Araştırmaya dahil edilen çalışmalardan bir tanesinde (Dayan⁹⁴) iki örneklem grubuna ilişkin veriler sunulduğundan her iki grup ayrı bir çalışma olarak kabul edilmiş ve Dayan,⁹⁴ 2023^a ve Dayan,⁹⁴ 2023^b olarak belirtilmiştir ve toplam 10 çalışma olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 2. Meta analize dahil edilen çalışmaların karakteristikleri

Değişken	Çeşitler	Frekans	Yüzde
Çalışmanın yapıldığı ülke	Türkiye	7	70
	Diğer ülkeler	3	30
Çalışmalarda SKB* tanı varlığı	Var	5	50
	Yok	5	50

*Sınırda (borderline) kişilik bozukluğu

Tablo 3. Classic fail-safe n istatistiğine göre değişkenlerin aldığı değerler

Değişkenler	Değerler
Gözlemlenen çalışmalar için z değeri	21,35
Gözlemlenen çalışmalar için p-değeri	0,00
Alfa	0,05
Gözlemlenen çalışma sayısı	10
p> alfa olması için gerekli çalışma sayısı	1177

Tablo 4. Heterojenlik testi sonuçları

Q	Df (Q)	p-değeri	I ²
15,966	9	0,068	43,629

Tablo 5. Çocukluk çağı travmaları ve sınırda (borderline) kişilik özellikleri arasındaki korelasyonun meta analizi

k	n	r	95% GA	p-değeri	I ²
10	2791	0,439	0,408; 0,468	0,00	43,629

GA: Güven aralığı

Çalışmanın Sınırlılıkları

Söz konusu çalışmanın değişkenlerinden biri çocukluk çağı travmalarıdır ve travmaların (özellikle fiziksel ve cinsel istismar) ifade ediliyor olması kişilerin sorulara gerçek cevaplar vermesini zorlaştıran bir durumdur. Bu sebeple öz bildirim ölçekleriyle birlikte bireysel görüşmelerle desteklenmiş olan çalışmaları meta-analize dahil edecek şekilde araştırmanın planlaması faydalı olacaktır.

Çalışmaya dahil edilen ülkeler karşılaştırılırken Türkiye ve diğerleri olarak ele alınmıştır. Çalışmada diğer ülkeleri ayrı ayrı başlıklar altında toplayacak kadar araştırmanın olmaması ve Türkiye dışındaki ülkeleri diğer ülkeler şeklinde kategorizasyon yapılmış olması kısıtlılık olarak değerlendirilebilir.

Meta-analize dahil edilen çalışmalarda tek bir travma ölçeğinin kullanılıyor olması araştırmanın bir başka sınırlılığıdır. Travmanın birden fazla ölçek ile ya da görüşme ile incelenmesi ve bunlara ilişkin sonuçların değerlendirilmesi sonuçların güvenilirliği açısından faydalı olacaktır.

Araştırmacıların sadece Türkçe ve İngilizce biliyor olmasından dolayı bu diller dışındaki veri tabanları taranamamıştır.

SKB’nin yanı sıra bu kişilerde başka bir psikopatolojinin varlığının (komorbidite) değerlendirilmemiş olması olası bir karıştırıcı değişkenin farkına varılamamasına neden olmuş olabilir. Bu durum da araştırmanın kısıtlılığı olarak düşünülmektedir.

Tablo 6. Çocukluk çağı travmaları ve sınırda (borderline) kişilik özellikleri ilişkisinde moderatör analizleri

Moderatör	Değişken	k	n	r Alt sınır	GA		Q _b	p-değeri
					Üst sınır			
SKB' tanısı	Var		5 255	0,464	0,359	0,557	15,966	<0,001**
	Yok		5 2536	0,436	0,404	0,467		
Çalışmanın yapıldığı ülke	Türkiye		7 1067	0,470	0,430	0,509	15,966	<0,001**
	Diğer ülkeler		3 1724	0,401	0,355	0,446		

*Sınırda (borderline) kişilik bozukluğu, **p<0,001
GA: Güven aralığı

Sonuç

Sonuç olarak bu meta-analiz çalışmasının çocukluk çağı travması ve sınırda (borderline) kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin daha önce yapılan çalışmalar ile büyük bir uyum gösterdiği söylenebilir. Çocukluk çağı travmasının oluşmasının sebepleri, alanyazına paralel olarak istismar ve ihmale uğrama, zorbalığa uğrama, sorunlu aile ortamında büyüme gibi faktörler bu meta-analiz çalışmasında da gözlemlenmiştir. Tüm bu bilgiler ışığında çocukluk çağında kişilik bozukluğu olan ebeveynlerle büyümek, cinsel tacize uğramak, zorbalığa uğramak, ihmale uğramak sınırda (borderline) kişilik özellikleri göstermek açısından birer risk faktörüdür. Travmanın türü, başlangıç yaşı ve süresi sınırda (borderline) kişilik özelliğinin oluşması için yine risk faktörlerindendir. Kişilik gelişiminin erken yaşlarda oluşmaya başladığı düşünüldüğünde bu dönemlerde maruz kalınan kötü deneyimlerin bir kişilik psikopatolojisine dönüşme ihtimali kuvvetlenmektedir.

Çalışma sonuçlarına bakıldığında aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

- Türkiye popülasyonunda çocukluk çağı travması ve sınırda (borderline) kişilik özellikleri ilişkisinin daha kuvvetli olmasına ilişkin nedenler araştırılabilir. Buna ek olarak, diğer ülkelerde de benzer çalışmalar yapılabilir ve bu durumun oluşmasına etki edebilecek olası kültürel faktörler değerlendirilebilir.
- Travma türleri açısından daha yüksek risk faktörü oluşturan ihmal ve istismar türleri tespitine dair daha kapsamlı meta-analiz çalışmaları yapılabilir. Böylece çocuk bakımını sağlayan ve destekleyen kişi, kurum ve kuruluşlarda ne şekilde destek sağlanması gerektiği tespit edilebilir.
- Olası travmatik deneyimlerin bu tarz bir kişilik oluşumuna yol açmasını önleyebilmek için 18 yaşından önceki eğitim döneminde çocuklara düzenli olarak çocukluk çağı travması ile ilgili ölçek takibi yapılabilir ve gözlemlenen olası bir risk durumu için tedbir alınabilir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Bu araştırma için etik kurul onayı, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından 2024-37/04 karar numarası ile 04.07.2024 tarihinde alınmıştır.

Hasta Onayı: İlgili araştırmada canlı denekler kullanılmaması nedeniyle hasta onamına başvurulmamıştır.

Dipnotlar

Yazarlık Katkıları

Konsept: M.M., A.K., S.Ö., N.S.T., Dizayn: M.M., A.K., S.Ö., N.S.T., Veri Toplama veya İşleme: M.M., A.K., S.Ö., N.S.T., Analiz veya Yorumlama: M.M., A.K., S.Ö., N.S.T., Literatür Arama: M.M., A.K., S.Ö., N.S.T., Yazan: M.M., A.K., S.Ö.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Lenzenweger MF. Epidemiology of personality disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2008;31:395-403.
2. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry.* 2002;51:936-950.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2000.
4. Widiger TA, Frances AJ. Controversies concerning the self-defeating personality disorder. In: Self-defeating behaviors: experimental research, clinical impressions, and practical implications 1989 (pp. 289-309). Boston, MA: Springer US.
5. Fonagy P. The development of psychopathology from infancy to adulthood: the mysterious unfolding of disturbance in time. *Infant Ment Health J.* 2003;24:212-239.
6. Gunderson JG. Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2007;164:1637-1640.
7. Krause-Utz A, Erol E, Broussianou AV, Cackowski S, Paret C, Ende G, Elzinga B. Self-reported impulsivity in women with borderline personality disorder: the role of childhood maltreatment severity and emotion regulation difficulties. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2019;6:6.
8. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Çocuk 2020 [internet]. Ankara: TÜİK; 2020. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Cocuk-2020-37228>
9. World Health Organization. Global status report on preventing violence against children [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332394>
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013.
11. Şar V. Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. In: Köroğlu E, Güleç C. (eds). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara Hekimler Yayın Birliği. 1998:823-833.

12. World Health Organization. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization; 2006. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf. Accessed 30 Aug 2022.
13. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Avcı A, İçme F. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Değerlendirilmesi [Evaluation of Child Abuse and Neglect]. *Archives Medical Review Journal* (aktd). 2013;22:591-614.
14. Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk istismarı ve ihmalı. *Dicle Med J*. 2007;34:70-74.
15. Bülbül F, Çakır Ü, Ülkü C, Üre İ, Karabatak O, Alp G. Childhood trauma in recurrent and first episode depression. *Alpha Psychiatry*. 2013;14:93-99.
16. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2009;1:95-119.
17. Howe, D. Child abuse and neglect: attachment, development and intervention. Palgrave Macmillan. 2005.
18. Friedrich WN, Fisher JL, Dittner CA, Acton R, Berliner L, Butler J, Damon L, Davies WH, Gray A, Wright J. Child sexual behavior inventory: normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreat*. 2001;6:37-49.
19. Butchart A, Phinney Harvey A, Mian M, Furriss T, Kahane T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect; 2006. p. 21-26. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf. Accessed 30 Aug 2022.
20. Hildyard KL, Wolfe DA. Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse Negl*. 2002;26:679-695.
21. World Health Organization. Child maltreatment. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>. Accessed 26 Sep 2022.
22. Dodaj A, Sesar K. Consequences of child abuse and neglect. *Cent Eur J Paediatr*. 2020;16:168-181. Available from: <https://cejpaediatrics.com/index.php/cejpa/article/view/383/pdf>
23. Higgins DJ, McCabe MP. Multiple forms of child abuse and neglect: adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior*. 2001;6:547-578.
24. Sesar K. Studies on exposure to multiple maltreatment in childhood. *Contemp Psychol*. 2009;12:339-354.
25. Sesar K, Zivčić-Bečirević I, Sesar D. Multi-type maltreatment in childhood and psychological adjustment in adolescence: questionnaire study among adolescents in Western Herzegovina Canton. *Croat Med J*. 2008;49:243-256.
26. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP, Kim DM. The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev*. 2003;27:33-44.
27. Dodaj A, Sesar K, Šimić N. The neurobiological aspects of exposure to childhood maltreatment. In: Costa A, Villalba E, editors. *Horizons in Neuroscience Research*. 2nd ed. New York: Nova Science Publishers; 2018. p. 81-108. Available from: <https://www.cabidigitallibrary.org/doi/full/10.5555/20210014515>
28. Zovko Grbeša A, Sesar K. Maltreatment in childhood, attachment and brain biological study of personality disorders. *Mediterranean J Clin Psychol*. 2021;10(1):3373. doi: 10.13129/2282-1619/mjcp-3373. Available from: <https://cab.unime.it/journals/index.php/MJCP/article/view/3373>
29. Kernberg OF. What is personality? *J Pers Disord*. 2016;30:145-156.
30. Cicchetti D, Crick NR. Precursors and diverse pathways to personality disorder in children and adolescents. *Dev Psychopathol*. 2009;21:683-685.
31. Johnson JG, Bromley E, Bornstein RF, Sneed JR. Adolescent personality disorders. In: Wolfe DA, Mash EJ, editors. *Behavioral and emotional disorders in children and adolescents: nature, assessment and treatment*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2006. p. 463-484. Available from: <https://www.guilford.com/books/Behavioral-and-Emotional-Disorders-in-Adolescents/Wolfe-Mash/9781606231159>
32. Shiner RL. The development of personality disorders: perspectives from normal personality development in childhood and adolescence. *Dev Psychopathol*. 2009;21:715-734.
33. Widiger TA, De Clercq B, De Fruyt F. Childhood antecedents of personality disorder: an alternative perspective. *Dev Psychopathol*. 2009;21:771-791.
34. Zanarini MC. Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2000;23:89-101.
35. Cicchetti D. Failure of the average expectable environment and its impact on individual development: the case of child maltreatment. In: Cicchetti D, Cohen DJ, editors. *Developmental Psychopathology*. Vol 3: Risk, Disorder, and Adaptation. 2nd ed. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2015. p. 129-201. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9780470939406.ch4>
36. Johnson JG, Smailes EM, Cohen P, Brown J, Bernstein DP. Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: findings of a community-based longitudinal study. *J Pers Disord*. 2000;14:171-187.
37. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:600-606.
38. Joyce PR, McKenzie JM, Luty SE, Mulder RT, Carter JD, Sullivan PF, Cloninger CR. Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003;37:756-764.
39. Johnson JG, Bromley E, McGeoch PG. The role of childhood experiences in the development of adaptive and maladaptive personality traits. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editors. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2005. p. 209-23. Available from: https://archive.org/details/americanpsychiat0000unse_h8p3
40. Widom CS, Czaja SJ, Paris J. A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *J Pers Disord*. 2009;23:433-446.
41. Nicol K, Pope M, Romaniuk I, Hall J. Childhood trauma, midbrain activation and psychotic symptoms in borderline personality disorder. *Transl Psychiatry*. 2015;5:e559.
42. Divac-Jovanović M, Švrakić D. Borderline personality and its diverse faces: what are personality disorders? 2nd ed. Beograd: Clio; 2017. Available from: <https://hrcaj.srce.hr/175487>
43. New AS, Goodman M, Triebwasser J, Siever LJ. Recent advances in the biological study of personality disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31:441-461.
44. Balcioglu İ, Balcioglu YH. Dissosiyatif bozuklukların tanımı ve tanı ölçütleri. In: Öztürk E (ed). *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon*. Ankara: Türkiye Klinikleri. 2018.
45. Bornovalova MA, Huibregtse BM, Hicks BM, Keyes M, McGue M, Iacono W. Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits: a longitudinal discordant twin design. *J Abnorm Psychol*. 2013;122:180-194.
46. Bouchard S, Sabourin S, Lussier Y, Villeneuve E. Relationship quality and stability in couples when one partner suffers from borderline personality disorder. *J Marital Fam Ther*. 2009;35:446-455.
47. Carlson EA, Egeland B, Sroufe LA. A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Dev Psychopathol*. 2009;21:1311-1334.
48. Swartz M, Blazer D, George L, Winfield L. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Pers Disord*. 1990;4:257-272.

49. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J Pers Disord.* 2014;28:734-750.
50. Trull TJ, Stepp SD, Durett CA. Research on borderline personality disorder: an update. *Curr Opin Psychiatry.* 2003;16:77-82.
51. Reichl C, Kaess M. Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Curr Opin Psychol.* 2021;37:139-144.
52. Belsky DW, Caspi A, Arseneault L, Bleidorn W, Fonagy P, Goodman M, Houts R, Moffitt TE. Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Dev Psychopathol.* 2012;24:251-265.
53. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino ME, Levin A, Yong L, Frankenburg FR. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1997;154:1101-1106.
54. Baryshnikov I, Joffe G, Koivisto M, Melartin T, Aaltonen K, Suominen K, Rosenström T, Nääänen P, Karpov B, Heikkinen M, Isometsä E. Relationships between self-reported childhood traumatic experiences, attachment style, neuroticism and features of borderline personality disorders in patients with mood disorders. *J Affect Disord.* 2017;210:82-89.
55. Bui NH, Pasalich DS. Insecure attachment, maladaptive personality traits, and the perpetration of in-person and cyber psychological abuse. *J Interpers Violence.* 2021;36:2117-2139.
56. Bertele N, Talmon A, Gross JJ, Schmahl C, Schmitz M, Niedtfeld I. Childhood maltreatment and borderline personality disorder: the mediating role of difficulties with emotion regulation. *J Pers Disord.* 2022;36:264-276.
57. Chen SY, Cheng Y, Zhao WW, Zhang YH. Effects of dialectical behaviour therapy on reducing self-harming behaviours and negative emotions in patients with borderline personality disorder: a meta-analysis. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2021;28:1128-1139.
58. Sesar K, Dodaj A, Kovacevic M. Childhood maltreatment, aspects of emotional processing and borderline personality disorder. *Mediterranean J ClinPsychol.* 2022;10:43-54.
59. Pohl S, Steuwe C, Mainz V, Driessen M, Beblo T. Borderline personality disorder and childhood trauma: Exploring the buffering role of self-compassion and self-esteem. *J Clin Psychol.* 2021;77:837-845.
60. Lindenbach D, Cullen O, Bhattarai A, Perry R, Diaz RL, Patten SB, Dimitropoulos G. Capacity, confidence and training of Canadian educators and school staff to recognize and respond to sexual abuse and internet exploitation of their students. *Child Abuse Negl.* 2021;112:104898.
61. Porter C, Palmier-Claus J, Branitsky A, Mansell W, Warwick H, Varese F. Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2020;141:6-20.
62. Liu RT, Alloy LB. Stress generation in depression: a systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clin Psychol Rev.* 2010;30:582-593.
63. Ball JS, Links PS. Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Curr Psychiatry Rep.* 2009;11:63-68.
64. Dinçer S. Eğitim bilimlerinde uygulamalı meta analiz (5th ed). Ankara: Pegem Akademi Yayınları; 2014.
65. Borenstein M, Hedges LV, Higgins JPT, Rothstein H. Meta analyze giriş. Çeviren: Dinçer S. Ankara: Anı Yayıncılık; 2013. Available from: https://www.researchgate.net/publication/291335347_Meta-Analize_Giris
66. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry.* 1994;151:1132-1136.
67. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart LA; PRISMA-P Group. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev.* 2015;4:1.
68. Sar V, Öztürk E, İkikardeş E. Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. *Journal of Medical Sciences.* 2012;32:1054-1063.
69. Şar V, Necef I, Mutluer T, Fatih P, Türk-Kurtça T. A revised and expanded version of the Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): overprotection-overcontrol as additional factor. *J Trauma Dissociation.* 2021;22:35-51.
70. Köklü N, Büyüköztürk Ş, Çokluk Bökeoğlu Ö. Sosyal bilimler için istatistik. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2006.
71. Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ.* 2003;327:557-560.
72. Alberdi-Paramo I, Saiz-Gonzalez MD, Diaz-Marsa M, Carrasco-Perera JL. Bullying and childhood trauma events as predictive factors of suicidal behavior in borderline personality disorder: Preliminary findings. *Psychiatry Res.* 2020;285:112730.
73. Malafanti A, Yotsidi V, Sideridis G, Giannouli E, Galanaki EP, Malogiannis I. The impact of childhood trauma on borderline personality organization in a community sample of Greek emerging adults. *Acta Psychol (Amst).* 2024;244:104181.
74. Wolf J, Reinhard MA, Goerigk S, Barton BB, Burkhardt G, Tang J, Eder J, Amann BL, Bertsch K, Jobst A, Musil R, Padberg F. Suicidal behaviors and adverse childhood experiences: A cross-diagnostic study in persistent depressive disorder and borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2023;330:115562.
75. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet.* 2011;377:74-84.
76. Senberg A, Schmucker M, Oster A, Zumbach J. Parental personality disorder and child maltreatment: a systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl.* 2023;140:106148.
77. Turniansky H, Ben-Dor D, Krivoy A, Weizman A, Shoval G. A history of prolonged childhood sexual abuse is associated with more severe clinical presentation of borderline personality disorder in adolescent female inpatients - a naturalistic study. *Child Abuse Negl.* 2019;98:104222.
78. Wingenfeld K, Schaffrath C, Rullkoetter N, Mensebach C, Schloesser N, Beblo T, Driessen M, Meyer B. Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. *Child Abuse Negl.* 2011;35:647-654.
79. Barazandeh H, Kissane DW, Saeedi N, Gordon M. A systematic review of the relationship between early maladaptive schemas and borderline personality disorder/traits. *Personality and Individual Differences.* 2016;94:130-139.
80. Kaiser D, Jacob GA, van Zutphen L, Siep N, Sprenger A, Tuschen-Caffier B, Senft A, Arntz A, Domes G. Patients with borderline personality disorder and comorbid PTSD show biased attention for threat in the facial dot-probe task. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2020;67:101437.
81. Németh N, Mátrai P, Hegyi P, Czéh B, Czopf L, Hussain A, Pammer J, Szabó I, Solymár M, Kiss L, Hartmann P, Szilágyi ÁL, Kiss Z, Simon M. Theory of mind disturbances in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2018;270:143-153.
82. Wilson N, Robb E, Gajwani R, Minnis H. Nature and nurture? A review of the literature on childhood maltreatment and genetic factors in the pathogenesis of borderline personality disorder. *J Psychiatr Res.* 2021;137:131-146.
83. Beck AT, Davis DD, Freeman A, editors. Cognitive therapy of personality disorders. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2015. Available from: <https://www.guilford.com/books/Cognitive-Therapy-of-Personality-Disorders/Beck-Davis-Freeman/9781462525812>
84. Thaler L, Gauvin L, Joobar R, Groleau P, de Guzman R, Ambalavanan A, Israel M, Wilson S, Steiger H. Methylation of BDNF in women with bulimic eating syndromes: associations with childhood abuse and borderline personality disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2014;54:43-49.

85. Zuckerman M. Diathesis-stress models. In: Zuckerman M, editor. *Vulnerability to psychopathology: a biosocial model*. 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association; 1999. p. 3-23. Available from: https://archive.org/details/vulnerabilitytop0000zuck_u6n4
86. Amad A, Radua J, Vaiva G, Williams SC, Fovet T. Similarities between borderline personality disorder and post traumatic stress disorder: Evidence from resting-state meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019;105:52-59.
87. Zeifman RJ, Landy MSH, Liebman RE, Fitzpatrick S, Monson CM. Optimizing treatment for comorbid borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder: a systematic review of psychotherapeutic approaches and treatment efficacy. *Clin Psychol Rev*. 2021;86:102030.
88. Bäumer AV, Furer L, Birkenberger C, Wyssen A, Steppan M, Zimmermann R, Gaab J, Kaess M, Schmeck K. The impact of outcome expectancy on therapy outcome in adolescents with borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2022;9:30.
89. Bedwell SA, Hickman C. Effects of childhood trauma in psychopathy and response inhibition. *Dev Psychopathol*. 2023;35:724-729.
90. Jiang B. Prediction of borderline personality disorder based on childhood trauma with the mediating role of experiential avoidance. *Front Psychiatry*. 2024;15:1382012.
91. Bozzatello P, Garbarini C, Rocca P, Bellino S. Borderline personality disorder: risk factors and early detection. *Diagnostics (Basel)*. 2021;11:2142.
92. You JS, Lee CW, Park JY, Jang Y, Yu H, Yoon J, Kwon SS, Oh S, Park YS, Ryoo HA, Lee JH, Lee D, Lee J, Kim Y, Cho N, Ihm HK, Park CHK, Lee YC, Won HH, Kang HS, Beak JH, Ha TH, Myung W. Borderline personality pathology in major depressive disorder, bipolar I and II disorder, and its relationship with childhood trauma. *Psychiatry Investig*. 2022;19:909-918.
93. Fonagy P, Luyten P. A multilevel perspective on the development of borderline personality disorder. In book: *Developmental Psychopathology*. 2016:726-792.
94. Dayan E. Sınırdaki kişilik bozukluğunda sosyal bilişsel beceriler ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları ilişkisi [dissertation]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2023. Available from: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/106276>
95. Germen B. Çocukluk çağı travmalarıyla borderline kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi [master's thesis]. İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi; 2023. Available from: <https://acikerisim.gelisim.edu.tr/items/bb789996-9d1e-4f1e-b2cb-cfa7d2d5c139>
96. Gica S, Kaplan B, Terzi Atar A, Yazıcı Gulec M, Gulec H. Investigation of the effects of childhood sexual abuse on disease severity and cognitive functions in borderline personality disorder. *Düşünen Adam: J Psychiatry Neurol Sci*. 2021;34(2):141-150.
97. Öner Y. Çocukluk çağı duygusal ve fiziksel istismarın borderline kişilik özelliklerini yordamasında mentalizasyonun aracılık rolü [master's thesis]. İstanbul: İstanbul Aydın Üniversitesi; 2023. Available from: <https://avesis.iku.edu.tr/yonetilen-tez/f25b8cfa-84ba-478f-9a1d-60af2ee8535d/cocukluk-cagi-duygusal-ve-fiziksel-istismarin-borderline-kisilik-ozelliklerini-yordamasinda-mentalizasyonun-aracilik-rolu>
98. Pusmaz BM. Üniversite öğrencilerinin örseleyici çocukluk yaşantıları ve bağlanma stillerinin borderline kişilik özellikleriyle ilişkisi. *Kesit Akademi*. 2024;10:336-362.
99. Yılmaz C. Erken çocukluk dönemi yaşantıları ve bağlanma stillerinin borderline (sınırdaki) kişilik örgütlenmesi arasındaki ilişkide zihin kuramı becerilerinin aracı rolü [master's thesis]. İstanbul: Işık Üniversitesi; 2023.

Assessing Public Interest in Autism in Türkiye Using Google Trends

Türkiye’de Otizm Yönelik Kamu İlgisinin Google Trends Kullanılarak Değerlendirilmesi

● Berhan Akdağ¹, ● Seda Bozduman Çelebi², ● Hülya Binokay³, ● Ertan Kara⁴

¹Silifke State Hospital, Clinic of Child and Adolescent Psychiatry, Mersin, Türkiye

²University of Health Sciences Türkiye, Başakşehir Çam and Sakura City Hospital, Clinic of Child and Adolescent Psychiatry, İstanbul, Türkiye

³Çukurova University Faculty of Medicine, Department of Biostatistics, Adana, Türkiye

⁴Çukurova University Faculty of Medicine, Department of Public Health, Adana, Türkiye

ABSTRACT

Objectives: The prevalence of autism spectrum disorder (ASD) is increasing globally, presenting substantial challenges to affected individuals and their caregivers. Concurrently, there are no established diagnostic biomarkers for ASD, making awareness essential for timely and accurate diagnosis. Prior research highlighted that analyzing Google search queries offers a valuable method for assessing real-time global trends and public interest in health conditions. Accordingly, this study aims to measure public interest in autism by analyzing Google Trends data from April 2014 to April 2024 in Türkiye.

Materials and Methods: Google Trends, an online service that tracks the frequency of search queries on the internet, was employed to analyze web activity from April 2014 through April 2024 in Türkiye.

Results: Throughout the observation period from April 2014 to April 2024, a significant rise in relative search volume (RSV) for autism was noted. An analysis of monthly search queries across all years identified April as the month with the highest RSV peak for autism, attributable to autism awareness events such as World Autism Awareness Day. However, this trend was transient and did not encompass the entire year.

Conclusion: The findings reveal an increase in internet interest in autism in Türkiye. They also highlight the potential impact of autism awareness events on the rise of internet interest. Enacting policies that enhance awareness of autism among the general population is essential. Crucially, these initiatives should be implemented throughout the entire year and not be limited to specific times.

Keywords: Awareness, autism, Google Trends, internet interest, Türkiye

ÖZ

Amaç: Otizm spektrum bozukluğunun (OSB) yaygınlığı küresel olarak artmakta ve etkilenen bireyler ve bakıcıları için önemli zorluklar ortaya çıkarmaktadır. OSB için belirlenmiş tanısal biyobelirteçler bulunmamakta olup bu durum zamanında ve doğru tanı için farkındalığı önemli hale getirmektedir. Önceki araştırmalar, Google arama sorgularını analiz etmenin, gerçek zamanlı küresel eğilimleri ve sağlık koşullarına yönelik kamu ilgisini değerlendirmek için değerli bir yöntem sunduğunu vurgulamıştır. Bu doğrultuda, bu çalışma Türkiye’de Nisan 2014’ten Nisan 2024’e kadar Google Trends verilerini analiz ederek otizme olan kamu ilgisini ölçmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: İnternette arama sorgularının sıklığını takip eden çevrim içi bir hizmet olan Google Trends, Nisan 2014’ten Nisan 2024’e kadar Türkiye’deki internet etkinliğini analiz etmek için kullanılmıştır.

Bulgular: Nisan 2014’ten Nisan 2024’e kadar olan gözlem dönemi boyunca, otizm için göreceli arama hacminde önemli bir artış kaydedilmiştir. Tüm yıllar boyunca aylık arama sorgularının analizi, Dünya Otizm Farkındalık Günü gibi otizm farkındalık etkinliklerine atfedilebilecek şekilde, Nisan ayının otizm için en yüksek göreceli arama hacmine sahip ay olduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte, bu eğilim kısa süreli olmuş ve tüm yıla yayılmamıştır.

Sonuç: Bulgular, Türkiye’de otizme yönelik internet ilgisinde bir artış olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca, otizm farkındalık etkinliklerinin internet ilgisindeki artış üzerindeki potansiyel etkisini de vurgulamaktadır. Genel nüfus arasında otizm farkındalığını artıracak politikaların hayata geçirilmesi elzemdir. Daha da önemlisi, bu girişimler belirli zamanlarla sınırlı kalmamalı, tüm yıl boyunca uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Farkındalık, otizm, Google Trends, internet ilgisi, Türkiye

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Berhan Akdağ, MD, Silifke State Hospital, Clinic of Child and Adolescent Psychiatry, Mersin, Türkiye

E-mail: drberhanakdag@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0002-5203-403X

Received/Geliş Tarihi: 06.12.2024 Accepted/Kabul Tarihi: 24.12.2024 Yayınlanma Tarihi/Publication Date: 11.11.2025

Cite this article as/Atf: Akdağ B, Bozduman Çelebi S, Binokay H, Kara E. Assessing public interest in autism in Türkiye using Google Trends.

Turk J Child Adolesc Ment Health. 2025;32(3):170-4

Copyright© 2025 The Author. Published by Galenos Publishing House on behalf of the Turkish Association for Child And Adolescent Psychiatry. This is an open access article under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND) International License.



Introduction

Autism spectrum disorder (ASD) is a complex neurodevelopmental condition defined by two primary characteristics: deficits in social communication and the presence of restricted or repetitive behaviors and interests.¹ The global prevalence of ASD has been rising, with current estimates suggesting that approximately 1 in 31 children are diagnosed with the disorder.² This upward trend is likely due to modifications in diagnostic criteria, enhancements in screening and diagnostic technologies, and heightened public awareness.³ Notably, there are no established diagnostic biomarkers for ASD,⁴ making awareness essential for timely and accurate diagnosis.

The awareness of ASD among the general population varies depending on several factors. While females are more likely to be aware of autism,^{5,6} the link between age and ASD awareness is inconsistent.^{6,7} Additionally, higher educational status, internet usage, more frequent contact with individuals with autism, having a family member with autism, and not belonging to an ethnic minority are linked to greater awareness of autism.^{7,8} Nevertheless, prior research indicates that the level of autism awareness within the general population falls short of global expectations. In Türkiye, as in many other countries, there are notable gaps in understanding specific characteristics and symptoms of ASD within the general population.⁹

Increasing public awareness is crucial for promoting inclusivity, reducing discrimination, and enabling individuals with autism to attain fulfilling lives. Nonetheless, ongoing misconceptions and stigma resulting from limited understanding still affect individuals on the spectrum and their caregivers.¹⁰⁻¹² In response to this issue, global initiatives have been launched to ensure timely access to high-quality, culturally relevant health and social care, allowing those impacted to fully exercise their human rights.¹³ Additionally, countries have developed specific autism policies at national and regional levels, shaped by community needs. Accordingly, in 2016, Türkiye launched the “National Action Plan for Individuals with ASDs.” This plan has prioritized enhancing awareness of ASD in society and improving collaboration between institutions to ensure ongoing health, education, and support services for individuals with ASD.¹⁴ However, there is not enough data to evaluate how these initiatives affect autism awareness among the general population in Türkiye.

The Current Study

The advent of the internet has significantly altered the landscape of information acquisition, establishing itself as a crucial platform for knowledge dissemination. It facilitates efficient searching and understanding of a wide array of topics, including health-related information. Within this framework, Google (Alphabet Inc.) dominates the market, holding shares of 89.08% in North America, 91.91% in Europe, 95.41% in South America, and 97.53% in Africa.¹⁵ Consequently, analyzing Google search queries offers a valuable method for assessing real-time global

trends and public interest in health conditions.¹⁶ Accordingly, this study investigates whether the marked increase in ASD prevalence correlates with the growing public interest in ASD within Türkiye by utilizing data from Google Trends.

Materials and Methods

Google Trends, an online service that monitors the frequency of search queries on the internet, was utilized to analyze web activity from April 2014 to April 2024 in Türkiye. This tool quantifies the percentage of searches for specified user-defined terms relative to the total searches conducted on Google. It computes a relative search volume (RSV), which is derived by normalizing the query share of a term for a designated location and time frame against the highest query share of that term during the observed period. The values range from 0 to 100. Each data point in the graphical output from Google Trends is scaled relative to the highest point, conventionally set at 100.^{17,18}

Statistical Analysis

Statistical analyses were conducted using SPSS version 29.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) and R version 3.5.0 (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria), incorporating the “nlme” and “forecast” libraries. Continuous variables were reported as means±standard deviations. A repeated measures analysis was conducted to evaluate changes in measurements over the specified time interval. Correlation analyses employed seasonal decomposition of time series by locally estimated scatterplot smoothing, which decomposes the time series into seasonal components, a trend, and irregular components. We established a generalized least squares model that accounts for autocorrelation among residuals to further determine the significance of trends over time after adjusting for seasonal effects. The residuals’ correlation structure was determined by automatically selecting the parameters of the Autoregressive Integrated Moving Average Model, guided by Akaike’s information criterion.¹⁶ A p-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

Results

A trend analysis, adjusted for seasonal variations, identified a pronounced escalation in RSV for autism during the monitoring period from April 2014 through April 2024 ($\beta=1.55\pm0.62$, $p=0.014$) (Figure 1). Moreover, a detailed examination highlighted a significant peak in RSV for autism in September 2019. Concurrently, the analysis indicated that the mean RSV for autism in 2019 (39.25 ± 25.61) surpassed that of other years (Figure 2). Table 1 shows the mean RSVs by year for autism.

Subsequently, the average monthly values for each year under review were computed. An assessment of monthly search queries over the entire period identified April as the month exhibiting the highest RSV peak for autism, recorded at 38.89 ± 8.57 (Figure 3). Table 2 presents the mean RSVs by month for autism.

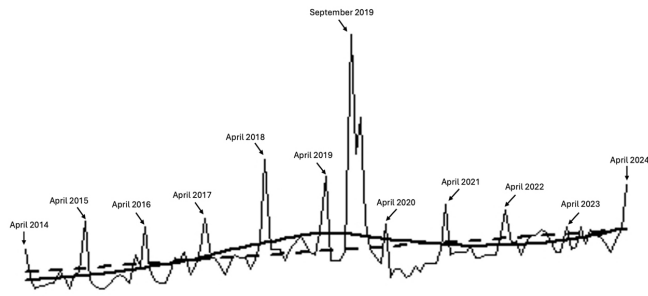


Figure 1. Time series for autism (thin lines), the trends over time using LOESS (local polynomial regression fitting) (thick line), and the linear trends estimated from generalized least squares models (dashed lines)

LOESS: Locally estimated scatterplot smoothing

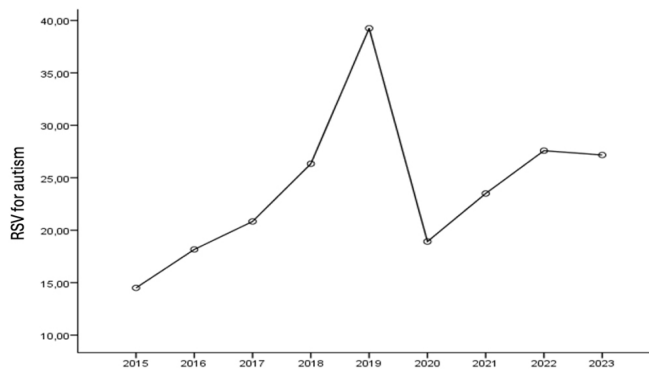


Figure 2. The mean RSVs for autism by year
RSV: Relative search volume

Table 1. The mean RSVs for autism by year

Year	RSV
2015	14.50±6.50
2016	18.17±5.94
2017	20.83±5.22
2018	26.33±9.89
2019	39.25±25.61
2020	18.92±5.30
2021	23.50±5.50
2022	27.58±4.58
2023	27.17±3.27

RSV: Relative search volume

Discussion

This study investigated public interest in autism by analyzing Google Trends data from April 2014 to April 2024 in Türkiye. The analysis revealed a significant increase in the frequency of search queries related to autism over this decade. Prior research has demonstrated that analyzing Google search queries can serve as an effective tool for monitoring real-time global trends

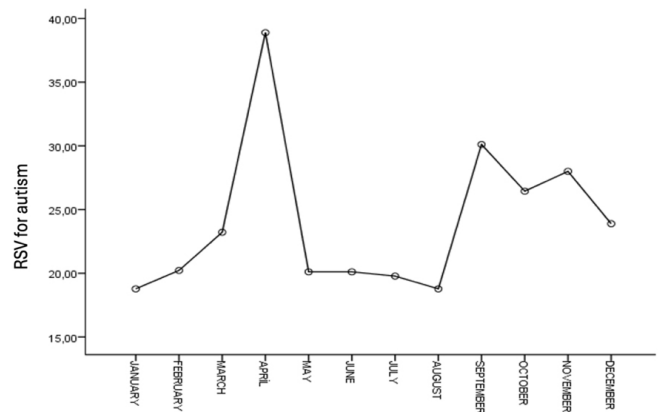


Figure 3. The mean RSVs for autism by month
RSV: Relative search volume

Table 2. The mean RSVs for autism by month

Month	RSV
January	18.78±5.74
February	20.22±2.54
March	23.22±4.82
April	38.89±8.57
May	20.11±4.57
June	20.11±5.46
July	19.78±6.61
August	18.78±6.14
September	30.11±26.99
October	26.44±12.82
November	28.00±17.08
December	23.89±5.95

and public awareness of diseases.^{19,20} Accordingly, the results indicate a heightened public interest in autism within Türkiye, corroborating previous studies. Indeed, Bayın Donar²¹ indicated that the term “autism” had the greatest rise in RSV among disease concepts, with a significant increase of 372% from 2008 to 2018. However, previous research has shown that public awareness of ASD remains below the desired level in Türkiye. For instance, Rakap et al.⁹ has shown that awareness of ASD is still insufficient among individuals without family members or relatives affected by autism. Neng et al.²² indicated that nearly 10% of mothers applying to a family health center were unaware of autism. Furthermore, studies have indicated that not only the general population but also healthcare professionals lack adequate knowledge and awareness about ASD in Türkiye.^{23,24}

The delayed diagnosis of children with ASD can indirectly indicate a lack of awareness in Türkiye. Indeed, Kul et al.²⁵ reported that the mean age at diagnosis for children with ASD was 36.76 months. Similarly, Kilicaslan and Tufan²⁶ found that the median age at diagnosis for ASD was 36 months, and Bodur et al.²⁷ noted that only 20.1% of children with ASD were

diagnosed before the age of two years. The clinical progression of ASD is closely linked to early diagnosis.²⁸ It is imperative that individuals possess the necessary knowledge and skills to identify signs of autism in children. Therefore, enhancing the knowledge and awareness of the public regarding autism is crucial.

The findings also revealed that April, as the month with the highest RSV for autism, is potentially attributable to autism awareness events. World Autism Awareness Day (WAAD), established by the United Nations General Assembly in 2007, is celebrated annually on 2 April. This global event is dedicated to raising awareness about autism and promoting the acceptance and inclusion of individuals with ASD in society. Organizations and communities worldwide engage in various events, campaigns, and initiatives to educate the public about autism and advocate for the rights and well-being of individuals with ASD. For example, blue, associated with calmness and acceptance, is the primary color designated for autism, and people are encouraged to wear blue to support autism awareness.²⁹ Additionally, Türkiye initiated the “National Action Plan for Individuals with ASDs” in 2016. In this context, a campaign was initiated featuring the slogan “Notice–Accept–Walk with Us.” On April 2, messages were disseminated through social media platforms, alongside public service announcements and radio broadcasts. Correspondence with the Turkish Football, Basketball, and Volleyball Federations facilitated athletes competing under a banner displaying the slogan. Furthermore, the Bosphorus bridges and selected historical and public buildings were illuminated in blue to promote autism awareness.³⁰ Ahmed et al.³¹ demonstrated an observable increase in the volume of tweets and positive sentiment during WAAD, indicating the effectiveness of WAAD in raising awareness on Twitter. Additionally, a recent study has shown an annually repeating pattern, with a peak in the frequency of search queries related to autism in April, Autism Awareness Month.³² This pattern has been consistent between 2008 and 2021, and following the conclusion of Autism Awareness Month, public interest in autism, as measured by Google searches, declined.³² Supporting this, Figure 1 clearly demonstrates that RSV for autism consistently peaked in April, but this increase was not sustained over time. Consequently, there is typically an increase in internet interest in autism during April, likely due to various autism awareness activities. However, this heightened interest is generally short-lived.

The study identified a peak in RSV for autism in September 2019. This observation correlates temporally with the premiere of the Turkish television series “Mucize Doktor” (2019–2021), which portrays a physician with ASD, and garnered substantial viewership and market share during its initial episodes. It is reasonable to suggest that “Mucize Doktor” may have contributed to heightened internet interest in autism during this period. This is supported by Özkent,³³ who has shown that episodes of another Turkish series, “Kırmızı Oda,” which

depicted various mental illnesses, such as paranoid personality disorder, panic disorder, and major depression, caused significant spikes in internet searches immediately following their broadcasts. These findings illustrate that television series can function both as sources of entertainment and as potential educational platforms concerning medical issues.³⁴ However, it is critical to recognize that such portrayals often diverge from actual medical practice and could foster unrealistic expectations about patient care.³⁵

Study Limitations

This study offers important insights into public interest in autism within Türkiye. Nevertheless, several limitations warrant mention. Google Trends data are indicative of relative search interest and may be influenced by concurrent increases in searches for other topics, such as politics or general news. Additionally, the demographic characteristics of the individuals performing these searches remain unidentified. Moreover, while the application of Google Trends in research is on the rise, Google does not disclose detailed methodologies for data compilation.¹⁶

Conclusion

The prevalence of ASD is increasing globally, presenting substantial challenges to affected individuals and their families. Prompt and accurate diagnosis is vital for effective management of ASD symptoms. Therefore, enhancing autism awareness among the public and healthcare professionals is imperative. Strategies to achieve this include conducting autism awareness campaigns and integrating discussions of autism into television narratives and public service announcements. Crucially, these initiatives should be carried out throughout the entire year and not be limited to specific times.

Ethics

Ethics Committee Approval: Not applicable.

Informed Consent: Informed consent is not applicable because this article does not involve any studies with human or animal subjects.

Footnotes

Authorship Contributions

Concept: B.A., S.B.Ç., Design: B.A., S.B.Ç., Analysis or Interpretation: B.A., H.B., E.K., Literature Search: B.A., S.B.Ç., H.B., E.K., Writing: B.A., S.B.Ç., H.B., E.K.

Conflict of Interest: The authors declare no conflicts of interest.

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

References

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013.
- Shaw KA, Williams S, Patrick ME, Valencia-Prado M, Durkin MS, Howerton EM, Ladd-Acosta CM, Pas ET, Bakian AV, Bartholomew P, Nieves-Muñoz N, Sidwell K, Alford A, Bilder DA, DiRienzo M, Fitzgerald RT, Furnier SM, Hudson AE, Pokoski OM, Shea L, Tinker SC, Warren Z, Zahorodny W, Agosto-Rosa H, Anbar J, Chavez KY, Esler A, Forkner A, Grzybowski A, Agib AH, Hallas L, Lopez M, Magaña S, Nguyen RHN, Parker J, Pierce K, Prothro T, Torres H, Vanegas SB, Vehorn A, Zhang M, Andrews J, Greer F, Hall-Lande J, McArthur D, Mitamura M, Montes AJ, Pettygrove S, Shenouda J, Skowrya C, Washington A, Maenner MJ. Prevalence and early identification of autism spectrum disorder among children aged 4 and 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 16 sites, United States, 2022. *MMWR Surveill Summ*. 2025;74:1-22.
- Negggers YH. Increasing prevalence, changes in diagnostic criteria, and nutritional risk factors for autism spectrum disorders. *ISRN Nutr*. 2014;2014:514026.
- Shen L, Liu X, Zhang H, Lin J, Feng C, Iqbal J. Biomarkers in autism spectrum disorders: current progress. *Clin Chim Acta*. 2020;502:41-54.
- Alsehem MA, Abousaadah MM, Sairafi RA, Jan MM. Public awareness of autism spectrum disorder. *Neurosciences (Riyadh)*. 2017;22:213-215.
- Sukkar O. Level of awareness of autism spectrum disorder among members of Saudi Society: an exploratory study. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*. 2020;21:227-246.
- Dillenburger K, Jordan JA, McKerr L, Devine P, Keenan M. Awareness and knowledge of autism and autism interventions: a general population survey. *Res Autism Spectr Disord*. 2013;7:1558-1567.
- Tipton LA, Blacher J. Brief report: autism awareness: views from a campus community. *J Autism Dev Disord*. 2014;44:477-483.
- Rakap S, Balıkcı S, Kalkan S, Aydın B. Knowledge of autism spectrum disorder among the general population in Turkey: implications for public training and education. *Intl J Disabil Dev Educ*. 2022;69:565-577.
- Yu L, Stronach S, Harrison AJ. Public knowledge and stigma of autism spectrum disorder: comparing China with the United States. *Autism*. 2020;24:1531-1545.
- Chan KKS, Leung DCK, Fung WTW. Longitudinal impact of parents' discrimination experiences on children's internalizing and externalizing symptoms: a 2-year study of families of autistic children. *Autism*. 2023;27:296-308.
- Turnock A, Langley K, Jones CRG. Understanding stigma in autism: a narrative review and theoretical model. *Autism Adulthood*. 2022;4:76-91.
- Zeidan J, Fombonne E, Scora J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, Yusuf A, Shih A, Elsabbagh M. Global prevalence of autism: a systematic review update. *Autism Res*. 2022;15:778-790.
- Kars S, Akyürek G. Otizmin basılı medyada temsili: ulusal eylem planından sonraki sürecin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2019;8:187-194.
- Statcounter Global Stats. Search engine market share worldwide [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 20]. Available from: <https://gs.statcounter.com/search-engine-market-share/all/worldwide/2023>
- Boehm A, Pizzini A, Sonnweber T, Loeffler-Ragg J, Lamina C, Weiss G, Tancevski I. Assessing global COPD awareness with Google Trends. *Eur Respir J*. 2019;53:1900351.
- Walker A, Hopkins C, Surda P. Use of Google Trends to investigate loss-of-smell-related searches during the COVID-19 outbreak. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2020;10:839-847.
- Schootman M, Toor A, Cavazos-Rehg P, Jeffe DB, McQueen A, Eberth J, Davidson NO. The utility of Google Trends data to examine interest in cancer screening. *BMJ Open*. 2015;5:e006678.
- Lippi G, Mattiuzzi C, Cervellin G. Do "disease awareness days" work? A 5-year investigation using Google Trends. *J Epidemiol Glob Health*. 2020;10:245-246.
- Savelkoel J, Claushuis TAM, van Engelen TSR, Scheres LJJ, Wiersinga WJ. Global impact of World Sepsis Day on digital awareness of sepsis: an evaluation using Google Trends. *Crit Care*. 2018;22:61.
- Bayın Donar G. Google arama hacmi verileri ile Türkiye'de hastalık farkındalık günlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;13:177-188.
- Neng B, Sansaltık A, Hıdroğlu S, Karavuş M. Autism awareness of mothers scale (AAMS): a study of validity and reliability. *TRSPED*. 2023;1-1.
- Çitil G, Çöp E, Açkel SB, Sarı E, Karacan CD, Şenel S. Assessment of the knowledge and awareness of pediatric residents and pediatricians about autism spectrum disorder at a single center in Turkey. *J Community Psychol*. 2021;49:2264-2275.
- Akdağ B. Investigation of knowledge about autism spectrum disorder among healthcare professionals in a district. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2023;39:243-249.
- Kul M, Dağ P, Akdağ B, Kara MZ. Sociodemographic and social barriers to early detection of autism. *Turk J Pediatr*. 2023;65:778-788.
- Kilicaslan F, Tufan AE. Autism spectrum disorder: comorbidity and demographics in a clinical sample. *Int J Dev Disabil*. 2022;70:241-250.
- Bodur S, Taskiran C, Isildar Y, Alan BE, Cetinkaya M, Kara H, Sahin M, Turgut S. Factors affecting burden of psychopharmacological medication in patients with autism spectrum disorder: the importance of early diagnosis. *Klinik Psikofarmakol Bulteni*. 2016;26:273-277.
- Gabbay-Dizdar N, Ilan M, Meiri G, Faroy M, Michaelovski A, Flusser H, Menashe I, Koller J, Zachor DA, Dinstein I. Early diagnosis of autism in the community is associated with marked improvement in social symptoms within 1-2 years. *Autism*. 2022;26:1353-1363.
- World Autism Awareness Day [Internet]. [cited 2024 Dec 22]. Available from: <https://www.sagepub.com/explore-our-content/blogs/posts/asia-pacific-insights/2024/11/22/world-autism-awareness-day>
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Otizm spektrum bozukluğu olan bireylere yönelik ulusal eylem planı (2016-2019) [Internet]. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 2016. [cited 2024 Dec 22]. Available from: https://ulusaleylem.aile.gov.tr/media/p0tnjlb3/i-ulusal_otizm_eylem_plani_durum_raporu_2020.pdf
- Ahmed W, Bath PA, Sbaffi L, Demartini G. Measuring the effect of public health campaigns on Twitter: the case of World Autism Awareness Day. In: Chowdhury G, McLeod J, Gillet V, Willett P, editors. *Transforming digital worlds*. iConference 2018. Lecture Notes in Computer Science. Vol. 10766. Cham: Springer; 2018. p. 10-16.
- Lang-Ilievich K, Lang J, Szilagyi IS, Ullrich T, Wagner-Skacel J, Repiská G, Bornemann-Ciment H. The internet's interest in autism peaks in April: a Google Trends analysis. *J Autism Dev Disord*. 2023;53:2915-2918.
- Özkent Y. The effect of psychological disease portrayals in TV series on internet searches: a Google Trends based analysis. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*. 2023;1:36-55.
- Burzyńska J, Binkowska-Bury M, Januszewicz P. Television as a source of information on health and illness-review of benefits and problems. *Progress in Health Sciences*. 2015;5:174-184.
- Zago D, Cautero P, Scarpis E, Pompili E, Voglino G, Siliquini R, Brusaferrro S, Brunelli L. TV medical dramas: assessing the portrayal of public health in primetime. *Front Public Health*. 2024;12:1432528.

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

The Difficulties Faced in Practices in Child and Adolescent Psychiatry After the Acceptance of the Regulation on Assessment of Special Needs for Children (RASNC)

© Seda Bozduman Çelebi¹, © Meryem Özlem Kütük²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

Amaç: Bu çalışmada, çocuklar için özel gereksinim değerlendirmesine ilişkin yönetmeliğin (ÇÖZGER) yürürlüğe girmesinden sonra, Türkiye genelinde görev yapan çocuk psikiyatristlerinin sağlık kurulu hastalarını değerlendirme, tanılama, heyete yönlendirme ve rapor düzenleme süreçlerindeki deneyimlerini ve karşılaştıkları zorlukları inceleme amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Mart-Nisan 2024 tarihleri arasında Türkiye genelindeki çocuk psikiyatristlerinin katılımıyla gerçekleştirilen tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Çalışmaya gönüllü olarak katılan hekimlere, ÇÖZGER yönetmeliğinin uygulanmasından sonra sağlık kurulu hastalarını değerlendirme, tanılama ve rapor düzenleme süreçlerinde karşılaştıkları zorlukları belirlemek amacıyla çevrimiçi mesajlaşma uygulamaları aracılığıyla öz bildirimle dayalı bir anket uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların (n=186) ortalama yaşı 33,7 (±4,2) yıl olup %79'u kadındır. Katılımcıların %85,3'ü sağlık kuruluna en sık başvuru şeklinin yasal vasi tarafından yapılan doğrudan başvuru olduğunu, %81,9'u çalıştıkları ilde bazı tanımlara rehberlik araştırma merkezleri (RAM) tarafından özel eğitim onayı verilmediğini ifade etmiştir. Katılımcıların %71,3'ü sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu tanısını kullandıkları hastaların özel eğitim alamadığını belirtmiştir. Katılımcıların %94,9'u, otizm tanımlı çocuklarda özel gereksinim düzeyinin belirtilerin şiddeti ve işlevselliğe göre belirlenmesi gerektiğini, tüm otizm spektrum bozukluğu tanımlı hastalara "özel koşul gereksinimi vardır" verilmesi uygulamasının yanlış olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların %96,2'si travma sonrası stres bozukluğu tanımlı olgularda özel gereksinim düzeyinin çocuğun işlevselliğine göre belirlenmesinin daha doğru bir uygulama olacağını düşünmektedir.

Sonuç: Araştırma bulgularımız ışığında, hastaların mağduriyetini önlemek ve hekimlerin yasal sorunlarla karşılaşma riskini azaltmak adına, ÇÖZGER yönetmeliğinin uygulanmasında karşılaşılan zorlukların giderilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması ve ardından hekimlerin ve RAM çalışanlarının yönetmelik hakkında eğitilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Engellilik, işlevsellik, rehabilitasyon, sağlık hizmetleri

Objectives: This study examines the experiences and challenges of Turkish child psychiatrists in assessing, diagnosing, and preparing reports for patients under the jurisdiction of health boards in the context of the regulation on the assessment of special needs of children (RASNC).

Materials and Methods: This descriptive study was conducted between March and April 2024 with the participation of child and adolescent psychiatrists throughout Türkiye. A self-report questionnaire was administered to volunteer physicians via online messaging applications to ascertain the challenges they faced in evaluating, diagnosing, and reporting on patients exhibiting health-related symptoms following the implementation of the RASNC regulation.

Results: The mean age of the participants (n=186) is 33.7 (±4.2) years, with 79% identifying as female. Most participants (85.3%) said the children apply to the health board directly through a legal guardian. 81.9% of participants reported that certain diagnoses did not receive special education approval. Most participants (71.3%) said patients with social communication disorder did not qualify for special education. Most participants (94.9%) agree that special needs in children with autism should be based on symptoms and functionality. They believe the

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Uzm. Dr., Seda Bozduman Çelebi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

E-mail: sedabozduman@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0003-0419-3252

Received/Geliş Tarihi: 14.10.2024 **Accepted/Kabul Tarihi:** 31.12.2024 **Yayınlanma Tarihi/Publication Date:** 11.11.2025

Cite this article as/Atıf: Bozduman Çelebi S, Kütük MÖ. The difficulties faced in practices in child and adolescent psychiatry after the acceptance of the regulation on assessment of special needs for children (RASNC). Turk J Child Adolesc Ment Health. 2025;32(3):175-86

Copyright© 2025 Yazar. Türkiye Çocuk ve Gençlik Psikiyatrisi Derneği adına Galenos Yayınevi tarafından yayımlanmıştır.
Creative Commons Atıf-GayriTicari-Türetilemez 4.0 (CC BY-NC-ND) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmış, açık erişimli bir makaledir.



practice of assigning “special condition requirement exists” to all patients diagnosed with autism is erroneous. Most participants (96.2%) said determining the level of special needs in cases diagnosed with post-traumatic stress disorder based on the child’s functionality would be more accurate.

Conclusion: The RASNC regulation should be implemented properly to protect patients and avoid legal issues for physicians. Physicians and guidance and research center staff should be trained on the regulation.

Keywords: Disability, functionality, rehabilitation, health services

Giriş

Çocuklar için özel gereksinim değerlendirmesine ilişkin yönetmelik (ÇÖZGER), çocukların kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi amacıyla titiz bir çalışma sonucu oluşturulmuştur. Çocuklar için sağlık kurulu raporu uygulamasında, engellilik oranı değil, özel gereksinim durumunu belirlemeye odaklanan bu yönetmelik, 30.692 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmış ve 20.02.2019 tarihinde yürürlüğe girmiştir.¹

ÇÖZGER yönetmeliği sonrası sağlık kurulu raporu uygulamalarında hem olumlu hem de olumsuz değişiklikler olmuştur. Öncelikle ÇÖZGER yönetmeliği kapsamında çocukların özel gereksinimleri daha bütüncül bir şekilde değerlendirilmeye başlanmış, “engelli” terimi yerine “özel gereksinim” kavramının kullanılmasıyla damgalanma riski azaltılmış ve daha kapsayıcı bir yaklaşım benimsenmiştir. Ayrıca, yönetmelik çocukların psikiyatrik değerlendirmelerde erişkinlerden farklı şekilde ele alınmasını sağlayarak, sağlık, eğitim, rehabilitasyon ve sosyal haklara erişimlerinin artmasına katkı sunmuştur.²⁻⁵ Özellikle Down sendromu gibi bilişsel açıdan gidişatı belli kalıtsal hastalıklar olmak üzere mevcut haliyle bilişsel gelişimi normal tüm riskli bebeklerin erken dönemde özel gereksinimlerinin belirlenmesine imkan tanımıştır. ÇÖZGER raporlarında, dil-konuşma -iletişim alanını ilgilendiren tanılar, önceki sağlık kurulu raporlarına göre daha sık yer almaya başlamıştır.^{4,6} ÇÖZGER öncesinde dil konuşma ve iletişim alanı kulak burun boğaz (KBB) hastalıkları uzmanları tarafından değerlendirilirken, şimdi bu alanın çocuk ve ergen psikiyatristleri tarafından değerlendirilmesi daha kapsamlı değerlendirme ve erken müdahaleye olanak sağlamıştır. Yapılan çalışmalarda ÇÖZGER’e geçişle birlikte 90-99 aralığında özür oranı alan hasta sayısında artış olduğu saptanmıştır.^{5,6} Bu durum özel gereksinimi olan çocukların eğitime ek olarak diğer sosyal haklardan da yararlanabilmesini kolaylaştırmıştır. Bununla birlikte, ağır engelli hasta sayısındaki bu belirgin artışın aileler üzerindeki olası etkileri henüz netlik kazanmamıştır. Bu konuda daha fazla bilgi edinmek ve aileler üzerindeki etkilerini anlamak için ileri düzey çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Raporların elektronik ortamda düzenlenmesi ve arşivlenmesi, sağlık kurulu başvuru sürecinde daha önceki raporlara daha hızlı erişimi sağlamıştır. Raporların hazırlanma süresinin 30 gün ile sınırlandırılması, özel gereksinimli çocuk ve ailelerin ihtiyaç duydukları hizmetlere daha hızlı erişebilmesini mümkün kılmıştır. Bu düzenlemeler, özel gereksinimli çocuklar ve ÇÖZGER hekimleri için olumlu sonuçlar doğurmuştur.⁴⁻⁷ ÇÖZGER’e geçiş sonrası sadece çocuk ve genç psikiyatristi

alanında değil, hareket ve gelişim alanında da değişiklikler yaşanmıştır. Önceki yönetmelikte, klinik seyri iyi bilinen kalıtsal genetik hastalıklar veya sendromlar sonucu çocukta hareket sisteminde engel ve fonksiyon kaybı oluştuğunda değerlendirme yapılırken, yeni yönetmelikte bu çocukların hastalıkları genetik olarak doğrulandıktan sonra, kas-iskelet sistemindeki engellilik barizleşmeden standart bir şekilde değerlendirilebilmektedir. Bu sayede, erken rehabilitasyon ve tüm gereksinimler belirlenmiş olmaktadır.³ Kumbul ve ark.² 2020 yılında KBB alanında yaptıkları çalışmada, çocuk hastaların ÇÖZGER’e göre değerlendirilmesinin olumlu bir gelişme olduğu vurgulanmıştır.

Bununla birlikte, ÇÖZGER yönetmeliğinin uygulanması sürecinde bazı güçlüklerle de karşılaşmıştır. Uygun ve ark.⁷ 2020 yılında yaptığı çalışmada, ÇÖZGER yönetmeliği ile psikiyatrik tanıların kullanılmasından kaçınılması, aynı hastaların farklı kliniklerde farklı gereksinim düzeyleriyle değerlendirilmesine neden olduğu bildirilmiştir. Bu durumun, tutarsız ve çelişkili raporlara yol açtığı ifade edilmiştir. ÇÖZGER yönetmeliği sonrası çocuk ve ergen psikiyatri uzmanlarının yetki alanına giren bilişsel değerlendirme, gelişimsel pediatri ve bir aylık çocuk psikiyatristi eğitimi (rotasyonu) almış çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları tarafından da yapılabilir hale gelmiştir. Bu durum, çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanlarının sorumluluk alanındaki bilişsel gelişim konusunda farklı tanıların ve özel gereksinim düzeylerinin belirtilmesine neden olmaktadır. Bununla birlikte, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) gibi önemli tanıların, engel oranı kapsamı dışında tutulması, DEHB tanılı çocukların ihtiyaç duydukları rehabilitasyon, tedavi ve eğitim hizmetlerine erişimini sınırlamıştır. Bu durum, DEHB olan çocukların eğitsel destek almalarını zorlaştırmıştır.⁶

ÇÖZGER sonrası yapılan araştırmaların, genellikle hastaların psikiyatrik tanılarını ve özel gereksinim düzeylerini, önceki sağlık kurulu yönetmeliğindeki tanı ve engellilik oranlarıyla karşılaştırdığı görülmüştür.^{5,6,8} Bu çalışmalarda, ÇÖZGER sonrası çıkarılan raporlar ile eski yönetmelik kapsamında verilen raporlar arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Önceki yönetmelik yürürlükteyken, çocuk psikiyatri uzmanlarının özürli sağlık kurullarında karşılaştığı zorlukları değerlendiren bilimsel çalışmalar mevcut iken kapsamlı değişiklikler sunan ÇÖZGER yönetmeliği sonrasında hekimlerin uygulamadaki deneyimlerini içeren sadece bir çalışmaya rastlanmıştır.⁷ Bu araştırmanın sonuçlarına göre, bazı psikiyatrik tanıların Rehberlik Araştırma Merkezleri (RAM) tarafından eğitsel olarak onaylanmadığı ve bu durumun hekimin tanısal kararını etkileyebildiği saptanmıştır. Katılımcı hekimlerin neredeyse yarısının ÇÖZGER sonrası sağlık kurulu hastalarını

değerlendirirken bilişsel gelişim, dil-konuşma -iletişim alanı ve çocuk-ergen psikiyatrisi olmak üzere en az bir alanda zorlandığı belirtilmiştir. Çocuk psikiyatristlerinin farklı disiplinlerle sınır ihlaliyle ilişkili sorunlar yaşadığı tespit edilirken, çalışan hastanelerin çoğunda tanımlı bir ÇÖZGER yetkili hekiminin olmadığı gösterilmiştir. ÇÖZGER sonrası farklı merkezlerde aynı tanıya sahip hastaların özel gereksinim düzeyi bakımından farklılıklar gösterebildiği ortaya çıkmıştır. Özellikle otizm spektrum bozukluğu (OSB) ve zihinsel yetersizlik tanılarında, rapordaki özel gereksinim düzeyinin çocuğun gerçek düzeyi ile bağdaşmayabildiği saptanmıştır.⁷

Mevcut araştırmamız ÇÖZGER yönetmeliğinin yürürlüğe girmesinden beş yıl sonra sağlık kurulu hastalarını değerlendirme, tanılama, heyete yönlendirme ve rapor düzenleme de dahil olmak üzere tüm basamaklarda çocuk ve ergen psikiyatri uzmanlarının bu süreçte yaşadıkları güçlükler için görüşlerini içermesi açısından büyük bir önem taşımaktadır. Türkiye genelinde çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan hekimlerin ÇÖZGER yönetmeliği ile ilgili uygulamada karşılaştıkları güçlüklerin neler olduğunu belirlemek ve bu güçlükler çocuk psikiyatri uzmanlarının görüşleri doğrultusunda çözüm önerileri sunmayı hedeflemektedir. Çalışmamız, çocuk ve ergen ruh sağlığı alanındaki uzmanların deneyimlerine dayalı olarak elde edilen bulgularla, ÇÖZGER sürecinin iyileştirilmesine yönelik önemli katkılar sunmayı amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem

Mevcut araştırma, Mart-Nisan 2024 tarihleri arasında yapılmış, tanımlayıcı tipte bir araştırma olup çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan hekimlerin ÇÖZGER yönetmeliğine geçiş sonrasındaki deneyimlerini, görüşlerini ve sağlık kurulu raporu değerlendirme sürecinde karşılaştıkları güçlükleri incelemeyi amaçlamaktadır. Katılımcılara bir çevrim içi mesajlaşma uygulaması aracılığı ile ulaşılmıştır. Çevrim içi anketin başında, katılımcılar araştırmanın amacı hakkında bilgilendirilmiş; isteğe bağlı olmak kaydıyla açık uçlu ve çoktan seçmeli olarak hazırlanmış anket sorularını yanıtlamaları istenmiştir. Anket soruları, araştırmacı ve yardımcı araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu süreçte, daha önce yapılmış çalışmalar ve alandaki mevcut sorunlar göz önünde bulundurulmuştur. Anketin ilk taslağı oluşturulduktan sonra, ÇÖZGER uygulaması yapan öğretim üyeleri ve çocuk psikiyatrisi uzmanlarının görüş ve önerileri alınmıştır. Bu geri bildirimler doğrultusunda ankete yeni sorular eklenmiş ve mevcut sorularda düzenlemeler yapılmıştır. Anketin son halini vermeden önce, araştırmacı tarafından bir pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Bu uygulama sonrasında elde edilen geri bildirimler değerlendirilmiş ve anketin anlaşılabilirliğini artırmak amacıyla dil ve anlam bakımından revizyonlar yapılmıştır.

ÇÖZGER sonrasında çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında uygulamalarda karşılaşılan zorlukları belirlemeye yönelik hazırlanan anket sorularının tam listesi Ek 1'de sunulmuştur.

Çalışma için etik kurul onayı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar

Etik Kurulu'nun E-96317027-514.10-236884705 sayılı yazısı ile 16.02.2024 tarihinde izin alınmış olup Helsinki Bildirgesi kriterleri göz önünde bulundurulmuştur.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler, SPSS 29.0 (IBM SPSS Corp.; Armonk, NY, USA) paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için sayı (n) ve yüzde (%), sürekli değişkenler için ise ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir. Açık uçlu sorulara katılımcılar tarafından verilen benzer cevaplar gruplandırılarak sunulmuştur. Analiz sonuçları tablolar halinde sunulmuştur.

Bulgular

Mevcut araştırmaya çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan 186 hekim katılmış olup demografik veriler Tablo 1'de sunulmuştur.

Katılımcıların neredeyse tamamı (%99.5) sağlık kurulu hastalarını değerlendirirken psikometrik testlerden faydalandıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların sağlık kurulu hastalarını değerlendirme sürecinde yararlandıkları psikometrik testler çoktan seçmeli olarak bildirilmiş olup ilgili değişkenler Tablo 2'de sunulmuştur. Katılımcılara psikometrik testlerden yararlanmadıkları olgularda neden yararlanmadıkları sorulduğunda ise en sık "psikometrik testleri uygulayacak sağlık personeli veya gerekli ekipmanların bulunmaması" (n=13) ve "klinik değerlendirmenin yeterli görülmesi" (n=6) şeklinde yanıt alınmıştır.

Tablo 1. Çocuklar için özel gereksinim değerlendirmesine ilişkin yönetmelik sonrası çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında uygulamada karşılaşılan zorluklar çalışması katılımcılarının demografik özellikleri (n=186)

Yaş, (yıl)	33,74±4,19
Cinsiyet, n (%)	
Kadın	147 (79,0)
Erkek	39 (21,0)
Çalışılan kurum, n (%)	
Üniversite hastanesi	42 (22,6)
Eğitim ve araştırma hastanesi	50 (26,9)
Şehir hastanesi	44 (23,7)
Devlet hastanesi	50 (26,9)
Akademik ünvan, n (%)	
Asistan hekim	29 (15,6)
Uzman hekim	123 (66,1)
Öğretim görevlisi	34 (18,3)
Mesleki deneyim, n (%)	
1-5 yıl	47 (25,4)
6-10 yıl	90 (48,6)
11 yıl ve üzeri	48 (26,0)
Aylık değerlendirilen sağlık kurulu hastası, n (%)	
<50	80 (43,2)
51-100	55 (29,7)
>101	50 (27,1)

Katılımcıların %50,5'i (n=93) çalıştıkları hastanede ÇÖZGER yetkili hekimi olduğunu belirtmiştir. ÇÖZGER yetkili hekimi bulunan hastanelerde, %47,9'u (n=46) çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, %32,3'ü (n=31) ise çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanının ÇÖZGER yetkili hekimi olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %50,5'i çalıştıkları hastanede ÇÖZGER yetkili hekiminin bulunduğunu belirtmiş olmasına rağmen, %84,3'ü (n=150) hastaların bu hekimin değerlendirmesinden geçmeden sağlık kuruluna başvurduklarını bildirmiştir.

Katılımcılara çalıştıkları hastanede hastalarının hangi şekilde sağlık kuruluna başvurdukları sorulduğunda, %85,3'ü (n=157) "yasal vasi tarafından yapılan doğrudan başvuru", %54,3'ü (n=100) "takip eden hekim tarafından yönlendirme" ve %12,0'si (n=22) "ÇÖZGER yetkili hekimi tarafından yönlendirme" şeklinde yanıtlamıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%97,8) önceden bir hekim yönlendirmesi olmadan yapılan doğrudan başvuruların maddi çıkar amaçlı kötüye kullanım ve simülasyon riskini artırdığını, ayrıca sağlık kurulunun iş yükünde artışa neden olduğunu belirtmiştir (%95,1).

Sağlık kurulu hastalarında özel gereksinim düzeyi konusunda karar verme sürecini etkileyen faktörler arasında; hastanın mevcut tıbbi durumu (97,8), RAM tarafından eğitim onayı verilip verilmemesi (%42,9), ailenin özel gereksinim düzeyini artırma/raporu kaldırma talepleri (%22,5), diğer branşlar tarafından belirlenen özel gereksinim düzeyi (%19,2) ve ailenin sosyoekonomik durumu (%13,2) öne çıkmaktadır (Şekil 1). Katılımcıların %81,9'u (n=149), çalıştıkları ilde RAM tarafından bazı tanımlar için özel eğitim onayı verilmediğini belirtmiştir. Bu konuda özel eğitim onayı verilmeyen tanımlar sırasıyla sınırda mental kapasite (SMK) (%80,0), sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu (SPİB) (%67,3) ve özgül öğrenme güçlüğü (ÖÖG) (%16,7) olarak belirtilmiştir.

Katılımcıların 69'u (%38,3) sağlık kurulu sürecinde diğer branşlarla sınır ihlali sorunu yaşadıklarını; en sık sınır ihlali sorunu yaşanan branşların ise sırasıyla gelişimsel pediatri (58,2), çocuk nöroloji (46,3) ve KBB hastalıkları (26,4) olduğunu belirtmişlerdir. Gelişimsel pediatri hekimleriyle bilişsel, dil-konuşma -iletişim ve çocuk genç psikiyatrisi alanlarında; KBB hastalıkları hekimleriyle ise dil-konuşma -iletişim alanında sınır ihlali sorunları yaşanmaktadır.

Mevcut araştırmaya katılan hekimlerin 129'u (%71,3) ÇÖZGER sürecinde SPİB tanısını kullandıklarını belirtmişlerdir. Bu tanı için en sık kullanılan Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması (ICD) kodu, "F94.8" (çocukluk çağı sosyal fonksiyon bozuklukları diğer) (%75,9), en sık verilen özel gereksinim düzeyi "özel gereksinimi vardır" (ÖGV) (%90,8) ve en sık klinik prezantasyon ise "tekrarlayıcı davranış/ilgileri olmadan sosyal iletişimde sorun yaşama" (%85,7) şeklindedir. Katılımcıların 140'ı (%77,8) SPİB ile hafif/silik otizm bulgularının ayırıcı tanısında zorlandıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların önemli bir kısmı ise hafif/silik otizm bulguları olan hastalarda "özel koşul gereksinimi vardır" (ÖKGV) gibi yüksek bir oran alması, otizmin çekirdek belirtilerinin gerilemiş olması ve aile muhalefeti gibi nedenlerle SPİB tanısını kullandıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların SPİB hakkındaki değerlendirmeleri Tablo 3'de sunulmuştur.

Araştırmamızda, hekimlerin %61,6'sı, ÇÖZGER yönetmeliği uyarınca tüm OSB tanıli hastaların ÖKGV almasının, ailelerin sağlık kuruluna başvuru kararını olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Hekimlerin büyük çoğunluğu (%78,2) tüm OSB

Tablo 2. Katılımcıların yararlandığı psikometrik değerlendirme araçları, n (%)

Psikometrik değerlendirme aracı	Yanıt sayısı	Yüzde (%)
Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu	146	78,9
Ankara Gelişim Tarama Envanteri	111	60,0
Denver Gelişimsel Tarama Testi	145	78,4
Kent-EGY Testi	131	70,8
Porteus Labirent Testi	133	71,9
Özgül öğrenme güçlüğü bataryası	92	49,7
Stanford-Binet Testi	38	20,5
Wechsler Çocuklar İçin Zeka Testi 4	55	29,7
Peabody Resim Kelime Testi	14	7,6
Goodenough-Harris İnsan Çizimi Testi	19	10,3
Stroop Testi	36	19,5
Türkçe İfade Edici ve Alıcı Dil Testi	33	17,8



Şekil 1. Sağlık kurulu hastalarında özel gereksinim düzeyi konusunda karar verme sürecini etkileyen faktörler

tanılı hastaların ÖKGV alması uygulamasının yanlış olduğunu düşündüklerini belirtmiştir. Hekimlerin büyük çoğunluğu (%94,9) OSB tanısı olan çocuklardaki özel gereksinim düzeyinin belirtilerin şiddetine ve işlevsellik düzeyine göre belirlenmesi gerektiğini belirtmiştir. Katılımcıların OSB hakkındaki değerlendirmeleri Tablo 4'de sunulmuştur.

Araştırmamızda, katılımcıların %69,4'ü evde eğitim raporu çıkarmak için başvuran hastalarda evde eğitim kararı vermekte zorlandığını, %98,4'ü evde eğitim yönetmeliği ve verilme koşulları konusunda hiç eğitim almadığını ifade etmiştir. Ayrıca, hekimlerin %92,8'i evde eğitim yönetmeliği ve verilme koşulları hakkında meslek içi eğitimlerin düzenlenmesini talep etmiştir.

Araştırmamızda, ÇÖZGER yönetmeliği kapsamında travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısının kullanımı ve değerlendirilmesi ile ilgili önemli bulgular elde edilmiştir. Hekimlerin %46,1'i (n=83) ÇÖZGER'de TSSB tanısını kullandıklarını belirtmiştir. Ancak, katılımcıların %51,2'si (n=86) TSSB tanısı veya bulguları olan hastaların yönetmeliğe göre tanıdan itibaren özel gereksinim düzeyinin "ÖGV" olmasının yanlış bir uygulama olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların %58,7'si, 6 aylık tedavi ve izlem sonrası tedaviye yanıt alınamayan ve işlevsellik etkilenen olgularda "belirgin özel gereksinim var (BÖGV)" gibi yüksek özel gereksinim düzeylerinin adli süreçte olumsuz etkileri olabileceğini belirtmiştir. Katılımcıların %96,2'si, TSSB tanısı almış ve

tedaviye yanıt vermeyen olgularda, özel gereksinim düzeyinin çocuğun işlevsellik ve TSSB'nin şiddetine göre belirlenmesinin daha uygun bir uygulama olacağını ifade etmiştir.

Son olarak, katılımcıların bilişsel gelişim alanında yer alan tanımlara karşılık gelen özel gereksinim düzeyleri hakkındaki değerlendirmeleri Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tartışma

Bu çalışmada, ÇÖZGER yönetmeliğinin uygulanması sürecinde çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında klinik pratikte karşılaşılan zorluklar ele alınmıştır. Bu araştırma ile ÇÖZGER yönetmeliği sonrası beş yıllık süreçte uygulamada karşılaşılan güçlükler kapsamlı bir şekilde incelenmiştir. Değerlendirme süreçleri, tanı kriterleri ve engellilik düzeylerinin belirlenmesinde yaşanan güçlükler hem klinik hem de sosyal boyutlarıyla tartışılmıştır.

Çalışmamızda, çocuk psikiyatrisi alanında çalışan hekimlerin neredeyse tamamının ÇÖZGER değerlendirmesi sırasında yönetmeliklere uygun olarak psikometrik testlerden yararlandığı görülmüştür. Psikometrik testleri kullanmayan hekimler ise testler konusunda uzmanlaşmış deneyimli yardımcı sağlık personeli eksikliği nedeniyle ya da klinik değerlendirmenin yeterli olduğunu düşündükleri için test talep etmediklerini belirtmişlerdir. Çalışmamızın sonucunda ÇÖZGER yönetmeliği ile birlikte psikometrik araçların klinik değerlendirmede

Tablo 3. Katılımcıların sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu (SPİB) ile ilgili değerlendirmeleri, n (%)

Soru	Cevap	Yanıt sayısı	Yüzde (%)
SPİB tanısını ÇÖZGER'de kullanıyor musunuz?	Evet	129	71,3
	Hayır	52	28,7
SPİB tanısını hangi ICD kodu ile belirtiyorsunuz?	F94.8	107	75,9
	F80.9	39	27,7
SPİB tanısını kullanıyorsanız hastalara hangi özel gereksinim alanından özel gereksinim veriyorsunuz?	Dil konuşma ve iletişim alanını	108	78,3
	Çocuk ve ergen psikiyatrisi alanı	58	42
SPİB tanısını kullanıyorsanız hastaların hangi alanlardan rehabilitasyon ve destek almalarını belirtiyorsunuz?	Sosyal iletişim ve etkileşimi artırmaya yönelik terapi/rehabilitasyon	98	69
	Dil ve konuşma terapi/rehabilitasyonu	95	66,9
	OSB için terapi/rehabilitasyon gereksinimi	42	29,6
SPİB tanısında ÖGV düzeyi olarak hangisini kullanıyorsunuz?	ÖGV	128	90,8
	Hafif ÖGV	11	7,8
SPİB tanısı ile yönlendirme yaptığınız hastalarınızdan özel eğitim alamayan hastalarınız oldu mu?	Evet	102	71,3
	Hayır	41	28,7
SPİB tanısı olup özel eğitim alamadığı için bu tanıya sahip hastalarda tanıya herhangi bir ek tanı ekliyor musunuz?	Evet	53	41,1
	Hayır	76	58,9
Hafif düzey otizm veya silik otizm bulguları olan hastalarınızda SPİB tanısını kullanıyor musunuz?	Evet	82	53,9
	Hayır	96	46,1
ÇÖZGER'de hafif düzey otizm veya silik otizm bulguları olan hastalarınızla SPİB ayırıcı tanısını yapmakta zorlandığınız oluyor mu?	Evet	140	77,8
	Hayır	40	22,2

ÇÖZGER: Çocuklar için özel gereksinim değerlendirmesine ilişkin yönetmelik, ÖGV: Özel gereksinim vardır, ICD: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması

kullanımının arttığı görülmüştür. Bu bulgu, Uygun ve ark.⁷ 2021 yılında yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarıyla benzerdir. Esin ve ark.⁹ yaptığı çalışmada, engelli sağlık kurulu raporlama sürecinde çocuk psikiyatri uzmanlarının yarısının zihinsel yeti yitimi ve bilişsel gelişim geriliğini raporlamada psikometrik değerlendirme testlerini kullanmadığı belirtilmiştir. Ayrıca, kullanılan testlerin güncelliğini yitirdiği ve testler konusunda uzmanlaşmış deneyimli yardımcı sağlık personeli eksikliği nedeniyle bu testlerin nihai karara katkı sağlamadığı ifade edilmiştir. Zeka testleri, bireyin bilişsel yeteneklerini ölçmede önemli bir araçtır; ancak, bu testlerin güvenilirliği ve geçerliliği bağlama ve kullanılan teste göre değişiklik gösterebilir. Ayrıca, zeka testlerinin çocuğun genel

işlevselliğini tam anlamıyla yansıtamayabileceği ve sosyo-kültürel faktörlerden etkilenebileceği unutulmamalıdır.¹⁰ Her ne kadar ÇÖZGER yönetmeliği sonrası psikometrik testlerin kullanımı artmış olsa da bu araçların çocuğun gerçek işlevselliğini tam olarak yansıtamayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle, nihai kararda hekimin klinik kanaati dikkate alınmalıdır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %85,3'ü, çalıştıkları hastanelerde sağlık kurulu başvurularının genellikle herhangi bir hekim tarafından ön değerlendirme yapılmadan, doğrudan yasal vasi tarafından gerçekleştirildiğini bildirmiştir. Aslında, ÇÖZGER yönetmeliğinin kurulun teşkili ve çalışma usulü

Tablo 4. Katılımcıların otizm spektrum bozukluğu (OSB) ile ilgili değerlendirmeleri, n (%)

Soru	Cevap	Yanıt sayısı	Yüzde (%)
Sizce OSB tanılı tüm hastaların ÇÖZGER yönetmeliği uyarınca ÖKGV alması konusunda uygulama doğru mu yoksa yanlış mıdır?	Doğru	39	21,8
	Yanlış	140	78,2
OSB tanılı tüm hastaların ÇÖZGER yönetmeliği uyarınca ÖKGV almasının ailelerin sağlık kuruluna başvuru kararını olumlu yönde mi etkilemektedir?	Evet	68	38,4
	Hayır	109	61,6
Sizce hafif düzey otizm veya silik otizm bulguları olan hastalarda eski yönetmelikteki gibi özel gereksinim düzeyinin hastalığın şiddetine ve işlevselliğine göre belirtilmesi daha uygun olur mu?	Evet	168	94,9
	Hayır	9	5,1
Otizm bulguları ya da silik otizm semptomları olan hastaların özel gereksinim düzeyi neye göre belirlenmelidir?	Çocuğun işlevsellik düzeyine göre	174	96,7
	Hastalığın şiddeti ve semptom sayısına göre	148	82,2
OSB tanılı tüm hastaların ÇÖZGER yönetmeliği uyarınca ÖKGV almasının ailelerin sağlık kuruluna başvuru sayısını nasıl etkilemektedir?	Başvuruların azalmasına sebep olmaktadır	79	44,6
	Başvuruların artmasına sebep olmaktadır	66	37,3
	Başvuruları etkilememektedir.	32	18,1
OSB tanılı tüm hastaların ÇÖZGER yönetmeliği uyarınca ÖKGV almasının ailelerin sağlık kuruluna başvuru sayısını azalttığını düşünüyorsanız sebebini belirtebilir misiniz?	Ağır engelli statüsünde olma	96	93,2
	Damgalanma endişesi	93	90,3
	Örgün eğitimde yaşanabilecek olası sorunlar	76	73,8
OSB tanılı tüm hastaların ÇÖZGER yönetmeliği uyarınca ÖKGV almasının ailelerin sağlık kuruluna başvuruları arttırdığını düşünüyorsanız sebebini belirtebilir misiniz?	Maaş ve sosyal haklardan yararlanma	95	99
	Vergi indirimi	88	91,7

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

Tablo 5. Katılımcıların bilişsel gelişim alanında yer alan tanılara karşılık gelen özel gereksinim düzeyleri hakkındaki değerlendirmeleri

Tanı	Özel gereksinim düzeyi						
	ÖGV	Hafif ÖGV	Orta ÖGV	İleri ÖGV	Çok ileri ÖGV	Belirgin ÖGV	ÖKGV
Sınırdan mental kapasite	173 (%95.6)	22 (%12.2)					
Hafif düzeyde bilişsel gerilik	5 (%2.8)	118 (%65.2)	166 (%91.7)	10 (%5.5)			
Orta düzeyde bilişsel gerilik		1 (%0.5)	20 (%11.0)	121 (%66.5)	139 (76.4)	15 (%8.2)	20 (11.0)
Ağır düzeyde bilişsel gerilik	1 (%0.5)	1 (%0.5)	1 (%0.5)	8 (%4.4)	29 (%15.9)	89 (%48.9)	158 (86.8)

ÖGV: Özel gereksinimi vardır, ÖKGV: Özel koşul gereksinimi vardır

ile ilgili olan ikinci bölümünde, ÇÖZGER'e başvurunun çocuğu izlemekte olan çocuk hekiminin ya da ilgili uzman hekimin değerlendirmeyi yaparak ÇÖZGER yetkili hekimine yönlendirmesi, izleyen hekim yoksa doğrudan ÇÖZGER yetkili hekiminin değerlendirerek sağlık kuruluna yönlendirmesi şeklinde olacağı açıkça belirtilmiştir. Ancak klinik pratikte en çok başvurunun hem bizim çalışmamızda hem de Uygun ve ark.⁷ 2021 yılında yapmış oldukları çalışmada belirttikleri gibi çocuğun yasal vasisinin doğrudan başvurusu şeklinde olduğu görülmüştür. Çalışmamıza katılan hekimlerin neredeyse tamamı, çocuğun yasal vasisi tarafından doğrudan yapılan ÇÖZGER başvurularının maddi çıkar amacı güden bazı özel rehabilitasyon merkezlerinin yönlendirmeleriyle arttığını ve bu durumun simülasyon riskini artırdığını bildirmiştir. Bu bulgu, Özbaran ve Köse'nin,¹¹ altı yıllık özürü sağlık kurulu deneyimlerine dayanarak yaptıkları çalışmanın sonuçlarıyla benzerdir. Söz konusu araştırmada, devletin sağladığı maddi desteklerden faydalanmak amacıyla bazı özel kuruluşların çocukların velilerini sağlık kurulu raporu almaya yönlendirdiği ve hatta bazı kişilerin birden fazla çocuğun velisi gibi görüldüğü tespit edilmiştir. Hem mevcut çalışmamız hem de Özbaran ve Köse'nin¹¹ çalışması, yasal vasi tarafından yapılan doğrudan başvuruların, sağlık kurulu raporu sürecinin kötüye kullanılmasına zemin hazırladığını ve bu durumun, gerçek ihtiyaç sahiplerinin hizmetlere erişiminde zorluklara yol açabilecek ciddi bir sorun oluşturduğunu göstermektedir. Yasal vasi tarafından yapılan doğrudan başvurular nedeniyle kısıtlı olan ÇÖZGER randevu sayılarının çoğu, bu özel kuruluşlar tarafından alındığı için, gerçek anlamda ihtiyaç sahibi hastaların randevu alma sürelerinin ayları bulacak şekilde uzadığı klinik pratikte deneyimlenmektedir. ÇÖZGER başvurularının yönetmelikte belirtildiği gibi yürütülmesi, acil ihtiyaç duyan çocuk ve ergenlerin raporlama sürecindeki bekleme sürelerini kısaltabilir ve sağlık kurullarının iş yükünü azaltabilir. Bu yaklaşım, sağlık kurulu sürelerinin daha etkin yönetilmesini sağlarken, aynı zamanda gerçekten ihtiyaç sahibi olan bireylerin hizmetlere daha hızlı erişebilmesine olanak tanıyabilir. Ancak, bu sürecin uygulanabilirliği ve etkileri üzerine daha fazla araştırma yapılması gereklidir.

Araştırmamızın bulguları, ÇÖZGER değerlendirmesi sürecinde hekimlerin karar verme mekanizmalarını etkileyen faktörleri aydınlatmıştır. Çalışmamıza katılan hekimler, özel gereksinim düzeyini belirlerken öncelikle hastanın tıbbi durumunu dikkate aldıklarını, ancak RAM tarafından bazı tanılara özel eğitim onayı verilmemesinin de önemli bir etken olduğunu ifade etmişlerdir. Uygun ve ark.⁷ 2020 yılında yapmış oldukları çalışmada katılımcı hekimlerin %65,4'ü çalıştığı şehirdeki RAM tarafından bazı psikiyatrik tanılara yönetmeliğe aykırı şekilde eğitim onayı verilmediğini ifade etmiştir. Bizim çalışmamızda da katılımcı hekimlerin büyük bir kısmı, görev yaptıkları ilde RAM tarafından belirli tanılara özel eğitim onayı verilmediğini belirtmişlerdir. Özalp Akın ve ark.¹² yaptığı, ÇÖZGER sürecinde yaşanan zorluklardan birinin, özel gereksinim düzeylerinin RAM'lerde anlaşılması olduğu belirtilmiştir. Bu durumun, ÇÖZGER'in gerekli ön hazırlıklar ve eğitimler yapılmadan yürürlüğe girmesinden kaynaklandığı belirtilmiştir. Hem kendi

çalışmamız hem de Uygun ve ark.⁷ yaptığı önceki araştırma, farklı şehir ve ilçelerdeki RAM'lerin eğitim onayı uygulamalarındaki değişkenliğin, hekimlerin ÇÖZGER sağlık kurulu raporunda özel gereksinim alanı ve düzeyini belirlemesini etkilediğini net bir şekilde göstermiştir. Hekimlerin ÇÖZGER yönetmeliğine uygun hareket etmesine rağmen, RAM'lerin eğitim onayı vermemesi, özel gereksinimli çocukların ihtiyaç duydukları terapi ve rehabilitasyon gereksinimlerine erişimini engellemektedir. Bu bağlamda, RAM'nin bazı tanılara eğitim onayı vermemesi, iki önemli soruna yol açmaktadır. İlk olarak, bu durum hastaların gerekli eğitim hizmetlerinden mahrum kalmasına sebep olmaktadır. İkincisi ise, hekimlerin yönetmeliğe aykırı davranışlarına neden olmaktadır. Bu sonuç, sağlık hizmetleri ve özel eğitim hizmetleri arasında güçlü bir koordinasyon ihtiyacını açıkça göstermektedir. Bu sebeple, özel eğitim hizmetleri yönetmeliğinin, ÇÖZGER yönetmeliği ile uyumlu hale getirilmesi büyük önem taşımaktadır. Böylece, sağlık ve eğitim hizmetleri arasındaki koordinasyon güçlendirilerek özel gereksinimli çocukların uygun eğitim hizmetlerine erişimi artacaktır.

Araştırmamızda katılımcı hekimlerin %71,3'ü ÇÖZGER sürecinde SPİB tanısını kullandığını belirtmiştir. Bu tanı için en sık kullanılan ICD kodunun F94.8 olduğu ve özel gereksinim düzeylerinin genellikle ÖGV şeklinde raporlandığı belirtilmiştir. Hekimlerin büyük çoğunluğu (%85,7), otizmin temel belirtilerini göstermeyen ancak sosyal iletişimde zorluk yaşayan hastalarda SPİB tanısını kullandıklarını belirtmiştir. Yüksek oranda hekimin bu tanıyı ÇÖZGER'de kullanıyor olmasına rağmen, F94.8 ICD kodunun RAM sisteminde karşılığının bulunmaması ciddi bir sorundur. SPİB tanısını kullanan hekimlerimiz, bu tanıyı alan hastaların RAM tarafından özel eğitim onayı alamadığını bildirmişlerdir. Bu durum, SPİB tanısı alan hastaların özel eğitim hizmetlerinden yararlanamamasına neden olmaktadır. Bu durumun sonucu olarak, katılımcı hekimlerin %41,1'i SPİB tanı hastalara ek olarak başka bir tanı koymak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir. SPİB'e en sık eklenen ek tanı ise sırasıyla "gelişimsel konuşma gecikmesi", "atipik otizm" ve "yaygın gelişimsel bozukluk" olduğu belirtilmiştir. Sonuç olarak hekimler, hastaların özel eğitim alabilmeleri için hastaların özel gereksinimiyle uyumsuz tanı eklemek zorunda kalmaktadır. Bu uygulama, hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun olmayan eğitim almalarına neden olmakta ve hem aileler hem de hekimler için zorluklar yaratmaktadır. Bu sorunun çözümü için, F94.8 ICD kodunun Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği'ne dahil edilmesi ve bu hastaların sosyal iletişim ve etkileşim becerilerini geliştirmeye yönelik uygun rehabilitasyon desteği alabilmeleri için gerekli düzenlemelerin yapılması önem taşımaktadır. Bu güncellemeler, SPİB tanısı alan çocukların ihtiyaçlarına daha uygun ve etkili bir eğitim almasını sağlayacak, aynı zamanda hekimlerin tanı koyma sürecinde yaşadıkları zorlukları da azaltacaktır.

Araştırmamız, ÇÖZGER yönetmeliği kapsamında hafif/silik otizm bulguları olan hastaların değerlendirilme ve tanılanması aşamasında SPİB ile ayırıcı tanısının yapılmasında önemli zorluklar yaşandığını ortaya koymaktadır. Hekimlerin %46,1'i

hafif/silik otizm bulguları olan olgularda SPİB tanısı koyduğunu belirtmiştir. Bu bulgumuz çocuk psikiyatristlerinin neredeyse yarısının hafif/silik otizm bulguları olan olgularda SPİB tanısını kullanma eğiliminde olduklarını göstermektedir. OSB tanılı tüm çocukların, otizmin şiddeti ve işlevsellikteki bozulmanın derecesine bakılmaksızın, özel gereksinim düzeyinin ÖKGV olarak değerlendirilmesi, bu eğilimin başlıca nedenlerinden biri olarak belirtilmiştir. Uygun ve ark.⁷ yaptığı çalışmada, otizm bulguları çok hafif ya da silik olan bazı hastaların SPİB şeklinde tanılandığı belirtilmiştir. Ancak bu durum, çocuğun gerçek tanısı ve ihtiyacı ile destek eğitim hizmetinin alanı arasında uyumsuzluk yaratabilir ve çocuğun ihtiyaç duyduğu rehabilitasyon desteğini alamaması nedeniyle çocukta beklenen ilerleme sağlanamayabilir. Bu noktada, OSB'deki özel gereksinim düzeyinin, bozukluğun şiddeti ve işlevsellik düzeyine göre derecelendirilmesiyle bu soruna çözüm sağlanabilir. Bu yaklaşım, her çocuğun bireysel ihtiyaçlarına daha uygun bir değerlendirme ve müdahale planı oluşturulmasına olanak sağlayabilir. Dikkat çekici olan diğer bulgumuz ise, hekimlerin %77,8'inin hafif/silik otizm belirtileri olan hastalar ile SPİB arasında ayırıcı tanı yapmakta zorlandıklarını belirtmeleridir. Bu yüksek oran, tanı koyma sürecinde yaşanan zorluğu ve potansiyel olarak yanlış tanı ve uygunsuz tedavi planlarına yol açabilecek bir durumu yansıtmaktadır. Benzer şekilde, literatürde SPİB ve OSB arasında ayırıcı tanının zorluğuna dikkat çeken çalışmalar da mevcuttur.¹³⁻¹⁶ Hekimlerin %92,1'inin SPİB ve hafif/silik otizmin ayırıcı tanısı hakkında eğitim talep etmesi, bu alanda meslek içi eğitime ihtiyaç olduğunu da açıkça göstermektedir. Bu bulgular ışığında, OSB ve SPİB arasındaki ayırıcı tanıdaki güçlükleri azaltmak için, çocuk psikiyatristlerine yönelik meslek içi eğitimlerin düzenlenmesi mevcut tanı karmaşasını azaltacaktır. Ek olarak, ülkemizde SPİB ve OSB ayırıcı tanısına yönelik daha fazla araştırma yapılması, Türkiye'ye özgü verileri ortaya koyarak literatüre önemli katkılar sağlayacaktır.

Mevcut ÇÖZGER yönetmeliği, OSB tanısı alan tüm çocukların özel gereksinim düzeyini, belirtilerin şiddetini dikkate almadan ÖKGV olarak değerlendirmektedir. Güller ve Yaylacı'nın⁶ 1.302 hastayı değerlendirdiği çalışmada, ÇÖZGER'e geçişle birlikte çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında %90-99 oranında engel raporu alan olguların oranının %5,3'ten %18,1'e yükseldiği belirtilmiştir. Tanı dağılımlarında değişiklik olmazken, %90-99 engel oranında yer alan grubun eski yönetmeliğe göre 3 kattan fazla arttığı tespit edilmiştir. Bu artışın temel nedenlerinden birisi ÇÖZGER öncesinde atipik otizm tanısı ile %40 engel oranı verilen olguların, yeni sistemde OSB için tek bir özel gereksinim düzeyine (ÖKGV) karşılık gelen %90-99 oranında değerlendirilmesi olduğunu belirtmişlerdir.⁶ Bununla birlikte, 90-99 aralığında özür oranı alan hasta sayısındaki belirgin artışın, özel gereksinimli çocuklara sahip aileler üzerinde yaratabileceği etkiler tam olarak bilinmemektedir. Bu durum, hafif belirtileri olan çocukların bile yüksek oranda özel gereksinim düzeyi almasına neden olarak ailelerde damgalanma endişesi yaratabilir. Yapılan araştırmalar, özel gereksinimli çocukların ebeveynlerinin daha yüksek stres seviyeleriyle karşılaştıklarını ortaya koymaktadır.^{17,18} ÇÖZGER'e geçişle birlikte engel oranındaki bu yükseliş, zaten yüksek

stres düzeylerine sahip olan özel gereksinimli çocukların ebeveynlerinde daha fazla strese ve umutsuzluğa yol açarak rapor almak için başvuruda bulunmaktan çekinmelerine sebep olabilir. Nitekim, çalışmamıza katılan çocuk psikiyatristlerinin %90'ı bu durumun, ÇÖZGER başvurularında azalmaya yol açabileceğini belirtmiştir. Araştırmamızda, katılımcılara "ÇÖZGER yönetmeliği kapsamında tüm OSB tanılı hastalara neden ÖKGV verilmesinin yanlış olduğunu düşünüyorsanız sebebini belirtebilir misiniz?" sorusu yöneltilmiş ve açık uçlu cevaplar alınmıştır. Hekimlerin çoğu, hafif bulgulara sahip vakaların tam bağımlı (ağır engelli) olarak tanımlanmasının ve spektrum doğasına sahip bir hastalıkta tüm vakalara aynı oranın verilmesinin doğru olmadığını belirtmişlerdir. Ayrıca, yüksek engellilik oranlarının çocuğun eğitim hayatını olumsuz etkileyebileceği ve ailelerin rapor çıkarma ve özel eğitimden kaçındığı belirtilmiştir. Bazı hekimler ise, ÖTV indirimi, bakıcı maaşı gibi sosyal haklar nedeniyle ailelerin belirtileri abartma eğiliminde olduklarına dikkat çekmiştir. Bu sonuçlar, OSB tanılı çocukların özel gereksinim düzeyinin değerlendirilmesinde bireyselleştirilmiş bir yaklaşıma ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Nitekim çalışmamızın verileri toplandıktan sonra yazım sürecindeyken Sağlık Hizmetleri Başkanlığı'nın 02.09.2024 tarihli yazısı ve Danıştay 10. Dairesi'nin 2019/7783 esas numaralı dosyasında alınan karar, çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir. Danıştay kararı, ÇÖZGER yönetmeliğinde yer alan "OSB ya da yaygın gelişimsel bozukluklar için doğrudan ÖKGV kararı verilmesi" hükmünü iptal etmiş ve özel gereksinim düzeyinin belirtilerin şiddeti ve işlevsellik düzeyine göre sağlık kurulu tarafından belirlenmesi gerektiğini vurgulamıştır. Bu düzenleme, ÇÖZGER raporlarında OSB ve yaygın gelişimsel bozukluk tanılı hastaların daha esnek ve bireyselleştirilmiş bir şekilde değerlendirilmesinin önünü açmıştır. Bu değişiklik ile spektrum bozukluğu tanımına daha uygun bir yaklaşımla, tüm olgulara aynı düzeyde özel gereksinim verilmesinin önüne geçilmiş ve hafif belirtileri olan çocukların ağır engelli olarak sınıflandırılmasından kaynaklanan mağduriyetlerin azalması beklenmektedir. Danıştay kararı ile hem simülatif OSB tanılarının önlenmesine hem de eğitim süreçlerinin daha etkin hale gelmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu düzenlemenin, OSB tanılı çocuklar için daha adil, etkili ve destekleyici bir sistemin temelini oluşturacağı düşünülmektedir. Bu düzenlemenin özel gereksinimli çocuk ve ebeveynleri üzerindeki etkileriyle ilgili ileri çalışmalara gereksinim vardır.

Araştırmamız, ÇÖZGER kapsamında evde eğitim kararı verme sürecinde hekimlerin önemli zorluklarla karşılaştığını ve bu konuda meslek içi eğitim ihtiyacının yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Hekimlerin %69,4'ünün evde eğitim kararı vermekte zorlandığını belirtmesi, %98,4'ünün bu konuda hiç eğitim almamış olması bu alanda ciddi bir bilgi boşluğuna işaret etmektedir. Bu konuyla ilgili alan yazında çalışmaya rastlanılmamıştır. Araştırmamızda, hekimlerin %92,8'i evde eğitim yönetmeliği ve verilme koşulları hakkında eğitim düzenlenmesini talep etmiştir. Bu yüksek oran, hekimlerin evde eğitim kararı verme sürecinde yaşadıkları zorlukları azaltmak ve bilgi eksikliklerini gidermek için meslek içi eğitime duydukları ihtiyacı açıkça ortaya koymaktadır. Dolayısıyla,

evde eğitim yönetmeliği hakkında hekimlere yönelik meslek içi eğitimler düzenlenmesi ve hekimlerin evde eğitim yönetmeliği hakkındaki bilgi düzeyleri konusunda ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu eğitimlerin, evde eğitim yönetmeliği ve uygulama süreçleri hakkında detaylı bilgiler içermesi, vaka örnekleri üzerinden klinik uygulamaları kapsaması, özel gereksinimli çocukların mağduriyetlerinin azalmasına yardımcı olabilir.

Araştırma bulgularımız, ÇÖZGER kapsamında TSSB tanısının kullanımı ve değerlendirilmesi konusunda çocuk psikiyatristleri arasında önemli görüş farklılıkları olduğunu ortaya koymaktadır. Katılımcıların yarısı, TSSB tanısı veya bulguları olan hastaların yönetmeliğe göre tanıdan itibaren özel gereksinim düzeyinin, ÖGV olmasının yanlış bir uygulama olduğunu düşünmektedir. ÇÖZGER kapsamında, hekimlerin neredeyse tamamı (%96,2), TSSB tanısı alan çocuklarda özel gereksinim düzeyinin, çocuğun işlevselliği ve TSSB şiddetine göre belirlenmesi gerektiğini düşünmektedir. Araştırma bulgularımız, TSSB tanısı ile takipli çocuk ve ergenlerde 6 aylık tedavi sonrasında iyileşme görülmediği durumlarda özel gereksinim düzeyinin BÖGV olarak verilmesinin adli sorunlara yol açabileceğini düşünmektedirler. Çünkü bu oran çok yüksek işlevsellik kaybına ve çok yüksek tazminat tutarlarına denk gelmektedir. Bu nedenle, TSSB tanılı çocukların özel gereksinim düzeyinin, çocuğun işlevsellik kaybının derecesine göre bireysel olarak değerlendirilmesi ve belirlenmesi önerilmektedir. Bu yaklaşım, hem çocuğun ihtiyaçlarına daha uygun bir destek sağlanmasına hem de olası adli sorunların önlenmesine katkıda bulunabilir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Araştırmamızın bulgularını değerlendirirken bazı metodolojik kısıtlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Öncelikle, katılımcıların kimliğini korumak amacıyla coğrafi bilgiler toplanmadığı için bölgesel analizler yapılamamıştır. Ek olarak, örneklem büyüklüğü ülke genelindeki uzman sayısına kıyasla kısıtlı kalmıştır, bu durum anket formumuzun tamamlanma süresinin uzunluğuyla ilişkilendirilebilir. Çalışmanın kesitsel doğası, ÇÖZGER uygulamalarındaki zamansal değişimleri yansıtmamaktadır. Bunun yanı sıra, araştırmamız yalnızca çocuk ve ergen psikiyatristlerine odaklanmış olup, ÇÖZGER sürecinde yer alan diğer uzmanların görüşlerini içermemektedir. Bu da çalışmamızın bulgularının genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Son olarak, çalışmamız ÇÖZGER uygulamalarından doğrudan etkilenen hasta ve ailelerinin yaşadıkları güçlükleri yansıtmamaktadır. Bu nedenle, gelecekte yapılacak çalışmalarda ÇÖZGER süreciyle ilgili olarak hasta ve ailelerinin deneyim ve görüşlerinin de eklenmesi önerilmektedir.

Sonuç

Araştırmamızın sonuçları, ÇÖZGER yönetmeliğinin uygulanmasında çocuk psikiyatri uzmanlarının önemli zorluklarla karşılaştığını ortaya koymaktadır. Araştırmamız, hekimlerin büyük çoğunluğunun, OSB tanılı hastaların özel gereksinim düzeyinin, OSB'nin spektrum doğasını yansıtacak şekilde belirtilerin şiddeti ve işlevsellik düzeyine göre belirlenmesi gerektiğini düşündüklerini belirtmiştir. Çalışmamızın yazım sürecindeyken Danıştay kararı ile OSB tanılı çocuk ve ergenlerin

özel gereksinim düzeyinin belirtilerin şiddeti ve işlevsellik düzeyine göre sağlık kurulu tarafından belirlenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu düzenleme, hafif/ silik otizm belirtileri olan çocukların ağır engelli olarak sınıflandırılmasını engellemeyi ve eğitim süreçlerini daha etkin hale getirmeyi hedeflemektedir; ancak bu düzenlemenin özel gereksinimli çocuklar ve ebeveynleri üzerindeki etkileri için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. SPİB tanı kodunun özel eğitim hizmetleri yönetmeliğine dahil edilmesi ve bu tanıya sahip çocukların ihtiyaç duydukları özel eğitim alması sağlanmalıdır. Ayrıca sosyal iletişim ve etkileşimi artırmaya yönelik terapi ve rehabilitasyon gereksiniminin özel eğitim modülü olarak ÇÖZGER'in önerilen rehabilitasyon modüllerine eklenmesi bu çocukların yüksek yararına olacaktır. RAM'lar arasındaki bölgesel uygulama farklılıklarının giderilmesi gerekmektedir. Özellikle, farklı il ve ilçelerde SMK, ÖÖG ve SPİB tanılarına eğitim onayı verilmemesi konusundaki tutarsızlıkların önlenmesi için sağlık hizmetleri ile özel eğitim hizmetleri arasında daha güçlü bir koordinasyon ve standardizasyon sağlanmalıdır. Ek olarak, TSSB tanısı konulan çocuklarda hukuki sorunların oluşmasını engellemek adına, TSSB'li çocukların özel gereksinim düzeyinin, işlevsellik kaybına göre bireysel bazda değerlendirilmesi önerilmektedir. Sağlık kurulu başvuru süreçlerinin optimize edilmesi, gereksiz başvuruların önlenmesi, ÇÖZGER uygulamalarının tüm paydaşların (hekimler, eğitimciler, aileler) görüşlerinin alınarak multidisipliner bir yaklaşımla sürekli iyileştirilmesi gerekmektedir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Çalışma için etik kurul onayı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun E-96317027-514.10-236884705 sayılı yazısı ile 16.02.2024 tarihinde izin alınmıştır.

Hasta Onayı: Çevrim içi anketin başında, katılımcılar araştırmanın amacı hakkında bilgilendirilmiştir.

Dipnotlar

Yazarlık Katkıları

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

Çıkar Çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmektedir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışmanın finansal destek almadığını beyan etmektedir.

Kaynaklar

1. Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik (ÇÖZGER). Resmi Gazete Tarihi: 20.02.2019, Resmi Gazete Sayısı: 30692 mükerrer. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190220-1.htm>.
2. Kumbul YÇ, Sivrice ME, Akın V. Çocuklar için özel gereksinim raporunda (ÇÖZGER) kulak burun boğaz hastalıklarının önemi ve başvuran hastaların klinik özelliklerinin değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;11(3):348-352.

3. Aydoğan Baykara R, Pihtılı Taş N, Taşcı İ. Çocuklar için özel gereksinim raporu (ÇÖZGER) almak üzere sağlık kuruluna başvuran hastaların ÇÖZGER yönetmeliğine göre hareket gelişim alanının incelenmesi: kesitsel bir araştırma. *J Phys MedRehabil Sci*. 2022;25.
4. Yıldız D, Tarakçıoğlu MC. Çocuklar için özel gereksinim raporu (ÇÖZGER) almak için başvuran hastaların klinik özellikleri, eş tanıların incelenmesi, yeni değişen ÇÖZGER yönetmeliğine göre aldıkları tanı ve özür oranlarının eski tanı ve özür oranları ile karşılaştırılması. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*. 2020;12:144-150.
5. Temeltürk RD, Uygun SD, Canlı M, Efe A, Gürel Y, Çetinkaya M, Çakmak FH. Çocuklar için özel gereksinim raporu (ÇÖZGER)'na başvuran olguların psikiyatrik tanı ve özel gereksinim düzeylerinin önceki yönetmelikteki tanı ve özür oranları ile karşılaştırılması: retrospektif çalışma. *Acta Medica Nicomedia*. 2023;6:148-156.
6. Güller B, Yaylacı F. Çocuklar için özel gereksinim raporuna geçiş sonrası bir yıllık sağlık kurulu verilerinin değerlendirilmesi. *Klin Psikiyatr Derg*. 2021;24:207-216.
7. Uygun SD, Çetinkaya M, Efe A, Çakmak FH, Canlı M, Temeltürk RD. Çocuklar için özel gereksinim değerlendirmesine ilişkin yönetmelik (ÇÖZGER) sonrası çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında uygulamada karşılaşılan zorluklar. *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 2021;28:191-199.
8. Kayhan M, Öztürk Y. Bir üniversite hastanesine çocuklar için özel gereksinim raporuna başvuran olguların klinik ve sosyodemografik özellikleri. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2020;42:240-248.
9. Esin İS, Öğütlü H, Büyükdeniz A, Babadağı Z, Dursun OB, Başgöl ŞS. The challenges of child and adolescent psychiatrists in the process of the disability report evaluation. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;9:163-171.
10. Ülkü L. Zeka gelişimi ve ölçeklerine dair. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademik Araştırmalar Dergisi*. 2024;8:88-102.
11. Özbaran B, Köse S. Health committee reports for disabled children in child psychiatry practice: the last six-year experience of Ege University. *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 2011;18:67-72.
12. Özalp Akın E, Sandıkçı İskenderli H, Atasoy SC, Yağbasan B, Keleş C, Bingöller Pekici EB. Engelli sağlık kurulu raporu (ESKR) olan çocukların ailelerinin çocuklar için özel gereksinim raporu (ÇÖZGER) sürecinde bildirdiği deneyim farklılıkları. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*. 2022;55:156-160.
13. Brukner-Wertman Y, Laor N, Golan O. Social (pragmatic) communication disorder and its relation to the autism spectrum: dilemmas arising from the DSM-5 classification. *J Autism Dev Disord*. 2016;46:2821-2829.
14. Reisinger LM, Cornish KM, Fombonne É. Diagnostic differentiation of autism spectrum disorders and pragmatic language impairment. *J Autism Dev Disord*. 2011;41:1694-1704.
15. Baird G, Norbury CF. Social (pragmatic) communication disorders and autism spectrum disorder. *Arch Dis Child*. 2016;101:745-751.
16. Reisinger LM, Cornish KM. Erratum to: diagnostic differentiation of autism spectrum disorders and pragmatic language impairment. 2011;41:1705.
17. Özşenol F, Işıkhani V, Ünay B, Aydın Hİ, Akın R, Gökçay E. Engelli çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Med J*. 2003;45:156-164.
18. Bahar A, Bahar G, Savaş HA, Parlar S. Engelli çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2009;4:97-112.

Ek 1. Çocuklar için özel gereksinim değerlendirmesine ilişkin yönetmelik (ÇÖZGER) Sonrası çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında uygulamada karşılaşılan zorluklar ile ilgili katılımcılara sorulan anket soruları

1. Katılımcının yaşı
2. Cinsiyeti
3. Ünvanı
4. Çalıştığınız hastanenizin türü hangisidir?
5. Çocuk Psikiyatri alanında mesleki deneyim süreniz ne kadardır?
6. Bir ayda değerlendirdiğiniz ayaktan hasta sayınız nedir?
7. Bir ayda değerlendirdiğiniz toplam sağlık kurulu hasta sayısı nedir?
8. Sağlık kurulunda psikiyatrik görüşmeye ek olarak psikometrik değerlendirme araçlarını kullanıyor musunuz?
9. Psikometrik değerlendirme araçlarını kullanıyorsanız hangi psikometrik değerlendirmeleri kullanıyorsunuz?
10. Psikometrik değerlendirme araçlarını kullanmıyorsanız nedeni nedir?
11. Çalıştığınız hastanede ÇÖZGER yetkili hekimi bulunmakta mıdır?
12. ÇÖZGER yetkili hekimi var ise hangi branştandır?
13. Hastalar ÇÖZGER yetkili hekimi tarafından değerlendirildikten sonra mı sağlık kuruluna başvurmaktadır?
14. Hastaların sağlık kuruluna başvuru şekli nasıldır?
15. Bazı kuruluşların maddi çıkar amaçlı aileleri sağlık kuruluna doğrudan yönlendirmesi durumuyla karşılaşma sıklığınız nedir?
16. Doğrudan sağlık kuruluna başvuru nedeniyle sağlık kurulu üzerindeki iş yükünün arttığını düşünüyor musunuz?
17. Hastanın bir hekim tarafından ön değerlendirmeden geçmeksizin doğrudan sağlık kuruluna başvurusu kötüye kullanım ve simülasyon durumlarını arttırıyor mu?
18. Özel gereksinim düzeyi konusunda karar verme sürecinizi etkileyen faktörler nelerdir?
19. Çalıştığınız şehirdeki RAM tarafından bazı psikiyatrik tanılara özel eğitim onayı verilmediği oluyor mu?
20. Çalıştığınız şehirdeki RAM tarafından bazı psikiyatrik tanılara özel eğitim onayı verilmiyor ise bunlar hangi tanılar belirtir misiniz?
21. RAM'ın bu tanılara eğitsel onay vermemesi sağlık kurulu raporunda tanısal olarak karar verme sürecinizi etkiliyor mu?
23. ÇÖZGER yönetmeliğinin yürürlüğe girmesinden sonraki dönemde sağlık kurulu raporu düzenleme sürecinde farklı disiplinlerle sınır ihlaliyle ilişkili sorunlar yaşadığınız oldu mu?
24. Sınır ihlali yaşıyorsanız hangi branşlarla ilgili sınır ihlali ile karşılaştınız?
25. Gelişimsel pediatri uzman hekimi mevcut ise sağlık kurulu raporunda hangi alanlarda görüş bildirmektedir?
26. Sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu tanısını ÇÖZGER'de kullanıyor musunuz?
27. Sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu tanısını kullanıyorsanız hastalara hangi özel gereksinim alanından özel gereksinim veriyorsunuz?
28. Sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu tanısını hangi ICD kodu ile belirtiyorsunuz?
29. Sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu tanısında ÖGV düzeyi olarak hangisini kullanıyorsunuz?
30. Sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu tanısını kullanıyorsanız hastaların hangi alanlardan rehabilitasyon ve destek almalarını belirtiyorsunuz?
31. Sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu tanısı ile yönlendirme yaptığınız hastalarınızdan özel eğitim alamayan hastalarınız oldu mu?
32. Sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu tanısı olup özel eğitim alamadığı için bu tanıya sahip hastalarda tanıya herhangi bir ek tanı ekliyor musunuz?
33. Sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu özel eğitim alamadığı için bu tanıya sahip hastalarda tanıya herhangi bir ek tanı ekliyor iseniz bu ek tanı hangisidir?
34. Sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu tanısını genellikle hangi hastalarda kullanıyorsunuz?
35. Hafif düzey otizm veya silik otizm bulguları olan hastalarınızda sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu tanısını kullanıyor musunuz?
36. Çözgerde hafif düzey otizm veya silik otizm bulguları olan hastalarınızla sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu ayırıcı tanısını yapmakta zorlandığınız oluyor mu?
37. Çözgerde hafif düzey otizm veya silik otizm bulguları olan hastalarınızla sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu ayırıcı tanısı hakkında eğitim düzenlenmesini ister misiniz?
38. Hafif düzey otizm veya silik otizm bulguları olan hastalarınızda sosyal iletişim bozukluğu tanısını kullanıyor iseniz bu tanıyı kullanma sebebiniz nedir?
39. Sizce hafif düzey otizm veya silik otizm bulguları olan hastalarda eski yönetmelikteki gibi özel gereksinim düzeyinin hastalığın şiddetine ve işlevselliğine göre belirtilmesi daha uygun olur mu?

40. Sizce hafif düzey otizm bulguları ya da silik otizm semptomları olan hastaların özel gereksinim düzeyi neye göre belirlenmelidir?
41. Sınırdaki bilişsel geriliği olan hastalarınız özel gereksinim düzeyi olarak hangilerini belirtiyorsunuz?
42. Hafif düzeyde bilişsel geriliği olan hastalarınızda özel gereksinim düzeyi olarak hangilerini belirtiyorsunuz?
43. Orta düzeyde bilişsel geriliği olan hastalarınızda özel gereksinim düzeyi olarak hangilerini belirtiyorsunuz?
44. Ağır düzeyde bilişsel geriliği olan hastalarınızda özel gereksinim düzeyi olarak hangilerini belirtiyorsunuz?
45. Sizce OSB tanılı tüm hastaların ÇÖZGER yönetmeliği uyarınca ÖKGV almasının ailelerin sağlık kuruluna başvuru kararını olumlu yönde mi etkilemektedir?
46. Sizce OSB tanılı tüm hastaların ÇÖZGER yönetmeliği uyarınca ÖKGV alması konusunda uygulama doğru mu yoksa yanlış mıdır?
47. Sizce OSB tanılı tüm hastaların ÇÖZGER yönetmeliği uyarınca ÖKGV almasının ailelerin sağlık kuruluna başvuru sayısını nasıl etkilemektedir?
48. OSB tanılı tüm hastaların ÇÖZGER yönetmeliği uyarınca ÖKGV almasının ailelerin sağlık kuruluna başvuru sayısını azalttığını düşünüyorsanız sebebini belirtebilir misiniz?
49. OSB tanılı tüm hastaların ÇÖZGER yönetmeliği uyarınca ÖKGV almasının ailelerin sağlık kuruluna başvuruları artırdığını düşünüyorsanız sebebini belirtebilir misiniz?
50. ÇÖZGER'de evde eğitim verilme konusunda karar vermekte zorlandığınız oluyor mu?
51. ÇÖZGER'de evde eğitim verilme kriterleri konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı?
52. ÇÖZGER'de evde eğitim yönetmeliği ve verilme koşulları ile ilgili bir eğitim düzenlenmesini ister misiniz?
53. ÇÖZGER'de travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısını kullanıyor musunuz?
54. ÇÖZGER'de travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı ya da bulguları olan hastanın ÇÖZGER yönetmeliğine göre tanıdan itibaren ÖGV alması sizce doğru bir uygulama mıdır?
55. ÇÖZGER'de TSSB tanısı konulan ve 6 aylık tedavi ve izlem sonrası tedaviye yanıt olmaması ve okula devamlılığın etkilenmesi, okul başarısının düşmesi gibi işlevselliğinin etkilendiği durumlarda BÖGV verilmesinin adli süreçte olumsuz yansımaları oluyor mudur?
56. ÇÖZGER'de TSSB tanısı konulan ve 6 aylık tedavi ve izlem sonrası tedaviye yanıt olmaması ve işlevselliğinin etkilendiği durumlarda verilecek özel gereksinimin çocuğun işlevsellik ve TSSB şiddetine göre belirlenmesi daha doğru bir uygulama olur mu?

ÖGV: Özel gereksinim vardır, ICD: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması, ÖKGV: Özel koşul gereksinimi vardır, OSB: Otizm spektrum bozukluğu, BÖGV: Belirgin özel gereksinim var

Parents' Sharenting Behaviors and Risk Perceptions: A Comparative Study of Mothers and Fathers

Ebeveynlerin Paylaşan Ebeveynlik Davranışları ve Risk Algıları: Anneler ve Babalar Arasında Karşılaştırmalı Bir Çalışma

İ Gökçe Nur Say¹, İ Rabia Bodur¹, İ Elif Pekmezci Yazgı¹, İ Gül Bilgin Kaçmaz¹, İ Tuğba Ayçiçek Dinçer²

¹Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Samsun, Türkiye

²Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine, Department of Paediatrics, Samsun, Türkiye

ABSTRACT

Objectives: The act of parents sharing their children's digital materials on social media, known as "sharenting," has become increasingly common. This study aimed to evaluate and compare the shared parenting behaviors and risk perceptions of mothers and fathers and to assess the relationship between them.

Materials and Methods: The study was conducted with 320 parents of children aged 0-12 years who were admitted to the department of general pediatrics. Parents completed a questionnaire prepared by child and adolescent psychiatrists. Data on parents' social media usage, sharing behaviors, and risk perceptions were collected through the questionnaire.

Results: The findings revealed that 92% of parents had active Instagram/Facebook accounts, and approximately 70% shared their child's posts on these platforms. Most parents primarily shared photos of their children during special occasions to create a digital memory record. However, concerning trends were identified, including 19% of parents sharing the name/location information and 8.7% posting semi-nude photos of their child. 66% of parents believed that obtaining their child's permission before sharing was necessary; nearly half (49.8%) perceived sharenting as potentially risky. Notably, parents who did not consider sharenting risky were more likely to share semi-nude photos of their child. Differences between parents were observed, with mothers being more inclined to share their children's content ($p=0.003$) while fathers were more likely to have public accounts ($p=0.000$) and share semi-nude photos ($p=0.007$). Moreover, fathers exhibited significantly lower risk perceptions associated with sharenting compared to mothers ($p=0.029$).

Conclusion: These findings suggest that while sharenting has become an integral part of daily life for many parents, there is still a need for greater awareness regarding online privacy and the potential long-term consequences for children. Cultural norms, digital literacy, and parenting styles may all influence how parents approach sharenting. In conclusion, the study emphasizes the importance of raising parents' awareness of the potential risks associated with sharenting.

Keywords: Children, parents, risk, sharenting, social media

ÖZ

Amaç: Ebeveynlerin çocuklarının dijital materyallerini sosyal medyada paylaşma eylemi, "sharenting" olarak adlandırılmakta ve giderek yaygınlaşmaktadır. Bu çalışma, anne ve babaların paylaşımçı ebeveynlik davranışlarını ve risk algılarını değerlendirmeyi, karşılaştırmayı ve aralarındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, genel pediatri bölümüne başvuran, 0-12 yaş arası çocuğu olan 320 ebeveynle gerçekleştirilmiştir. Ebeveynler, çocuk ve ergen psikiyatristleri tarafından hazırlanan bir anketi tamamlamıştır. Anket aracılığıyla ebeveynlerin sosyal medya kullanımı ve paylaşımlarıyla ilgili davranışları ve risk algılarına ilişkin veriler toplanmıştır.

Bulgular: Bulgular, ebeveynlerin %92'sinin aktif Instagram/Facebook hesaplarına sahip olduğunu ve yaklaşık %70'inin çocuklarının gönderilerini bu platformlarda paylaştığını ortaya koymuştur. Çoğu ebeveyn, çocuklarının fotoğraflarını genellikle özel günlerde dijital bir anı kaydı oluşturmak amacıyla paylaşmıştır. Ancak, ebeveynlerin %19'unun isim/konum bilgilerini paylaşması ve %8,7'sinin çocuklarının yarı çıplak fotoğraflarını yayınlaması gibi endişe verici eğilimler belirlenmiştir. Ebeveynlerin %66'sı paylaşım yapmadan önce çocuklarının iznini almanın gerekli olduğunu düşünürken, neredeyse yarısı (%49,8) sharenting'i potansiyel olarak riskli olarak algılamıştır. Önemli bir bulgu olarak, sharenting'i riskli bulmayan ebeveynlerin çocuklarının yarı çıplak fotoğraflarını paylaşma olasılığı daha yüksekti. Ebeveynler arasında farklılıklar gözlenmiştir; anneler çocuklarının içeriklerini paylaşmaya daha meyilliyken ($p=0,003$), babaların herkese açık hesaplara sahip olma

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Gökçe Nur Say, Prof., Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Samsun, Türkiye

E-mail: gokcenurtasdemir@yahoo.com.tr ORCID: orcid.org/0000-0002-9106-4397

Received/Geliş Tarihi: 06.09.2024 Accepted/Kabul Tarihi: 15.01.2025 Yayınlanma Tarihi/Publication Date: 11.11.2025

Cite this article as/Atf: Say GN, Bodur R, Pekmezci Yazgı E, Bilgin Kaçmaz G, Ayçiçek Dinçer T. Parents' sharenting behaviors and risk perceptions: a comparative study of mothers and fathers. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2025;32(3):187-94

Copyright© 2025 The Author. Published by Galenos Publishing House on behalf of the Turkish Association for Child And Adolescent Psychiatry. This is an open access article under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND) International License.



ÖZ

($p=0,000$) ve yarı çıplak fotoğraflar paylaşma ($p=0,007$) olasılığı daha yüksektir. Dahası, babalar annelere kıyasla paylaşım ile ilişkili önemli ölçüde daha düşük risk algısı sergilemiştir ($p=0,029$).

Sonuç: Bu bulgular, *sharenting*'in birçok ebeveyn için günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası haline gelmesine rağmen, çevrimiçi gizlilik ve çocuklar için olası uzun vadeli sonuçlar konusunda daha fazla farkındalığa ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Kültürel normlar, dijital okuryazarlık ve ebeveynlik stilleri, ebeveynlerin *sharenting*'e nasıl yaklaştığını etkileyebilir. Sonuç olarak, çalışma ebeveynlerin *sharenting* ile ilişkili olası riskler konusunda farkındalıklarının artırılmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocuklar, ebeveynler, risk, paylaşan ebeveynlik, sosyal medya

Introduction

The advent of social media, following the rapid development of mobile phones and internet technology, allows people to upload their own material, respond, tag, or share other people's content. Parents are also greatly affected by this sharing trend, as expected. Parents' sharing of photos, videos and personal information of their children on social media platforms is called "sharenting," a term created by the combination of the words "sharing" and "parenting". This term was first used in 2012 by Leckart,¹ the author of the Wall Street Journal. The word "sharenting" is defined by Collins Dictionary as "the habitual use of social media to share news, images, etc. of one's children".²

Studies from different countries revealed that sharenting is quite common across the globe. The rate of sharenting was found to be 85% among Turkish parents, 75% among English parents, 74.2% among Czech parents, and 83.5% among Spanish parents.³⁻⁵ In the United States of America, 98% of mothers and 89% of fathers who have a newborn child uploaded their child's photos to Facebook.⁶ Research from the University of Michigan Mott Children's Hospital revealed that 56% of mothers and 34% of fathers shared their parenting experiences on social media. More than half of the parents shared photos of their children that may be considered embarrassing or inappropriate.⁷ In a study from Poland, 75% of approximately 25 thousand posts included children aged 0-8 years; the names of children were given in most of the posts, and 67.3% of the parents shared children's inappropriate photos.⁸

Parents share photos/videos/information about their children's special days (birthday, developmental milestones, graduation, etc.), health problems (illnesses, surgeries), family activities (picnics, travels, etc.), and parenting experiences on social media.⁴ They also share the child's cute or funny situations or photos that may be considered inappropriate (while the child was taking a bath or toilet training) and personal information such as the child's name, location, address.^{8,9} The main motivations underlying parents' use of social media are self-presentation, belonging, and social support.^{10,11} The phenomenon of sharenting can also bring some risks, especially concerning children, in addition to its benefits, such as establishing social relationships. However, most parents think sharing their children's photos on social networks does not pose any risk to their children.⁵ This indicates that many parents are either unaware of or underestimate the potential risks, believing that sharing their children's photos on social networks does not pose any harm.⁵

The Australian government's Safety Commission reported that nearly half of the photos published on paedophile sites were not sexually explicit but were everyday photos of children taken from social media sites.¹² Sharing the child's personal information, such as name, surname, address, and location may pose a danger to the child's safety. Another risk related to sharenting is "digital kidnapping", where strangers download photos of your child and present them on their own profile as if they were their own.¹³ While sharing is often done with positive motivations for parents, such as making social connections and staying in touch with family members, it should be kept in mind that it carries some potential risks to children's privacy. Digital materials that parents share without consent may harm the child's privacy, self-development, and the parent-child relationship, considering the child's psychology. It could even lead to feelings of annoyance, exposure to humiliation, or bullying in the future.^{5,14,15} In addition, when the mental health of the parents was examined, it was found that the act of mothers sharing photos that violated their children's privacy and included their identity information was positively associated with depressive symptoms.¹⁶ Another study found that motivations like "making one's presence felt" and "seeking acceptance" were associated with psychiatric symptoms in both parents and children.¹⁷

To our knowledge, there are a insufficient number of studies investigating parents' awareness of the possible risks of sharenting, their thoughts on the necessity of the child's consent before sharing, how parental risk perceptions affect their sharing behaviours, and compares mothers and fathers in terms of these parameters.

This study aimed to evaluate and compare the sharing parenting behaviors and risk perceptions of mothers and fathers and to assess the relationship between them. Factors influencing the frequency of sharenting were also examined, including parents' education levels, daily screen time, time spent on social media, privacy preferences for their accounts, and the motivations behind their sharing behaviors, such as creating a memory record or keeping in touch with family and friends.

Materials And Methods

The study was conducted from June 2023 to December 2023. Mothers and fathers with children between 0-12 years of age admitted to the general pediatrics department were invited to participate in the study. To ensure the study was representative of the general population, only parents who volunteered and

were able to complete the questionnaire were included. Child and adolescent psychiatrists designed a questionnaire that was administered anonymously; the study was conducted by the same group of psychiatrists. In cases where parents had multiple children under 13, they were instructed to answer the survey questions based on the youngest child. This approach aimed to minimize parental recall bias; to examine parents' current attitudes and habits; and to obtain more homogeneous data by standardizing parental attitudes, as age and developmental differences between children can affect sharenting behaviors. The questionnaire focused on Facebook and Instagram, as they are the most commonly used social media platforms today. Parents of children under 13 were included in the study, as the minimum age requirement for creating and using an Instagram/Facebook account is 13.

The questionnaire included various aspects related to sharenting, such as the child's age and gender, the parent's age and education level, daily screen time, and social media usage (Instagram and/or Facebook). It also examined whether the parent shared his or her child's photos/videos on social media the frequency of sharing, the types of content shared, the purpose of sharing, and the parent's privacy preferences for the social media account (private or public). Additional questions addressed whether the parent shared personal information, such as the child's name/address/location and semi-nude photos (e.g., swimsuit/diaper/underwear), whether a social media account or YouTube/TikTok account was created on behalf of the child.

To assess parents' risk perceptions regarding sharenting, two questions were included: "Do you think parents should obtain permission from their child before sharing their photos/videos on social media?" and "Do you think sharing your child's photo/video on social media is risky for them?" Parents who answered "yes" to the second question were asked an additional open-ended question: "What kind of harm do you think sharing your child's photos on social media could cause?" Parents who did not have a social media account or who did not share their child's digital materials were excluded from further questions about sharenting in the survey. The participants provided their consent and completed the questionnaire anonymously.

Ethics

Written informed consent was obtained from all participants and their parents. The research was found ethically appropriate by the Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine Ethics Committee with the decision dated 30.05.2023 and numbered 2023/154.

Statistical Analysis

Data were analyzed using SPSS (SPSS Inc, Chicago, IL). The ages of parents and their children did not follow a normal distribution as determined by the Shapiro-Wilks test. Therefore, the Mann-Whitney U test was used for comparisons. The chi-square test was used for analyzing categorical data. If the expected value of any of the cells in the 2x2 tables was less than 5, Fisher's exact test was applied. A continuity correction of the χ^2 statistic was

applied if the minimum observed value in one of the cells was less than 25 in the cell of the 2x2 table. Spearman's correlation coefficients were used to examine the association between sharenting frequency and other variables. A value of $p < 0.05$ was accepted as statistically significant.

Results

Sociodemographic Data

In this study, we included 320 volunteer parents (83.8% mothers, 16.2% fathers) with at least one child aged 0-12 years. The mean age of the mothers was 34.85 ± 0.34 years, of the fathers was 37.75 ± 0.36 years, and of the children was 76.97 ± 2.40 months. Of the mothers, 8.8% ($n=28$) were primary school graduates, 22.5% ($n=72$) secondary school, 19% ($n=61$) high school, and 49.7% ($n=159$) were university graduates. On the other hand, 8.1% ($n=26$) of the fathers were primary school graduates, 18.1% ($n=58$) secondary school graduates, 26.2% ($n=84$) high school graduates, and 47.5% ($n=152$) university graduates. Considering the sex of the participants' children, half were girls (49.4%, $n=158$) and half boys (50.6%, $n=162$).

Parents' Screen and Social Media Usage Characteristics

When the daily screen time of parents (excluding work) was investigated, it was learned that approximately 60% of them used digital devices such as mobile phones, tablets, and computers for 2 hours or more per day. A great majority of the participants (92.8%, $n=297$) reported that they had Instagram and/or Facebook accounts. The proportion of parents that had private accounts was 82.5% ($p=0.000$). The daily screen time of parents and other social media usage characteristics are shown in Table 1.

Parents' Sharenting Attitudes and Behaviours

Most of the parents using social media (69.5%, $n=207$) stated that they shared their child's photos/videos on social media. Among them, 18.4% shared, only on special days/celebrations, 12.6% 1-2 times a year, 38.2% 1-2 times a month, 20.3% 1-2 times a week, 9.7% 3-4 times a week, and 1% every day. Parents mostly shared photos of their children on special days (71%) and family activities (61.4%). Creating a memory record (66.2%) was the most common among the sharing purposes, followed by keeping in touch with family and friends (44.4%) (Table 2).

Nineteen percent of the parents also shared their child's name and location information on social media, while 8.7% reported sharing photos of their child's semi-nude states, such as wearing underwear/diapers/swimsuits (Table 2).

Parents' Sharenting-related Risk Perceptions

Two-thirds (66.2%) of parents who shared photos of their child thought parents should obtain their child's permission before sharing. Nearly half of them (49.8%) reported that sharing their child's photo/video on social media was risky for him/her (Table 2).

We also investigated the parents' sharenting-related concerns via an open-ended question. Only 57.2% of the parents who thought sharenting was risky answered this open-ended question. The remaining parents preferred to leave this question blank. The proportion of those who answered this open-ended question corresponds to 28.5% (59/207) of the overall parents

who shared their child's posts. The parents expressed their concerns in their own sentences. The answers were examined, and similar issues were grouped under 11 headings. The most common answer was "photos can be used for bad/pedophilic purposes" (n=15), the second frequent answer was "there may be all kinds of harm, but I don't know exactly" (n=8), the third

Table 1. Parental screen time and social media use characteristics

	Mothers (n=268) (n, %)	Fathers (n=52) (n, %)	Total (n=320) (n, %)	χ^2	p-value
Daily parental screen time					
Half an hour	27 (10%)	10 (19.2%)	37 (11.6%)	5.911	0.116 ^a
1-2 hours	72 (27%)	15 (28.8%)	87 (27.2%)		
2-3 hours	94 (35%)	11 (21.2%)	105 (32.8%)		
>3 hours	75 (28%)	16 (30.8%)	91 (28.4%)		
Social media use	251 (93.7%)	46 (88.5%)	297 (92.8%)		0.235 ^b
Instagram account	231 (92%)	38 (82.6%)	269 (90.6%)		0.055 ^b
Facebook account	130 (51.8%)	30 (65.2%)	160 (54%)	2.305	0.129 ^c
Daily time spent on social media					
Half an hour	45 (18%)	9 (19.6%)	54 (18.2%)	0.186	0.980 ^a
1-2 hours	109 (43.4%)	19 (41.3%)	128 (43%)		
2-3 hours	68 (27%)	12 (26.1%)	80 (27%)		
>3 hours	29 (11.6%)	6 (13%)	35 (11.8%)		
Privacy preference					
Private account	217 (86.5%)	28 (60%)	245 (82.5%)	15.892	0.000^c
Public account	34 (13.5%)	18 (40%)	52 (17.5%)		

^a: Pearson chi-square, ^b: Fisher's exact test, ^c: Continuity correction, p<0.05

Table 2. Parental sharenting behaviours and risk perceptions

	Mothers (n=184) (n, %)	Fathers (n=23) (n, %)	Total (n=207) (n, %)	χ^2	p-value
Sharing child's photos/videos online	184 (73%)	23 (50%)	207 (69.7%)	8.552	0.003^a
Content of photos shared by parents					
Special events/celebrations	133 (72.3%)	14 (70%)	147 (71%)	0.799	0.371 ^a
Family activities	113 (61.4%)	14 (61%)	127 (61.4%)	0.000	1 ^a
Child's funny moments	59 (32%)	5 (21.7%)	64 (31%)	0.594	0.441 ^a
Information about motherhood	11 (6%)	1 (4.3%)	12 (5.8%)		1 ^b
Purpose of sharenting					
Staying in touch with family/friends	79 (43%)	13 (56.5%)	92 (44.4%)	1.028	0.311 ^a
Creating a memory record	126 (68.5%)	11 (47.8%)	137 (66.2%)		0.820 ^a
Making the child known	6 (3.3%)	0 (0%)	6 (2.9%)	3.028	1 ^b
Having fun	17 (9.2%)	1 (4.3%)	18 (8.7%)		0.7 ^b
Showing happiness	24 (13%)	3 (13%)	27 (13%)		1 ^b
Sharing child's name/location/address	34 (18.5%)	6 (26%)	40 (19.3%)		0.403 ^b
Sharing child's photos in underwear/swimsuit/diaper	12 (6.5%)	6 (26%)	18 (8.7%)		0.007^b
Social media account created in behalf of child	27 (14.7%)	2 (8.7%)	29 (14%)		0.749 ^b
Child has Youtube/Tiktok channel	10 (5.4%)	2 (8.7%)	12 (5.8%)		0.628 ^b
Do you think parents should get permission when sharing their child's photos/videos? (Yes)	131 (71.2%)	6 (26%)	137 (66.2%)	16.627	0.000^a
Do you think posting about your child is risky for her/him? (Yes)	97 (52.7%)	6 (26%)	103 (49.8%)	4.783	0.029^a

^a: Continuity correction, ^b: Fisher's exact test, p<0.05

most common answer was “the child may be sexually abused” (n=7). “It causes the violation of the child’s privacy” (n=6) and “photos can be stolen and fake accounts can be created” (n=6) were other frequent responses. The parents’ answers regarding sharenting-related risks were summarized in Table 3.

The Relationship Between Parents’ Sharenting-related Risk Perceptions and Their Sharenting Behaviours

We asked parents, “Do you think parents should obtain a child’s permission before sharing his/her photos/videos on social media?” and “Do you think sharing your child’s photo/video on social media is risky for him/her? The study sample was

divided into two groups according to their answers (yes/no) and compared in terms of all variables. Parents who thought their child’s permission was not necessary had significantly lower education levels ($\chi^2=8.280$, $p<0.05$), had public accounts at a significantly higher rate ($\chi^2=14.349$, $p<0.001$) and also more commonly shared the images of their child’s semi-nude states ($\chi^2=7.966$, $p<0.05$), and aimed to make the child known in the virtual world ($p<0.001$). Parents who thought sharenting was not risky were more likely to share the photos of their child’s semi-nude states ($\chi^2=13.533$, $p<0.001$) and aimed to make the child known in the virtual world ($p<0.05$) (Table 4).

Table 3. Parents’ thoughts on the possible risks of sharenting

	n	%
Photos can be used for bad/pedophilic purposes	15	7.2%
It can be harmful in many ways, but I don’t know exactly	8	3.8%
The child can be sexually abused	7	3.3%
Photos can be stolen, fake accounts can be created	6	2.9%
Violation of the child’s privacy	6	2.9%
The child may be annoyed when he grows up	5	2.4%
Child’s psychology may be affected	4	1.9%
Evil’s eye	3	1.4%
The child may become addicted to the social media due to an increased desire to be liked	2	0.9%
The child may be kidnapped	2	0.9%
The child may be humiliated/ bullied by peers	1	0.4%
Total	59	(59/207) 28%

Table 4. Parents’ sharenting-related risk perceptions and sharenting behaviours

	Parents who think child’s permission is necessary (n=137)	Parents who think child’s permission is not necessary (n=70)	χ^2	p-value
Education level				
Primary school	8 (5.8%)	5 (7.1%)	8.280	0.041 ^a
Secondary school	24 (17.5%)	24 (34.3%)		
High school	30 (21.9%)	14 (20.0%)		
University	75 (54.7%)	27 (38.6%)		
Public account	13 (9.5%)	22 (31.4%)	14.349	0.000 ^b
Sharing of child’s seminude states	6 (4.4%)	12 (17.1%)	7.966	0.005 ^b
Aiming to make the child known in the virtual world	0 (0.0%)	6 (8.6%)		0.001 ^c
	Parents who think sharenting is risky (n=103)	Parents who think sharenting is not risky (n=104)		
Sharing of child’s seminude states	1 (1.0%)	17 (16.3%)	13.533	0.000 ^b
Aiming to make the child known in the virtual world	0 (0.0%)	6 (5.8%)		0.01 ^c

^a: Pearson chi-square; ^b: Continuity correction; ^c: Fisher’s exact test; $p<0.05$

Comparisons of Mothers' and Fathers' Sharenting Behaviours and Risk Perceptions

Mothers were significantly more likely to share their child's posts than fathers (73% vs. 50%) on social media ($p=0.003$). Fathers had public accounts (40%) at a significantly higher rate than mothers (13.5%) ($p=0.000$). The ratio of fathers sharing their child's semi-nude photos (26%) was also significantly higher than the ratio of mothers sharing such photos (6.5%) ($p=0.007$). Compared to mothers, fathers thought it was not necessary to get a child's permission when sharing information at a higher rate than mothers ($p=0.000$). Mothers and fathers also showed statistically significant differences regarding their sharenting-related risk perceptions ($p=0.029$). While three-quarters of the fathers thought sharenting was not risky for the child, this percentage was 47% for the mothers. No significant differences were found between mothers and fathers regarding other variables. Comparisons of mothers and fathers were shown in Tables 1 and 2.

Factors Related to Sharenting Frequency

The frequency of sharenting was negatively correlated with the education level of the mother ($r=-0.143$, $p<0.05$) and positively correlated with the daily screen time of the parents ($r=0.233$, $p<0.001$) and the daily time spent on social media by parents ($r=0.355$, $p<0.001$).

Discussion

This study investigated parental sharing behaviours regarding their children on widely used social media platforms. We also examined parents' opinions concerning the potential risks of sharenting and the differences between mothers and fathers in these factors. The findings of our study revealed that 92% of parents had active Instagram/Facebook accounts, and nearly 70% shared their children's posts on these platforms. Approximately 66% of parents thought it was necessary to get their children's permission before sharing, while nearly half (49.8%) perceived sharenting as potentially risky. Parents who did not perceive sharenting as risky were more likely to share semi-nude photos of their children. While mothers were more likely to share their children's content, fathers were more likely to have public accounts and to share semi-nude photos of their children. Moreover, fathers exhibited significantly lower risk perception associated with sharing compared to mothers.

Similarly to the rest of the world, the great majority of the mothers and fathers in our sample (92.8%) used social media platforms, with Instagram (90.6%) being the most frequently employed.⁶ This study showed that 70% of parents with social media accounts shared photographs and videos of their children on Instagram/Facebook. Similar to the present research, Livingstone³ determined a sharenting rate of 75% in their study of 2032 United Kingdom parents. In other studies, 96.5% of United States parents, 74.2% of Czech parents, and 83.5% of Spanish parents were reported to share their children's digital materials online.^{5,18} The parents in this study mostly shared photos of their children on special days and family activities.

Several previous studies also revealed similar results.^{4,5,8,9} When evaluated within the context of the country where the study was conducted, these findings indicate that social media has become increasingly integrated into daily life, with parents actively utilizing these platforms to share family memories. However, cultural values specific to the country, the emphasis on social connections, and the outward expression of familial relationships may play a significant role in shaping these behaviors. For instance, in community-oriented cultures such as Türkiye, social media may be perceived as a tool for strengthening bonds with family and friends. Additionally, the high proportion of private account usage (82.5%) among parents might reflect a certain level of awareness regarding online privacy.

Parents mostly used private accounts, while 17.5% had public accounts. Consistent with this result, the great majority of Czech and Spanish parents also had private accounts.⁵ Contrary to these findings, analysis of Polish parents' social media accounts by researchers indicated that only 7.7% of the accounts were private.⁸ These differences across countries can be explained by the diversity in societies' perceptions of privacy, digital literacy levels, social media usage habits, and security concerns.

When the participants' sharenting purposes were examined, creating a memory record was the primary reason, followed by keeping in touch with family and friends. Most of the parents shared that they remain in contact with family and friends in England.³ The fact that two-thirds of the parents in our study shared photos to create a memory record suggested that parents might use Instagram and Facebook as a photo archive or their child's diary. This finding also suggested that social media sites might have replaced formerly used photo albums.

In the present study, 19.3% of parents shared their child's name and location on social media, and 8.7% shared photos of their child's partially clothed states, wearing items such as underwear, diapers, or swimsuits. Kopecky et al.⁵ reported that 3.5% of parents published photographs of their babies naked. However, another study examining parents' Facebook accounts revealed significantly different findings. Children's names appeared in 90.5% of the accounts, and 67.3% contained posts that might be considered inappropriate, such as nude, semi-nude, amusing, or grimy.⁸ The inconsistencies between the results might have derived from whether the studies were based on parental reports or examination of accounts, and also from cultural differences of the societies concerned. Different societies may have different norms about privacy, confidentiality and children's rights. For example, in some cultures, children's privacy may be more respected, while in other cultures it may be more acceptable to share more information or images of their children on social media. In addition, cultural norms may influence the context in which parents share photos of their children and what kind of content they share, which may explain the inconsistencies found in the studies.

This study revealed that two-thirds of parents thought that consent should be obtained from the child before sharing, while approximately half reported that sharenting might be

risky. In England, 23% of parents obtained consent, 25% felt no concern about sharenting, and 12% stated that they limited their internet use due to privacy concerns.³ In another study, 20% of parents reported seeking permission from their children while 72.5% stated that child-related sharing represented no risk.⁵ The fact that our study shows different results from other countries may be due to various factors such as cultural norms, privacy perceptions, legal regulations, and digital literacy. These factors may affect the way parents approach social media posts about their children.

We also asked parents an open-ended question about the risks of sharenting. Parents' most common concern was "the use of photographs for pedophilic purposes" followed by "the sexual abuse of their child", "theft of the photographs/account" and "invasion of the child's privacy". Responses considering the feelings or opinions of their child, such as "the child might be annoyed in the future," "the child's psychology might be affected," "he might be subjected to peer bullying," or "the child might become addicted to social media due to an increased desire to be liked," were less common. The study results were noteworthy, showing that half of the parents who shared images of their children did not regard sharenting as risky. Although approximately one in three (those who did not answer the open-ended question plus those who stated that they did not know exactly) regarded it as risky, they did not know what those risks might actually be.

To the best of our knowledge, this was one of the few studies examining the relationship between parents' sharenting-related risk perceptions and their sharenting behaviours. Parents who considered it unnecessary to obtain permission before sharenting had significantly lower levels of education, used public accounts, and shared semi-nude images of their children more commonly than the rest of the sample. Parents who thought sharenting posed no risks were more likely to share semi-nude images of their children. The results of previous studies examining the relationship between parents' child-related sharing concerns and sharing behaviours were inconsistent. Ranzini et al.¹⁹ found that parents with more Instagram-specific privacy concerns were less likely to share their child's images on that platform. Australian parents who did not regard sharenting as risky reported a higher rate of private account use and more privacy precautions compared to other parents. The authors interpreted this finding as parents thought they had reduced the risk by taking these precautions.²⁰ Livingstone³ reported that parents who were concerned about privacy were also more engaged in sharenting and shared more frequently. They were also more likely to ask their children for permission and not to share images including their child's face.³

One of the striking findings of the present study was that parents who thought sharenting was not risky, and that the child's permission was not necessary, were significantly more likely to aspire to make their child known in the virtual world. This finding suggested that the children of parents with low awareness of the sharenting-related risks might be more susceptible to the risk of being used for commercial purposes.

A limited number of previous studies have focused on the relationship between parental gender and sharenting. The present study revealed a striking difference between mothers and fathers regarding sharenting behaviours and risk perceptions. One difference was that mothers engaged in significantly higher levels of sharenting than fathers (73% compared to 50%). In addition to the studies with similar results, a study revealed opposite findings.^{6,7} Livingstone³ reported that fathers shared photographs of their children on social media more commonly than did mothers.

The noteworthy findings of this study included that although fathers engaged less in sharenting compared to mothers, they exhibited a higher rate of sharing their children's semi-nude images from public accounts. Additionally, they had lower awareness of sharenting-related risks. Differences in attitudes between fathers and mothers may be related to gender roles that assign a more protective role to mothers, as well as parenting approaches and digital literacy. In contrast to our findings, Livingstone³ reported that fathers (16%) were more concerned about privacy than mothers (9%). Factors such as gender roles, parenting approaches, digital literacy, and cultural differences may underlie these results. In our society, the more protective approach of mothers and their focus on children's privacy, differences in parents' levels of digital literacy, and cultural values may influence the way parents monitor social media use and safety. Comprehensive studies are needed to examine fathers' sharenting behaviours and risk perceptions.

Evidence suggests that parents with a high frequency of sharing on social media platforms also exhibited a higher frequency of sharenting.¹⁹ In the present study, the frequency of sharenting was inversely correlated with the mother's education level and positively correlated with the parents' daily screen time and time spent on social media. These findings suggested that parents' sharenting behaviours were related to their screen and social media use habits.

Study Limitations

The limitations of this study include the low number of fathers in the sample, the fact that the study was based on parents' self-reports with no examination of social media accounts, and the lack of investigation into the frequency of parents' sharing excluding child-related content. The particular strengths of this research were investigating the relationship between parental sharenting-related risk perceptions and sharenting behavior, and comparing mothers and fathers across all parameters.

Conclusion

Sharenting has brought about a dilemma between the freedom of parents to share about their children online and the privacy rights of children. Preschool-age children are unaware of the existence of social media and have not yet reached the cognitive maturity to consent to their parents sharing information about them. Although older children and adolescents are cognitively more mature to consent to sharenting, they cannot be expected to be sufficiently aware of the possible risks that social media

may pose. Parents should remember that, even if they are well-intentioned when sharing their child's posts, the child's self-esteem, privacy, and security may all be adversely affected, and the child may feel annoyed, embarrassed, and bullied in the future. Protection of the children from the short and long-term consequences of sharenting is the parents' responsibility. To fulfill these duties, parents must first be aware of the risky situations when posting their children's photos and videos and how to protect their children from them.

Our study showed that most parents need to learn more about the risks of sharenting, since their low-risk perceptions were related to inappropriate sharing of their children's posts. Professionals (public health workers, general practitioners, paediatricians, child psychiatrists, and teachers) capable of informing parents about the potential risks of sharenting should first be aware of this. We also need studies investigating the long-term effects of sharenting on children.

Ethics

Ethics Committee Approval: The research was found ethically appropriate by the Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine Ethics Committee with the decision dated 30.05.2023 and numbered 2023/154.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from all participants and their parents.

Footnotes

Authorship Contributions

Concept: G.N.S., Design: G.N.S., Data Collection or Processing: G.N.S., R.B., E.P.Y., T.A.D., Analysis or Interpretation: G.N.S., Literature Search: G.N.S., E.P.Y., G.B.K., Writing: G.N.S., R.B., G.B.K.

Conflict of Interest: The authors declare no conflicts of interest.

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

References

- Leckart S. The Facebook-free baby. Wall Street Journal. 2012 Jan 1. Available from: https://www.researchgate.net/publication/263565477_The_Facebook-Free_Baby
- Collins English Dictionary. Sharenting: definition and meaning. London: Harper Collins Publishers; 2022. Available from: <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/sharenting>
- Livingstone S. What do parents think, and do, about their children's online privacy? London: London School of Economics and Political Science; 2022. Available from: <https://www.lse.ac.uk/website-assets/research/what-do-parents-think-and-do-about-their-childrens-online-privacy>
- Marasli M, Suhendan E, Yilmazturk NH, Cok F. Parents' shares on social networking sites about their children: sharenting. *Anthropol*. 2016;24:399-406.
- Kopecky K, Szotkowski R, Aznar-Díaz I, Romero-Rodríguez JM. The phenomenon of sharenting and its risks in the online environment: experiences from Czech Republic and Spain. *Child Youth Serv Rev*. 2020;110:104812.
- 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.
- Clark SJ, Kauffman AD, Singer DC, Matos-Moreno A, Davis MM. Parents on social media: likes and dislikes of sharenting. C.S. Mott Children's Hospital National Poll on Children's Health, University of Michigan. 23(2). Available from: <https://mottpoll.org/reports-surveys/parents-social-media-likes-and-dislikes-sharenting>
- 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.
- Kumar P. The modern day baby book: enacting good mothering and stewarding privacy on Facebook. *Proc ACM Conf Comput Sup Coop Work Soc Comput*. 2015;Canada:1302-12. Available from: <https://dl.acm.org/doi/abs/10.1145/2675133.2675149>
- Blum-Ross A, Livingstone S. "Sharenting," parent blogging, and the boundaries of the digital self. *Popul Commun*. 2017;15:110-125.
- Archer C, Kao KT. Mother, baby and Facebook makes three: does social media provide social support for new mothers? *Media Int Aust*. 2018;168:122-139.
- Battersby L. Millions of social media photos found on child exploitation sharing sites. *Sydney Morning Herald*. 2015. Available from: <https://www.smh.com.au/national/millions-of-social-media-photos-found-on-child-exploitation-sharing-sites-20150929-gjxe55.html>
- O'Neill J. The disturbing Facebook trend of stolen kids photos. *Yahoo Lifestyle*. 2015.
- Steinberg SB. Sharenting: children's privacy in the age of social media. *Emory Law J*. 2017;66:839-884.
- Haley K. Sharenting and the (potential) right to be forgotten. *Ind Law J*. 2020;95:1005-1020.
- Kılıç BO, Kılıç S, Ulukol B. Exploring the relationship between social media use, sharenting practices, and maternal psychological well-being. *Arch Pediatr*. 2024;31:519-526.
- Ocakoglu F, Ocakoglu B, Mutlu C, Duran B, Gunes A, Tunçtürk M. Why 'sharenting'? Is it related to parents' or children's psychiatric symptoms? *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 2023;30:44-52.
- Morris MR. Social networking site use by mothers of young children. In: *Proceedings of the 17th ACM Conference on Computer Supported Cooperative Work & Social Computing*; 2014 Feb 15-19; Baltimore, MD, USA. New York: ACM; 2014. p. 1272-1282. Available from: https://www.researchgate.net/publication/261961019_Social_Networking_Site_Use_by_Mothers_of_Young_Children
- Ranzini G, Newlands G, Lutz C. Sharenting, peer influence, and privacy concerns: a study on the Instagram-sharing behaviors of parents in the United Kingdom. *Soc Media Soc*. 2020;6:2056305120978376.
- Barnes R, Potter A. Sharenting and parents' digital literacy: an agenda for future research. *Commun Res Pract*. 2020;7:6-20.

Çocuk ve Gençlerde Yeme Bozukluğu Ölçeği: Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması

The Eating Disorder Scale for Children and Adolescents: Study of the Turkish Validity and Reliability

© Oğulcan Remzi Çıray¹, © Esra Sizer²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Mardin Artuklu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Mardin, Türkiye

ÖZ

Amaç: Çocuklarda ve gençlerde yeme bozukluğu önemli psikiyatrik durumlar arasında yer almaktadır. Çocuk ve gençlerde kolay uygulanabilecek ve pratik yeme bozukluğu tarama ölçekleri sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı Çocuk ve Gençlerde Yeme Bozukluğu Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasını literatüre kazandırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya bir eğitim araştırma hastanesine başvuran 8-13 yaş aralığında 350 olgu dahil edilmiştir. Çocuk ve Gençlerde Yeme Bozukluğu Ölçeği ile birlikte sosyodemografik veri formu ve kavram uyumunu araştırmak için benzer ölçekler katılımcılara dağıtılarak veriler toplanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların homojen sayılabilecek ve normal dağılıma uyan bir grup oluşturduğu bulunmuştur. Çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) 0,632 olarak hesaplanmıştır. Faktör analizinde orijinal ölçekte olduğu gibi 5 faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır ve faktörlerin altına dağılan maddelerin faktör yükleri yeterli düzeydedir. Doğrulayıcı faktör analizinde uyum değerleri (yaklaşık hataların ortalama karekökü =0,046; karşılaştırmalı uyum indeksi ve normlanmış uyum indeksi =0,95 ve 0,896; standartlaştırılmış ortalama karekök kalıntı =0,034) kabul edilebilir uyumu göstermektedir. Ölçeğin açıkladığı toplam varyans %61,97 olarak hesaplanmıştır.

Sonuç: Sonuç olarak Çocuk ve Gençlerde Yeme Bozukluğu Ölçeği'nin ülkemiz popülasyonunda yeme bozukluklarını tespit etmede ve yeme tutumlarını belirlemede kolay uygulanabilir ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu anlaşılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk ve Gençlerde Yeme Bozukluğu Ölçeği, yeme bozuklukları, kısıtlı/kaçıngan yeme bozukluğu, geçerlilik, güvenilirlik

ABSTRACT

Objectives: Eating disorders are among the significant psychiatric conditions observed in children and adolescents. Practical and easily applicable screening tools for eating disorders in this population are limited. The aim of this study is to adapt the Eating Disorder Scale for Children and Adolescents into Turkish and contribute it to the literature.

Materials and Methods: The study included 350 participants aged 8 to 13 who presented to a training and research hospital. Along with the Eating Disorder Scale for Children and Adolescents, a sociodemographic data form and similar scales were administered to assess construct validity, and data were collected accordingly.

Results: The participants were found to form a relatively homogeneous group with a normal distribution. The internal consistency coefficient (Cronbach's alpha) of the scale was calculated as 0.632. Factor analysis revealed a five-factor structure, consistent with the original scale, with factor loadings of the items falling under each factor at acceptable levels. The fit indices in the confirmatory factor analysis (root mean square error of approximation =0.046; comparative fit index and normed fit index =0.95 ve 0.896; standardized root mean square residual =0.034) indicated an acceptable model fit. The total variance explained by the scale was calculated to be 61.97%.

Conclusion: In conclusion, the Eating Disorder Scale for Children and Adolescents is a reliable, rapid, practical, and cost-effective measurement tool for identifying eating disorders and assessing eating attitudes in the pediatric population in Türkiye.

Keywords: Eating Disorder Scale for Children and Adolescents, eating disorders, avoidant/restrictive food intake disorder, validity, reliability

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Lec, Oğulcan Remzi Çıray, MD, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

E-posta: remziogulcanciray@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0003-2864-613X

Geliş Tarihi/Received: 07.08.2025 **Kabul Tarihi/Accepted:** 18.09.2025 **Yayınlanma Tarihi/Publication Date:** 11.11.2025

Atıf/Cite this article as: Çıray OR, Sizer E. The Eating Disorder Scale for children and adolescents: study of the Turkish validity and reliability. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2025;32(3):195-202

Copyright© 2025 Yazar. Türkiye Çocuk ve Gençlik Psikyatrisi Derneği adına Galenos Yayınevi tarafından yayımlanmıştır. Creative Commons Atıf-GayriTicari-Türetilemez 4.0 (CC BY-NC-ND) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmış, açık erişimli bir makaledir.



Giriş

Yeme bozuklukları orta çocukluk döneminde klinik pratikte oldukça sık rastlanan bir durumdur. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı Beşinci Baskı'ya (DSM-5) yeni eklenen kısıtlı kaçınan yeme bozukluğu (KKYB); uygun beslenme ve/veya enerji ihtiyaçlarını karşılayamama ile kendini gösteren bir yeme veya beslenme bozukluğu olarak tanımlanır. Bu ihtiyaçların karşılanmamasının olası etkileri arasında önemli kilo kaybı veya büyümede bozulma, şiddetli yetersiz beslenme, besin takviyesine bağımlılık ve/veya psikososyal işlevsellikte belirgin bir bozulma yer almaktadır.¹ DSM-5'te KKYB için; yeme veya yiyeceğe karşı belirgin ilgi eksikliği, gıdanın duyuşal özelliklerine dayalı gıdadan kaçınma, gıda alımıyla ilişkili caydırıcı sonuçlardan korkma gibi temel semptomlar tanımlanmıştır.¹ KKYB'nin sıklığı kesin olarak bilinmese de hem çocuklarda ve hem de yetişkinlerde yaklaşık %0,5-5 aralığındadır.² Ülkemizde KKYB için henüz yapılmış bir prevelans çalışması bulunmamaktadır. KKYB yakın zamanda tanımlanan bir bozukluk olduğundan geniş çaplı bir epidemiyolojik çalışma da yoktur.³ Benzer şekilde bozuklukla ilgili ölçüm araçları da oldukça kısıtlıdır. Bir sistematik derlemede KKYB ile ilgili yapılmış çalışmalar derlenmiş ve literatürde sadece üç ölçek tanımlanabilmiştir.⁴

Hastalarda gıda alımından kaçınmanın/kısıtlamanın sonucu mikrobesein ve makrobesein eksiklikleri oluşabilmektedir. Özellikle normal kilolu veya fazla kilolu bireylerde bu tanıyı koymak zor olabilmektedir. Bu nedenle şüphelenilen hastaların bir doktor veya diyetisyen tarafından değerlendirilmesi önemli bir konudur. Çocuklarda büyüme ve gelişme dönemlerinde oldukça kısıtlayıcı bir diyetten kaynaklanan sağlık sorunları ve anormal gelişim, diyetle kronik olarak hangi besinlerin eksik olduğuna bağlıdır. KKYB olan hastalarda özellikle vitamin (B₁, B₂, B₁₂, C ve K) eksiklikleri ve çinko, potasyum ve demir gibi mineral eksiklikleri oldukça sık görülmektedir. Daha düşük protein, yağ ve karbonhidrat alımı da gözlenebilir, bu da sonuç olarak diyetin daha düşük enerji değeri ile sonuçlanmasına bağlı hastada enerji azlığı görülebilmektedir.⁵ KKYB'li çocuklarda önemli beslenme yetersizliklerinin teşhisi beslenme öyküsüne, klinik ve biyolojik değerlendirmeye (örneğin; diyet alımı değerlendirmesi, fizik muayene ve laboratuvar testleri) ve klinik fiziksel sağlık sonuçlarının varlığına dayanır. Ağır olgularda, özellikle gelişim çağındaki çocuklar ve ön ergenlerde ortaya çıkan yetersiz beslenme büyüme ve gelişmeyi geri bırakabilir.⁶ KKYB'nin beslenmeyle ilgili sonuçları yeterince tanımlanmamıştır. Çoğu makale, düşük vücut ağırlığı veya kilo kaybına atıfta bulunmuştur.⁷ Hastalarda çoğunlukla yetersiz beslenmeye bağlı; yorgunluk, baş dönmesi ve bayılma dahil olmak üzere karın ağrısı, kabızlık, soğuk intoleransı, amenore, kuru öksürük gibi uzun süreli yetersiz beslenme ile ilişkili semptomları bildirilmiştir. Muayenede, malnütrisyon belirtileri kaşeksi, hipotermi, bradikardi, ortostatik taşikardi ve hipotansiyon, abdominal şişlik, lanugo ve solgunluğu içerebilir.⁸

Gıda alımından kaçınma/kısıtlama nedeniyle aile, iş ve sosyal etkileşimler bozulabilir. Yeme bozukluğu olan çocuklar, kabul

etmedikleri yiyecekleri yemek zorunda kalma korkusuyla aile toplantılarından, doğum günü partilerinden veya okul gezilerinden kaçınabilir. Akran baskısı korkusu, bu çocukların bu tür toplantılardan kaçınmaya başlamasına ve yavaş yavaş sosyal hayattan çekilmesine neden olur yetersiz beslenme ve enerji alımı da dolaylı olarak psikolojik alanı etkileyebilir.⁹ Besin eksikliklerinden kaynaklanan yetersiz büyüme, akranlar tarafından kabul görmemenin nedeni olabilir. Azalan benlik saygısı, sosyal temastan kaçınmayı etkiler.⁸

Erken başlangıçlı kısıtlayıcı yeme bozukluklarına genellikle gelecekte daha yüksek yeme bozuklukları geliştirme riski ve daha kötü uzun vadeli sonuçlar gösterme eğilimi eşlik ettiğinden, özellikle hızlı büyümenin olduğu ergenlik döneminin başında ve okul çocuğunda hedefe yönelik önleme ve erken teşhis önemlidir.¹⁰ Yeme bozukluklarını erkenden belirlemek için güvenilir tarama araçları gereklidir. Bu çalışmanın temel amacı yeme bozukluğu olan çocuk ve ergenleri pratik olarak hızlıca tarayabilecek; DSM-5 tanı kriterlerini içeren aynı zamanda tanı ve tedavi için yönlendirmeye yardımcı olarak kullanılacak bir test olan "Eating Disturbances in Youth-Questionnaire (EDY-Q)" [Çocuk ve Gençlerde Yeme Bozukluğu Ölçeği (ÇGYBÖ)] Türkçeye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem

Çeviri Çalışması

ÇGYBÖ; 14 maddeden oluşan Likert tipi ve 5 alt boyutlu 8-13 yaş arasında kullanılan, KKYB'yi değerlendirme amaçlı geliştirilmiş bir yeme bozukluğu ölçeğidir. Kısıtlı kaçınan yeme bozuklukları ölçeğini geliştiren yazardan telif hakkı dolayısıyla izin alınmıştır. Ölçeğin çevirisi iyi düzeyde İngilizce bilen bir yazar tarafından yapıldıktan sonra çalışma dışından iyi düzeyde İngilizce bilen 5 gönüllüye geri çevirisi yaptırılmış ve aradaki farklılıklar yazarlar ve ilgili profesyonel ile birlikte ortak bir konsensusla çözülmüştür. Çevirinin anlam uyumu, kavram uygunluğu, dil kullanımı, kültürel uyum ve dil bilgisi kuralları açısından incelenmiş böylece Türkçe metin elde edilmiştir. Ölçeğin bu hali yeniden İngilizce'ye çevrilmiş ve geliştiricilerle iletişim kurulduktan sonra ölçeğin son hali elde edilmiştir.

Katılımcılar

Çalışmamızda 8-13 yaş aralığında ebeveyninin ve çocuk-ergeninin katılmayı kabul ettiği gönüllüler çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılarda klinik örneklem bir eğitim araştırma hastanesinin çocuk psikiyatri bölümüne başvuranlar arasından seçilmiş olup toplum örnekleme ise aynı hastanenin pediatri bölümüne başvurup psikiyatri geçmişi olmayanlar arasından seçilmiştir. Öz değerlendirme ölçekleri sadece çocuk ve ergenler tarafından doldurulurken aile için olan ölçekler ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Toplamda 350 katılımcıya ulaşılmıştır. Çalışmanın etik kurul onayı Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 15.12.2021 tarihli 11 numaralı kararı ile alınmıştır.

Değerlendirme Araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Sosyodemografik verileri almak için araştırmacılar tarafından sosyodemografik veri formu oluşturulmuştur. Bu formda hastanın yaşı, cinsiyeti, boyu ve kilosu, anne ve babanın yaşı ile eğitim düzeyi, kardeş sayıları ve ailenin aylık gelirlerini sorgulayan maddeler bulunmaktadır. Her katılımcının ailesi tarafından doldurulmuştur.

Çocuk ve Gençlerde Yeme Bozukluğu Ölçeği: ÇGYBÖ, 8-13 yaş arası çocuklarda erken başlangıçlı kısıtlayıcı yeme bozukluklarını öz-bildirim yoluyla değerlendirmek için geliştirilmiş 14 maddelik bir ölçektir. Maddeler; DSM-5'de¹¹ tanımlanan kaçınan/kısıtlayıcı gıda alım bozukluğu (KKGAB) kriterlerine ve erken başlangıçlı kısıtlayıcı yeme bozukluklarıyla ilgili literatüre dayanmaktadır. ÇGYBÖ, on iki tanesi KKGAB semptomatolojisini kapsayan toplam on dört maddeden oluşur. Bu on iki madde, KKGAB'nin üç önerilen varyantını¹² yani gıdadan kaçınma duygusal bozukluğu (GKDB), seçici yeme (SY) ve fonksiyonel disfaji (FD) durumlarını içermektedir. Ek olarak, iki madde DSM-5'te¹¹ tanımlanan diğer iki erken başlangıçlı beslenme veya yeme bozukluğu olan pika ve rumantasyon bozukluğunu kısaca ele almaktadır. Her madde, 0: hiçbir zaman ile 6: her zaman arasında değişen 7 dereceli Likert ölçeğiyle değerlendirilir. Maddeler, KKGAB'nin üç varyantını kapsamaktadır: GKDB (1-3. maddeler), SY (8., 9. ve 12. maddeler) ve FD (10. ve 11. maddeler). Buna ek olarak, çok zayıf olma algısıyla ilişkili kilo problemleri (4. ve 5. maddeler) değerlendirilir; bu maddeler, KKGAB ile ilişkili olarak yeterli enerji alımının sağlanamamasına atıfta bulunmaktadır.

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği: Fairburn ve ark.¹³ tarafından geliştirilmiş olan yeme bozukluğunu değerlendirme görüşmesinin kendi bildirim formu olan Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği, *Eating Disorders Examination Questionnaire* olarak bilinmektedir. Ölçek, beş alt ölçek ve toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçekler; kısıtlama, tıknırcasına yeme, beden şekliyle ilgili endişeler, yemeyle ilgili endişeler ve kiloyla ilgili endişelerdir. Tıknırcasına yeme alt ölçeği dışındaki alt ölçek puanları 0 ile 6 arasında değişmekte olup yükselen puanlar patolojinin varlığına işaret etmektedir. Ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ergenlerin oluşturduğu bir grupla yapılmıştır.¹⁴ Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0,84, test-tekrar test güvenilirliği ise 0,78 olarak bulunmuştur.

Çocuklarda Yeme Davranışı Tarama Ölçeği: *Brief Assessment Mealtime Behavior in Children* ölçeği Hendy, Seiverling, Williams tarafından 2013'te geliştirilmiştir.¹⁵ Çocukların yeme davranışlarını değerlendirmek için 10 maddeli ebeveyn soru formu şeklindedir. "Sınırlı yeme", "yemeği reddetme" ve "yıkıcı davranışlar" olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek geliştirilirken yaş aralığı, 18-212 ay olan 139 çocuk ile çalışma yapılmıştır. Ölçek üç alt boyutta; otizmlili grup, tipik gelişen grup ve diğer özel gereksinimli grupta ayrı ayrı puan değerleri vermektedir. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması mevcuttur.¹⁶

İstatistiksel Analiz

Sosyodemografik veriler ile ilgili bulgular kesitsel olarak hesaplanmış, sürekli değişkenlerde ortalama ve standart sapma hesaplanırken sıralı değişkenler için yüzdeler kullanılmıştır. İç tutarlılığın hesaplanmasında Cronbach alfa kullanılmış ve rastgele 20 katılımcıya 2 hafta sonra yeniden ölçekler doldurularak test-tekrar test analizi uygulanmıştır. Genel ölçüt değerleri göz önüne alınarak 0,00-0,40 değerleri "güvenilir değil", 0,40-0,60 değerleri "düşük güvenilir", 0,60-0,80 "oldukça güvenilir" ve 0,80 üzeri ise "yüksek düzeyde güvenilir" olarak kabul edilmiştir. Yakınsak gerçeklik de diğer ölçekler arasındaki ilişkiyi göstermek adına Pearson korelasyon testi uygulanmıştır. Ölçek madde ayırt ediciliğini ölçmek için alt %27-üst %27 metodu uygulanmıştır ve t-testi ile karşılaştırılmıştır. Toplam madde korelasyonları ve faktör yükleri açıklayıcı faktör analizi ile incelenmiş ardından doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Açıklayıcı faktör analizi için SPSS paket programı (versiyon 27.0, IBM Corp., Armonk, NY, USA), doğrulayıcı faktör analizi için ise Jamovi (versiyon 2.6.44, The Jamovi Project, Sydney, Australia) SEM paketi kullanılmıştır.

Bulgular

Sosyodemografik veriler incelendiğinde çalışmaya katılanların 167'si (%47,7) erkek 183 kişi ise kız (%52,3) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 10,95±1,65 olarak bulunmuştur. Annelerin ortalama yaşı 37,8±6,98 olurken baba yaşı ortalaması ise 41,51±8,92 olmuştur. Kardeş sayıları en az 1 en çok 6 olmak üzere ortalama 3,4±2,1 olarak bildirilmiştir. Annelerde lise ve üstü eğitimi olan ebeveyn oranı %28,5 (n=100) iken bu oran babalarda %48,6 (n=170) olarak bulunmuştur. Ailelerin %30,0'u orta üst gelir grubundayken (n=105) %69,5'i (n=243) alt gelir grubunda yer almaktadır. Sosyodemografik veriler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Güvenilirlik

Ölçeğin iç tutarlılığını görmek adına Cronbach alfa değerleri hesaplanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı oldukça güvenilir bulunmuştur ($\alpha=0,632$). GKDB alt ölçeği α değeri 0,45, SY için 0,414, beden algısı için 0,576 ve FD için 0,61 bulunmuştur. Test tekrar test için uygulanan Pearson korelasyon testinde $r=0,92$ bulunmuş ve güçlü düzeyde korelasyon tespit edilmiştir. Aynı şekilde maddeler arası işaretlemeye istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Ayırt edici geçerlilik için %27 alt-üst %27 analizi uygulanmış ve istatistiksel olarak ölçek maddelerinin tümünün ayırt edici olduğu gösterilmiştir ($p<0,001$).

Faktör Analizi

Yapı geçerliliğini test etmek adına açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Sekizinci maddede ve 9. maddede binişiklik tespit edildiği için bu maddeler analizden çıkarılmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde birden çok boyut olması sebebiyle Varimax döndürme yöntemi kullanılmıştır. Keyser-Mayer-Olkin değeri 0,69 ($p<0,001$) olarak bulunmuştur. Faktör analizi sonucunda madde 8 ve madde 9'da binişiklik tespit edilmiştir.

Bu maddeler çıkarılarak yenilenen analizde faktör yükleri incelenmiş ve yeterli güçte olduğu görülmüştür. Faktör yükleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Açıklayıcı faktör analizinde maddelerin toplam 5 faktör altında toplandığı bulunmuştur. Beş faktörün açıkladığı toplam varyans %61,96 olarak hesaplanmıştır. Madde toplam korelasyonları ve dağıldıkları alt boyutlar Tablo 3'te verilmiştir.

Model uyumu ölçmek için doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) değerleri 0,046 ile iyi uyum göstermiştir. Karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI) ve normlaştırılmış uyum indeksi (NFI) değerleri sırasıyla 0,95 ve 0,896 bulunmuş, kabul edilebilir uyum olarak değerlendirilmiştir. Yine standartlaştırılmış kök ortalama

Tablo 1. Çocuk ve Gençlerde Yeme Bozukluğu Ölçeği: Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması örnekleminin sosyodemografik verileri

	Erkek (n=167)	Kadın (n=183)	t/x ² /p
Yaş (yıl)¹ (ortalama+SS)	10,93 (±1,66)	10,96 (±1,65)	t=-0,156 df=348 p=0,876
Kilo¹ (ortalama+SS)	38,39 (±12,9)	38,16 (±9,89)	t=0,184 df=348 p=0,854
Boy¹ (ortalama+SS)	142,25 (±16,24)	144,98 (±14,06)	t=-1,689 df=348 p=0,092
Anne yaşı¹ (ortalama+SS)	37,96 (±7,36)	37,73 (±6,64)	t=0,317 df=348 p=0,751
Baba yaşı¹ (ortalama+SS)	41,5 (±9,15)	41,52 (±8,74)	t=-0,017 df=348 p=0,987
Kardeş sayısı¹ (ortalama+SS)	3,8 (±2,02)	4,1 (±2,2)	t=-1,320 df=348 p=0,188
Anne eğitim² Lise altı Lise ve üstü	117 (%70,1) 50 (%29,9)	133 (%72,7) 50 (%27,3)	x ² =0,293 df=1 p=0,588
Baba eğitim² Lise altı Lise ve üstü	83 (%49,7) 84 (%50,3)	97 (%53,0) 86 (%47,0)	x ² =0,382 df=1 p=0,537
Aile yapısı² Birlikte Ayrı	163 (%97,6) 4 (%2,4)	175 (%95,6) 8 (%4,4)	x ² =1,030 df=1 p=0,310

¹: Bağımsız değişkenler t-test, ²: Ki-kare, SS: Standart sapma

Tablo 2. Çocuk ve Gençlerde Yeme Bozukluğu Ölçeği: Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışmasında saptanan madde faktör yükleri

Madde	Faktör yükü
Eğer iznim olsaydı, yemek yemezdim.	0,650
Yiyecek/yemek ilgimi çekmez.	0,681
Üzüldüğümde, endişelendiğimde veya kaygılandığımda yemek yemem.	0,552
Diğer insanlar benim çok az kilolu olduğumu düşünür.	0,722
Daha kilolu olmak isterdim.	0,636
Diğer insanlar benimle aynı fikirde olmasa bile kendimi şişman hissediyorum.	0,651
Çok şişman veya çok kilolu görünmediğim sürece geri kalan hiçbir şeyin önemi yok.	0,526
Yemek yerken boğulmaktan veya kusmaktan korkuyorum.	0,574
Yiyecekleri yutmaktan korkuyorum.	0,572
Belirli bir kokusu, tadı, görünümü veya belirli bir kıvamı (örn. cıtır veya yumuşak) olan yiyecekleri denemekten hoşlanmam.	0,575
Yemeye uygun olmayan şeyleri yemeyi severim (örneğin kum).	0,672
Yuttuğum bir yiyeceği tekrar geri çıkartırım.	0,624

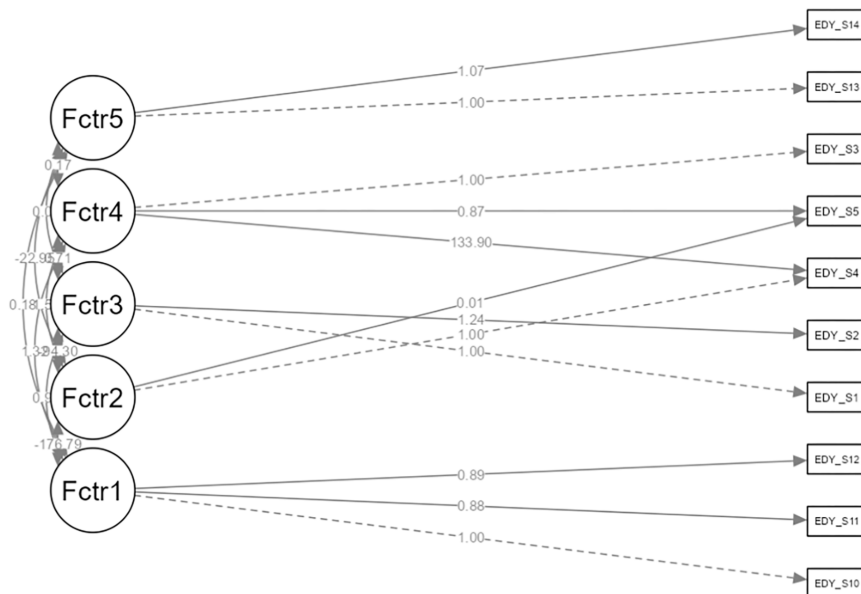
karekök kalıntı (SRMR) değeri 0,08'in altında ölçülmüş ve 0,034 bulunarak kabul edilebilir uyumu göstermiştir. Faktörler ve madde ile ilişkili regresyon katsayıları Şekil 1'de verilmiştir.

Yeme bozukluğunu ölçen diğer ölçekler ile ÇGYBÖ alt ölçekleri arasında kavramsal yakınlığı ölçmek için korelasyon analizi

uygulanmıştır. Korelasyon analizinde toplam ölçek puanları ile yeme bozukluğu ve yeme tutumları ölçek puanları arasında anlamlı ve pozitif yönde istatistiksel korelasyon mevcuttur. Korelasyon analizi sonuçları Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 3. Çocuk ve Gençlerde Yeme Bozukluğu Ölçeği: Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışmasında ölçek maddeleri, dağıldıkları faktörler ve açıklanan varyans

Madde	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5
Belirli bir kokusu, tadı, görünümü veya belirli bir kıvamı (örn. çıtır veya yumuşak) olan yiyecekleri denemekten hoşlanmam.	0,744				
Yemek yerken boğulmaktan veya kusmaktan korkuyorum.	0,705				
Yiyecekleri yutmaktan korkuyorum.	0,702				
Diğer insanlar benim çok az kilolu olduğumu düşünür.		0,826			
Daha kilolu olmak isterdim.		0,778			
Yiyecek/yemek ilgimi çekmez.			0,776		
Eğer iznim olsaydı, yemek yemezdim.			0,771		
Üzüldüğümde, endişelendiğimde veya kaygılandığımda yemek yemem.				0,688	
Çok şişman veya çok kilolu görünmediğim sürece geri kalan hiçbir şeyin önemi yok.				0,638	
Diğer insanlar benimle aynı fikirde olmasa bile kendimi şişman hissediyorum.				0,528	
Yemeye uygun olmayan şeyleri yemeyi severim (örneğin kum).					0,748
Yuttuğum bir yiyeceği tekrar geri çıkartırım.					0,719
Özdeğerler	1,823	1,582	1,438	1,391	1,202
Açıklanan varyans (kümülatif)	%15,19	%28,38	%40,36	%51,95	%61,97



Şekil 1. Çocuk ve Gençlerde Yeme Bozukluğu Ölçeği: Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması doğrulayıcı faktör analizi regresyon modeli
EDY: Eating disturbances in youth

Tablo 4. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ve Çocuklarda Yeme Davranışı Tarama Ölçeği ile ÇGYBÖ faktörleri ile korelasyon katsayıları

	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	YB total	YT total
EDY total	0,715**	0,327**	0,597**	0,623**	0,213**	0,233**	0,234**
n	350	350	350	350	350	350	348
YB total	0,032	-0,129*	0,170**	0,404**	0,049	1	0,108*
n	348	348	348	348	348	348	348
YT total	0,145**	0,045	0,127*	0,161**	0,098	0,108*	1
n	350	350	350	350	350	348	350

Değerler korelasyon katsayısı (r) cinsinden gösterilmiştir.

*: p<0,05, **: p<0,001, ÇGYBÖ: Çocuk ve Gençlerde Yeme Bozukluğu Ölçeği, EDY: *Eating disturbances in youth*, YB: Yeme bozukluğu, YT: Yeme tutumu

Tartışma

Yeme bozuklukların özellikle çocuklar ve ergenler gibi riskli grupların tespiti ve takibi önem taşımaktadır. Bu çalışmada birçok farklı dilde de uyarlaması olan ÇGYBÖ'nün geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Sosyodemografik veriler incelendiğinde kız ve erkek cinsiyet için dağılımın oldukça homojen olduğu görülmektedir. Sosyodemografik bazı değişkenlerin yeme bozukluğunu hastalarında farklılıklar gösterdiği bildirilmiştir. Tüm ölçülen alt parametreler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. Sosyoekonomik düzeyin yeme bozuklukları üzerindeki etkisi tartışmalı olsa da, bazı çalışmalarda orta ve yüksek sosyoekonomik düzeydeki bireylerde anorektik eğilimlerin daha yaygın olduğu rapor edilmiştir.¹⁷ Yeme bozuklukları, özellikle ergen kız çocuklarında daha sık rapor edilmektedir. Yapılan birçok çalışmada anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza gibi bozuklukların kadınlarda erkeklere oranla belirgin şekilde daha yüksek prevalansa sahip olduğu gösterilmiştir.¹⁸ Ebeveynlerin eğitim düzeyinin de yeme bozukluğu hastalarında kontrol grubuna göre farklılık gösterdiği bildirilmiştir. Bazı çalışmalar, düşük eğitim düzeyinin yeme bozukluğu semptomlarını erken fark etme oranını düşürdüğünü göstermiştir.¹⁹

Geçerlilik ve güvenilirlik sınanması kapsamında ilk olarak ölçeğin yapı geçerliliği değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmede 14 maddeden oluşan ölçeğin orijinalinde olduğu gibi 5 faktörden oluştuğu bulunmuştur. Her bir faktörün içerisine dağılan itemlerin faktör yüklerinin yeterli olduğu görülmüştür. Maddeler içerisinde 8. madde ve 9. maddede binişiklik tespit edilmiştir. Bu maddeler incelendiğinde (madde 8: yeni yemekler denemeyi sevmiyorum, madde 9: ben yemek seçen biriyim) yeme bozukluğu tespit etmek için seçiciliğinin yetersiz olduğu, yeme bozukluğu olmayan kişilerde de farklı düzeylerde puanlanabileceği düşünülmüştür. Ben yemek seçen biriyim kavramı İngilizce "*picky eating*" üzerinden çevrilmiştir bu nedenle tam anlaşılabilirliği olabilir. Bununla birlikte ölçekle ilgili yapılan diğer çalışmalarda benzer faktör yükleri tespit edilmiştir.²

İç tutarlılık için Cronbach alfa testi uygulanmış ve her ne kadar sınıra yakın olsa da iç tutarlılığın ölçeğin Almanca versiyonu

ile hemen hemen aynı olduğu bulunmuştur.²⁰ Alt boyutlar incelendiğinde 3 faktörün 2 maddeden oluştuğu bulunmuştur bu nedenle faktör içi iç tutarlılık düşük olabilmekle birlikte orijinal çalışmada "pika" ve "ruminasyon bozukluğu" için sadece birer madde bulunmakta ve tek başına ayrı birer faktör altında yüklenmektedirler. Faktörün oluşturulan doğası gereği kabul edilebilir gözükmemektedir.

Çalışmamızda faktör 1 içerisinde 10-11-12. maddeler, faktör 2 içerisinde 4-5. maddeler, faktör 3 içerisinde 1-2. maddeler, faktör 4 içerisinde 3-6-7. maddeler ve faktör 5 içerisinde ise 13-14. maddeler dağılım göstermiştir. İlk faktörde yer alan maddeler, özellikle belirli tat, doku veya görünüm gibi duyuşsal özelliklere karşı hassasiyet gösteren ifadeleri içermektedir. Bu yapı, emosyonel reddetme olarak bilinen klinik alt tipi yansıtmaktadır ve daha önceki çalışmalarda da benzer şekilde belirgin duyuşsal reddetme davranışlarıyla ilişkilendirilmiştir.²¹ Bu durum, duyuşsal kaçınma davranışının yapısal bir boyut olarak ölçek içinde ayrıştırılabilirliğini desteklemektedir.

İkinci faktör, zayıflık algısı ve düşük kilo üzerine olan maddeleri içermektedir. Ölçeğin orijinal içeriğinde de bu itemler aynı şekilde düşük kilolu olmayı ölçmek açısından eklenmiştir.² Elde edilen yük değerleri (0,826 ve 0,778), bu faktörün ölçekte ayrı bir yapı olarak yeterince güçlü olduğunu göstermektedir.

Üçüncü faktörde, yiyeceğe karşı ilgi kaybı ve iştahsızlıkla ilişkili ifadeler bulunmaktadır. Bu alt boyut, DSM-5'te "ilgi eksikliği/iştahsızlık tipi" olarak tanımlanan kısıtlı kaçınan gıda alım bozukluğu alt tipine karşılık gelmektedir.¹ "Yemek ilgimi çekmez" ve "izin olsa yemek yemezdim" gibi maddeler, bu faktör altına dağılmıştır ve yük değerlerinin yüksekliği (0,776 ve 0,771) bu temsili güçlendirmektedir. Bu durum, yeme motivasyonunun yeme bozukluğu ile ilişkisini inceleyen ve bu durumun yeme davranışları üzerindeki etkisine dair önceki çalışmalarla paralellik göstermektedir.²²

Dördüncü faktör incelendiğinde, beden algısı ve beden memnuniyeti ile ilgili olan maddelerin bu faktör altında toplandığı görülmektedir. Bu durum ölçeğin diğer versiyonlarında da benzer şekildedir.² Burada farklı olarak "üzüldüğümde, endişelendiğimde yemek yemem" maddesinin bu faktör altında yüklenmiştir. Her ne kadar ÇGYBÖ tipik olarak beden şekli veya kiloya dair kaygılarla tanımlanmasa da, bu bulgu çocukların beden algısının bazı durumlarda yeme

davranışı üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir. Bu da DSM-5'te tanımlı olmayan, ancak klinik gözlemlerde önem taşıyan örtük beden algısı temelli yeme kaçınması ile ilişkilendirilebilir.⁶

Beşinci faktörde ise tipik olarak aykırı yeme davranışları ve tanısal olarak marjinal veya nadir görülen bozukluklara işaret etmektedir. Ölçeğin diğer bazı uyarlamalarında her biri ayrı bir faktör olarak dağılmışsa da bizim çalışmamızda tek bir faktör altında toplanmıştır.²⁰ Bu sebeple bu faktör için "aykırı yeme davranışları" başlığı daha uygun bulunmuştur.

Hem global çalışmalarda önerilen hem de bizim çalışmamızda bulduğumuz 5 faktörlü yapıyı test etmek için 5 faktörlü doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Türkçe sürümünün de 5 faktörlü yapı için iyi uyum gösterdiği bulunmuştur. Uyum indeksleri model uyumunun yüksek olduğunu göstermektedir (RMSEA=0,046; CFI=0,95; NFI=0,896 SRMR<0,08). Bu bulgular Türkçe sürüm için de 5 faktörlü yapının uygun olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda uyum değerlerini iyileştirmek için herhangi bir hata düzeltmesi yapılmamış olmasına karşın uyum değerleri kabul edilen sınırlar içinde bulunmuştur.²³

Kavram benzerliği ve eş zamanlı geçerliliğe istinaden yeme tutumları ve yeme bozukluğu ölçekleri ile korelasyon uygulanmıştır. Uygulanan korelasyonlar anlamlı olup yönü pozitifdir. Özellikle diğer iki ölçeğin birbiri ile olduğundan daha güçlü bir korelasyon katsayısı tespit edilmiştir. Bu da mevcut ölçeğin ölçüm gücünün yeme bozukluklarının çeşitli komponentleri için kapsayıcı olduğunu düşündürmüştür. Ölçeğin erişkin popülasyonda uygulanmasıyla da diğer yeme bozukluğu ölçekleri ile benzer korelasyon değerleri elde edilmiş ve 4 faktörlü yapı önerilmiş olup kullanımı uygun bulunmuştur.²⁴

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmanın en önemli kısıtlılığı doğrudan tanısı konulmuş yeme bozukluğu hastalarını içermemesidir. Her ne kadar örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu ve bu nedenle ilgili sayının yeme bozukluğu hastalarını içerdiği düşünülmekle birlikte bu durum ölçeğin yapısının detaylı incelenmesini zorlaştırabilir. Yine bazı faktörlerin 2 madde ile yüklenmesi faktör içi iç tutarlılığı düşürmekle birlikte ölçeğin diğer versiyonlarında da 1 veya 2 maddenin tek bir faktör altında olduğu görülmektedir. Ayrıca ölçeğin test-tekrar test katsayısı oldukça yüksek hesaplanmıştır. Bu sonuçlar ölçeğin normal popülasyonda güvenle uygulanabileceğini göstermektedir.

Sonuç

Sonuç olarak ÇGYBÖ ülkemiz popülasyonunda yeme bozukluklarını tespit etmede ve yeme tutumlarını belirlemede hem ekonomik hem hızlı hem de pratik güvenilir bir ölçüm aracı olduğu anlaşılmaktadır. Çalışmanın sonucunda yeme tutumlarının taranması ve riskli grupların tespitinde güvenle kullanılabileceği ancak klinik gruplar için çapraz geçerliliğin daha sağlıklı tespit edilmesi için ölçek ile yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Etik

Etik Kurul Onayı: Çalışmanın etik kurul onayı Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 15.12.2021 tarihli 11 numaralı kararı ile alınmıştır.

Hasta Onayı: Yazardan telif hakkı dolayısıyla izin alınmıştır.

Dipnotlar

Yazarlık Katkıları

Konsept: O.R.Ç., E.S., Dizayn: O.R.Ç., E.S., Veri Toplama veya İşleme: O.R.Ç., E.S., Analiz veya Yorumlama: O.R.Ç., E.S., Literatür Arama: O.R.Ç., E.S., Yazan: O.R.Ç., E.S.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders- Fifth Edition (DSM-5TM). Arlington. VA American Psychiatric Publishing. 2013.
2. Kurz S, Van Dyck Z, Dremmel D, Munsch S, Hilbert A. Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2015;24:779-785.
3. Karadere ME, Hocaoglu Ç. Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu nedir? tanı ve tedavi yaklaşımları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;7:110-118.
4. Bourne L, Bryant-Waugh R, Cook J, Mandy W. Avoidant/restrictive food intake disorder: a systematic scoping review of the current literature. Psychiatry Res. 2020;288:112961.
5. Schmidt R, Hiemisch A, Kiess W, von Klitzing K, Schlenz-Schuster F, Hilbert A. Macro-and micronutrient intake in children with avoidant/restrictive food intake disorder. Nutrients. 2021;13:400.
6. Thomas JJ, Lawson EA, Micali N, Misra M, Deckersbach T, Eddy KT. Avoidant/restrictive food intake disorder: a three-dimensional model of neurobiology with implications for etiology and treatment. Curr Psychiatry Rep. 2017;19:54.
7. Brigham KS, Manzo LD, Eddy KT, Thomas JJ. Evaluation and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in adolescents. Curr Pediatr Rep. 2018;6:107-113.
8. Mammel KA, Ornstein RM. Avoidant/restrictive food intake disorder: a new eating disorder diagnosis in the diagnostic and statistical manual 5. Curr Opin Pediatr. 2017;29:407-413.
9. Claudino AM, Pike KM, Hay P, Keeley JW, Evans SC, Rebello TJ, Bryant-Waugh R, Dai Y, Zhao M, Matsumoto C, Herscovici CR, Mellor-Marsá B, Stona AC, Kogan CS, Andrews HF, Monteleone P, Pilon DJ, Thiels C, Sharan P, Al-Adawi S, Reed GM. The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: results of a field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. BMC Med. 2019;17:93.
10. Rosen DS. Eating disorders in children and young adolescents: etiology, classification, clinical features, and treatment. Adolesc Med Clin. 2003;14:49.
11. American Psychiatric Association A, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Vol. 4. American psychiatric association Washington, DC; 1994.
12. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT. Feeding and eating disorders in childhood. Int J Eat Disord. 2010;43:98-111.
13. Fairburn CG, Cooper Z, O'Connor M. The eating disorder examination. Int J Eat Disord. 1993;6:1-8.

14. Ergüney-Okumuş FE, Sertel-Berk HÖ. Yeme tutum testi kısa formunun (YTT-26) üniversite örnekleminde Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Psikoloji Çalışmaları*. 2019;40:57-78.
15. Seiverling LJ, Williams KE, Hendy HM, Adams K, Fernandez A, Alaimo C, Anderson K, Galeano V, Yamazaki H, Yusupova S, Hart S. Validation of the Brief Assessment of Mealtime Behavior in Children (BAMBI) for children in a non-clinical sample. *Child Health Care*. 2016;45:165-176.
16. Kürtüncü M, Arslan N. Çocuklar için yeme davranışları ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2020;13:267-274.
17. Gowers SG, Shore A. Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *Brit J Psychiatry*. 2001;179:236-242.
18. Smink FRE, Van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14:406-414.
19. Vereecken C, Maes L. Young children's dietary habits and associations with the mothers' nutritional knowledge and attitudes. *Appetite*. 2010;54:44-51.
20. Van Dyck Z, Bellwald L, Kurz S, Dremmel D, Munsch S, Hilbert A. Essprobleme im Kindesalter: screening in der allgemeinen Bevölkerung. *Z Gesundheitspsychol*. 2013;21:91-100.
21. Taylor CM, Northstone K, Wernimont SM, Emmett PM. Picky eating in preschool children: associations with dietary fibre intakes and stool hardness. *Appetite*. 2016;100:263-271.
22. Thomas JJ, Eddy KT. Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: children, adolescents, and adults. Cambridge University Press; 2018.
23. Rigdon EE. CFI versus RMSEA: a comparison of two fit indexes for structural equation modeling. *Struct Equ Modeling*. 1996;3:369-379.
24. Hilbert A, Zenger M, Eichler J, Brähler E. Psychometric evaluation of the Eating Disorders in Youth-Questionnaire when used in adults: prevalence estimates for symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder and population norms. *Int J Eat Disord*. 2021;54:399-408.

Otizm Farkındalık Eğitiminde Etkileşimli Video Kullanımına İlişkin Sağlık Çalışanlarının Görüşlerinin İncelenmesi

Investigation of Health Workers' Opinions on the Use of Interactive Video in Autism Awareness Education

Elif Abanoz¹, Bahadır Turan², İbrahim Selçuk Esin³, Rabia Madan Özdemir⁴, Onur Burak Dursun³

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Trabzon, Türkiye

⁴T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Otizm, Zihinsel Özel Gereksinimler ve Nadir Hastalıklar Daire Başkanlığı, Ankara, Türkiye

Amaç: Otizm spektrum bozukluğu (OSB), sosyal iletişim ve etkileşimde kalıcı eksikliklerin yanı sıra kısıtlı ve tekrarlayıcı davranışlarla karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. OSB'nin erken teşhisi etkili müdahaleler için kritik öneme sahiptir. Bu çalışma, etkileşimli video tabanlı eğitimin sağlık çalışanlarının OSB'nin erken teşhisine ilişkin farkındalık ve bilgilerini artırmadaki etkinliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Türkiye'nin 24 ilinden 8.864 birinci basamak sağlık çalışanı (aile hekimleri ve sağlık personeli) çalışmaya katılmıştır. Eğitim materyalleri, Otizm Tanısal Gözlem Çizelgesi-II değerlendirmelerine dayalı olarak temel OSB semptomlarını gösteren video klipler içermektedir. Video tabanlı eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla, Likert ölçekli bir anket kullanılarak eğitim sonrasında değerlendirme yapılmıştır. Veriler, SPSS 22 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) yazılımı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %94'ü eğitimden memnun kaldıklarını, %92'si içeriğin mantıksal olarak yapılandırıldığını ve %94'ü olgu örneklerinin eğitimi güçlendirdiğini belirtmiştir. Videolar %91 oranında ilgi çekici bulunmuş ve %93 oranında odaklanmayı artırmıştır. Katılımcıların %94'ü videoların OSB'nin temel özelliklerini etkili şekilde aktardığını, %93'ü eğitimin farkındalıklarını artırdığını, %92'si videoların geleneksel yöntemlere kıyasla daha etkili olduğunu ifade etmiş, %94'ü ise benzer eğitimlerin devam etmesini önermiştir.

Sonuç: İnteraktif video tabanlı eğitimin, sağlık çalışanlarının OSB'ye yönelik farkındalık ve bilgi düzeylerini artırmada etkili ve ilgi çekici bir yöntem olduğu bulunmuştur. Katılımcılardan alınan olumlu geri bildirimler doğrultusunda, benzer video tabanlı eğitim materyallerinin rutin tıbbi eğitim programlarına entegre edilmesi, OSB'nin erken tanı ve müdahale süreçlerini destekleyebilir.

Anahtar Kelimeler: Otizm farkındalık, etkileşimli video tabanlı eğitim, sağlık çalışanları

Objectives: Autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder characterised by persistent deficits in social communication and interaction, as well as restricted and repetitive behaviours. Early diagnosis of ASD is critical for effective interventions. This study aims to evaluate the effectiveness of interactive video-based training in increasing the awareness and knowledge of healthcare professionals regarding the early diagnosis of ASD.

Materials and Methods: A total of 8,864 primary health care workers (family physicians and health personnel) from 24 provinces of Türkiye participated in the study. The training materials included video clips demonstrating key ASD symptoms based on Autism Diagnostic Observation Schedule-II assessments. In order to evaluate the effectiveness of the video-based training, a Likert scale questionnaire was used for post-training evaluation. Data were analysed with descriptive statistics using SPSS 22 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) software.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Prof. Dr. Onur Burak Dursun, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Trabzon, Türkiye

E-posta: onurburak007@yahoo.com **ORCID:** orcid.org/0000-0003-2990-9851

Geliş Tarihi/Received: 08.04.2025 **Kabul Tarihi/Accepted:** 03.06.2025 **Yayınlanma Tarihi/Publication Date:** 11.11.2025

Atf/Cite this article as: Abanoz E, Turan B, Esin IS, Madan Özdemir R, Dursun OB. Investigation of health workers' opinions on the use of interactive video in autism awareness education. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2025;32(3):203-10

Copyright© 2025 Yazar. Türkiye Çocuk ve Gençlik Psikiyatrisi Derneği adına Galenos Yayınevi tarafından yayımlanmıştır. Creative Commons Atf-GayriTicari-Türetilemez 4.0 (CC BY-NC-ND) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmış, açık erişimli bir makaledir.



ABSTRACT

Results: 94% of the participants were satisfied with the training, 92% stated that the content was logically structured and 94% stated that the case examples reinforced the training. The videos were found interesting by 91% and increased focus by 93%. 94% of the participants stated that the videos effectively conveyed the basic features of ASD, 93% stated that the training increased their awareness, 92% stated that the videos were more effective compared to traditional methods, and 94% suggested that similar trainings should continue.

Conclusion: Interactive video-based training was found to be an effective and engaging method to increase the awareness and knowledge levels of healthcare professionals about ASD. In line with the positive feedback received from the participants, integrating similar video-based training materials into routine medical training programmes may support early diagnosis and intervention processes of ASD.

Keywords: Autism awareness, interactive video-based training, health workers

Giriş

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), sosyal iletişim ve etkileşimde kalıcı eksikliklerin yanı sıra sınırlı, tekrarlayan davranış ve ilgi kalıpları ile karakterize edilen nörogelişimsel bir bozukluktur. Bunlar, erken gelişim döneminde ortaya çıkar; sosyal ve mesleki işlevlerde klinik olarak anlamlı bozulmaya neden olur.¹ OSB'nin kesin etiyolojisi bilinmemektedir; hem çevresel faktörlerin hem de genetik faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir.² Yaklaşık %1'lik prevalansa sahip olduğu tahmin edilen OSB, son zamanlarda dünya çapında artış göstermektedir ve halk sağlığı açısından önemli bir sorun olarak kabul edilmektedir. Bu artışın nedeni; tanı kriterlerindeki değişikliklerden veya toplum, tıp uzmanları ve eğitimciler arasında OSB farkındalığının artmasından kaynaklanıyor olabilir.^{3,4} OSB'nin erken teşhisi, gelişimin kritik bir döneminde çocuğun ihtiyaçlarına uygun etkili tedaviyi uygulama açısından hayati önem taşımaktadır. Erken müdahalenin, sosyal davranışlar ve bilişsel beceriler konusunda daha iyi sonuçlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir.⁵

OSB'nin teşhisi, çocuğun bütün gelişim alanlarını ve eş tanı gösteren durumları değerlendirmeyi amaçlayan uzun vadeli ve çok aşamalı bir süreçtir. Bu süreç ebeveynler veya çocukla teması olan diğer kişiler tarafından gözlemlemekle başlar. Çocuğun rutin kontrolleri sırasında ebeveynleri ile ilişki kuran ilk sağlık çalışanları genellikle birinci basamak/aile hekimi/ doktorları ve çocuk doktorlarıdır. Bu da, birinci basamak doktorların rutin kontroller esnasında çocuktaki davranışsal belirtileri ilk fark eden kişiler olabileceği anlamına gelmektedir.^{6,7}

Toplum sağlığının ön saflarında yer alan aile hekimleri, OSB'yi taramak için iyi bir konumdadır. Tanı için herhangi bir laboratuvar testinin olmaması nedeniyle, otizmin erken teşhisi birinci basamakta kolay bir iş değildir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının çocuğun davranışsal özelliklerini gözlemleyerek tanı konusunda dikkat etmesi gerekmektedir.⁸ OSB belirtileri 2 yaşından önce ortaya çıkabilir; ancak günümüzde ortalama 4-5 yaşlarında tanısı konulmaktadır. OSB semptomlarının başlaması ile tanı arasında bir gecikme gözlenebilir. Sağlık çalışanlarının yeterli bilgi ve farkındalığa sahip olması OSB'li çocukların erken tanınmasını ve böylece erken müdahaleye başlamasını sağlayabilir. Bu sebeple, erken tarama konusunda yapılan özellikle tarama araçları ilgili araştırmalar büyük ilgi uyandırmaktadır. Son yıllarda OSB taraması için çocuğun ebeveynleriyle görüşme sonucu uygulanan birtakım ölçekler hazırlanmıştır. Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği (CHAT), Değiştirilmiş CHAT, Otizm Davranış Kontrol Listesi gibi bazı araçlar OSB'yi taramak için kullanılmıştır.⁹

OSB'nin erken teşhisinde kullanılan mevcut araçlara ek olarak, etkileşimli video tabanlı eğitimlerinde önemli bir rol oynayabileceği düşünülmektedir. Etkileşimli videolar, sağlık çalışanlarının eğitim süreçlerini daha etkili hale getirme potansiyeline sahip olup, otizm tanı sürecinde bilgi ve farkındalığı artırma konusunda yeni fırsatlar sunabilir.¹⁰ Bu bağlamda, çalışmamızın amacı etkileşimli video eğitimlerinin, OSB'nin erken teşhisinde ne ölçüde etkili olabileceğini belirlemek ve bu materyallerin sağlık çalışanlarının eğitiminde nasıl katkıda bulunabileceğini incelemektir.

Gereç ve Yöntem

Örneklem

Bu çalışma, Nisan 2017 ile Aralık 2018 tarihleri arasında Türkiye genelinde 81 ilde planlanan farkındalık eğitimleri kapsamında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya, 24 farklı şehirde (Adana, Ağrı, Ankara, Balıkesir, Batman, Bursa, Çorum, Denizli, Erzincan, Eskişehir, Gümüşhane, Hatay, İzmir, Kırıkkale, Kocaeli, Malatya, Manisa, Muğla, Ordu, Şırnak, Trabzon, Van, Yozgat ve Zonguldak) görev yapan toplam 8.864 sağlık çalışanı (aile hekimi ve birinci basamak aile sağlığı elemanı) katılmıştır.

Video Temelli Otizm Farkındalık Eğitimi

Eğitim kapsamında kullanılan video materyalleri, OSB tanısında yaygın olarak kullanılan Otizm Tanısal Gözlem Çizelgesi-II (ADOS-2) ile değerlendirilmiştir. Bu materyaller, OSB semptomları gösteren 1-5 yaş arası çocuklarla gerçekleştirilen ve altı ay boyunca kaydedilen görüşmelerden seçilmiştir. Videolarda, OSB'nin temel kırmızı bayrak semptomları olan konuşma gecikmesi, isme yanıt vermeme, ortak dikkat eksikliği, sınırlı sosyal etkileşim, azalmış göz teması ve stereotipik hareketler vurgulanmaktadır.¹¹ Ayrıca, normal gelişim örüntülerini karşılaştırmak amacıyla, ADOS-2 görevlerini yerine getiren benzer yaştaki tipik gelişim gösteren bir çocuğun yer aldığı kontrol videosu da eğitim materyaline dahil edilmiştir. Videolarda yer alan çocukların ebeveynlerinden, materyallerin Türkiye'deki sağlık çalışanlarının eğitimi amacıyla kullanılması için yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Eğitim materyali, bilimsel yazında Adair¹² tarafından tanımlanan karar verme adımlarını destekleyecek şekilde yapılandırılmıştır. Karşılıklı iletişim, kontrol ve bulgular arasında geçiş yapılmasını sağlayan bu yapı, eğitimi alan kişinin materyali bağımsız olarak uygulayabilmesine de olanak tanımaktadır.¹²

Materyalin etkinliğini değerlendirmek amacıyla, 60 tıp fakültesi ikinci sınıf öğrencisi üzerinde bir pilot çalışma yürütülmüştür. Pilot çalışmanın sonuçları doğrultusunda eğitim materyali revize edilmiş ve 2014-2015 yılları arasında Erzurum'da daha geniş ölçekli bir pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Bu uygulamada, 20-30 kişilik gruplar halinde gerçekleştirilen eğitimlere toplam 156 aile hekimi ve 165 birinci basamak sağlık çalışanı katılmıştır. Bu süreçte, eğitim formatı nihai haline getirilmiştir.

Eğitim Değerlendirme Anketi ve Analizi

Eğitimlerin tamamlanmasının ardından, video materyalinin eğitici, ilgi çekici ve etkili olup olmadığını değerlendirmek amacıyla 16 farklı alanı kapsayan bir anket uygulanmıştır. Anket, beşli Likert ölçeği kullanılarak hazırlanmış olup, katılımcıların “kesinlikle katılmıyorum” ile “kesinlikle katılıyorum” arasında derecelendirme yapmaları istenmiştir. Anket verileri, ilgili il sağlık müdürlükleri tarafından toplanmış ve retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Elde edilen nicel veriler, betimsel istatistikler kullanılarak analiz edilmiş ve tablolar halinde sunulmuştur. Verilerin istatistiksel analizi, SPSS 22 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışma için Trabzon Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (karar no: 2025/174, tarih: 04.02.2025).

Bulgular

Etkileşimli Videolarla İlgili Memnuniyet ve Kullanılabilirlik Düzeyleri

Öğrenenlerin memnuniyet düzeylerini, kullanılabilirlik ve öğrenenler tarafından algılanan faydayı belirlemek amacıyla anketin 1., 3., 4., 5., 6., 7., 9., 10. ve 15. maddeleri kullanılmıştır. Katılımcıların bu maddelere verdikleri yanıtların dağılımları Tablo 1'de sunulmuştur.

Bulgulara göre, “Video materyal içindeki konular açık bir şekilde sunulmuştu” maddesine katılıyorum ve tamamen katılıyorum yanıtını veren katılımcıların oranı %94'tür. Katılımcıların %91'i “Görsel açıdan video materyalini beğendim”, %92'si ise “Video materyaldeki konular mantıklı bir sıraya göre hazırlanmıştı” maddelerine olumlu yanıt vermiştir.

Benzer şekilde, katılımcıların “Videoda örnek olguların yer alması dersin etkisini artırdı” (%94), “Video materyali eğlenceliydi” (%79), “Video materyali dikkat çekiciydi” (%91), “Video materyali dikkati konu üzerinde toplamamı sağladı” (%93), “Video içerisinde alıştırma bulunması dersin etkisini artırdı” (%93) ve “Video içerisinde dönüt ekranlarının olması konunun anlaşılmasını kolaylaştırdı” (%91) ifadelerine yüksek oranda katıldıkları gözlenmiştir.

Etkileşimli Videolarla İlgili Algılanan Öğrenme ve Farkındalık Düzeyleri

Etkileşimli videoların öğrenme ve farkındalık üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla anketin 8., 11., 12., 13. ve

14. maddeleri kullanılmıştır. Bu maddelere ilişkin katılımcı yanıtlarının dağılımı Tablo 2'de yer almaktadır.

Katılımcıların %91'i “Video materyali anlatılan konu üzerinde derinlemesine düşünmemi sağladı”, %94'ü “Video materyal, otizm muayenesi yapmaya yönelik fikir verdi”, %94'ü “Video materyal, otizmin temel bulgularının öğrenilmesi açısından etkilidir”, %93'ü “Video materyal, otizm konusunda bilinçlenmemi sağladı” ve %94'ü “Video materyal, bu konunun akılda kalıcı olmasını sağladı” ifadelerine olumlu yanıt vermiştir.

Etkileşimli Video Kullanım Gerekliliği

Anketin 2. ve 16. maddeleri, etkileşimli videoların gelecekteki eğitimlerde kullanıma olasılığına ve öğrenme sürecindeki gerekliliğine ilişkin görüşleri değerlendirmektedir. Bu iki maddeye ilişkin sonuçlar Tablo 3'te gösterilmiştir.

Katılımcıların %92'si “Video materyali yardımı ile bu konuyu video kullanılmayan diğer konulardan daha iyi öğrendim” ve %94'ü “Diğer eğitimler için de benzer videoların kullanılmasını öneririm” ifadelerine yüksek oranda katıldıklarını belirtmiştir.

Tartışma

Birinci basamak sağlık çalışanları otizm farkındalık eğitiminde etkileşimli videoların kullanımına yönelik sağlık çalışanlarının yanıtlarından elde edilen bulgularda temel olarak; etkileşimli videoların yüksek memnuniyet ve kullanım kolaylığı sağladığı, öğrenme süreçlerine olan katkıları ve konuyla ilgili farkındalık düzeylerini artırdığı, gelecekteki eğitimlerde kullanımı hakkında olumlu geri dönüşlerde bulunduğu görülmüştür. Ayrıca, etkileşimli videoların farkındalık düzeylerini artırma kapasitesi OSB'nin erken teşhisi ve tedavisi hakkında mevcut yöntemlere önemli ölçüde katkı sağlayabilir. Çalışmamız, etkileşimli videoların sağlık eğitimi için etkili bir araç olduğuna dair kanıtlar sunmaktadır. Elde edilen bulgular literatürdeki diğer çalışmalarla beraber yorumlanmıştır.

Katılımcılar, etkileşimli videoların içeriğinin açık bir şekilde sunulduğunu (%94), görsel açıdan beğenildiğini (%91) ve konuların mantıklı bir sıraya göre hazırlandığını (%92) belirtmiştir. Bu bulgular, etkileşimli videoların içeriğinin anlaşılabilirliğini ve iyi yapılandırılmış olduğunu, eğitim materyali olarak yüksek kullanılabilirliğe sahip olduğunu ve öğrenme aşamalarını olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Ploetzner¹³ etkileşimli videoların öğrenme materyali olarak etkili olduğunu, bilgiyi daha kalıcı bir şekilde öğrenmelerine yardımcı olduğunu ve öğrenme süreçlerini daha etkileşimli hale getirdiğini belirtmiştir. Mayer¹⁴ eğitim materyallerinin öğrencilere gereksiz bilgilerden kaçınarak etkili bir şekilde tasarlanmasının, açık ve anlaşılır bir şekilde sunulmasının öğrenme süreçlerinin iyileştirilmesine yardımcı olabileceğini göstermiştir. Sweller¹⁵ iyi tasarlanmış öğrenme materyallerinin bilişsel yükü azaltarak öğrenme etkinliğini kolaylaştırdığını belirtmiştir. Sonuçlarımız literatürle uyumlu görünmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların etkileşimli videoların kullanım kolaylığına ve memnuniyet düzeylerine yönelik yanıtları

	Cevap kategorisi	f	%	Kümülatif (f)	Kümülatif (%)
Video materyal içindeki konular açık bir şekilde sunulmuştu.	5	5377	60,7	5377	%61
	4	2941	33,2	8318	%94
	3	125	1,4	8443	%95
	2	143	1,6	8586	%97
	1	278	3,1	8864	%100
		8864	100		
Videoda örnek olguların yer alması dersin etkisini artırdı.	5	5893	66,5	5893	%66
	4	2475	27,9	8368	%94
	3	106	1,2	8474	%96
	2	89	1	8563	%97
	1	301	3,4	8864	%100
		8864	100		
Görsel açıdan video materyalini beğendim.	5	5086	57,4	5086	%57
	4	2971	33,5	8057	%91
	3	325	3,7	8382	%95
	2	191	2,2	8573	%97
	1	291	3,3	8864	%100
		8864	100		
Video materyali eğlenceliydi.	5	3727	42	3727	%42
	4	3286	37,1	7013	%79
	3	980	11,1	7993	%90
	2	569	6,4	8562	%97
	1	302	3,4	8864	%100
		8864	100		
Video materyali dikkat çekiciydi.	5	4839	54,6	4839	%55
	4	3257	36,7	8096	%91
	3	331	3,7	8427	%95
	2	169	1,9	8596	%97
	1	268	3	8864	%100
		8864	100		
Video materyali dikkati konu üzerinde toplamamı sağladı.	5	5219	58,9	5219	%59
	4	3021	34,1	8240	%93
	3	210	2,4	8450	%95
	2	134	1,5	8584	%97
	1	280	3,2	8864	%100
		8864	100		
Video içerisinde alıştırma bulunması dersin etkisini artırdı.	5	5072	57,2	5072	%57
	4	3128	35,3	8200	%93
	3	246	2,8	8446	%95
	2	164	1,9	8610	%97
	1	254	2,9	8864	%100
		8864	100		

Tablo 1. Devamı

	Cevap kategorisi	f	%	Kümülatif (f)	Kümülatif (%)
Video içerisinde dönüt ekranlarının olması konunun anlaşılmasını kolaylaştırdı.	5	4738	53,5	4738	%53
	4	3331	37,6	8069	%91
	3	359	4,1	8428	%95
	2	183	2,1	8611	%97
	1	253	2,9	8864	%100
		8864	100		
Video materyaldeki konular, mantıklı bir sıraya göre hazırlanmıştı.	5	4900	55,3	4900	%55
	4	3274	36,9	8174	%92
	3	296	3,3	8470	%96
	2	128	1,4	8598	%97
	1	266	3	8864	%100
		8864	100		

Tablo 2. Katılımcıların etkileşimli videoların algılanan öğrenme ve farkındalık düzeylerine yönelik yanıtları

	Cevap kategorisi	f	%	Kümülatif (f)	Kümülatif (%)
Video materyali anlatılan konu üzerinde derinlemesine düşünmemi sağladı.	5	4777	53,9	4777	%54
	4	3271	36,9	8048	%91
	3	372	4,2	8420	%95
	2	176	2	8596	%97
	1	268	3	8864	%100
		8864	100		
Video materyal, otizm muayenesi yapmaya yönelik fikir verdi.	5	5202	58,7	5202	%59
	4	3130	35,3	8332	%94
	3	139	1,6	8471	%96
	2	128	1,4	8599	%97
	1	265	3	8864	%100
		8864	100		
Video materyal, otizmin temel bulgularının öğrenilmesi açısından etkilidir.	5	5349	60,3	5349	%60
	4	2996	33,8	8345	%94
	3	134	1,5	8479	%96
	2	116	1,3	8595	%97
	1	269	3	8864	%100
		8864	100		
Video materyal, otizm konusunda bilinçlenmemi sağladı.	5	5164	58,3	5164	%58
	4	3112	35,1	8276	%93
	3	182	2,1	8458	%95
	2	138	1,6	8596	%97
	1	268	3	8864	%100
		8864	100		
Video materyal, bu konunun akılda kalıcı olmasını sağladı.	5	5458	61,6	5458	%62
	4	2875	32,4	8333	%94
	3	155	1,7	8488	%96
	2	106	1,2	8594	%97
	1	270	3	8864	%100
		8864	100		

Tablo 3. Katılımcıların etkileşimli videoların gerekliliği ve gelecekte kullanılmasına yönelik yanıtları

	Cevap kategorisi	f	%	Kümülatif (f)	Kümülatif (%)
Video materyali yardımı ile bu konuyu video kullanılmayan diğer konulardan daha iyi öğrendim.	5	5161	58,2	5161	%58
	4	2994	33,8	8155	%92
	3	208	2,3	8363	%94
	2	215	2,4	8578	%97
	1	286	3,2	8864	%100
		8864	100		
Diğer eğitimler için de benzer videoların kullanılmasını öneririm.	5	5789	65,3	5789	%65
	4	2534	28,6	8323	%94
	3	160	1,8	8483	%96
	2	102	1,2	8585	%97
	1	279	3,1	8864	%100
		8864	100		

Katılımcılar, videolarda örnek olguların yer almasının ve alıştırma bulunmasının dersin etkisini artırdığını (%94 ve %93), dönüt ekranlarının olması konunun anlaşılmasını kolaylaştırdığını (%91) ve video materyallerinin dikkat çekici olduğunu (%91) ifade etmişlerdir. Bu bulgular, etkileşimli videoların hem bilgi aktarımını hem de öğrenme sürecini daha verimli hale getirdiğini, aktif katılımın bilgiye daha iyi erişim sağladığını, etkileşimli videoların öğrenme süreçlerinde önemli rol oynadığını ortaya koymaktadır. Kolâs¹⁶ etkileşimli videoların öğrencileri daha aktif hale getirdiğini, içerikle etkileşim halinde olmalarının dikkatlerini artırdığını ve öğrenme motivasyonlarını yükselttiğini belirtmiştir. Navarrete¹⁷ etkileşimli videoların öğrencilerin katılımını ve öğrenme motivasyonlarını artırmada etkili olduğunu, etkileşimli öğelerin öğrenme sürecini daha verimli hale getirdiğini ifade etmiştir. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar literatürü destekler niteliktedir.

Katılımcılar, etkileşimli videoların konu üzerinde derinlemesine düşünmeyi sağladığını (%91), otizmin temel bulguları hakkında bilgi verdiğini (%94) ve bu bilgilerin akılda kalıcı olmasını sağladığını (%94) yüksek olumlu yanıt vererek etkinliğini desteklemiştir. Bu bulgular, etkileşimli videoların algılanan öğrenme ve farkındalık düzeylerini arttırdığını, ayrıca bu araçların eğitimlerde kullanılmasının bilginin daha kalıcı hale gelmesinde etkili olduğunu göstermektedir. Desai ve Kulkarni¹⁸ etkileşimli videoların öğrencilerin öğrenme deneyimini geliştirmek için son derece iyi bir eğitim aracı olduğunu ve öğrenmenin etkinliğini artırmada rol oynadığını ortaya koymuştur. Lin ve Yu¹⁹ ise etkileşimli ve görsel içerikleri zengin öğrenme araçları kullanıldığında öğrencilerin öğrenmeye ilgisinin artabileceğini belirtmiştir.

Katılımcılar, etkileşimli videoların otizm muayenesi yapmaya yönelik fikir verdiğini (%94) ve otizm konusunda bilinçlenme sağladığını (%93) belirtmiştir. Bu sonuçlar, etkileşimli videoların otizm erken tanı ve farkındalığı konusunda etkin bir araç olabileceğini göstermektedir. Etkileşimli video eğitimi sonrasında otizm hakkında bilgi edinilmesi veya eksikliklerin giderilmesi sağlık çalışanlarının otizmi daha hızlı ve doğru

bir şekilde teşhis etmesine yardımcı olabilir. Gilbert ve ark.²⁰ yaptıkları çalışmada otizm eğitim programının erken yaşta otizm tanısını desteklemek için etkili bir araç olduğunu, ayrıca katılımcıların bilgi ve becerilerini geliştirmede rol oynadığını belirtmiştir. Gore ve ark.²¹ otizmin erken belirtilerini tanıma eğitim programı sonrası hemşirelerin otizm tanısında kendilerine olan güven, bilgi ve öz-yeterlilik düzeylerinde anlamlı gelişmeler sağladığını bulmuştur. Sonuçlarımız literatürle uyumlu olarak, etkileşimli materyallerin sağlık çalışanlarının eğitimi üzerinde etkisi ve erken teşhis konusunda faydalı olduğunu göstermektedir. Ayrıca otizm gibi spesifik konularda sağlık çalışanlarının bilgi ve farkındalık düzeylerini artırıcı bir araç olarak kullanılması gerektiğini desteklemektedir.

Katılımcıların %92'si "Video materyali yardımı ile bu konuyu video kullanılmayan diğer konulardan daha iyi öğrendim" ve %94'ü "Diğer eğitimler için de benzer videoların kullanılmasını öneririm" ifadelerine yüksek oranda katıldıklarını belirtmiştir. Bu bulgular etkileşimli videoların gelecekteki eğitimlerde kullanılması gerektiğini ve geleneksel yöntemlere göre daha etkili olduğunu göstermektedir. Katılımcıların etkileşimli videoların gelecekteki kullanımı ve etkinliği hakkındaki olumlu görüşleri, bu eğitim aracının kalıcı bir yer edinmesi gerektiğini göstermektedir. Gros ve García-Peñalvo²² etkileşimli materyallerle öğrencilerin öğrenme aşamalarına daha aktif katılım sağladığını ve öğrenme deneyimini arttırdığını ifade etmiştir. Ukenova ve Bekmanova²³ yaptıkları çalışmada etkileşimli öğrenme yöntemlerinin öğrencilerin öğrenme deneyimlerini geliştirdiğini; öğrenci motivasyonunu ve katılımını arttırdığını bulmuştur. Sonuçlarımız literatür ışığında değerlendirildiğinde, etkileşimli materyallerin kullanımı sağlık çalışanlarının bilgiye ulaşımını arttırabileceğini, otizmin erken tanısında ve tedavisinde önemli fark yaratabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, çalışmanın kesitsel tasarımı neden-sonuç ilişkilerinin kurulmasını sınırlamaktadır. Ayrıca veriler, katılımcıların

öznel beyanlarına dayalı olarak toplanmış olup, objektif ölçüm araçları kullanılmamıştır. Bu durum, elde edilen bulguların yorumlanmasında dikkatli olunmasını gerektirmektedir. Eğitim sonrası memnuniyet düzeylerinin yalnızca kısa vadede değerlendirilmiş olması da çalışmanın bir diğer sınırlılığıdır. Eğitimin uzun vadeli etkilerinin değerlendirilememiş olması, bu etkilerin kalıcılığına yönelik çıkarımlar yapılmasını kısıtlamaktadır. Bununla birlikte, çalışmamız alandaki literatüre katkı sağlayarak bu konuda yapılacak daha geniş örneklemli, boylamsal ve objektif değerlendirmeleri içeren ileri araştırmalar için bir temel sunmaktadır.

Sonuç

Sonuç olarak; birinci basamak sağlık çalışanları otizm farkındalık eğitiminde etkileşimli videoların kullanımını olumlu olarak değerlendirdikleri görülmüştür. Bu çalışma, etkileşimli videoların sağlık çalışanlarının eğitiminde yüksek memnuniyet sağladığını, öğrenme süreçlerini güçlü bir şekilde desteklediğini ve farkındalık oluşturduğunu ortaya koymaktadır. Erken tanı ve farkındalığın artırılması, sağlık çalışanlarının otizmi daha etkili bir şekilde yönetmesini sağlayacaktır. Videoların açık ve anlaşılır olması, görsel açıdan zengin olması öğrenme süreçlerinin etkinliğini arttırabilir. Bu bağlamda, etkileşimli videoların eğitimde etkin bir araç olarak kullanılması ve sağlık eğitimlerinde daha yaygın bir şekilde yer alması teşvik edilmelidir. Gelecek araştırmalar, etkileşimli videoların farklı eğitim alanlarında etkinliğini arttıracak yöntemleri incelemelidir. Ayrıca, bu tür materyallerin etkinliğini arttırmak için teknolojik yeniliklerin entegrasyonu üzerine daha fazla incelemelere ihtiyaç vardır.

Etik

Etik Kurul Onayı: Bu çalışma için Trabzon Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (karar no: 2025/174, tarih: 04.02.2025).

Hasta Onayı: Videolarda yer alan çocukların ebeveynlerinden, materyallerin Türkiye'deki sağlık çalışanlarının eğitimi amacıyla kullanılması için yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Dipnotlar

Yazarlık Katkıları

Konsept: İ.S.E., O.B.D., Dizayn: İ.S.E., O.B.D., Veri Toplama veya İşleme: E.A., B.T., İ.S.E., R.M.Ö., O.B.D., Analiz veya Yorumlama: E.A., B.T., İ.S.E., R.M.Ö., O.B.D., Literatür Arama: E.A., B.T., Yazan: E.A., B.T.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.

2. Bailey A, Phillips W, Rutter M. Autism: towards an integration of clinical, genetic, neuropsychological, and neurobiological perspectives. *J Child Psychol Psychiatry*. 1996;37:89-126.
3. Elsabbagh M, Divan G, Koh YJ, Kim YS, Kauchali S, Marcín C, Montiel-Nava C, Patel V, Paula CS, Wang C, Yasamy MT, Fombonne E. Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Res*. 2012;5:160-179.
4. Wing L, Potter D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2002;8:151-161.
5. MacDonald R, Parry-Cruwys D, Dupere S, Ahearn W. Assessing progress and outcome of early intensive behavioral intervention for toddlers with autism. *Res Dev Disabil*. 2014;35:3632-3644.
6. Sobieski M, Sobieska A, Sekulowicz M, Bujnowska-Fedak MM. Tools for early screening of autism spectrum disorders in primary health care—a scoping review. *BMC Prim Care*. 2022;23:46.
7. Sices L, Feudtner C, McLaughlin J, Drotar D, Williams M. How do primary care physicians identify young children with developmental delays? A national survey. *J Dev Behav Pediatr*. 2003;24:409-417.
8. Committee on Children With Disabilities. American Academy of Pediatrics: The pediatrician's role in the diagnosis and management of autistic spectrum disorder in children. *Pediatrics*. 2001;107:1221-1226.
9. Chen S, Zhao J, Hu X, Tang L, Li J, Wu D, Yan T, Xu L, Chen M, Huang S, Hao Y. Children neuropsychological and behavioral scale-revision 2016 in the early detection of autism spectrum disorder. *Front Psychiatry*. 2022;13:893226.
10. Taslibeyaz E, Dursun OB, Karaman S. Interactive video usage on autism spectrum disorder training in medical education. *Interact Learn Environ*. 2017;25:1025-1034.
11. Lord C, Risi S, Lambrecht L, Cook EH Jr, Leventhal BL, DiLavore PC, Pickles A, Rutter M. The autism diagnostic observation schedule-generic: a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *J Autism Dev Disord*. 2000;30:205-223.
12. Adair JE. Decision making and problem solving strategies. 9th ed. London: Kogan Page Publishers; 2007.
13. Ploetzner R. The effectiveness of enhanced interaction features in educational videos: a meta-analysis. *Interact Learn Environ*. 2024;32:1597-1612.
14. Mayer RE. Using multimedia for e-learning. *J Comput Assist Learn*. 2017;33:403-423.
15. Sweller J. Cognitive load theory and educational technology. *Educ Technol Res Dev*. 2020;68:1-16.
16. Kolás L. Application of interactive videos in education. In: Proceedings of the 14th International Conference on Information Technology Based Higher Education and Training (ITHET); 2015 Jun; Lisbon, Portugal. Piscataway, NJ: IEEE; 2015. p. 1-6.
17. Navarrete E. A review on recent advances in video-based learning research: video features, interaction, tools, and technologies. [Internet]. Hannover (DE): Leibniz Universität Hannover; 2021 [cited 2025 Sep 24]. Available from: <https://repo.uni-hannover.de/items/018cc97b-b6b0-4070-883d-4711c8185aa8>
18. Desai T, Kulkarni D. Assessment of interactive video to enhance learning experience: a case study. *J Eng Educ Transform*. 2022;35:74-80.
19. Lin Y, Yu Z. A meta-analysis of the effects of augmented reality technologies in interactive learning environments (2012-2022). *Comput Appl Eng Educ*. 2023;31:1111-1131.
20. Gilbert M, Gore K, Hawke M, Barbaro J. Development, delivery, and evaluation of a training program for the early identification of autism: monitoring of social attention, interaction, and communication. *Front Neurol*. 2023;14:1201265.
21. Gore K, Gilbert M, Hawke M, Barbaro J. Investigating autism knowledge, self-efficacy, and confidence following maternal and

- child health nurse training for the early identification of autism. *Front Neurol*. 2024;14:1201292.
22. Gros B, García-Peñalvo FJ. Future trends in the design strategies and technological affordances of e-learning. In: Gros B, García-Peñalvo FJ, editors. *Learning, design, and technology: an international compendium of theory, research, practice, and policy*. Cham: Springer; 2023. p. 345–367.
23. Ukenova A, Bekmanova G. A review of intelligent interactive learning methods. *Front Comput Sci*. 2023;5:1141649.

Approach to the Adolescent Patient Diagnosed with Cystic Fibrosis and Asperger's Syndrome: A Case Report

Kistik Fibrozis ve Asperger Tanılı Ergene Yaklaşım: Bir Olgu Sunumu

● Ayşe Merve Benk¹, ● İrem Damla Çimen²

¹Tokat Dr. Cevdet Aykan Mental Health and Diseases Hospital, Clinic of Child and Adolescent Psychiatry, Tokat, Türkiye

²Kocaeli University Faculty of Medicine, Department of Child And Adolescent Psychiatry, Kocaeli, Türkiye

ABSTRACT

Cystic fibrosis (CF) is an autosomal recessive disease caused by mutations in the gene encoding the CF transmembrane regulator protein, which is the cell membrane chloride channel. Chronic diseases such as CF, epilepsy, chronic kidney failure, cancer, diabetes and asthma lead to many conditions such as additional rules for young people's lives, long-term drug treatments that require regular use, and diet practices. Even in adolescents with normal development, there are many difficulties in compliance with treatment. More difficulties can be observed in patients with Asperger's syndrome (AS), who are disadvantaged in social adaptation, interpreting social messages and abstract concepts. AS is included under the title of autism spectrum disorders in DSM-5. Qualitative deterioration in social interaction, limited, stereotyped and repetitive patterns in behavior, interests and activities, without significant language development delay are the main features of this disorder. In cases where both mental disorders and organic diseases coexist, a multidisciplinary approach provides benefits such as control of infections or additional disorders, reduction in hospitalizations, and increase in social adaptation skills. In this case report, it is aimed to discuss the diagnosis and treatment process of a 15-year-old male patient who was diagnosed with CF in addition to AS, who applied to our department with obsession and behavioral problems.

Keywords: Cystic fibrosis, Asperger's syndrome, chronic disease, day treatment clinic

ÖZ

Kistik fibrozis (KF), hücre zarı klor kanalı olan KF transmembran regülör proteinini kodlayan gendeki mutasyonların neden olduğu otozomal resesif bir hastalıktır. KF, kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları, epilepsi, kronik böbrek yetmezliği, kanser, diyabet, astım gibi kronik hastalıklar, gençlerin yaşamlarına yönelik uyulması gereken ek kurallar, düzenli kullanım gerektiren uzun süreli ilaç tedavileri ve diyet uygulamaları gibi birçok duruma yol açmaktadır. Normal gelişim gösteren ergenlerde bile tedaviye uyum konusunda birçok güçlük yaşanırken; toplumsal uyum, sosyal mesajları ve soyut kavramları yorumlama konularında güçlük çeken Asperger sendromu (AS) tanılı hastalarda daha çok zorluk gözlenebilmektedir. AS DSM-5'te otizm spektrum bozuklukları başlığı altında yer almaktadır. Belirgin dil gelişimi gecikmesi olmaksızın, toplumsal etkileşimde nitel bozulma, davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlı, basmakalıp ve yineleyici örüntülerin olması bu bozukluğun temel özellikleridir. Hem ruhsal bozuklukların hem de organik hastalıkların bir arada olduğu durumlarda multidisipliner yaklaşım, enfeksiyon veya ek bozuklukların kontrolü, hastane yatışlarının azalması, sosyal uyum becerilerinin artması gibi yararlar sağlamaktadır. Bu olgu sunumunda, bölümümüze takıntılar ve davranış sorunları nedeniyle, AS'ye ek olarak KF tanısı olan 15 yaş 3 aylık erkek hastanın tanı ve tedavi sürecinin ayrıntılı şekilde tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kistik fibrozis, Asperger sendromu, kronik hastalık, gündüz kliniği

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Ayşe Merve Benk, MD, Tokat Dr. Cevdet Aykan Mental Health and Diseases Hospital, Clinic of Child and Adolescent Psychiatry, Tokat, Türkiye

E-mail: mervebenk9@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0001-8620-7851

Received/Geliş Tarihi: 20.10.2022 **Accepted/Kabul Tarihi:** 19.09.2024 **Yayınlanma Tarihi/Publication Date:** 11.11.2025

Cite this article as/Atıf: Benk AM, Çimen ID. Approach to the adolescent patient diagnosed with cystic fibrosis and Asperger's syndrome: a case report. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2025;32(3):211-4

Copyright© 2025 The Author. Published by Galenos Publishing House on behalf of the Turkish Association for Child And Adolescent Psychiatry. This is an open access article under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND) International License.



Introduction

Cystic fibrosis (CF) is an autosomal recessive disease caused by mutations in the gene encoding the CF transmembrane regulator protein.¹ It often occurs in childhood with progressive pulmonary symptoms and exocrine pancreatic gland insufficiency.² Diagnosis is made by measuring chloride in sweat and confirmed by a gene mutation test.³ There is increasing interest in factors influencing the efficacy of treatment to improve the prognosis of CF, including psychological difficulties.^{4,5}

Asperger's syndrome (AS) is classified under autism spectrum disorder (ASD). Although the information about the frequency of AS is limited, it is estimated to be 1 in 200. It is often difficult to diagnose the condition at an early age, and it has been reported that the diagnosis is made at an average age of 11. Cases in which the diagnosis of AS was delayed until adulthood have also been reported.^{6,7}

In the National Research on Children with Special Health Needs, it was found that children with ASD had more difficulty accessing care practices, experienced more financial problems, and were more affected in their family well-being, indicating that more attention should be paid to the medical needs of children with ASD.⁸ Both CF and AS are lifelong and can cause burnout for patients and their families during the treatment process.⁹ In the literature, there are few studies on the approach to additional chronic organic disorders such as CF in adolescents diagnosed with AS. This case report was presented to increase awareness of this complex comorbidity, to enable healthcare professionals to be sensitive to the needs of these patients, and to emphasize the importance of a multidisciplinary approach. It discussed the approach to the difficulties experienced by the patient and his family during the treatment of CF in a patient with AS, as highlighted in the literature. The patient and his family were informed about the scientific presentation of the follow-up and treatment process, and written consent was obtained prior to publication.

Case Report

A 15-year-old male patient presented to our clinic complaining of "washing his hands for hours and exhibiting aggressive behavior towards the family". The patient learned to read by himself when he was 4.5 years old. He reported selective eating and had restrictive and intense interests in space and astronomy. His social relationships were always limited. When he was 12 years old, he was diagnosed with AS. The patient was directed to special education, but the family did not accept it citing a fear of "stigmatization". After about a year, the family voluntarily left child psychiatry follow-up. Due to persistence of complaints which included avoidance of eye contact, obsessions and compulsions and increasing requirements for social, academic and medical compliance the family consulted our department after 2 years without follow-up.

In the outpatient follow-ups, sertraline treatment and cognitive behavioral therapy were started. After explaining the importance of individual education to the family, the family enrolled in a

special education center. It was recommended to spend time with peers outdoors in social areas with low infection risk. It has been learned that reduced effort capacity due to CF also restricts outdoor activities, thereby reinforcing online games. It was planned to continue his treatment in the day treatment clinic to provide more intensive treatment and to participate in group activities.

Personal and Family History

The mother was a 30-year-old university graduate working as a kindergarten teacher while the father was a 35-year-old university graduate working as an accountant. When the patient was 3 months old, they presented to the pediatric outpatient clinic with complaints of "failure to thrive, failure to gain weight, greasy stools and salty sweating". As a result of a sweat test and genetic analysis, he was diagnosed with CF. Since then, he has been followed regularly by the pediatric gastroenterology and endocrinology departments. Until the age of three, he was hospitalized eight times due to lung infections. His last hospitalization was in 2021 due to infection and lasted 18 days.

Day Treatment Clinic Follow-up and Treatment Process

In the day clinic, the patient was diagnosed with CF, AS, and obsessive-compulsive disorder. The behavioral approach focused on communication skills, developing empathy, motor skills, and adapting to the rules. During the clinical follow-up period, it was observed that the patient's eye contact increased, his speech was more understandable, he did not interrupt the CF treatment, and he adapted to the hygiene rules in a short time. He was good at painting, and he started a painting course.

In family interviews, it was found that they experience many negative emotions. The family had difficulty in setting rules, assigning responsibilities to the patient and acted overprotectively. Behavioral problems such as defiance, stubbornness, and anger attacks were frequently seen in the patient; and the family was very worried that he could even disrupt the treatment protocols. Suggestions were made to strengthen the social support system. In the first week of the follow-up, the treatment in the day treatment clinic was terminated at the request of the family, who was worried about academic participation. Outpatient follow-up was planned, and the patient was discharged with partial remission. The total score of the Wechsler Intelligence Test performed 2 years ago was 140. While the state-trait anxiety inventory sub-scores were 45/50 at the first outpatient clinic admission in May 2021, the scores after the day clinic improved to 34/42. When the scores of the Beck Depression Scale, administered at both admission and discharge, were examined, the scale score, which was 38 at admission, was found to be 26 at discharge from the clinic. The Maudsley Obsessive Compulsive Disorder Scale measured at 20 points both in the outpatient clinic and post-clinic. Although there was a decrease in the scale scores at the end of the treatment process administered in both the outpatient and day clinics, it was observed that the scores were still high. Disease severity (Clinical Global Impression-Severity) was 5 (severely ill) and global improvement (Clinical Global

Impression-Improvement) was 2 (highly improved) on entry and exit from the day-treatment clinic using the Clinical Global Impression Scale.

Discussion

CF can affect patients and their families in many ways. Physical and social restrictions, strict medical practices, hospitalizations, worries about the disease and uncertainty about the future can cause anxiety and depression in both patients and parents.¹⁰ As for AS, the characteristics of the disorder, especially problems in verbal communication, make the diagnosis and treatment process more complex.⁸ Although there is no clear information about the co-occurrence of the diagnosis of CF and AS, in a study conducted with 18 patients with attention deficit hyperactivity disorder and CF, it was reported that two of the patients had an additional diagnosis of ASD.¹¹ In our case, the presence of AS together with the diagnosis of CF adversely affected treatment compliance and continuity, motivation in the treatment processes, and the course of the disease. In a study by Pasley et al.,⁹ the psychiatric difficulties identified by the multidisciplinary CF team in the treatment of outpatients with CF and ASD diagnoses were fear/anxiety about going to the CF clinic, medication changes, and problems with eating and constipation. For these situations, it is recommended to cooperate with parents and strengthen parents' coping skills, to have stable health personnel working with the patient, to use social stories, and to wait a month for adaptation in case of changes. It was stated that it would be beneficial to enable the child to explore medical equipment and to use behavioral approaches such as gradual exposure and desensitization to teach applications.⁹ During the disease process, parents can sometimes experience negative emotions such as anger, helplessness, guilt, and fear of losing their child. The main responsibilities of the psychiatrist are to assess the psychiatric effects of CF, to make comprehensive assessments, to provide intervention, and to support when emotional, behavioral, and psychological difficulties arise.¹⁰ Although the prognosis of the disease is variable, coping skills are particularly important in crisis periods when it progresses negatively, and a rational and conscious attitude in these processes is very effective in managing crises effectively, and ensuring full well-being. The ability of parents to manage the process is very important in ensuring the physical, social, and mental well-being of children, compliance with treatment and control of crisis periods. In addition, when processes such as having a chronic disease in adolescence, the need for long-term and regular treatment, staying away from peers, and frequent hospitalizations are considered by young people as preventing independence, insecurity, inadequacy, feelings of powerlessness, and depression may occur.¹² The fact that our patient had strict rules and rituals due to AS, frequent doctor check-ups and treatment practices, and the change of treatment teams and centers may have increased anger and aggression and negatively affecting his treatment compliance. In this context, those who experience the disease face different crisis periods in childhood, adolescence, and adulthood, and psychosocial support is very important for patients during these

periods. Awareness of the emotional problems experienced by these children and their families can be beneficial for therapeutic efficacy and for preventing potential problems that could seriously impair the patient's well-being.¹⁰

Management of CF requires an interdisciplinary team to maximize life expectancy and quality of life. All patients and their families should be offered the opportunity to meet with a child and adolescent psychiatrist.¹⁰ Our patient benefited from the day treatment clinic, and it is thought that the may also be beneficial for patients with chronic organic disorders, diagnosed with AS or ASD.

Conclusion

The coexistence of CF and AS in adolescence necessitates a comprehensive multidisciplinary approach. Addressing potential challenges arising from Asperger-related difficulties through individual and family counseling, alongside structured support in educational and social domains, is essential to optimize treatment adherence. We hope that this article will provide valuable insights and contribute to the management of chronic conditions accompanied by AS.

Ethics

Informed Consent: Written consent was obtained.

Footnotes

Authorship Contributions

Concept: A.M.B., İ.D.Ç., Design: A.M.B., İ.D.Ç., Data Collection or Processing: A.M.B., İ.D.Ç., Analysis or Interpretation: A.M.B., İ.D.Ç., Literature Search: A.M.B., İ.D.Ç., Writing: A.M.B., İ.D.Ç.

Conflict of Interest: The authors declare no conflicts of interest.

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

References

1. Montgomery GS, Howenstine M. Cystic fibrosis. *Pediatr Rev*. 2009;30:302-309; quiz 310.
2. Davies JC, Alton EW, Bush A. Cystic fibrosis. *BMJ*. 2007;335:1255-1259.
3. Turkish Thoracic Society. Cystic fibrosis diagnosis and treatment guide. *Turk Thorac J*. 2011;12(Suppl 2):8-12, 27-30.
4. Kettler LJ, Sawyer SM, Winefield HR, Greville HW. Determinants of adherence in adults with cystic fibrosis. *Thorax*. 2002;57:459-464.
5. Smith BA, Wood BL. Psychological factors affecting disease activity in children and adolescents with cystic fibrosis: medical adherence as a mediator. *Curr Opin Pediatr*. 2007;19:553-558.
6. Fombonne E. Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *J Autism Dev Disord*. 2003;33:365-382.
7. Schnur J. Asperger syndrome in children. *J Am Acad Nurse Pract*. 2005;17:302-308.
8. Coury D, Jones NE, Klatka K, Winklosky B, Perrin JM. Healthcare for children with autism: the autism treatment network. *Curr Opin Pediatr*. 2009;21:828-832.

9. Pasley K, Krivchenia K, Dell ML, McCoy KS, Paul GR. Clinical management of pediatric patients with cystic fibrosis and autism spectrum disorder. *Pediatr Pulmonol*. 2023;58:1160-1168.
10. Gonçalves M, Pinho C. Psychiatric symptoms in patients with cystic fibrosis. *Eur Psychiatry*. 2016;33:S350-S351.
11. Georgiopoulos AM, Hua LL. The diagnosis and treatment of attention deficit-hyperactivity disorder in children and adolescents with cystic fibrosis: a retrospective study. *Psychosom*. 2011;52:160-166.
12. Modi AC, Quittner AL. Barriers to treatment adherence for children with cystic fibrosis and asthma: what gets in the way? *J Pediatric Psychol*. 2006;31:846-858.

2025 Hakem Dizini - 2025 Referee Index

Ahmet Büber
Ahmet Özaslan
Ahu Öztürk
Arif Önder
Arzu Çalışkan Demir
Ayhan Cöngöloğlu
Ayla Uzun Çiçek
Aynur Akay
Ayşe Arıcıoğlu Sülün
Ayşe Burcu Erdoğan
Ayşin Çetinkaya Büyükbodur
Bahadır Turan
Bahtım Kütük
Baran Çalışgan
Barış Güller
Belkıs Müge Tamar
Bengisu Nehir Aydın
Berkan Şahin
Binay Kayan Ocakoğlu
Birim Günay Kılıç
Börte Gürbüz Özgür
Burak Çakır
Burcu Akın Sarı
Burcu Ersöz Alan
Çağatay Ermiş

Çilem Bilginer
Damla Eyüboğlu
Deniz Argüz
Devrim Akdemir
Dilşad Yıldız Miniksar
Duygu Karagöz
Ebru Turan
Eda Gülbetekin
Esra Güney
Esra Hoşoğlu
Fatih Hilmi Çetin
Fatma Sibel Durak
Fevziye Toros
Gözde Yazkan Akgül
Gül Ünsel Bolat
Gülen Güler
Gülser Şenses Dinç
Gülsüm Yitik Tonkaz
Hakan Öğütlü
Hande Ayraller Taner
Hazal Yağmur Yılancıoğlu
Herdem Aslan Genç
Hüseyin Burak Baykara
Kemal Utku Yazıcı
Koray Karabekiroğlu

Leyla Bozatlı
Mahmut Zabit Kara
Mert Kaan Kale
Merve Çıkılı Uytun
Mesut Sari
Mesut Yavuz
Miray Çetinkaya
Murat Eyüboğlu
Nursu Cakin Memik
Onur Burak Dursun
Ömer Faruk Akça
Özge Gizli Çoban
Özlem Şireli
Rahime Duygu Temeltürk
Sadettin Burak Açıkel
Samet Ata
Sena Aksoy Avunduk
Serkan Turan
Şafak Eray Çamlı
Şahika Şişmanlar
Yıldız Kurtyılmaz
Yüksel Sümeyra Naralan
Zeynep Taşel Günal
Zeynep Vatansever Pınar