

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent
Mental Health



2026



Cilt / Volume: 33

Sayı / Issue: 1

Mart / March

www.cogepderg.com





Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► EDITÖRLER KURULU

Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Adına Sahibi ve Sorumlu Müdürü/On behalf of Turkish Association for Child and Adolescent Psychiatry Owner and Manager

Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN

Onursal Yayın Yönetmeni/Honorary Publication Director

Prof. Dr. Bahar GÖKLER

Geçmiş Baş Editörler/Former Editors in Chief

Prof. Dr. Bahar GÖKLER (1994-2012)

Doç. Dr. Ebru ÇENGEL KÜLTÜR (2012-2015)

Prof. Dr. Tümer 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
tevenus@yahoo.com

Vekil Editör/Associate Editor

Prof. Dr. Sevay Alşen GÜNEY

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
sevayalsen@gmail.com

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

Doç. Dr. Gülen GÜLER AKSU

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

Doç. Dr. Saliha BAYKAL

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

Doç. Dr. Öznur BİLAÇ

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

Doç. Dr. S. Çilem BİLGİNER

Serbest Hekim, Trabzon, Türkiye
drilembilginer@gmail.com

Doç. Dr. Nagihan CEVHER BİNİCİ

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

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

Doç. Dr. Şafak ERAY ÇAMLI

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

Doç. Dr. Burcu SERİM DEMİRGÖREN

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

Kapak Resmi/Cover Image

Elif Başak G. 10 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

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

EDİTÖRLER KURULU

Doç. Dr. İbrahim Selçuk ESİN

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı,
Erzurum, Türkiye
esinibrahimselcuk@gmail.com

Doç. Dr. Fethiye KILIÇASLAN

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

Prof. Dr. Meryem Özlem KÜTÜK

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı,
Adana, Türkiye
drozlemina@hotmail.com

Doç. Dr. Yusuf ÖZTÜRK

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği, Ankara, Türkiye
yusuf26es@hotmail.com

Doç. Dr. Gonca ÖZYURT

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim
Dalı, İzmir, Türkiye
goncaenginozyurt@gmail.com

Doç. Dr. Bahadır TURAN

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye
bhdturan@gmail.com

Doç. Dr. Serkan TURAN

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye
serkanturan@uludag.edu.tr

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

Doç. Dr. Merve ÇIKILI UYTUN

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
uytun@ankara.edu.tr

Doç. Dr. İpek PERÇİNEL YAZICI

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ,
Türkiye
ipek.pr@hotmail.com

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

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



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► EDITÖRLER KURULU

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. Öğr. 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
drmustafatuncturk@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

Prof. Dr. Onur Burak DURSUN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 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

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► EDITÖRLER KURULU

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
drcem78@hotmail.com
ORCID: 0000-0003-3824-5890

Prof. Dr. Özlem YILDIZ 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

Doç. Dr. Burcu ERSÖZ ALAN

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
burcuersoz02@yahoo.com
ORCID: 0000-0002-3704-0722

Doç. Dr. Ülkü AKYOL ARDIÇ

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



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► EDITÖRLER KURULU

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

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 ŞENSE DİNÇ

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
gkiliocoglu@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 DİLER

University of Pittsburgh Medical Director,
Inpatient Child & Adolescent Bipolar
Services
dilerr@yahoo.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. Ayşe ADANUR

Bolu Abant İzzet Baysal University Tıp
Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye
aadanurayse@gmail.com
ORCID: 0009-0005-3763-9902

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. 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

Arş. Gör. Dr. Büşra Nur KANSU

Bolu Abant İzzet Baysal University Faculty
of Medicine, Department of Child and
Adolescent Psychiatry, Bolu, Türkiye
busrakansu99@gmail.com
ORCID: 0009-0006-8870-8477



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, Scopus, 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 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 **TÜBİTAK/ULAKBİM, Scopus, 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: Mart 2026/March 2026

E-ISSN: 2687-3532

Yılda üç kez yayımlanan süreli yayındır.

International periodical journal published three times in a year.

► İÇİNDEKİLER

DERLEMELER / REVIEWS

- 1 **Otizm Spektrum Bozukluğunda Sosyal Beceri Gelişimine Yönelik Müdahale Programlarının İncelenmesi**
An Examination of Intervention Programs for Social Skill Development in Autism Spectrum Disorder
Emine Hilal Mutlu, Aysun Doğan; İzmir, Türkiye
- 12 **Refakatsiz Mülteci Çocuklar ve Ruh Sağlığı**
Unaccompanied Refugee Children and Mental Health
Gökçe Yağmur Efendi, Didem Behice Öztıp; Kocaeli, Ankara, Türkiye

ÖZGÜN ARAŞTIRMALAR / ORIGINAL ARTICLES

- 20 **Sporun Çocuk Ruh Sağlığına ve Ekran Kullanımına Etkileri**
The Effects of Sports on Children's Mental Health and Screen Time
Ayça Hamdooğlu Yalçın, Öznur Bilaç, Hasan Kandemir, Şermin Yalın Sapmaz; Manisa, Türkiye
- 27 **Yemek Zamanında Ekrana Maruz Kalan Küçük Çocukların Yeme Davranışları**
Eating Behaviors of Toddlers with Screen Exposure During Mealtime
Hatice Gülşen, Koray Karabekiroğlu, Elif Pekmezci Yazgı, Cansu Çobanoğlu Osmanlı, Miraç Barış Usta; Samsun, Giresun, Türkiye
- 34 **Çocuk Ruh Sağlığına Yönelik Tıbbi Uygulama Hataları ve İlişkili Etkenlerin İncelenmesi**
Examination of Medical Malpractice and Related Factors in Child Mental Health
Neşe Kavruk Erdim, Caner Beşkoç, Alperen Bıkmazer; İstanbul, Türkiye
- 41 **Turkish Adaptation of the Milestones of Normal Development in Early Years (MONDEY-TR): A Scale for Monitoring Development in Children Aged 0-3 Years**
Erken Yaşlardaki Normal Gelişimin Kilometre Taşları Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması
(MONDEY-TR): 0-3 Yaş Çocuklarının Gelişimini Gözlemlemeye Yönelik Bir Ölçek
Gizem Şamdan, Sabina Pauen; Heidelberg, Germany
- 50 **Investigation of the Maternal Gatekeeping Behaviours of Mothers According to Parental Self-efficacy and Attachment Styles**
Annelerin, Anne Bekçiliği Davranışlarının Ebeveyn Yetkinliği ve Bağlanma Stillerine Göre İncelenmesi
Ece Kara; Isparta, Türkiye

OLGU SUNUMLARI / CASE REPORTS

- 59 **Somnambulizm ya da İntihar Girişimi: Ayrırcı Tanı ve Tedavi Sürecinin Bir Ergen Olgu Üzerinden Tartışılması**
Somnambulism or Suicide Attempt: Discussion of Differential Diagnosis and Treatment Process on an Adolescent Case
Ayşe Büyükkateş, Hasan Ali Güler; Konya, Türkiye
- 63 **Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Bir Çocukta Bilişsel Kopma Sendromu: Bir Olgu Sunumu**
Cognitive Disengagement Syndrome in a Child with Autism Spectrum Disorder: A Case Report
Hakan Öğütlü, Simay Çepni, Buse Çam, Alara Kerimler, Öznur Bilaç, Eyüp Sabri Ercan; Dublin, İrlanda; İstanbul, Ankara, Manisa, İzmir Türkiye; Londra, İngiltere

► EDITÖRDEN / EDITORIAL

Değerli Meslektaşlarım ve Alanımızın Kıymetli Profesyonelleri,

Dergimizin 2026 yılı içindeki ilk sayısı ile tekrar karşınızda olmaktan mutluluk duyuyoruz. Bu sayımızda iki derleme, beş özgün çalışma ve iki olgu sunumu yer almaktadır. Derlemelerimizin ilki otizm spektrum bozukluğunda sosyal beceri gelişimine yönelik müdahale programlarına, ikincisi ise refakatsiz mülteci çocukların ruh sağlığına odaklanmaktadır. Bu derlemelerin alan yazına katkıda bulunacağını umuyoruz.

Ekran maruziyetinin özellikle küçük yaşlardaki çocuklara olumsuz etkileri olabileceği bilinmektedir. Bu sayımızda yer alan iki araştırma makalesinde sporun çocuk ruh sağlığı ve ekran kullanımına etkileri ve yemek sırasında ekrana maruz kalan küçük çocukların yeme davranışları değerlendirilmiştir. Bu makalelerin sonuçlarının çocuk ruh sağlığı alanında çalışan klinisyenlere faydalı olabileceğini düşünüyoruz. "Anne bekçiliği" ebeveynlik biçimi ve uygulamalarına göre daha az araştırılmış bir kavramdır ve bu sayımızda yer alan bir araştırma makalesinde anne bekçiliği, ebeveynlik yetkinliği ve bağlanma biçimi arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Belirtilen makalenin sonuçlarının alan yazındaki bu eksikliği gidermeye katkısı olabileceğini düşünüyoruz. Çocuk ruh sağlığı alanında yapılan tıbbi uygulama hataları ile ilişkili etkenler ve 0-3 yaş arası çocuk gelişiminin değerlendirilmesi için kullanılabilecek bir ölçek uyarlaması da bu sayımızda yer alan araştırma makaleleri içerisinde yer almaktadır.

Çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanları tanı ve tedavi sürecinde karmaşık olgularla karşılaşabilmektedir. Bu sayımızda yer alan iki olguda intihar girişimi ile uyurgezerliğin ayırıcı tanı ve tedavisi ile otizm spektrum bozukluğuna eşlik eden bilişsel kopma sendromunun yönetimi tartışılmaktadır. Bu olguların bu tür karmaşık görünüşleri olan çocuklar ve aileleri ile çalışan klinisyenlerin bilgilerini zenginleştireceğini umuyoruz.

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

En içten sevgi ve saygılarımla,

Prof. Dr. Ali Evren TUFAN

Otizm Spektrum Bozukluğunda Sosyal Beceri Gelişimine Yönelik Müdahale Programlarının İncelenmesi

An Examination of Intervention Programs for Social Skill Development in Autism Spectrum Disorder

Emine Hilal Mutlu, Aysun Doğan

Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

ÖZ

Otizm spektrum bozukluğu (OSB) tanıılı çocuklar erken dönemlerde ortak dikkat, zihin kuramı becerileri, taklit ve dil becerileri gibi alanlarda yaşadıkları sınırlılıklar nedeniyle sosyal uyumda ve kişilerarası ilişkilerde zorlanmaktadır. Araştırmalar, OSB tanıılı çocukların sosyal beceri eksikliğine bağlı olarak başta okul olmak üzere sosyal etkileşim gerektiren ortamlarda sorun yaşadığını, ilerleyen yaşlarda girmek zorunda kaldıkları sosyal ortamlarla birlikte bu sorunların giderek daha karmaşık hale geldiğini göstermektedir. Sosyal becerilerdeki sınırlılıkların özellikle akran ilişkileri üzerindeki olumsuz etkileri bu çocukların reddedilmesine, dışlanmasına veya akran zorbalığına uğramasına neden olabilmektedir. Bu makale, OSB tanıılı çocukların yaşamları süresince yaşadıkları sınırlılıklara ve sosyal alanlardaki yetersizliklere odaklanmasının yanı sıra bu çocukların ailelerinden bağımsız olarak işlevsel bir sosyal hayat edinmeleri için gerekli becerileri öğrenmelerine olanak sağlayacak sosyal beceri müdahale programlarının önemine dikkat çekmektedir. Birçok araştırma, sosyal beceri müdahale programlarının OSB tanıılı çocuklar ve aileleri üzerinde olumlu etkileri olduğunu ortaya koymaktadır. Ülkemizde OSB tanıılı çocuklara yönelik uygulanan sosyal beceri müdahale programları oldukça sınırlıdır. Konuya ilişkin kanıta dayalı müdahale programlarının ve bu programların aktif olarak uygulanmasına yönelik sosyal politikaların geliştirilmesi ile tanı grubunda yer alan çocukların sağlıklı gelişimi için önemli bir adım atılmış olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Otizm spektrum bozukluğu (OSB), sosyal beceri, sosyal beceri eğitimi, akran ilişkileri, müdahale programı

ABSTRACT

Children diagnosed with autism spectrum disorder (ASD) struggle with social adaptation and interpersonal relationships due to limitations they experience in areas such as joint attention, theory of mind skills, imitation, and language skills during early stages. Research indicates that children diagnosed with ASD encounter difficulties in relationships requiring social interaction, particularly in school, due to their deficits in social skills. As they grow older and by facing increasingly complex social environments, these difficulties tend to become more pronounced. The negative impact of limitations in social skills, especially on peer relationships, can lead to isolation, rejection, exclusion or experiences of peer bullying for these children. This review article highlights the limitations and deficiencies experienced by children diagnosed with ASD throughout their lives and aims to emphasize the importance of social skills intervention programs that enable these children to acquire necessary skills for functional social lives independently from their families. Many studies have shown the positive effects of social skills intervention programs on children diagnosed with ASD and their families. Social skills intervention programs for children diagnosed with ASD in Türkiye are quite limited. Developing evidence-based intervention programs and social policies aimed at actively implementing these programs will be a significant step towards ensuring the healthy development of children in this diagnostic group.

Keywords: Autism spectrum disorder (ASD), social skill, social skill training, peer relationships, intervention program

Giriş

İlk defa Kanner¹ tarafından 1943 yılında tanımlanan, sosyal ve duygusal girdileri doğru bir şekilde yapılandırma ve anlamadaki eksiklikle karakterize edilen otizm spektrum bozukluğu (OSB), iletişim becerilerindeki ve sosyal-bilişsel gelişimdeki sapmaları veya gecikmeleri içeren nörogelişimsel bir bozukluktur.² Dil gelişiminde ve sosyal etkileşimde ortaya çıkan sınırlılıklar, bozukluğun tanı ölçütleri arasında yer

almakla beraber bu sınırlılıkların şiddeti bireyler arasında farklılık göstermektedir.³ Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi Nisan 2023 verilerine göre her 36 çocuktan birinde OSB semptomları görülmektedir.⁴ Giderek daha yaygın hale gelen OSB, tanı grubunda yer alan çocukların pek çok alanda sorun yaşamalarına neden olmakla beraber, yapılan araştırmalarda özellikle sosyal beceri alanında yaşanan zorlanmanın bu çocuklar için en derin ve öne çıkan zorluk olduğu vurgulanmaktadır.⁵

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Emine Hilal Mutlu, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

E-posta: e.hilalmutlu@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0009-0003-7663-6558

Geliş Tarihi/Received: 22.05.2024 **Kabul Tarihi/Accepted:** 19.07.2024 **Epub:** 20.05.2025 **Yayınlanma Tarihi/Publication Date:** 13.03.2026

Atıf/Cite this article as: Mutlu EH, Doğan A. An examination of intervention programs for social skill development in autism spectrum disorder.

Türk J Child Adolesc Ment Health. 2026;33(1):1-11

Copyright© 2026 Yazar(lar). 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.



Sosyal beceriler, kişinin diğerleriyle olan ilişkiler ve etkileşimler sırasında olumlu tepkiler almasına ve olumsuz tepkilerden kaçınmasına yardımcı olan, sosyal ortamlara uygun, kabul edilebilir öğrenilmiş davranışlardır.⁶ Bu beceriler tipik gelişim gösteren çocukların toplum tarafından öngörülebilir ve olağan karşılanacak davranışlar sergileyerek sağlıklı akran ilişkileri geliştirmelerine ve sosyal ortamlara uyum sağlamalarına yardımcı olurken; OSB tanılı çocukların sosyal işlevselliklerinde ve sosyal becerilerinde sıklıkla karşılaşılan ortak sınırlılıklar bulunmaktadır.⁷ Bu sınırlılıklar, çocukluk döneminde başlamakla beraber özellikle akran ilişkilerinin ve sosyal ortamların karmaşık hale geldiği ve sosyal alanlardaki beklentilerin arttığı ergenlik döneminde daha fazla görülmektedir.⁸ Çocukluk ve ergenlik döneminde sosyal alanlarda yaşanan zorluklar yetişkinlik döneminde de çeşitli sosyal sorunlara neden olmaktadır. OSB'li yetişkinlerle yapılan çalışmaların incelendiği bir sistematik derlemede bilişsel, sözel ve otizme bağlı özelliklerin çocukluktan yetişkinliğe kadar sabit kaldığı ya da olumlu yönde gelişme gösterdiği; sosyal işlevselliğin ise giderek kötüleştiği bildirilmiştir.⁹

OSB tanılı bireylerin sosyal alanlarda yaşadıkları sınırlılıkların nedenlerine yönelik birçok açıklama bulunmaktadır. Bu açıklamalardan bazıları yaşanan sınırlılıkların beyindeki anatomik farklılıklarla ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. Yüksek işlevli OSB tanılı yetişkinlerle yürütülen bir araştırmada bu kişilerin ayna nöronlarla ilişkili beyin bölgelerinde anatomik farklılıklar olduğu, kortikal alanların kontrol grubuna göre daha ince olduğu ve inceleme derecesinin OSB belirtilerindeki şiddetlenme ile ilişkili olduğu saptanmıştır.¹⁰ Bir diğer çalışmada amigdala hacminin daha zayıf sosyal-iletişim becerileri ve otizmde görülen davranışsal bozukluklar ile ilişkili olduğu saptanmıştır.¹¹ Konuya ilişkin bir diğer açıklama, sosyal alanlarda yaşanan zorlukların zihin kuramı becerilerindeki bozulmalarla ilişkili olduğunu öne sürmektedir.¹² Zihin kuramı diğer kişilerin amaçları, duyguları ve istekleri gibi zihinsel içeriklerini kişinin kendi zihninde temsil ederek ardından gelecek davranışları öngörebilme yeteneği olarak tanımlanır.¹³ OSB tanılı çocukların zihin kuramı becerilerini ölçmeye yönelik görevlerde kontrol gruplarına kıyasla oldukça düşük bir performans sergiledikleri görülmektedir.¹² OSB tanılı bireylerin sosyal alanlarda yaşadıkları zorlukları açıklayan görece daha yeni bir kuram ise Chevallier ve ark.¹⁴ tarafından ortaya atılan sosyal motivasyon kuramıdır. Bu kuram tanı grubunda yer alan çocuklarda erken dönemlerden itibaren görülen sosyal ilgi, sosyal katılım ve dikkat alanlarındaki eksikliklerin ve bozulmaların çocukların sosyal öğrenme olanaklarından yararlanmasına engel olduğunu, bunun sonucunda sosyal motivasyondaki azalmanın da sosyal beceri gelişimindeki zorluklara neden olduğunu öne sürmektedir. Konuya ilişkin yapılan tüm açıklamalar farklı araştırmalar çerçevesinde değerlendirilmiş olsa da OSB tanılı çocukların sosyal beceri eksikliğinin altında yatan tek bir neden olduğunu söylemek yerine yaşanan sınırlılıkların ve bozulmaların birbiriyle etkileşim halinde olan karmaşık bir dizi faktörle ilişkili olduğunu söylemek daha doğru olabilir.¹⁵

OSB tanılı çocuklarda ortak olarak sınırlı gelişim gösteren sosyal beceriler, bu çocukları başta okul olmak üzere birçok

sosyal alanda, özellikle akran ilişkilerinde son derece zorlansa da yaşanan zorlukların ebeveynler üzerindeki etkisi göz ardı edilmemelidir.¹⁶ Karst ve Van Hecke¹⁷, OSB tanılı çocukların bakım verenlerinin diğer gelişimsel gecikmeleri olan veya normal gelişim gösteren çocukların bakım verenlerinden daha fazla strese, daha yüksek düzeyde depresyon ve kaygı gibi ruh sağlığı problemlerine ve daha düşük düzeyde genel iyi oluşa sahip olduklarını belirtmektedir. Aynı çalışma OSB tanılı çocuk yetiştirmenin eşler arasında anlaşmazlıklara neden olduğunu, evlilik doyumunu düşürdüğünü ve ebeveynlerin kariyerleri üzerinde de olumsuz etkileri olduğunu göstermektedir.

Buradan hareketle tanı grubunda yer alan çocukların erken dönemlerden itibaren sosyal alanlara dahil olabilmemesi, okula uyum sağlayabilmesi ve sağlıklı akran ilişkileri geliştirebilmesi için sosyal becerilerinin geliştirilmesine yönelik müdahale programları oldukça önemli görülmektedir. Bu programların çocukların sosyal hayatlarına ve akran ilişkilerine katkıları olacağı gibi ebeveynlere ve aile iklimine de katkıları olacağı düşünülmektedir. Tanı grubundaki bireylere yönelik uygulanan sosyal beceri müdahale programlarının içerikleri gelişim dönemleri doğrultusunda farklılaşmaktadır. Erken çocukluk dönemine yönelik sosyal beceri müdahale programları daha çok sıra bekleme, vücut sınırlarına dikkat etme gibi ortak dikkatin, sosyal ilginin veya oyun becerilerinin geliştirilmesine yönelik planlanırken; ortaokul ve lise dönemine yönelik sosyal beceri müdahale programları konuşmalarda uygun sıra alma, sözlü ve sözsüz ipuçlarını anlama ve akran çatışmalarıyla başa çıkma gibi becerilere odaklanmaktadır.¹⁸

Bu derleme çalışmasının bir sonraki bölümünde, tanı grubunda yer alan çocukların sosyal beceri gelişimleri, bu çocukların sosyal alanda yaşadıkları zorluklar ve bu zorlukların sosyal hayatları üzerindeki etkileri ele alınacaktır. Ardından sosyal becerilere bağlı yaşanan zorlukların en fazla etkilediği alanlardan biri olan akran ilişkileri üzerinde durulacaktır. Bir sonraki bölümde ise OSB tanılı çocuklara yönelik uygulanan sosyal beceri müdahale programları ve müdahale yöntemleri ele alınacaktır. Bu makalenin amacı OSB tanılı çocukların sosyal beceri gelişimlerinin ve sosyal becerilerindeki sınırlılıkların ortaya çıkardığı sonuçların incelenmesidir. Ayrıca bu çocukların sosyal alanlarda yaşadıkları bozulmalara yönelik sosyal beceri müdahale yöntemlerine ve yaş gruplarına göre uygulanan sosyal beceri müdahale programlarının etkilerine yer verilecektir. Sonuçta makalenin konuya ilişkin geniş bir perspektif kazandırması amaçlanmaktadır.

Otizm Spektrum Bozukluğunda Sosyal Beceri Gelişimi

OSB tanılı bireylerde bilişsel kapasite ya da dil becerilerindeki gelişimden bağımsız olarak sosyal etkileşim ve iletişim alanlarındaki sınırlılıklar ortak olarak görülmektedir.¹⁹ Bu ortaklığa rağmen sınırlılıkların yansımaları tanı grubunda yer alan çocuğun gelişim aşamasına, bilişsel kapasitesine ve dil gelişimine bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir. Örneğin; bilişsel kapasite bağlamında düşünüldüğünde tanı grubunda yer alan bilişsel açıdan daha az sınırlılık yaşayan yüksek işlevli ergenlerin, düşük işlevli ergenlere kıyasla daha sık sosyal

etkileşim başlatmasına rağmen bu sosyal etkileşimlerin garip bulunduğu ve karşı tarafı rahatsız ettiği bilinmektedir.²⁰

OSB'de sosyal beceri gelişiminde yaşanan sınırlılıklar gelişim aşamaları süresince farklılaşmaktadır. Tipik gelişimde ilk aylarda ebeveynleriyle göz göze gelmek gibi daha basit ortak dikkat davranışlarını, ilerleyen aylarda parmakla göstermek/işaret etmek, bakışları takip etmek gibi daha gelişmiş ortak dikkat davranışlarının izlediği aşamalı bir süreç beklenmektedir.²¹ OSB tanılı çocukların, tipik gelişim gösteren ve gelişimsel gerilik gösteren akranları ile karşılaştırıldığında göz teması konusunda en düşük performansı sergilediği görülmektedir.²² Göz teması konusunda yaşanan sınırlılıklar ortak dikkat becerilerindeki eksikliklere işaret edebilir. Küçük yaşlarda gelişmesi beklenen ortak dikkat davranışları, çocuğun diğerleriyle sosyal bir etkileşim kurmasını, kendi deneyimlerini anne babasıyla paylaşmasını, öznelere arası farklı algıları değerlendirme becerilerini geliştirmesini ve kendisine yöneltilen ilgiye odaklanıp ortama uygun sosyal davranışlar göstermesini sağlamaktadır.²³ Yapılan araştırmalar OSB tanılı çocukların ortak dikkati hem başlatma hem de sürdürme becerilerinde sınırlılıklar olduğunu ortaya koymaktadır.²¹ Ortak dikkat becerilerinde ortaya çıkan sınırlılıklar, bu çocukların doğal yollarla sosyal öğrenme süreçlerini olumsuz olarak etkilemektedir.

Sözsüz iletişim becerilerindeki sınırlılıklara ek olarak erken dönemde dil alanında yaşanan sınırlılıklar da tanı grubunda yer alan çocukların sosyal beceri gelişimini olumsuz etkilemektedir. OSB'li çocuklarda dil gelişimindeki gecikme ve sınırlılıklar, ebeveynler tarafından genellikle ilk fark edilen ve endişe duyulan belirtilerdir.²⁴ Otizm tanılı gruptaki çocukların ortalama kelime kullanımı ve kelime üretimi tipik gelişim gösteren çocuklara kıyasla önemli oranda gecikmektedir.²⁵ Dahası, bu çocuklarda dil gelişimi tamamlansa bile dilin sosyal amaçlardan çok araçsal amaçlar için kullanıldığı, söylemlerin tekrarlayıcı ve benmerkezci olduğu bildirilmiştir.²⁶ Dolayısıyla OSB tanılı çocukların sosyal becerilerinin geliştirilmesi hedeflenen müdahale programlarında, erken dönemlerden itibaren göz teması, ortak dikkat, pragmatik dil becerileri, taklit ve jestlerin kullanımı gibi becerilere yönelik uygulamalara odaklanması son derece önemlidir.

Erken dönemde sözsüz iletişim becerileri ve dil alanındaki sınırlılıklar erken çocukluk ve ergenlik dönemlerinde iletişim alanında yaşanacak olan problemlere zemin oluşturmaktadır. OSB tanılı bireyler selamlaşma gibi temel iletişim becerileri dahil olmak üzere birçok iletişim alanında zorluk yaşamaktadır. Pijnacker ve ark.²⁷ bu kişilerin ilerleyen yaşlarda konuşma anında sıra beklememe, sohbeti diğerleriyle paylaşmama, bağlama uygun konuşmalar sürdürmemeye ya da sohbet sırasında bilmiş bir üslupla konuşma gibi uygunsuz davranışlar gösterdiğini belirtmektedir. Temel iletişim sorunlarından bir diğeri, tanı grubunda yer alan kişilerin sohbet esnasında kendi ilgi alanları dışındaki konularda sohbeti sürdürmemeleridir.²⁸ Bir çalışmada OSB tanılı ergenlerin konuşmayı kendi kişisel ilgi alanlarına doğru çekmeye çalıştıkları, konunun değişmesi durumunda ise konuşmayı ısrarla kendi tercih ettikleri konuya

geri çevirdikleri saptanmıştır.²⁹ Dolayısıyla dil gelişiminde belirgin gecikme olmayan OSB tanılı çocuklarda bile sohbet genelde tek taraflı ilerlemekte ve diğerleri ile ortak ilgi alanlarını paylaşmaları zorlaşmaktadır.

OSB'li bireylerin erken çocukluk ve ergenlik döneminde sosyal beceri eksikliğine bağlı olarak yaşadıkları diğer sınırlılıklar diğerlerinin bakış açılarını anlama ve sosyal ipuçlarını yorumlamada görülmektedir.¹² Bu sınırlılıklara bağlı olarak çocuklar diğerlerinin yaptığı esprileri anlamakta zorluk yaşamaktadırlar.³⁰ Dahası tipik gelişim gösteren akranlarının günlük hayatta sıklıkla kullandığı ironi, benzetme ya da mecazi anlatımların kullanımında güçlük yaşamaları arkadaş ortamlarına uyum sağlamada zorlanmalarına neden olabilmektedir.³¹ Dolayısıyla tanı grubunda yer alan çocuk ve ergenlere yönelik geliştirilecek olan sosyal beceri müdahale programlarında sınırlı gelişim gösterdiğine dikkat çekilen ve birçok diğer beceriyle ilişkili olan iletişim ve diğerlerinin bakış açılarının anlaşılmasına yönelik kazanımların yer alması önemlidir.

Bu bilgilerden hareketle OSB tanı grubunda yer alan kişilerin sosyal beceri eksikliğine bağlı olarak her bir gelişim aşamasında yaşadığı çeşitli sınırlılıkların olduğu söylenebilmektedir. Bu bölümde yer verildiği üzere bebeklik ve erken çocukluk döneminde görülen bozulmalar, ileri çocukluk ve özellikle ergenlik döneminde daha fark edilir hale gelerek ergenlerin sosyal işlevselliklerini, okula uyum becerilerini ve en önemlisi akran ilişkilerini olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Özellikle çocukların iş birliği, paylaşma, anlaşmazlıklarla başa çıkma gibi becerilerinin gelişmesine yardımcı olarak sosyal ve bilişsel becerilerini destekleyen arkadaşlık ilişkileri çocukların gelişim süreçlerinde oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Bu doğrultuda takip eden bölümde tanı grubunda yer alan çocuklardaki sosyal beceri eksikliğinin akran ilişkileri üzerindeki etkilerine yer verilmektedir.

Otizm Spektrum Bozukluğunda Sosyal Beceri Eksikliğinin Akran İlişkileri Üzerine Etkisi

Arkadaşlık, çocukların sosyalleşme yeteneklerine dayanan karşılıklı ve istikrarlı sosyal etkileşim temelli duygusal bir bağdır.³² OSB tanılı çocukların sosyal beceri eksikliklerine bağlı olarak arkadaşlık ilişkileri konusunda zorluk yaşamalarının diğer insanların duygularını, isteklerini ve düşüncelerini anlamlandırma konusundaki (zihin kuramı becerileri) sınırlılıkları ile ilişkili olduğu ve buna bağlı olarak akranlarıyla samimiyet geliştiremedikleri düşünülmektedir.³² Dolayısıyla akran ilişkilerinde yaşanan zorluklar bu çocukların okulda ve farklı sosyal alanlarda yalnız kalmalarına, reddedilmelerine veya dışlanmalarına neden olabilmektedir. Büyük oranda akran ilişkileriyle bağlantılı olan yalnızlık duygusu OSB tanılı çocuklarda, tipik gelişim gösteren akranlarına kıyasla daha fazla yaşanmaktadır.³³ Laugeson³⁴, arkadaşlıkların genellikle ortak ilgi alanlarına dayandığını ve iletişim alanında yaşadıkları zorluklara bağlı olarak OSB tanılı çocukların ortak bir konuşma alanı bulamayarak arkadaşlık kurma konusunda zorlandıklarına dikkat çekmiştir.

Çocukluktan gençliğe kadar her yaş grubundan OSB tanılı katılımcının yer aldığı bir çalışma, tanı grubunda yer alan kişilerin sosyal etkileşime katılma ilgilerinin ve isteklerinin farklılık gösterdiğini; bazılarının sosyal etkileşimi isterken gerekli becerilerden yoksun olduğunu, bazılarının ise sosyal etkileşimlere sınırlı ilgi gösterdiğini ortaya koymaktadır.³⁵ Arkadaşlık ilişkilerinin geliştirilmesi ve sürdürülmesinin, önemli bir kişilerarası ilgi ve beceri gerektirdiği göz önüne alındığında³² bu çocuklar arkadaşlık ilişkileri konusunda istekli olsalar bile sosyal beceri eksiklikleri nedeniyle akran ilişkileri geliştirme konusunda ciddi sorunlar yaşayabilmektedirler. Yapılan birçok araştırma tipik gelişim gösteren akranlarıyla kıyaslandığında OSB tanılı çocukların daha az sayıda arkadaşına sahip olduğunu, daha az akran etkileşimi geliştirdiğini ve arkadaşlık kalitelerinin daha düşük olduğunu gösterirken; daha yüksek oranda akran zorbalığı ve yalnızlık bildirdiklerini göstermektedir.^{33,36}

Erken dönemlerde akran ilişkilerinin kurulmasında ve sürdürülmesinde yaşanan sınırlılıklar, başlı başına zorlayıcı bir dönem olan ergenlik döneminde de akran ilişkilerinde zorluklar yaşanmasına neden olmaktadır. Ergenlik döneminde OSB tanılı ergenler bir yandan akranları ile ilişki kurmak isterken öte yandan bu konudaki yetersizliklerinin farkında oldukları için mutsuz olabilirler.³⁷ Orsmond ve ark.³⁸ sınırlı sayıda OSB tanılı ergenin (%8,0) önceden planlanmış ortamlar dışında arkadaş edindiklerini ve neredeyse yarısının (%46,0) herhangi bir akran ilişkisi olmadığını saptamışlardır. Kademeli olarak çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan akranlar arası sorunların ve sınırlı kişilerarası iletişimin, yetişkinlik dönemindeki arkadaşlık ve sosyal destek üzerine yansımaları olmaktadır. OSB tanılı yetişkinlerin arkadaşlarla haftalık buluşma oranı en düşük olan grup olduğu bilinmektedir.³⁹

Yapılan çalışmalar, sosyal alanlarda yaşanan sınırlılıkların ve buna bağlı olarak zayıf akran ilişkilerinin OSB tanı grubunda yer alan çocuklar ve ergenler üzerinde uzun vadede ciddi olumsuz etkilere yol açabileceğini göstermektedir. Konuya ilişkin yapılan birçok çalışma tipik gelişim gösteren akranlarına kıyasla OSB tanılı çocukların daha fazla depresyon, kaygı ve sosyal izolasyon yaşadıklarını göstermektedir.⁴⁰ OSB tanılı üniversite öğrencilerinin oluşturduğu bir örneklem grubunda, öğrencilerin çoğunun yalnız olduğu, %74,0'ünün ise intihar düşüncesi içerisinde olduğu ya da intihar teşebbüsünde bulunduğu bulgulanmıştır.⁴¹ Bu oran tipik gelişim gösteren akranlarından beş kat daha fazladır. OSB tanılı bireylerde sosyal beceri artışı ve en az bir-iki yakın arkadaş varlığı stresli yaşam olaylarının etkisini, depresif semptomları, kaygıyı, yalnızlığı ve akran zorbalığı ihtimalini azaltırken;⁴² öz saygıyı ve gelecekteki başarılı romantik ilişki potansiyelini artırmaktadır.⁴³ Sonuç olarak, OSB tanı grubunda ortaya çıkan sosyal beceri sınırlılıklarının özellikle akran ilişkileri üzerine olan olumsuz etkilerinin uzun vadede bu çocukların yaşamlarının birçok alanında ciddi sosyal zorluk yaşamalarına neden olabileceği söylenebilir. Dolayısıyla sosyal becerileri geliştirmeye yönelik müdahale programlarının geliştirilmesi ve uygulanması ile tanı grubunda yer alan çocukların daha sağlıklı arkadaşlık ilişkilerine ve sosyal etkileşimlere sahip olmaları beklenmektedir. Bu doğrultuda bir sonraki bölümde OSB tanılı çocuk ve ergenlere yönelik sosyal

beceri kazandırma yöntemlerine, uygulanan sosyal beceri müdahale programlarına ve bu programların etkilerine yer verilecektir.

Otizm Spektrum Bozukluğunda Sosyal Beceri Müdahaleleri ve Etkileri

Bireyin sosyal çevreye uyum sağlaması ve kişilerarası olumlu ilişkiler geliştirebilmesi için yaşının gerektirdiği sosyal becerileri kazanmış olması oldukça önemlidir. Tipik gelişim gösteren çocuklar söz konusu sosyal becerileri, ebeveynlerini, akranlarını veya diğer yetişkinleri gözlemleme yoluyla kazansalar da OSB tanılı çocukların gözlem yoluyla bu becerileri kazanamadıkları, yönergeler ve yardıma ihtiyaç duydukları bildirilmiştir.^{44,45} Dolayısıyla OSB tanılı bireylerde yaygın olarak görülen sosyal sınırlılıklar göz önüne alındığında sosyal beceri eğitimlerinin önemi göz ardı edilmemelidir. Yapılan araştırmalar gelişmiş sosyal becerilere sahip olmanın tanı grubunda yer alan çocukların hayatları üzerinde olumlu kazanımlar sağlarken;³⁸ zayıf sosyal becerilerle ilişkili olarak ortaya çıkan sınırlılıkların birçok olumsuz etkisi olduğunu göstermektedir.⁸ Buradan hareketle OSB'li kişilerin sosyal beceri gelişimine yönelik kanıta dayalı sosyal beceri müdahale programlarının geliştirilmesinin son derece önemli olduğu söylenebilir. Bu sosyal beceri programları ile OSB tanılı kişilerin karşılıklı konuşma becerilerinin desteklenmesi, sözlü ve sözsüz ipuçlarını anlayabilmeleri, bakış açılarını anlamlandırabilmeleri, kaliteli akran ilişkileri geliştirmeleri, akran grubu içindeki olumsuz imajlarını azaltabilmeleri, akran reddi, dışlanma ve anlaşmazlıklarla başa çıkma becerilerini geliştirmeleri gibi kazanımlar hedeflenmektedir.¹⁸

Tanı grubunda yer alan kişilere yönelik müdahale programlarında katılımcılara hangi becerilerin kazandırılacağına yanı sıra bu becerilerin nasıl öğretileceği de önem taşımaktadır. Sosyal becerilerin başarılı bir şekilde öğretilmesi için etkili yöntemler vardır. Davranışsal modelleme ve rol yapma uygulamaları, öğrenilen becerilerin davranış provalarıyla pekiştirilmesi, becerilerin küçük grup ortamında öğretilmesi, sosyal hikaye ve senaryo kullanımları, video modelleme gibi yöntemler sosyal becerilerin başarılı bir şekilde kazanılması için müdahale programlarında kullanılması gereken yöntemlerden bazılarıdır.¹⁸ Davranışsal modelleme ve rol yapma uygulamaları, soyut olan sosyal becerilerin daha somut ve kullanılabilir bir hale getirilmesi için kullanılır. Bu yöntemle, hedef becerinin canlandırılması yoluyla günlük hayatta nasıl kullanılabileceğine rehberlik edilmesi hedeflenmektedir. Davranış provaları ise, programda öğrenilen sosyal becerilerin oturma dışındaki sosyal bağlamlara genellenebilmesi için öğrenilen becerilerin oturma sırasında aktif olarak prova edilmesine ve geri bildirimler ile sosyal hataların düzeltilmesine dayanmaktadır. Genellikle tanı grubunda yer alan küçük yaşta çocuklara yönelik kullanılan sosyal hikaye ve senaryoların kullanılması yönteminde, diğer insanların bakış açıları ve doğru sosyal davranışlarla ilgili hikayelerin anlatılması yoluyla çocuklara çeşitli sosyal becerilerin öğretilmesi hedeflenmektedir.¹⁸ Becerilerin küçük grup ortamında öğretilmesi katılımcılara uygulayıcının rehberliğinde akranları ile etkileşim kurma ortamı sağlamanın yanında öğrendikleri sosyal becerileri uygulama olanağı sağlamaktadır.⁴⁶ Video modelleme yönteminde ise, hedef grup kendisinin ya da yaşatlarının doğru

sosyal becerileri sergilediği videoları izler ve ardından bu davranışları taklit eder. Bu yöntemle ilişkili yürütülen çalışmalar video modellemenin OSB tanılı çocuk ve ergenlerin farklı sosyal alanlarda beceriler kazanmaları için oldukça etkili bir yöntem olduğunu ortaya koymaktadır.^{47,48} Bu yöntemlerden birini temel alan çalışmalar olduğu gibi, birden fazla yöntemin bir arada kullanıldığı çalışmalar da bulunmaktadır.⁴⁹

Sosyal beceri müdahaleleri çevresel değişiklikler, ikincil beceriler, çocuk özelinde müdahaleler, akran aracılı müdahaleler ve kapsamlı müdahaleler olmak üzere beş temel grupta ele alınmaktadır.⁷ Çevresel değişiklikler, OSB'li kişiler ve akranları arasındaki sosyal etkileşimi desteklemeye yönelik olarak sosyal çevrede yapılan değişikliklerdir. Örneğin; çevresel değişiklikler müdahaleleri kapsamında tanı grubunda yer alan çocuklara yapılandırılmış etkinlikler ya da oyun grupları gibi olanakların sağlanmasıyla akran ilişkileri desteklenebilir. İkincil becerilere yönelik müdahaleler, belirli sosyal becerilerin geliştirilmesi yerine dil becerileri, oyun becerileri, ortak dikkat gibi doğrudan çocuğun sosyal etkileşim kazanmasına fayda sağlayacak alanlara yönelik müdahalelerdir. Bu müdahaleler ile çocukların oyun ve sosyo-dramatik becerilerinin geliştirilmesi yoluyla sosyal etkileşime daha fazla katılmasının sağlanması hedeflenmektedir. Çocuk özelindeki müdahaleler konuşma başlatma, cevap verme gibi doğrudan çocuğun yaşadığı sorunların çözümüne yönelik uygulamaların yer aldığı müdahalelerdir. Bu müdahaleler çocukların ortalama etkileşim sürelerini artırmayı ve öğrenilen becerilerin farklı sosyal ortamlara genellenebilmesine yardımcı olmayı hedeflemektedir. Akran aracılı müdahaleler, tipik gelişim gösteren bir akranı tarafından OSB tanılı çocuğun desteklenmesi ve sosyal becerilerin karşılıklı uygulanmasına dayanmaktadır. Bu müdahaleler çocukları destekleyecek, sosyal becerileri kazanmasına ve sürdürmesine yardımcı olarak akranların sürekli eğitilmesini gerektirmektedir. Kapsamlı müdahaleler ise verilen dört müdahaleden iki veya daha fazlasını birleştiren müdahale programlarıdır.

OSB tanılı çocuklara yönelik sosyal beceri müdahale programlarının çocuğun gelişim aşamasına, bilişsel ve dil düzeyine, işlevsellik düzeyine uygun olması gerekmektedir.⁵⁰ Yaşa özgü gelişimsel özellikler doğrultusunda kazanılması gereken sosyal beceriler farklılık gösterdiğinden dolayı, her yaş grubu için farklı sosyal beceri müdahale programları geliştirilmiştir (Tablo 1). Erken dönemlerde OSB tanılı çocuklara yönelik geliştirilen sosyal beceri programları arasında etkililiği sistematik olarak test edilen programların sayısı oldukça sınırlı olmakla beraber bu yaş grubuna yönelik geliştirilen müdahale programlarının birçoğu çocuğun alıcı ve ifade edici dil becerilerinin geliştirilmesine odaklanırken; ayrıca ortak dikkat ve oyun gibi etkileşimlere odaklanarak sosyal dikkat, sosyal katılım ve sosyal ilgiye teşvik etmeyi amaçlamaktadır.⁴⁵ Erken çocukluk döneminde yapılan sosyal beceri eğitim gruplarının etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu programlardan ilki, Kroeger ve ark.⁴⁷ tarafından OSB tanılı 4-6 yaş arası çocuklara yönelik olarak uygulanan sosyal beceri müdahale programıdır. Bu programda çocuklara kazandırılması hedeflenen sosyal beceriler, video ile modelleme ve oyun etkinlikleri aracılığıyla

uygulanmakta, ayrıca davranışsal modelleme ile davranışların pekiştirilmesine yönelik provalar yapılmaktadır. Program haftada üç kez bir saat olmak üzere beş hafta boyunca sürmektedir. Çalışmada katılımcıların yaş grubuna uygun olarak taklit etme, sıra verme, oyun arkadaşı arama, göz teması kurma, sosyal gülümseme gibi beceriler öğretilmektedir. Geliştirilen programın etkisi müdahale grubu serbest oyun içeren kontrol grubu ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Sonuçta müdahale grubundaki çocuklarda serbest oyun grubuna kıyasla akranlarla sosyalleşme, iletişim başlatma, tepki verme ve etkileşim davranışlarında önemli artışlar olduğu saptanmıştır.

Erken çocukluk döneminde yer alan çocuklara yönelik bir diğer çalışma, Kamps ve ark.⁵¹ tarafından geliştirilmiş ilköğretim birinci sınıfa giden OSB tanılı çocuklara çeşitli sosyal becerilerin öğretildiği bir grup programıdır. Kazandırılması hedeflenen sosyal beceriler arasında sohbet başlatma, etkileşimleri sürdürme, iltifat etme ve iltifatları kabul etme, sırayla konuşma, başkalarına yardım etme ve yardım isteme gibi beceriler yer almaktadır. Program haftada dört kez oyun gruplarından önce yapılan ve on dakika süren oturumlardan oluşmaktadır. Program sonunda çocukların akranlarıyla olan oyunlar sırasındaki etkileşimlerin süresinin ve sıklığının arttığı ve akranlarına karşı duyarlılıklarının geliştiği raporlanmıştır.

Erken yaş grubuna yönelik bir diğer müdahale yine Kamps ve ark.⁵² tarafından 5-6 yaş arasındaki OSB tanılı çocuklara yönelik olarak geliştirilen akran ağı ("*peer network*") adlı bir uygulamadır. Bu müdahale programı iletişim becerilerini ve sosyal becerileri öğretmek için sosyal gruplar oluşturmayı ve birlikte kutu oyunları oynamayı içermektedir. Program kapsamında haftada üç kez 25-30 dakika olarak yürütülen oturumlar 6 ay boyunca sürmektedir. Oturumlarda çocuklara oyuncakları isteme, paylaşma, oyunları yorumlama, oyun sırasında olumlu ifadeler kullanma (örneğin; "rica ederim", "lütfen") ve oyun kurallarına uyma gibi konular öğretilmektedir. Beceriler önce didaktik öğretimle ardından geri bildirimle ve rol yapma uygulamaları ile öğretilmektedir. Uygulama sonunda müdahale grubunda yer alan çocukların akranlarıyla daha fazla etkileşim başlattıkları bulunurken, öğretmen raporları müdahale grubunda yer alan çocukların sosyal iletişimlerinin geliştiğini ortaya koymuştur.

Bu yaş grubuna yönelik olarak uygulanan bir diğer müdahale programı ise Otizmlili ve İlişkili İletişim Engelli Çocukların İyileştirilmesi ve Eğitimi programıdır.⁵³ Program altı aylık zaman diliminde haftada iki saat uygulanan 20 oturumdan oluşmaktadır. Yüksek işlevli ve 5-6 yaş arası OSB tanılı çocuklar ve annelerinin katılımıyla gerçekleştirilen programda, çocuklara pragmatik konuşma, problem çözme, arkadaşlık, öz düzenleme, sözsüz iletişim ile ilgili beceriler öğretilmesi hedeflenmiştir. Program sonunda çocukların sosyal becerileri ve karşılıklı iletişim becerilerinde gelişme gözlenirken; annelerin stres seviyelerinin de azaldığı görülmüştür.

Okul öncesi çocuklara yönelik programlara ek olarak, güncel iki farklı meta analiz çalışmasına bakıldığında OSB tanılı bireylere yönelik olarak uygulanan sosyal beceri programlarının yarısından fazlasının okul çağındaki çocuklara yönelik olduğu görülmektedir.^{54,55} Bu iki meta-analizde yer alan çalışmaların

tamamında okul çağındaki çocuklara yönelik sosyal beceri programlarının küçük grup formatında yürütüldüğü fakat oturumların sıklığı ve yoğunluğunda değişikliklerin olduğu belirtilmektedir. Farklılıklara rağmen oturumlarda katılımcılara ortak becerilerin (örneğin; konuşma becerileri, mecazi dil kullanımı, perspektif alma, duyguları ve yüz ifadelerini tanıma, alay ve mizaha uygun tepkiler verme) öğretilmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca erken dönemde uygulanan programlardan farklı olarak okul çağındaki çocukları hedefleyen sosyal beceri eğitimlerine yönelik programlara genellikle ebeveynler de dâhil edilmektedirler.⁴⁵

Okul çağındaki OSB tanılı 7-12 yaş arası çocukların samimi bir iletişim ve arkadaşlık becerilerini geliştirmeye yönelik Andrews ve ark.⁵⁶ tarafından uygulanan bilişsel davranışçı temelli bir müdahale programının çocukların akran yakınlığı ve empati becerileri üzerinde olumlu etkileri olduğu ve izlem çalışmasında bu etkilerin üç ay sonra bile korunduğu bildirilmiştir. Bu çalışma ile OSB tanılı çocuklara daha uygun etkileşimler kurmanın öğretilebileceği gösterilmiştir.

Okul çağındaki OSB tanılı çocuklara yönelik uygulanan bir diğer müdahale programı Frankel ve ark.⁵⁷ tarafından, ikinci ve beşinci sınıflar arası OSB tanılı çocuklara yönelik olarak uygulanan ebeveyn destekli “Çocukların Arkadaşlık Eğitimi” programıdır. Bu program ile tanı grubunda yer alan çocukların iletişim, akran gruplarına dahil olma, alay edilme ile başa çıkma gibi becerilerinin gelişmesi hedeflenmektedir. Program sonundaki ebeveyn raporları, programa katılan çocukların sosyal becerilerinde ve oyun buluşmalarında olumlu gelişmeler olduğunu, üç aylık takipte ise başlangıca göre ciddi bir iyileşme olduğunu ortaya koymuştur.

Okul temelli bir diğer müdahale programı OSB tanılı çocukların okuldaki akranlarıyla etkileşim kurmasına yardımcı olmak amacıyla Kretzmann ve ark.⁵⁸ tarafından geliştirilmiş olan kanıta dayalı “Teneffüslerin Değerlendirilmesi”/“Teneffüs Dönüşümü” (“*Remaking Recess*”) programıdır. Program OSB tanılı dördüncü sınıf ilkökul öğrencilerine yönelik olarak 16 oturum boyunca teneffüsler sırasında uygulanmaktadır. Müdahale boyunca çocuklara akran konuşmaları, oyunların başlatılması ve sürdürülmesi, akranlarının sorun davranışlarına karşı stratejiler belirleme gibi konularda uygulamalar yapılmaktadır. Program sonunda müdahale grubunda yer alan çocukların akranlarıyla geçirdikleri zamanda ve akran etkileşimini artırmaya yönelik davranışlarında gelişmeler olduğu saptanmıştır.

Okul temelli müdahale programları, OSB tanılı çocuklara akran ilişkileri ve uyum becerileri gibi temel becerilerin öğretilmesi açısından oldukça önemlidir. Okul temelli programları takiben ergenlik dönemine geçilmesiyle birlikte değişen sosyal ortamlar ve akran grupları farklı sosyal ihtiyaçları ortaya çıkarmakta ve ergenlerin farklı sosyal beceriler edinmesini gerektirmektedir. Bu doğrultuda OSB tanılı ergenlere yönelik sosyal beceri müdahale programları farklılık göstermektedir. Bu dönemde uygun şekilde karşılıklı konuşma, sosyal ilişkilerin güçlenmesi, nezaket kurallarını öğrenerek olumsuz imajın ortadan kaldırılması, daha kaliteli akran ilişkileri geliştirme, sözel ve sözsüz ipuçlarını anlamlandırabilme, duygu tanıma

becerilerini güçlendirme ve anlaşmazlıklarla başa çıkabilme gibi beceriler müdahale programları ile kazandırılması hedeflenen becerilerden bazılarıdır.¹⁸ OSB tanılı ergenlere yönelik geliştirilen müdahale programlarına bakıldığında en kapsamlı programlardan birisi PEERS (“*Program for the Education and Enrichment of Relational Skills*”) programıdır.⁴⁹ On iki-on yedi yaş arası ergenlere yönelik olarak geliştirilmiş programda konuşma becerileri, bir konuşmaya dahil olmak ve ayrılmak, mizahın uygun kullanımı, alay edilme ve akran zorbalığı ile başa çıkmak gibi sosyal becerilerin öğretilmesi hedeflenmektedir. Eş zamanlı olarak düzenlenen ebeveyn-ergen oturumlarından oluşan program 14 haftalık bir grup eğitimidir. Birçok ülkede uyarlama ve etkililik çalışmaları yapılan kanıta dayalı PEERS programına katılan ergenlerde kontrol grubuna kıyasla, sosyal iletişim, sosyal duyarlılık, arkadaş edinme ve arkadaşlığı sürdürme gibi becerilerde artış; OSB belirtileri ve depresif semptomlarda ise azalma görülmektedir.^{37,59}

Tanı grubunda yer alan ergenlere yönelik bir diğer müdahale “Çoklu Modaliteli Anksiyete ve Sosyal Beceriler Müdahalesi” programıdır.⁶⁰ OSB tanılı ergenlerde anksiyetenin sıklıkla görülmesine yönelik olarak geliştirilen programda 12-17 yaş arası OSB tanılı ergenlere bütünlük bir müdahale sunularak bireysel terapiler ve grup terapileri uygulanmıştır. Grup terapileri yedi oturumdan oluşmakta ve tüm katılımcılar için aynı konulara odaklanılmaktadır. Bireysel terapiler ise en fazla 13 oturumdan oluşmakta ve katılımcının ihtiyacı doğrultusunda şekillenmektedir. Program sonunda katılımcıların anksiyete seviyelerinde %26,0 oranında bir düşüş olduğu görülmüş ancak bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır.

OSB tanılı ergenlere yönelik uygulanan bir diğer müdahale programında beş yüksek işlevli erkek ergene zihin kuramı becerilerinin öğretildiği 14 oturumluk bir program uygulanmış ve dört kişilik kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır.⁶¹ Programda katılımcılara diğerlerinin zihinsel durumlarını anlamaya yönelik sosyal-bilişsel becerilere ek olarak karşılıklı konuşma ve sosyal etkileşim becerileri de öğretilmektedir. Program sonunda müdahale grubunda yer alan katılımcıların, diğerlerinin zihinsel durumlarını çıkarsama becerilerini ölçmek için sıklıkla kullanılan yanlış inanç testlerinde iyileşmeler olduğu görülürken; kontrol grubunda herhangi bir değişim görülmemiştir. Sonuçta zihin kuramı becerilerindeki gelişmenin OSB tanılı ergenlerin sosyal etkileşimlerini geliştirmek için uygulanabilir bir yöntem olduğu belirtilmektedir. Ergenlere yönelik bir başka programda OSB tanılı 13-18 yaş arası gençler için 12 haftalık sosyal beceri programı gerçekleştirilmiştir.⁴⁶ Program empati, duygusal farkındalık, problem çözme gibi becerilerin öğretilmesini içermektedir. Ayrıca tanı grubunda yer alan kişilerin çeşitli sosyal durumlarda nasıl davranmaları gerektiğini davranış provaları ile öğrenmelerine olanak sağlanmaktadır. Program sonunda ergenlerin günlük hayatlarındaki sosyal etkileşimlerinin ve sosyal uyumlarının arttığı görülmektedir. Ebeveyn bildirimleri ise ergenlerin sosyal becerilerinin arttığını, sorun davranışlarının azaldığını ve program kazanımlarının oturumlar dışındaki toplumsal bağlamlara da genellenebildiğini düşündürmektedir.

Bu bölümde yer verildiği üzere OSB'li çocuk ve ergenlerin gelişim dönemine uygun olarak uygulanan kanıta dayalı sosyal beceri müdahale programları bu çocukların içerisinde yer aldıkları toplumun onlardan beklediği sosyal becerileri öğrenmeleri açısından oldukça önemli görülmektedir. Ülkemizde bu çocuk ve ergenlere yönelik uygulanan sosyal beceri müdahale programları

oldukça sınırlıdır. Ülkemizde bu alanda geliştirilecek ve uygulanacak olan müdahale programlarının her yaştan OSB tanılı kişi ve ebeveyni üzerinde olumlu etkileri olacağı düşünülmektedir.

Tablo 1. Otizm spektrum bozukluğuna yönelik geliştirilmiş sosyal beceri müdahale programlarına ait özellikler

Yazar	Yaş	Örneklem	Programın sıklığı	Programın amacı	Bulgular
Kroeger ve ark. ⁴⁷	4-6 yaş	25 çocuk (13 müdahale; 12 kontrol)	Beş hafta boyunca haftada üç kez bir saat süren oturumlar uygulanmaktadır.	Taklit etme, sıra verme, oyun arkadaşı arama, göz teması kurma, sosyal gülümseme gibi becerilerin kazandırılması amaçlanmaktadır.	Müdahale grubundaki çocuklarda akranlarla sosyalleşme ve iletişim başlatma, tepki verme ve etkileşim davranışlarında artış görülmüştür.
Kamps ve ark. ⁵¹	7 yaş	3 çocuk	Haftada dört kez 10 dakika süren oturumlar uygulanmaktadır. Programın kaç hafta süreceği her bir çocuk için iki ila altı hafta arasında değişiklik göstermiştir.	Sohbet başlatma, etkileşimleri sürdürme, iltifat etme ve iltifatları kabul etme, sırayla konuşma, başkalarına yardım etme ve yardım isteme gibi becerilerin kazandırılması amaçlanmaktadır.	Çocukların oyunlar sırasındaki etkileşimlerin süresi ve sıklığı artarken, birbirlerine karşı duyarlılıkları da artmıştır.
Kamps ve ark. ⁵²	5-6 yaş	95 çocuk (56 müdahale; 39 kontrol)	Altı ay boyunca haftada üç kez 25-30 dakika süren oturumlar uygulanmaktadır.	Oyuncakları isteme, paylaşma, oyunları yorumlama, oyun sırasında olumlu ifadeler kullanma ve oyun kurallarına uyma gibi becerilerin kazandırılması amaçlanmaktadır.	Müdahale grubunda yer alan çocukların akranlarıyla daha fazla etkileşim başlattıkları görülürken, öğretmen raporları müdahale grubunda yer alan çocukların sosyal iletişimlerinin geliştiğini göstermiştir.
Ichikawa ve ark. ⁵³	5-6 yaş	11 çocuk (5 müdahale; 6 kontrol)	Altı ay boyunca haftada iki saatten oluşan 20 oturum uygulanmaktadır.	Pragmatik konuşma, problem çözme, arkadaşlık, öz düzenleme ve sözsüz iletişim ile ilgili becerilerin kazandırılması amaçlanmaktadır.	Müdahale grubunda yer alan çocukların sosyal becerileri ve karşılıklı iletişim becerileri artarken; annelerin stres seviyeleri azalmıştır.
Andrews ve ark. ⁵⁶	7-12 yaş	58 çocuk (29 müdahale; 29 bekleme kontrol)	Beş hafta boyunca haftada bir kez iki saat süren beş oturum uygulanmaktadır.	Samimi iletişimi ve arkadaşlık becerilerini geliştirmek amaçlanmaktadır.	Müdahale grubundaki çocukların diğerlerine yönelik samimi davranışlarında ve empati becerilerinde olumlu gelişmeler olmuştur.
Frankel ve ark. ⁵⁷	2.-5. sınıf (ort. yaş: 8,5)	68 çocuk (35 müdahale; 33 bekleme kontrol)	12 hafta boyunca haftada bir kez 60 dakika süren oturumlar uygulanmaktadır.	İletişim, akran gruplarına dahil olma, alay ile başa çıkma gibi becerilerin geliştirilmesi amaçlanmaktadır.	Ebeveyn raporları, programa katılan çocukların sosyal becerilerinde ve oyun buluşmalarında olumlu gelişmeler olduğunu, üç aylık takipte ise başlangıca göre önemli gelişmeler olduğunu göstermiştir.
Kretzmann ve ark. ⁵⁸	6-11 yaş	24 çocuk (13 müdahale; 11 bekleme kontrol)	16 oturum boyunca teneffüsler sırasında uygulanmaktadır.	Akran konuşmaları, oyunların başlatılması ve sürdürülmesi, akranlarının problemli davranışlarına karşı stratejiler belirleme gibi becerilerin geliştirilmesi amaçlanmaktadır.	Müdahale grubunda yer alan çocukların akranlarıyla geçirdikleri zamanda ve akran etkileşimini artırmaya yönelik davranışlarında artış görülmüştür.
Laugeson ve ark. ⁴⁹	12-17 yaş	28 ergen (14 müdahale; 14 bekleme kontrol)	14 hafta boyunca haftada bir kez 90 dakika süren oturumlar uygulanmaktadır.	Konuşma becerileri, bir konuşmaya dahil olmak ve ayrılmak, mizahın uygun kullanımı, alay ve akran zorbalığı ile başa çıkmak gibi sosyal becerilerin öğretilmesi amaçlanmaktadır.	Müdahale grubunda yer alan ergenlerin sosyal beceri bilgisi, sosyal yanıt verme ve iletişim becerileri, sosyal biliş, sosyal farkındalık, sosyal motivasyon, kendini savunabilme, iş birliği ve sorumluluk gibi sosyal becerilerinde gelişmeler saptanmıştır.

Tablo 1. Devamı

Yazar	Yaş	Örneklem	Programın sıklığı	Programın amacı	Bulgular
White ve ark. ⁶⁰	12-17 yaş	30 ergen (15 müdahale; 15 beklemeli kontrol)	Grup oturumlarından ve bireysel terapilerden oluşan ilk 12 oturum zorunludur. Her katılımcıya en fazla 13 seans bireysel terapi uygulanmaktadır.	Çok yönlü olan programın ergenlerin sosyal becerileri ve anksiyete yönetimi üzerindeki etkilerinin incelenmesi amaçlanmaktadır.	Katılımcıların anksiyete seviyelerinde %26 oranda bir düşüş olduğu görülmüştür. Ayrıca sosyal becerilerde ve genel işlevsellikte gelişmeler olduğu raporlanmıştır.
Ozonoff ve Miller ⁶¹	11-16 yaş	9 ergen (5 müdahale; 4 kontrol)	14 hafta boyunca haftada bir kez 90 dakika süren oturumlar uygulanmaktadır.	Zihin kuramı becerilerinin öğretilmesi yoluyla çeşitli sosyal becerilerin geliştirilmesi amaçlanmaktadır.	Müdahale grubunda yer alan katılımcıların, zihin kuramı becerilerini ölçmek için sıklıkla kullanılan yanlış inanç testlerinde iyileşmeler olduğu görülmüştür.
Tse ve ark. ⁴⁶	13-18 yaş	46 ergen	12 hafta boyunca haftada bir kez 90 dakika süren oturumlar uygulanmıştır.	Empati, duygusal farkındalık, problem çözme gibi becerilerin öğretilmesi amaçlanmaktadır.	Programa katılan ergenlerin sosyal etkileşimlerinin ve sosyal uyumlarının arttığı görülürken, ebeveyn raporları ergenlerin sosyal becerilerde artışı, problem davranışlarında ise azalmayı göstermiştir.

Sonuç

Sosyal alanlarda yaşadığı problemler ve bu problemlere bağlı olarak ortaya çıkan olumsuz etkiler, OSB tanılı kişilerin uzun vadedeki sosyal uyumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Sosyal beceri eksikliği, özellikle akran reddi, akran zorbalığı, sosyal destek eksikliği, yalnızlık, dışlanma, akademik ve mesleki zorluklar, kaygı ve duygu bozuklukları, sağlıklı akran ilişkileri gibi konularda olumsuz deneyimlere neden olmaktadır.^{33,36,62} Dahası mevcut sorunların erken çocukluk sonrası sosyal ortamlara artan ihtiyaçla birlikte arttığı görülmektedir.⁴⁸

OSB tanılı bireylerin birçoğu tipik gelişim gösteren yaşlıları için olağan kabul edilen sosyal ortamlarda, topluluklarda ve arkadaşlık ilişkilerinde yaşamları boyunca zorluk yaşamaktadır. Bu nedenle arkadaş edinme ve sürdürme için gerekli becerileri öğretmek OSB tanılı bireyler için önemli ve ömür boyu etkisi olan bir kazanım olacaktır. Çocukluk dönemindeki arkadaşlıklar daha çok oyun sırasındaki etkileşimlere dayanırken, ergenlik dönemindeki arkadaşlıklar sohbet temelinde olmaktadır. Dolayısıyla OSB tanılı kişilerin özellikle ergenlik döneminde sosyal beceriler kazanabilecekleri aile ve eğitim ortamını bulabilmeleri ve sosyal etkileşimlerinin devamlılığını sağlayacak becerileri kazanmaları çok önemlidir.⁴⁹ Özellikle okul dönemindeki çocuklara yönelik müdahale programları, tanı grubunda yer alan çocukların birçok sosyal konuda beceri edinmekle birlikte, bu becerileri çeşitli sosyal bağlamlarda pragmatik olarak nasıl kullanabileceklerini pratik etmelerine yardımcı olabilir. Yapılan araştırmalar, OSB tanılı çocuklarda sınırlı gelişim gösteren sosyal becerilerin ve sosyal ipuçlarını anlayabilme becerilerinin desteklenmesiyle bu çocukların akran etkileşimleri başta olmak üzere sosyal etkileşimlerinin artacağına ve problemleri davranışlarının engelleneceğine dikkat çekmektedir.^{63,64} Ayrıca OSB tanılı bir çocuğa akranlarıyla sosyal etkileşim başlatmayı öğretmek çocuğun farklı sosyal alanlardaki etkileşiminin olumlu yönde desteklediği, zorlayıcı davranışlarının ise

azaltıldığı görülmektedir.⁶⁵ Bunu destekleyecek şekilde yüksek işlevli otizm tanılı kişilerle yürütülen bir çalışmada daha iyi sosyal becerilere ve güçlü akran ilişkilerine sahip olmanın kişinin daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olmasını destekleyeceği raporlanmaktadır.⁶⁶ Dahası iyi sosyal becerilere sahip olmak yaşam kalitesini artırmanın yanında depresyon ve anksiyete semptomlarını da azaltmaktadır.¹⁸ Bu bağlamda bu çocukların özerk bir şekilde akran ilişkileri geliştirmeleri ve sosyal ortamlarda yer bulabilmeleri için toplumsal olarak kabul edilebilir sosyal becerileri kazanmalarına yönelik müdahale programlarının geliştirilmesi ve uygulanması temel bir gereklilik olarak kabul edilmelidir.

Tanı grubunda yer alan kişilerin sosyal becerileri eksikliğine bağlı olarak çeşitli alanlarda yaşadıkları zorluklara rağmen bu alandaki çalışmalar sınırlı; özellikle OSB tanılı ergenler ve yetişkinlerin sosyal becerilerine yönelik araştırmalar oldukça yetersizdir.^{48,67} Bu çalışmalar, sosyal beceri gruplarının tanı grubunda yer alan bireylerin yalnızlığını azaltırken sosyal yeterlilik ve sosyal işlevselliklerini destekleyeceğini ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda erken dönemlerden başlayarak müdahale programları geliştirmek, bu programları sistematik olarak uygulamak ve araştırma temelinde bu programların etkililiğini değerlendirmek oldukça önemlidir.⁶⁸ Konuya ilişkin geliştirilen müdahale programlarının etkililiğinin randomize kontrollü bir desen ile incelenmesi, standart ölçüm araçlarının kullanılması, müdahale etkilerinin çoklu bağımsız değerlendiriciler tarafından gözlenmesi ve izlem çalışmaları ile hedeflenen kazanımların uzun vadeli etkilerinin takip edilmesi gerekmektedir.¹⁸ Böylece OSB tanılı bireylerin sosyal gelişimini desteklemek açısından daha etkili stratejilerin geliştirilmesi sağlanabilecek, bu da bu bireylerin topluma daha kolay ve etkili bir şekilde uyum sağlamalarına destek olacaktır.

OSB tanılı bireylere yönelik olarak uygulanacak olan sosyal beceri müdahale programlarının sağlayacağı katkılardan bir diğeri, olumlu etkilerin çocukların bakım verenleri ve yakınları

üzerine olan yansımalarıdır. OSB tanılı bireylere yönelik bir sosyal beceri müdahale programının etkililiğini tam olarak anlamak için ebeveynlerin de programa dahil edilmesi önem taşımaktadır.¹⁷ Ebeveynlerin de sürece dahil edildiği müdahale programlarıyla ebeveynlik stresinin azaldığı ve ebeveynlerin kaygı ve depresyon puanlarının düştüğü raporlanmaktadır.^{37,69} Ebeveynlerin müdahale programlarına dahil edilmesinin onlar üzerinde olumlu etkileri olacağı gibi çocukları üzerinde de olumlu etkileri olmaktadır. Ebeveynler, çocuklarının sosyal ortamlara uyum sağlayıp sağlayamayacakları ve bununla bağlantılı olarak gelecekte özerk bir hayat sürdürüp sürdüremeyecekleri konusunda endişelenmektedir. OSB tanılı yetişkinlerle yapılan çalışmalar, karamsar bir tablo çizerek ebeveynlerin bu kaygılarının haklı olduğunu göstermektedir.³⁹ Sosyal beceri müdahale programlarına ebeveynlerin dahil edilmesi ile müdahale programının çocuk üzerindeki etkilerinin uzun vadede sürdürülebilir olması hedeflenmektedir. Ayrıca ebeveynler program sırasında kazanılan becerilerin oturumlar dışındaki sosyal bağlamlara genellenmesi konusunda çocuklarını destekleyebilmektedir.

Yukarıda yer verilen kanıta dayalı sosyal beceri müdahale programlarının OSB tanılı çocuk ve ergenlerin sağlıklı sosyal etkileşimler ve olumlu kişilerarası ilişkiler geliştirebilmesi yönünde katkıları olsa da çeşitli sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak otizm, spektrumdaki her bireyin farklı alanlarda farklı beceri düzeyine sahip olduğu bir bozukluk olmasına bağlı olarak yer verilen sınırlılıkların kişide olup olmaması ya da ne kadar ağır seyrettiği farklılık göstermektedir. Mevcut müdahale programlarının hedef grupta yer alan çocukların sosyal ihtiyaçları özelinde yapılandırılıp yapılandırılmadığı bilinmemektedir. Yine ebeveynin ve çevrenin sosyal desteği, bozukluğun çocuk üzerindeki etkilerini büyük oranda etkilemektedir. Dolayısıyla tanı grubunda yer alan kişilerin deneyimlediği sorunlara yönelik kesin sınırlar belirlemek doğru olmayacaktır. Ayrıca yukarıda yer verilen müdahale programlarına ilişkin boylamsal çalışmanın yetersiz olması, uygulanan müdahale programlarının etkilerinin uzun vadede ne kadar süreceği konusunda net bir tablo ortaya koymamaktadır. Yapılan çalışmalarda büyük oranda izlem ölçümlerine yer verilmemesine bağlı olarak müdahalenin etkisinin ne kadar sürdüğü bilinmemektedir. Dahası müdahale programları sırasında öğretilen becerilerin oturumlar dışındaki sosyal ortamlara (örneğin; okul, arkadaş ortamları) ne kadar genellenebildiği de belirsizdir. Ayrıca konuya ilişkin müdahale programlarının büyük oranda ya sadece tanı grubunda yer alan çocuklar üzerinden ya da bu çocuklarla tipik gelişim gösteren yaşatlarının karşılaştırılması ile yürütüldüğü görülmektedir. Her ne kadar bir bozukluğu ortaya çıkarabilecek nedenler ve bozukluğun semptomları arasındaki ilişki incelenirken esas değerlendirmeler bozukluğun doğasını anlayabilmek üzere tipik gelişim gösteren kişilerle bozukluğa sahip kişiler arasında yapılırsa da bu noktada farklı bakış açılarının da düşünülmesi gerekmektedir.⁷⁰

Ülkemizde doğrudan OSB tanılı kişilere yönelik kanıta dayalı bir sosyal beceri geliştirme programı bulunmamaktadır. Dolayısıyla ilk aşamada bu özel gereksinimli grupta yer alan her yaştan kişiye yönelik kanıta dayalı sosyal beceri

geliştirme programlarının geliştirilmesi hedeflenmelidir. Bu çocukların sosyal becerinin geliştirilmesi yoluyla akran ilişkileri de desteklenebilir. Sağlıklı akran etkileşimlerinin, tanı grubunda yer alan çocukların sosyal etkileşim ve topluma uyum becerilerini destekleyerek uzun vadede özerk bir hayat sürmelerine yardımcı olacağı düşünülmektedir. Gelişim dönemi özelinde ve bu grupta yer alan kişilerin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirilen bu programların etkililiği kesitsel çalışmaların yanı sıra boylamsal çalışmalarla da değerlendirilerek, programların uzun vadedeki etkileri incelenmelidir. Yaş gruplarına ve gelişim aşamalarına uygun olarak sosyal iletişim, sosyal biliş, arkadaşlık becerileri, sosyal ipuçlarını anlama ve akran reddi ve çatışmayla başa çıkma stratejileri gibi alanlara odaklanan müdahale programları önemli bir boşluğu dolduracaktır. Geliştirilecek bu programlara ebeveynler de dahil edilerek programın çocuk üzerindeki olumlu etkilerinin sürdürülebilir olması sağlanmalıdır. Böylece ülkemizde etkililiği gösterilen programlar ortaya çıkmış olacak ve bu bireylerin sağlıklı gelişimi, istihdam edilmeleri ve bağımsız bir hayat sürdürmeleri doğrultusunda önemli adımlar atılmış olacaktır. Ayrıca müdahale programları çocuk ve gençlerin sağlıklı gelişimine ek olarak ülkelerin ekonomik ve sosyal gelişimlerine de katkı sağlayarak sürdürülebilir bir kalkınmaya olanak tanımaktadır.⁶⁸ Dolayısıyla sosyal beceri müdahale programlarının geliştirilmesi her ne kadar önem taşısa da daha önemli olan bu programların aktif olarak uygulanma alanı bulmasıdır. Burada gerek yerel yönetimlere ve bakanlıklara gerekse özel eğitim kurumlarına ciddi bir sorumluluk düşmektedir. Geliştirilen sosyal beceri programları kamuoyu ve ilgili bakanlıklarla paylaşılarak ülkemizde yaygınlaştırılmalıdır. Bakanlıklar ilgili alanlarda çalışan personellerinin sosyal beceri müdahale programlarının eğitimine katılmasına yönelik bir destek sağlarken, özel eğitim kurumlarında çalışan profesyonellere de bu eğitimin sağlanması gerekmektedir. Çünkü geliştirilecek olan kanıta dayalı sosyal beceri programları ancak disiplinlerarası bir iş birliği ile organize şekilde uygulanırsa yaygınlaştırılması mümkün olacaktır.

Dipnot

Yazarlık Katkıları

Konsept: E.H.M., A.D., Dizayn: E.H.M., A.D., Analiz veya Yorumlama: E.H.M., A.D., Literatür Arama: E.H.M., Yazan: E.H.M., A.D.

Çıkar Çatışması: Araştırmacılar herhangi bir çıkar çatışması belirtmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Kanner L. Autistic disturbance of affective contact. *Nervous Child*. 1943;2:217-250.
2. Baron-Cohen S. The eye direction detector (EDD) and the shared attention mechanism (SAM): Two cases for evolutionary psychology. In: Moore C, Dunham PJ, eds. *Joint Attention: Its Origins and Role in Development*. Hillsdale; Lawrence Erlbaum Associates. 1995:41-59.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association, Washington, DC, 2013.

4. Centers for Disease Control and Prevention. (2023) Accessed at: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html> Accessed on: 03.09.2023
5. Laushey KM, Heflin LJ. Enhancing social skills of kindergarten children with autism through the training of multiple peers as tutors. *J Autism Dev Disord.* 2000;30:183-193.
6. Elliott SN, Gresham FM. Social skills interventions for children. *Behav Modif.* 1993;17:287-313.
7. McConnell SR. Interventions to facilitate social interaction for young children with autism: Review of available research and recommendations for educational interventions and future research. *J Autism Dev Disord.* 2002;32:351-372.
8. Tantam D. The challenge of adolescents and adults with Asperger syndrome. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am.* 2003;12:143-163.
9. Magiati I, Tay XW, Howlin P. Cognitive, language, social and behavioural outcomes in adults with autism spectrum disorders: a systematic review of longitudinal follow-up studies in adulthood. *Clin Psychol Rev.* 2014;34:73-86.
10. Hadjikhani N, Joseph RM, Snyder J, Tager-Flusberg H. Anatomical differences in the mirror neuron system and social cognition network in autism. *Cereb Cortex.* 2006;16:1276-1282.
11. Munson J, Dawson G, Abbott R, Faja S, Webb SJ, Friedman SD, Shaw D, Artru A, Dager SR. Amygdalar volume and behavioral development in autism. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63:686-693.
12. Baron-Cohen S. *Mindblindness: an essay on autism and theory of mind.* Cambridge; MIT Press. 1995.
13. Brüne M, Brüne-Cohrs U. Theory of mind evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neurosci Biobehav Rev.* 2006;30:437-455.
14. Chevallier C, Kohls G, Troiani V, Brodtkin ES, Schultz RT. The social motivation theory of autism. *Trends Cogn Sci.* 2012;16:231-239.
15. Santangelo SL, Tsatsanis K. What is known about autism: genes, brain, and behavior. *Am J Pharmacogen.* 2005;5:71-92.
16. Ekas NV, Lickenbrock DM, Whitman TL. Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2010;40:1274-1284.
17. Karst JS, Van Hecke AV. Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2012;15:247-277.
18. Laugeson EA, Ellingsen R. Social skills training for adolescents and adults with autism spectrum disorder. In: *Adolescents and adults with autism spectrum disorders* 2014;61-85.
19. Carter AS, Davis NO, Klin A, Volkmar FR. Social development in autism. In: Volkmar FR, Paul R, Klin A, Cohen D, eds. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* (3th edition). Hoboken, NJ: Wiley. 2005:312-334.
20. Bauminger N, Shulman C, Agam G. Peer interaction and loneliness in high-functioning children with autism. *J Autism Dev Disord.* 2003;33:489-507.
21. MacDonald R, Anderson J, Dube WV, Geckeler A, Green G, Holcomb W, Mansfield R, Sanchez J. Behavioral assessment of joint attention: a methodological report. *Res Dev Disabil.* 2006;27:138-150.
22. Charman T, Swettenham J, Baron-Cohen S, Cox A, Baird G, Drew A. Infants with autism: an investigation of empathy, pretend play, joint attention, and imitation. *Dev Psychol.* 1997;33:781.
23. Sullivan A, Caterino LC. Addressing the sexuality and sex education of individuals with autism spectrum disorders. *Educ Treat Child.* 2008;31:381-394.
24. Tager-Flusberg H, Paul P, Lord C. Language and communication in autism. In: Volkmar FR, Klin A, Paul AR, Cohen D, eds. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* (3th ed). Haboken; Wiley. 2005;335-364.
25. Charman T, Drew A, Baird C, Baird G. Measuring early language development in preschool children with autism spectrum disorder using the MacArthur communicative development inventory (Infant Form). *J Child Lang.* 2003;30:213-236.
26. Tager-Flusberg, H. The challenge of studying language development in children with autism. In: Menn L, Ratner NB, eds. *Methods for studying language production.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1999;317-336.
27. Pijnacker J, Hagoort P, Buitelaar J, Teunisse JP, Geurts B. Pragmatic inferences in highfunctioning adults with autism and Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord.* 2009;39:607-618.
28. Elder LM, Caterino LC, Chao J, Shacknai D, De Simone G. The efficacy of social skills treatment for children with Asperger syndrome. *Educ Treat Child.* 2006;29:635-663.
29. Ghaziuddin M, Gerstein L. Pedantic speaking style differentiates Asperger syndrome from high-functioning autism. *J Autism Dev Disord.* 1996;26:585-595.
30. Persicke A, Tarbox J, Ranick J, Clair MS. Teaching children with autism to detect and respond to sarcasm. *Res Autism Spectr Disord.* 2013;7:193-198.
31. Starr E, Szatmari P, Bryson S, Zwaigenbaum L. Stability and change among high-functioning children with pervasive developmental disorders: a 2-year outcome study. *J Autism Dev Disord.* 2003;33:15-22.
32. Bauminger N, Solomon M, Aviezer A, Heung K, Brown J, Rogers SJ. Friendship in high-functioning children with autism spectrum disorder: Mixed and non-mixed dyads. *J Autism Dev Disord.* 2008;38:1211-1229.
33. Bauminger N, Kasari C. Loneliness and friendship in high-functioning children with autism. *Child Dev.* 2000;71:447-456.
34. Laugeson EA. *The PEERS curriculum for school-based professionals: Social skills training for adolescents with autism spectrum disorder.* New York: Routledge. 2014.
35. Reichow B, Steiner AM, Volkmar F. Social skills groups for people aged 6 to 21 with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 2012:CD008511.
36. Humphrey N, Symes W. Perceptions of social support and experience of bullying among pupils with autistic spectrum disorders in mainstream secondary schools. *Eur J Spec Needs Educ.* 2010;25:77-91.
37. Yoo HJ, Bahn G, Cho IH, Kim EK, Kim JH, Min JW, Lee WH, Seo JS, Jun SS, Bong G, Cho S, Shin MS, Kim BN, Kim JW, Park S, Laugeson EA. A randomized controlled trial of the korean version of the PEERS® parent-assisted social skills training program for teens with ASD. *Autism Res.* 2014;7:145-161.
38. Orsmond GI, Krauss MW, Seltzer MM. Peer relationships and social and recreational activities among adolescents and adults with autism. *J Autism Dev Disord.* 2004;34:245-256.
39. Newman L, Wagner M, Knokey AM, Marder C, Nagle K, Shaver D, Wei X. The post-high school outcomes of young adults with disabilities up to 8 years after high school: A Report from the National Longitudinal Transition Study-2 (NLTS2) (NCSE 2011-3005). Washington DC; National Center for Special Education Research. 2011.
40. Kim JA, Szatmari P, Bryson SE, Streiner DL, Wilson FJ. The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome. *Autism.* 2000;4:117-132.
41. Jackson SL, Hart L, Brown JT, Volkmar FR. Brief report: self-reported academic, social, and mental health experiences of post-secondary students with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2018;48:643-650.
42. Miller PM, Ingham JG. Friends, confidants, and symptoms. *Soc Psychiatry.* 1976;11:51-58.
43. Stokes M, Newton N, Kaur A. Stalking, and social and romantic functioning among adolescents and adults with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2007;37:1969-1986.
44. Gralinski JH, Kopp C. Everyday rules for behavior: mother's requests to young children. *Dev Psychol.* 1993;29:573-584.
45. Moody CT, Laugeson EA. Social skills training in autism spectrum disorder across the lifespan. *Psychiatr Clin.* 2020;43:687-699.

46. Tse J, Strulovitch J, Tagalakakis V, Meng L, Fombonne E. Social skills training for adolescents with Asperger's syndrome and high functioning autism. *J Autism Dev Disord.* 2007;37:1960-1968.
47. Kroeger KA, Schultz JR, Newsom C. A comparison of two group-delivered social skills programs for young children with autism. *J Autism Dev Disord.* 2007;37:808-817.
48. Reichow B, Volkmar FR. Social skills interventions for individuals with autism: evaluation for evidence-based practices within a best evidence synthesis framework. *J Autism Dev Disord.* 2010;40:149-166.
49. Laugeson EA, Frankel F, Gantman A, Dillon AR, Mogil C. Evidence-based social skills training for adolescents with autism spectrum disorders: the UCLA PEERS program. *J Autism Dev Disord.* 2012;42:1025-1036.
50. Ellingsen R, Bolton C, Laugeson E. Evidence-based social skills groups for individuals with autism spectrum disorder across the lifespan. In: Leaf J, eds. *Handbook of social skills and autism spectrum disorder: Assessment, curricula, and intervention.* New York; Springer. 2017:343-358.
51. Kamps DM, Leonard BR, Vernon S, Dugan EP, Delquadri JC, Gershon B, Wade L, Folk L. Teaching social skills to students with autism to increase peer interactions in an integrated first-grade classroom. *J Appl Behav Anal.* 1992;25:281-288.
52. Kamps D, Thiemann-Bourque K, Heitzman-Powell L, Schwartz I, Rosenberg N, Mason R, Cox S. A comprehensive peer network intervention to improve social communication of children with autism spectrum disorders: a randomized trial in kindergarten and first grade. *J Autism Dev Disord.* 2015;45:1809-1824.
53. Ichikawa K, Takahashi Y, Ando M, Anme T, Ishizaki T, Yamaguchi H, Nakayama T. TEACCH-based group social skills training for children with high-functioning autism: a pilot randomized controlled trial. *Bio Psycho Soc Med.* 2013;7:1-8.
54. Gates JA, Kang E, Lerner MD. Efficacy of group social skills interventions for youth with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2017;52:164-181.
55. Wolstencroft J, Robinson L, Srinivasan R, Kerry E, Mandy W, Skuse D. A systematic review of group social skills interventions, and meta-analysis of outcomes, for children with high functioning ASD. *J Autism Dev Disord.* 2018;48:2293-2307.
56. Andrews L, Attwood T, Sofronoff K. Increasing the appropriate demonstration of affectionate behavior, in children with Asperger syndrome, high functioning autism, and PDD-NOS: a randomized controlled trial. *Res Autism Spectr Disord.* 2013;7:1568-1578.
57. Frankel F, Myatt R, Sugar C, Whitham C, Gorospe CM, Laugeson E. A randomized controlled study of parent-assisted children's friendship training with children having autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* 2010;40:827-842.
58. Kretzmann M, Shih W, Kasari C. Improving peer engagement of children with autism on the school playground: a randomized controlled trial. *Behav Ther.* 2015;46:20-28.
59. Yamada T, Miura Y, Oi M, Akatsuka N, Tanaka K, Tsukidate N, Yamamoto T, Okuno H, Nakanishi M, Taniike M, Mohri I, Laugeson, EA. Examining the treatment efficacy of PEERS in Japan: improving social skills among adolescents with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord.* 2020;50:976-997.
60. White SW, Ollendick T, Albano AM, Oswald D, Johnson C, Southam-Gerow MA, Kim I, Scahill L. Randomized controlled trial: multimodal anxiety and social skill intervention for adolescents with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2013;43:382-394.
61. Ozonoff S, Miller JN. Teaching theory of mind: a new approach to social skills training for individuals with autism. *J Autism Dev Disord.* 1995;25:415-433.
62. Chamberlain B, Kasari C, Rotheram-Fuller E. Involvement or isolation? The social networks of children with autism in regular classrooms. *J Autism Dev Disord.* 2007;37:230-242.
63. Matson JL, Matson ML, Rivet TT. Social-skills treatments for children with autism spectrum disorders: an overview. *Behav Modif.* 2007;31:682-707.
64. Scattone D. Enhancing the conversation skills of a boy with Asperger's disorder through Social Stories™ and video modeling. *J Autism Dev Disord.* 2008;38:395-400.
65. Oke NJ, Schreibman L. Training social initiations to a high-functioning autistic child: Assessment of collateral behavior change and generalization in a case study. *J Autism Dev Disabil.* 1990;20:479-497.
66. Jennes-Coussens M, Magill-Evans J, Koning C. The quality of life of young men with Asperger syndrome: A brief report. *Autism.* 2006;10:511-524.
67. Gonzalez-Lopez A, Kamps DM. Social skills training to increase social interactions between children with autism and their typical peers. *Focus Autism Other Dev Disabil.* 1997;12:2-14.
68. Çorapçı F, Doğan A. Önleme biliminde önemli ilkeler. In: Çorapçı F, Doğan A, eds. *Çocuk ve Ergenler için Önleyici Müdahale Programları.* Ankara; Nobel Yayınevi. 2023:1-23.
69. Karst JS, Van Hecke AV, Carson AM, Stevens S, Schohl K, Dolan B. Parent and family outcomes of PEERS: a social skills intervention for adolescents with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2015;45:752-765.
70. Pala FC. Understanding atypical development through the abilities of individuals with autism spectrum disorder and Williams syndrome. In: Sönmez S, eds. *Current Debates in Social, Humanities and Administrative Sciences.* İzmir; Duvar Publishing. 2022:123-139.

Refakatsiz Mülteci Çocuklar ve Ruh Sağlığı

Unaccompanied Refugee Children and Mental Health

© Gökçe Yağmur Efendi¹, © Didem Behice Öztö²

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZ

Zorla yerlerinden edilmiş çocuklar ve ergenler, dünya üzerindeki mülteci nüfusunun yarısını oluşturmaktadır. Refakatsiz mülteci çocuklar ve ergenler psikopatolojiler açısından özellikle risk altında olan bir gruptur. Bu riskin sebebi sadece başka bir ülkede yaşamlarını sürdüren mülteciler olmaları değil, aynı zamanda ebeveynlerinin yokluğu nedeniyle travmatik deneyimler, sömürü veya istismar gibi olaylarla karşılaşma risklerinin artmış olmasıdır. Birçok çocuk göç sürecinden önce ve göç sırasında şiddet içeren eylemlere ve sevdiklerinin zarar görmesine tanık olur ya da kendisi hayati tehlike yaşarken, duygusal travma sığınan ülkeye ulaştıktan sonra da sıklıkla devam etmektedir. Geride kalanlar hakkında duyulan endişe, geleceğe ilişkin belirsizlik ve mülteci olmanın yoksunluğu, çoğu zaman çocukların yaşadığı ruhsal zorlanmaların sürmesine neden olmaktadır. Refakatsiz mülteci çocukların ruh sağlığı alanındaki sorunlarının anlaşılması, uygun tedavi ve koruyucu önlemlerin sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Mülteci, çocuk, ruh sağlığı

ABSTRACT

Children and adolescents who are forcibly displaced represent half the refugee population worldwide. Unaccompanied refugee children and adolescents are at increased risk for psychopathologies. This increased risk is not only due to the fact that they are young refugees living in another country, but also due to the absence of their parents, making them more likely to encounter other incidents such as traumatic experiences, exploitation, or abuse. Before or during exile, many children witness persecution, the death of their loved ones, or find themselves in mortal danger. However, the agony usually continues after reaching the host country. The worry about others who stayed behind, the deprivation and humiliation of being a refugee, and uncertainty about the future often causes suffering. Understanding the difficulties of unaccompanied refugee children in the field of mental health is of great importance in providing appropriate treatment and preventive measures.

Keywords: Refugee, child, mental health

Giriş

Günümüzde, giderek artan sayıda çocuk ve ergen savaş, organize şiddet, siyasi veya dini çatışmalardan kaçmak için evlerinden uzaklaşmak durumunda kalmaktadır.¹ Uluslararası hukuk bakımından sığınmacılar ve mülteciler konusundaki hukuki zemin 1951 tarihli “Mültecilerin Hukuki Durumuna Dair Cenevre Sözleşmesi” ve bunu tamamlayan “Mültecilerin Hukuk Statüsüne İlişkin 1967 Protokolü” ile düzenlenmiştir. Bu anlaşmaya göre: “Mülteci; ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşünceleri yüzünden, zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan, ya da söz konusu korku nedeniyle, yararlanmak

istemeyen yahut tabiiyeti yoksa ve bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen her şahıs” olarak tanımlanmıştır. Birleşmiş Milletler Mülteci Örgütü 2019 yılı verilerine göre dünyada 79,5 milyon zorla yerinden edilmiş kişi bulunmaktadır ve bu kişilerin %40’ının 18 yaş altında olduğu tahmin edilmektedir.²

Bir refakatsiz mülteci çocuk (RMÇ): “18 yaşın altında, her iki ebeveyninden ayrı, yasa veya geleneklerle bunu yapma sorumluluğu olan bir yetişkin tarafından bakılamayan kişi” olarak tanımlanmaktadır.³ Doğru ve kapsamlı tanımlamaya yönelik zorluklar, kesin rakamlar ve detaylı demografik bilgiler edinmeyi zorlaştırmaktadır. Mevcut veriler RMÇ’lerin başlıca menşei ülkelerinin Suriye, Afganistan, Eritre, Somali

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Uzm. Dr. Gökçe Yağmur Efendi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

E-posta: gokceefendi@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0003-4206-3766

Geliş Tarihi/Received: 16.03.2023 **Kabul Tarihi/Accepted:** 12.11.2024 **Epub:** 02.07.2025 **Yayınlanma Tarihi/Publication Date:** 13.03.2026

Atıf/Cite this article as: Efendi GY, Öztö DB. Unaccompanied refugee children and mental health. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2026;33(1):12-19

Copyright© 2026 Yazar(lar). 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.



ve Arnavutluk olduğunu, büyük çoğunluğunun 14-17 yaş arası erkeklerden meydana geldiğini ancak kadın ve küçük yaştaki RMÇ'lerin oranının da giderek arttığını ortaya koymaktadır.⁴ Bazen mülteci çocuklar bir ülkeye yanlarında kendilerinin bakımından temel olarak sorumlu olmayan erişkinlerle gelebilmektedir. Ancak bu çocuklar, yanlarında kimse olmadan bir ülkeye gelen refakatsiz çocuklardan daha az incinebilir durumda olmayıp, onlarla aynı yasal statüde bulunmaktadır.

Çocuk mülteciler homojen bir popülasyon değildir ve yaşadıkları deneyimler bakımından farklılık gösterirler. Bazı RMÇ'ler yakın akrabalarının öldürülmesine, tecavüze uğramasına, tutuklanmasına ya da kaybolmasına tanıklık etmiştir. Bazıları da hapse atılmış, işkence görmüş ya da kaçırma, zorla evlendirme ve zorla silahaltına alma gibi şiddet biçimlerine maruz kalmıştır. Bu durumdaki birçok çocuk hayatlarının büyük kısmını vatanlarından uzakta geçirmekte ve bu esnada tekrar tekrar zulümden ve çatışmadan kaçmak zorunda kalmaktadır. Bazı çocuklar ülkelerinin ve topluluklarının yakınındaki mülteci kamplarına sığınırken, diğerleri kendilerini çok daha uzaklarda, ailelerinden ayrı ve evlerine geri dönme imkanından yoksun bulabilmektedirler.⁵

RMÇ'lerin göç etme süreçleri farklı gerekçelere dayanmaktadır. Mülteci çocukları tek başlarına ve korumasız şekilde göçe zorlayan sebeplerin başında şiddet, silahlı çatışma, zulüm, doğal afetler, iklim değişikliği nedeniyle oluşan tahribat, yoksulluk, eşitsizlik ve kişilerin daha iyi bir yaşam arayışı gelmektedir. Birçok kişi hedef ülkelerde daha iyi eğitim ve iş imkanı bulacağına inandığı için göç etmektedir. Bazı durumlarda ise reşit olmayan çocukların istenmeyen çocuk evliliklerinden, cinsiyete dayalı şiddetten (özellikle kız çocuklar) veya zorunlu askerlik hizmetinden (özellikle erkek çocuklar) kaçmak için evlerini terk ettikleri görülmektedir. Genel itibarıyla kızların ve kadınların erkek çocuklara ve yetişkin erkeklere kıyasla göç etme kararında daha az yetki sahibi oldukları bilinmektedir; bu karar genellikle aileler tarafından alınmaktadır. Çocukları göçe teşvik eden etkenlerin başında aileler gelmektedir. Kimi çocuklar ebeveynleri öldüğü veya onları koruma altına alacak başka aile bireyleri olmadığı için göç ederken kimileri de kendilerinden önce göç etmiş aile bireylerinin yanına ulaşmak için evlerini terk etmektedir. Bazı durumlarda ise çocuklar, yaşlı aile üyelerine göre başarı şansları daha yüksek olduğundan tek başlarına göç yolculuğuna çıkmaktadır.⁶

Dünyada ve Türkiye'de RMÇ'ye ilişkin istatistik verilerin yetersizliği sorunun boyutlarının anlaşılmasını zorlaştırmaktadır. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF); "Çocuk Çocuktur: Yollardaki Çocukların Şiddet, İstismar ve Sömürüden Korunması" başlıklı raporunda tek başına göç sürecini yaşayan mülteci ve göçmen çocukların sayısının 2010 yılından bu yana beş kat arttığını ifade etmektedir.⁷ UNICEF, RMÇ'lerin sayısını 2010 ve 2011 yıllarında 66 bin olarak belirtirken, 2015 ve 2016 yıllarında bu çocukların sayısının yaklaşık 80 ülkede en az 300 bine ulaştığını vurgulamaktadır. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği Küresel Eğilimler Raporu, 153 bin yalnız seyahat eden veya ailelerinden ayrı düşmüş çocuğun farklı ülkelerde

sığınma başvurusunda bulunduğunu ve bu sayının muhtemelen gerçek rakamların altında bir tahmin olduğunu ifade etmektedir. Dünya çapındaki RMÇ'lerin yarısı Güney Sudan kökenlidir ve ülkedeki mülteci nüfusunun yüzde altısını temsil eden 41 bin RMÇ ile en yüksek sayı Etiyopya'dan bildirilmiştir.⁸

Türkiye, coğrafi ve stratejik konumu nedeniyle tarih boyunca göç hareketlerine ev sahipliği yapmıştır. Türkiye'nin göç gerçeği son yıllarda özellikle ülkenin doğu ve güneyindeki komşu ülkelerde yaşanan savaş ve istikrarsızlık ile daha karmaşık ve kitlesel bir boyut kazanmıştır. Türkiye'de RMÇ'ye ilişkin istatistik verilerine ise 2005 yılından itibaren ulaşılabilir. 2005-2012 yılları arasında sığınma talebinde bulunan RMÇ sayısı, çoğu Afganistan, Somali ve İran kökenli, 342'si erkek olmak üzere 352 olarak saptanmıştır. 2007-2011 yılları arasında ise 24.569 kaçak çocuk göçmen yakalanmıştır ve bu sayıya Suriyeli göçmen çocuklar dahil edilmemiştir.⁹ Bu çocuklar, kolluk kuvvetlerince tespit edilmiş, kayıt altına alınmış ve statüleriyle ilgili yasal sürecin başlatıldığı çocuklardır. Dünyada ve ülkemizde RMÇ'ye ilişkin sayıların çok daha fazla olduğu düşünülmektedir. 2023 verilerine bakıldığında Suriye'deki göç dalgası ile gelen ve geçici koruma kapsamında kamplarda yaşayan 0-18 yaş aralığındaki erkek çocuk sayısı 857.922 ve kız çocukların sayısı 800.178'dir.¹⁰ Bu çocuklardan kaçının refakatsiz olduğuna dair resmi bir istatistik bulunmamaktadır. Ancak sadece bu sayılar bile düzensiz göç sürecinde çocukların önemli bir popülasyon olduğuna işaret etmektedir.

Ruh sağlığı alanında, RMÇ'ler mülteci popülasyonu içinde özellikle risk altında bir grup olarak görülmektedir. Bunun sebeplerinden biri olarak öne sürülen "doz etkisi", travma sonrası stresin travmatik deneyimlerin sayısı ile ilişkili olduğunu öne sürer ve refakatçisi olan mülteci çocuklara kıyasla, RMÇ'lerin daha fazla sayıda travmatik olay yaşadığı bildirilmektedir.^{11,12} Ayrıca, kişi için önemli birinden (örneğin ebeveynlerden) ayrılma deneyimi, artmış travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) riski ile ilişkilidir.¹³ Buna ek olarak, aile, göç bağlamında "strese karşı bir tampon" olarak görülmektedir ve RMÇ'ler bu koruyucu faktörden yoksundur.^{14,15} Bu nedenle araştırmacılar RMÇ'lerin, daha fazla ruhsal bozukluğa sahip olma ihtimali yüksek olan, oldukça savunmasız bir grup olduğu sonucuna varmıştır. Bu sonuç, RMÇ'lerin, mülteci olmayan çocuklara ve refakatçisi olan mülteci çocuklara göre daha fazla ve/veya daha şiddetli psikopatoloji yaşadığını ortaya koyan çalışmalar ile doğrulanmaktadır.^{5,15}

RMÇ'ler de dahil olmak üzere mülteciler hakkındaki veriler ve bilgiler esas olarak hükümetlerin ve sivil toplum kuruluşlarının raporları aracılığıyla elde edilmektedir ancak bu örneklem için ruh sağlığı alanındaki bilgiler yetersizdir ve raporlarda ruh sağlığı istatistikleri genellikle yer almamaktadır. Dünya genelinde RMÇ sayısının giderek arttığı ve bu grubun ruh sağlığı sorunları açısından artmış risk altında bulunduğu göz önüne alındığında, bu mülteci grubunun ihmal edilen ruh sağlığı ihtiyaçlarına yönelik müdahaleler önem kazanmaktadır. Bu makalede RMÇ'lerin ruh sağlığı ile ilgili mevcut çalışmaların gözden geçirilmesi ve özetlenmesi amaçlanmıştır.

RMÇ'ler ve Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı

RMÇ'ler genellikle silahlı çatışmalardan ve insan hakları ihlallerinden kaçmak için ülkelerinden uzaklaşmaya zorlanmışlardır. Bu çocuklar, diğer mülteci çocuklarla benzer sıkıntılar yaşasalar da ailelerinden ayrılma veya ailelerinin kayıplarının yanı sıra ebeveyn desteği olmadan yerinden olma ve yeniden yerleştirme süreçleriyle tek başlarına mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar. Maruz kaldıkları kayıplar, yaşadıkları travmalar ve artmış incinebilirlikleri nedeniyle RMÇ popülasyonunda refakatçisi olan mülteci çocuklara göre psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı daha yüksektir.¹⁶

Mevcut literatüre bakıldığında, RMÇ'lerin ruh sağlığı alanındaki zorlanmalarının büyük ölçüde TSSB bağlamında ele alındığı görülmektedir. Mülteci çocukların sıklıkla tekrarlayan travmatik deneyimleri ve aile bireyleri, akraba, arkadaş, ev ve eşyalar dahil kişisel kayıpları göz önünde bulundurulduğunda bu durum şaşırtıcı değildir.¹⁷ Bu çocukların, yeniden yerleştirme sırasında yeni bir kültüre uyum sağlama zorlukları, çeşitli kaynaklara sınırlı erişimleri, geleceğine dair yaşadıkları belirsizlik ile destek ve rehberlik eksikliği TSSB'nin yanı sıra çocuk ve ergenlerde normal gelişimsel süreçleri de olumsuz etkilemektedir.¹⁸

Batı ülkelerinde yeniden yerleşimi takip eden süreçte, TSSB yetişkin mültecilerde olduğu gibi çocuk ve ergen mültecilerde de en yaygın görülen ruhsal bozukluk olarak gösterilmiştir.¹⁹ Gelişmiş ülkelerde travmatik stres semptomlarından veya TSSB'den etkilenen RMÇ'lerin oranını %20-53 arasında bildiren çeşitli çalışmalar mevcuttur.²⁰ Bir çalışmada araştırmacılar RMÇ örnekleminde TSSB sıklığını %18 olarak bildirmişlerdir ve aynı çalışmada geç başlangıçlı TSSB sıklığı %16 olarak saptanmıştır ve geç başlangıçlı TSSB, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi ve bildirilen stresli yaşam olaylarının sayısı ile ilişkili bulunmuştur.²¹ Norveç ve Belçika'da gerçekleştirilen yakın tarihli bir çalışma, RMÇ'lerin %53'ünün 18 aylık bir süre boyunca süregelen şekilde yüksek TSSB belirtileri bildirdiğini göstermiştir.²² Toplama kamplarından sağ kurtulan Kamboçyalı ergenlerin yer aldığı bir çalışmada; yeniden yerleşimi takiben, 14 yıl gibi uzun bir zaman sonra bile, geç başlangıçlı TSSB bulgularının ortaya çıkabildiği bildirilmiştir.²³

RMÇ'lerde; daha büyük yaşta olmanın TSSB semptomları ile ilişkisi gösterilmiştir. RMÇ'lerin yerleştikleri ülkedeki yasal konumlarının 18 yaşına geldiklerinde yeniden değerlendirilecek olmasının geleceğe dair belirsizlik duygularını artırabileceği ve bu nedenle daha ileri yaşta olmanın TSSB için bir risk faktörü olabileceği ileri sürülmüştür.²⁴ Aynı zamanda bazı çalışmalarda düşük eğitim düzeyinin de TSSB için diğer bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir.²⁵ Düşük eğitim düzeyine sahip, reşit olmayan mülteci çocukların Batı toplumunun talepleriyle karşı karşıya kaldıklarında hissettikleri yetersizlik ve çaresizlik duygularının TSSB semptomlarının şiddetiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, TSSB'nin şiddeti, özellikle RMÇ'lerde görülebilen suçluluk ve utanç duygularından da etkilenmektedir.²⁶ TSSB gelişimini etkileyen diğer bir faktör, yerleşilen ülkede sağlanan desteğin miktarı ve yoğunluğudur. RMÇ'ler ile yapılan bir çalışmada, yaşamlarını düzenlemeleri

için yeterli destek sağlanmayan çocuklarda TSSB ve depresif belirtiler anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.²⁷ Özellikle, ergen mülteciler ile gerçekleştirilen çalışmalarda, travmatik olay maruziyetinin TSSB ile, göç sonrası faktörlerin ise depresyon belirtileri ile daha fazla ilişkili olduğu gösterilmiştir.^{28,29} Ayrıca ergen mültecilerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin de TSSB ile yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir.^{30,31} Her ne kadar literatürde kız cinsiyette olmanın TSSB riskini artırdığı gösterilmiş olsa da cinsiyetin etkisi RMÇ popülasyonunda daha az araştırılmıştır. TSSB semptomları ile ilgili olarak, cinsiyetin etkisini inceleyen altı çalışmadan üçünde kız RMÇ'lerin TSSB semptomlarından daha fazla etkilendiği saptanmıştır.^{22,24,32} İki çalışmada herhangi bir cinsiyet farkı bulunmadığı^{33,34} ve bir çalışmada ise erkek RMÇ'lerde daha yüksek TSSB prevalansı olduğu saptanmıştır.²¹ Kız RMÇ'ler tarafından bildirilen cinsel istismar oranları daha yüksek olmasına rağmen, fiziksel saldırıya uğrama gibi diğer travmatik olaylar erkek RMÇ'ler arasında daha yaygındır.³⁵

TSSB, savaşa ve çatışmaya maruz kalan çocuklarda yaygın olmakla birlikte, travmaya maruz kalan tüm çocukların TSSB geliştirmediğini vurgulamak önemlidir. Travmatik yaşantı sonrası hissedilen şiddetli sıkıntı ve korku travmaya karşı normal bir tepki olup, bu belirtilerde travmatik olaydan sonraki ilk aylarda ve yıllarda önemli ölçüde doğal bir iyileşme gözlenmektedir.³⁶ Örneğin Punamäki ve ark.³⁷ Gazze'de savaşa maruz kalan 10-12 yaş arası çocukların %76'sında başlangıçta yüksek düzeyde TSSB ile ilişkili semptom olmasına rağmen belirtilerin 11 ay içinde tamamen iyileşme gösterdiğini, çocukların %12'sinin ise 1 yıl sonraki takiplerde TSSB belirtilerinin devam etmekle beraber bu belirtilerin ilk değerlendirmeye kıyasla görece düşük düzeyde seyrettiğini göstermiştir. Ancak RMÇ'lerin TSSB semptomlarının uzunlamasına seyrine ve tedaviye ilişkin daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Literatürde RMÇ ve duygudurum bozuklukları ile ilgili çalışmalar, mevcut sorunun giderek tanınmasıyla beraber artmaktadır. Refakatçisi olan mülteci çocuklar ile gerçekleştirilen ruh sağlığı çalışmalarında depresyon oranları çalışmalar arasında tutarlı değildir, ancak Amerika Birleşik Devletleri'ne yerleşen mülteci ergenler ile yapılan araştırmalar, her üç çocuktan ikisinde depresyon tanısını düşündürecek semptomların varlığını bildirmiştir.¹³ Tipik olarak, çalışmalarda depresif atak geçiren mülteci çocukların oranı %25 ile %50 arasında değişmektedir.^{29,38} Çalışmalarda TSSB ve depresyon oranları, kullanılan yöntem ve örneklem farklılıkları nedeniyle değişkenlik göstermektedir. Klinik görüşmelerden, anket uygulamalarına kadar değişen araçlar ve araştırılan popülasyonun geçmiş deneyimlerinin bu farklılığı açıklayabileceği belirtilmektedir.³⁹

Reşit olmayan mültecilerin yeni bir ülkeye göç ettikten sonra birden fazla ruh sağlığı sorunu geliştirme olasılıkları yüksektir. Ayrıca çalışmalarda savaştan etkilenen çocuklarda ortaya çıkan TSSB'nin sonraki süreçte depresyon gibi diğer ruhsal bozukluklarla ilişkisi olduğu vurgulanmaktadır.⁴⁰ Örneğin Somalili ergen mültecilerde TSSB ve depresif belirtiler arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur.⁴¹ Bosnalı mülteci çocukları içeren bir çalışmada ise yüksek düzeyde depresif belirtiler

sergileyen çocukların büyük bir kısmında TSSB semptomlarının da depresyona eşlik ettiği gösterilmiştir.⁴² Mülteci çocukların yeni bir ülkeye geldiklerinde sıklıkla çeşitli ruhsal sorunlar ve belirtiler yaşadıkları açıktır, ancak ruhsal bozuklukların heterojen görünümünden dolayı, bazı çocuklara kesin bir tanı koymak zor olabilmektedir. Özellikle travmatik yaşantılara yanıt olarak regresyon gösteren veya TSSB semptomlarını yeniden yaşantılayan çocuklarda semptomları tanımakla ilgili sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Farklı kültürel geçmişlere sahip RMÇ'lerde ruhsal belirtiler fiziksel semptomlarla ifade edilebilmekte ve çoğu RMÇ ruh sağlığı ve bozukluklarını zihinlerinde kavramsallaştırma konusunda zorluk yaşayabilmektedir.⁴³

Günümüzde RMÇ ve iki uçlu duygulanım bozukluğu ilişkisini araştıran bir araştırma literatürde yer almamaktadır ancak artan kanıtlar çocukluk dönemi travmalarının bipolar bozuklukta sık ve şiddetli olduğunu, hastalık seyri boyunca intihar davranışını ve hastalığın başlangıç yaşını etkilediğini ve ayrıca ataklar arasındaki dönemde hastaların duygusal işlevleri üzerinde de etkili olduğunu göstermektedir.⁴⁴ Bu nedenle travmatik yaşantıların ve göç sürecinin uzunlamasına etkilerinin gözlemlenmesi adına bu popülasyonda iki uçlu bozukluğa ilişkin de çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Yaş ve Ruhsal Durum İlişkisi

RMÇ literatüründe, daha büyük yaşlar sıklıkla TSSB, depresyon ve anksiyete için artmış riskle ilişkilendirilmiştir.^{6,45} Altı yaşından küçük katılımcıları içeren mevcut literatür ise çelişkili sonuçlar vermektedir. RMÇ'lerin bakımından sorumlu olan çeşitli görevlilerin bildirimlerine dayalı ölçeklerle gerçekleştirilen araştırmalar, daha genç RMÇ'lerin dışsallaştırma, sosyal sorunlar, dikkat sorunları ve agresiflik ölçeklerinde daha büyük yaştaki benzerlerine göre önemli ölçüde daha fazla sorun sergilediğini göstermektedir.⁴⁶ Ancak benzer bir yaş grubunda öz bildirim ölçekleri kullanıldığında böyle bir yaş korelasyonu bulunmamıştır.³³ Ancak, küçük çocukların yaşadıkları zorlukları dile getirme şeklinin ölçeklerle sorgulanan belirtilerden farklı olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır ve bu konuda ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Yaş ve ruhsal belirti ilişkisi incelenirken RMÇ popülasyonu için az sayıda çalışmanın örneklemelerini gelişimsel aşamalarına göre ayırdığı ve karşılaştırdığı belirtilmelidir. Çoğu çalışma on yaşın altındaki RMÇ'leri deneyimlerini güvenilir şekilde aktaramadıkları düşüncesi nedeniyle özellikle hariç tutmuştur.²⁴ Genç RMÇ'lerin anlatılarındaki tutarsızlıklar kısmen doğrulanmış olsa da, bunlar anlatılanları geçersiz kılmamalı, gelişimsel farklılıklar olarak kabul edilmelidir.⁴⁷

Ergenliğin gelişimsel değişiklikler açısından kritik bir dönem oluşturması, ruhsal bozukluklardaki yaşla ilişkili farklılıkların anlaşılmasına yardımcı olabilir. Ergenlik fizyolojik, duygusal, sosyal ve bilişsel değişikliklerle birlikte, artan sosyal farkındalık, kimlik gelişimi ve özerklik güdüsü ile karakterizedir.⁴⁸ Savaş, kaçış süreci ve yeniden yerleşme aşamalarında, özellikle ebeveyn rehberliği ve desteği olmadan, bu süreçlerin sekteye uğrayabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda ergenlerin

“erişkin” kabul edildikleri yaşa gelmeye yaklaştıklarında, devlet desteğini ve yasal statülerini kaybetme riski ile karşı karşıya oldukları da göz önüne alındığında, TSSB, kaygı ve depresyon oranlarının bu dönemde artması, şaşırtıcı değildir. RMÇ olarak nitelendirilmeyen 18 yaşın üzerindeki genç yetişkin mülteciler en yüksek depresyon ve anksiyete oranlarına sahiptirler.⁴⁹ Bu nedenle 18 yaş sınırına yakın olan RMÇ grubunda ruh sağlığı bozukluklarına özellikle dikkat edilmelidir.

Cinsiyet ve Ruhsal Durum İlişkisi

RMÇ'lere ilişkin mevcut literatür, kızların duygusal problemler, TSSB ve depresyon gelişimi açısından erkeklere göre daha yüksek risk altında olduğunu göstermektedir.^{5,17,50} Bu durumun kızların cinsel istismar, zorla evlilik ve fuhuş gibi daha zorlu göç yaşantılarına maruz kalmaları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Hedeflenen ülkeye varışta kız RMÇ'lerde saptanan yüksek oranda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar bu riskleri gösteren bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır.⁵¹ Üstelik ev sahibi ülkelerde de cinsel istismarın devam edebileceği ortaya konmuştur.⁵² Ayrıca kadınların kimlik oluşumunun gelişimsel açıdan hassas bir aşamasında kendi ülkelerindeki daha bağımlı toplumsal pozisyonlarından, ev sahibi ülkelerdeki bağımsızlığa geçiş süreci ile birlikte daha büyük kültürel sorunlarla karşılaştıkları iddia edilmektedir.⁵³

Kadın RMÇ'lerin yaklaşık %10'unun gebe olduğu veya çocuklarıyla birlikte seyahat ettiği tahmin edilmekle beraber, 18 yaş altı refakatsiz mülteci annelere ilişkin kesin veriler henüz mevcut değildir. Literatürde refakatsiz mülteci ergen annelerin ruh sağlığı ile ilgili fazla çalışma yer almamaktadır. Refakatsiz mülteci ergen annelerin yaşamını ve anneliğini araştıran tek bir nitel çalışma bu kızların karşılaştıkları duygusal zorluklara ışık tutmaktadır. Bu zorluklar; mutsuzluk, stres ve hayal kırıklığı, depresyon ve intihar düşüncesi ile odaklanma ve uyku güçlükleri olarak saptanmıştır.⁵⁴

Dünya genelinde artan çocuk cinsel sömürüsü ile ilgili genel kaygılarla birlikte, özellikle kadın mültecilerin maruz kalabileceği insan ticareti tehlikesi endişe uyandırmaktadır. Ancak günümüze kadar, insan ticaretine maruz kalmış RMÇ'ler hakkında araştırmaya dayalı herhangi bir bilgi tanımlanamamıştır.

Aile Bireyleri ile İletişim ve Ruhsal Durum İlişkisi

RMÇ'lerde görülen ruhsal bozukluklar ile çeşitli sosyodemografik faktörlerin ilişkisini ele alan yakın tarihli çalışmalar, ruhsal bozukluklara karşı koruyucu olabileceği düşünülen aile bireyleri ile iletişim mevcudiyetini özellikle değerlendirmiştir. Norveç'te gerçekleştirilen bir çalışmada aile üyeleriyle sık iletişim halinde olan RMÇ'lerde daha az depresyon belirtisi ve artmış kültürel uyum oranları tespit edildiği bildirilmiştir.⁵⁵ Ayrıca, iki farklı kesitsel çalışma, aile teması olmayan RMÇ'lerde daha yüksek oranda ruhsal sıkıntı bildirmiştir.^{56,57} Almanya'da 2023 yılında gerçekleştirilen ve 172 RMÇ'nin değerlendirildiği yakın tarihli bir başka çalışmada da bir aile üyesiyle haftalık temas ruhsal sorunları azaltan en güçlü faktör olarak saptanmıştır.⁵⁸ Bununla birlikte, refakatçisi olan mülteci çocuklara yönelik psikolojik

müdahalelerin gözden geçirildiği bir araştırma, ebeveynlere karşı aşırı sorumluluk duygusu veya ebeveynlerinin yaşadığı travma nedeniyle strese maruz kalma gibi sık aile temasının potansiyel yüklerini vurgulamaktadır.⁵⁹ Ancak RMÇ popülasyonunda aile ile iletişimin ruhsal açıdan olumsuz etkileri olabileceği literatürde bildirilmemiştir ve bu temasın potansiyel olumsuz etkilerine ilişkin RMÇ örnekleminde daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

RMÇ'lerin Takip ve Uzun Dönem İzlem Sonuçları

Ruhsal bozukluklar araştırılırken uzunlamasına bakış açısı önemli kabul edilmekle birlikte, bu alandaki çalışmaların çoğu, sürekliliği büyük ölçüde karanlıkta bırakan kesitsel tasarımlarla sınırlıdır. RMÇ'ler ile gerçekleştirilen takip çalışmalarında; sığınma talebinin reddi, takip dönemlerinde artan psikolojik sıkıntı oranları ile güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur.⁶⁰ Bir çalışmada, 12, 18, 24 ve 26. aydaki takip değerlendirmelerinde intihar düşüncesinde artış olduğu bildirilmektedir.³² Bu, sadece ruh sağlığı bozukluklarının kronik seyrini değil, aynı zamanda sağlanan müdahale ve tedavinin eksikliğini de yansıtmaktadır.^{22,45}

Sağlık Hizmetlerine Ulaşımında Engeller

Genel olarak, RMÇ'lerin ruh sağlığı ihtiyaçları ile ruh sağlığı hizmetlerine erişimleri arasında büyük bir uçurum olduğu görülmektedir. Üç çalışma, RMÇ'lerin sadece %11,7 ile %36'sının ev sahibi ülkelerde ruh sağlığı hizmetlerine başvurduğunu göstermiştir.⁶¹ Ebeveyn rehberliği eksikliği dolayısıyla, RMÇ'ler için ruh sağlığı hizmetlerine başvuru, esas olarak sosyal hizmet kurumlarının ya da vasililerinin ruhsal ihtiyaçları hakkındaki algılarına ve anlayışına dayanmaktadır.

Bu durumun yanı sıra depresyon ve anksiyetenin içe yönelik doğasının da az sayıda RMÇ'nin ruh sağlığı hizmeti almasını açıklayabileceği düşünülmektedir.⁶² RMÇ'lerin acil psikiyatrik hizmetlere kendine zarar verme ve intihar davranışı ile başvurma oranları oldukça fazladır.⁶³ Bu bulgu, ancak daha şiddetli ruhsal bozukluk belirtilerine sahip çocuk ve ergenlerin ruh sağlığı hizmeti almak için başvuruyor olduğunu düşündürmektedir.

RMÇ'lerin ruh sağlığı hizmetlerini algılamalarına ve bu hizmetlere yönelik tutumlarına yönelik nitelendirici bir araştırma, ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımını etkileyen zihinsel sağlık modellerine işaret etmektedir.⁴³ Bazı kavramsallaştırmalar klasik Batı fikirlerini yansıtırken, diğerleri ruh sağlığı sorunlarını küçümser, yeniden çerçevelendirir ve somatize eder. Ruh sağlığı alanında hizmet sağlayıcıların yetersiz klinik bilgisi, RMÇ'ler tarafından bu tür hizmetlerin yeterince bilinmemesi, ülke içinde sık yer değiştirme, birinci basamak sağlık hizmetlerine kayıt sorunları, kısıtlı dil becerileri ve tercümanların uygunsuz kullanılması dahil olmak üzere pratik zorluklar kaçınılmaz olarak RMÇ'lerin ruh sağlığı hizmetleri almasını zorlaştırmaktadır.⁶⁴ Bununla birlikte, ev sahibi ülkelerde daha uzun süreli yaşamının ruh sağlığı hizmet kullanımının artması, ruhsal güçlüklerin algılanmasındaki değişiklikler ve Batı tutum ve uygulamalarına uyum sağlama doğrultusunda yardım arama davranışını ifade etme yeteneğinin artması ile ilişkili olduğunu

belirtmek önemlidir.⁶⁵ Ruh sağlığı ihtiyaçları, göçmenlik gözetim merkezleri koşullarında daha da geri planda kalabilmektedir. Günümüzde, gözetim merkezlerinde bulunan RMÇ'lerin ruh sağlığı hakkında çok az şey bilinmesine rağmen, bir çalışma, RMÇ'lerde hali hazırda mevcut olan depresyon, TSSB, anksiyete, intihar düşüncesi ve psikoz gibi ruh sağlığı zorluklarının gözetim merkezi benzeri ortamlarda şiddetlenebileceğini öne sürmüştür.⁶⁶ Ancak gözetim merkezi koşullarında zaman geçiren mültecilerin ruh sağlığına yönelik daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

RMÇ'ler için Kanıta Dayalı Müdahaleler

RMÇ'ler için tedavi ve müdahalelerde kanıta dayalı yaklaşımlar gereklidir. Bununla birlikte, bugüne kadar, mülteciler için uygun tedavilere dair bilgiler, diğer travmatize olmuş popülasyonlara dair bilgilerin çok gerisinde kalmaktadır. RMÇ'lerin birbiri ile etkileşim içinde ve karmaşık pek çok ruhsal ve gelişimsel gereksinimleri vardır. Bununla birlikte, RMÇ'lerin ruhsal sağlık sorunlarının tedavisini ele alan araştırmalar şimdiye kadar genellikle olgu çalışmaları ve olgu serileri şeklindedir. Bu çalışmalar ilişkisel psikodinamik terapi ve travma odaklı bilişsel davranışçı terapi (TF-CBT) kullanımı için bazı kanıtlar sağlamaktadır. Altı RMÇ ile gerçekleştirilen bir çalışmada TF-CBT ile tüm olgular için klinik olarak anlamlı bir belirti azalması olduğu gösterilmiştir.⁶⁷ Ehntholt ve ark.⁶⁸ savaşa ilgili travma yaşayan mülteci çocuklar, sığınmacılar ve RMÇ'ler için okul tabanlı bir CBT müdahalesini değerlendirmiştir. Müdahale, psikoeğitim, ikili dikkat çalışması, rüya çalışması, rahatlama ve aktivite planlamasına odaklanan altı seanstan oluşmaktadır. Bu müdahale, yalnızlık ve umutsuzluk duygularında azalma ve TSSB semptomları ile davranışsal zorluklarda önemli düşüş sağlamıştır. Başka bir çalışmada ise araştırmacılar, 12 RMÇ ile gerçekleştirdikleri 10 seanslık bir müdahale oluşturmak için sistemik terapi tekniklerini kullanmışlardır. Araştırmacılar, göç, aile ve kültürel farklılıklar üzerinde çalışmak için genogramlar, fotoğraflar, kartlar ve oyunlar kullanmışlardır. Yazarlar, katılımcıların depresyon ve aleksitimi puanlarında önemli düşüşler ve müdahale sonunda benlik saygısında artış bildirmişlerdir.⁶⁹ Bununla birlikte, bu araştırmalar uzunlamasına kanıt eksikliği ve küçük örneklem boyutları gibi kısıtlılıklara sahiptir.

Tedaviye ilişkin tüm çalışmalar, RMÇ'lerin duygularını ifade edebilecekleri ve travmatik anılarını anlatım yoluyla keşfedebilecekleri güvenli bir yer yaratmanın önemini vurgulamaktadır.⁷⁰ Bazı araştırmacılar, dil engelleri ve RMÇ'lerin travmatik olayları anlatmak yerine unutmayı tercih etme eğilimi gibi faktörlerin müdahalenin başlangıcında anlatı sürecini zorlaştırabileceğini belirtmektedir.⁷¹ Kendiliğin inşası, çocukların ergenlik döneminde yaşadıkları önemli bir süreçtir. Bununla birlikte, ülkelerinden ve ailelerinden ayrılma, travmatik olaylar ve yabancı bir ülkede yaşamak, RMÇ'lerin kendilik algısını ciddi şekilde zayıflatabilmektedir. Terapi, RMÇ'lerin farklı kimlikleri uzlaştırmalarına yardımcı olabilir ve göç sırasında kaybettikleri ergen kimliğini yeniden oluşturmalarına olanak sağlayabilir. Bu popülasyonla gerçekleştirilen törepatik çalışmalarda başa çıkma stratejileri, dayanıklılık ve duygu

işleme becerilerinin çalışılmasının da faydalı olabileceği düşünülmektedir.⁷²

RMÇ'lere yönelik olarak etkinliği kanıtlanmış kanıta dayalı müdahaleler Şekil 1'de gösterilmiştir.

Mevcut Kanıtların Temel Sınırlılıkları

Bu alandaki çalışmaların büyük çoğunluğu; gelişimsel seviyenin göz önünde bulundurulmaması, çocukların yaşadıkları zorlukları hatırlamakta güçlük yaşaması, zorlukların ifade edilmesindeki kültürel farklılıklar, geçmiş hakkında konuşma ile ilgili sorunlar, öğrenme güçlükleri, özellikle yasal durumlar nedeniyle bilgilerin ifşa edilmesini zorlaştıran öz bildirim yöntemleri kullanılması gibi çeşitli kısıtlılıklara sahiptir. Ülkelerinden ayrılmadan önce çocukların gelişim ve ruh sağlıkları konusundaki bilgi yetersizliği, bulguların daha geniş bir bağlamda ele alınmasını zorlaştırmaktadır. Çoğu araştırmada ev sahibi ülkenin kullandığı dile dayanan değerlendirme araçlarının kullanılması anketlerin kültürel ve dilsel geçerliliğini tartışmalı hale getirmekte ve çalışma örneklemelerinin popülasyonu temsil edebilirliğini azaltmaktadır. Çocuklarla iletişim kurulurken ruh sağlığına ilişkin eğitimi bulunmayan tercümanların kullanılması çalışmaların geçerliliğini etkileyebilmektedir.

Kültürel psikiyatri bağlamında olası müdahalelerin ve tedavilerin tartışılması ve değerlendirilmesi konusunda da eksiklik vardır. Şimdiye kadar yayınlanan araştırmalar neredeyse tamamen TSSB, kaygı ve depresyon belirtileri üzerinde durmuştur. Çalışmalar, daha geniş bir yelpazede olası ruh sağlığı zorluklarını açıklamaya ya da yasin kalıcı potansiyel etkilerini göz önünde bulundurmaya odaklanmamıştır. Batı kültürünü merkezine alan sınıflandırma sistemlerine, özellikle de TSSB'nin bir kavram olarak kullanılmasına ve çeşitli travma semptomlarının kontrol listeleri kullanılarak saptanmasına da çeşitli itirazlar vardır.⁷³ Bir kavram olarak TSSB'nin mültecilerin deneyimlerinin çeşitli yönlerini ve karmaşık doğasını yeterince ele almayan, gelişimsel ve kültürel kategorileri göz ardı eden indirgemeci bir tanı olabileceği düşünülmektedir.⁷⁴ Ek olarak, bu tür kavramsallaştırmaların sorunu depolitize ederek mevcut sorunları sosyo-politik ve ekonomik bağlamlardan kopardığı düşünülmektedir.⁷⁵ Literatürdeki çoğu çalışmanın Batı ülkelerinde gerçekleştirilmesine rağmen, dünya çapındaki mültecilerin çoğunluğunun bu ülkelerin dışında yaşadığını belirtmekte önemlidir. Zorla yerinden edilmiş

bireylerin yaklaşık üçte ikisinin Avrupa'ya ulaşmadığı tahmin edilmektedir. RMÇ'lerin ruh sağlığı alanındaki ihtiyaçları ile ilgili çalışmalar artıyor olsa da şu anda gelişmekte olan ülkelerde bu tür ihtiyaçlara çok az dikkat edilmektedir. Bu tür ortamların RMÇ'leri daha büyük bir psikolojik zedelenme riskine soktuğu varsayılmaktadır.³⁹ Benzer şekilde, az sayıda çalışma ülkesine geri gönderilen RMÇ'lere odaklanmıştır. Mevcut literatürde bildirilen ruh sağlığı sorunlarının sıklığı ve mültecilerin ana vatanlarındaki ruh sağlığı hizmetlerinin genelde yetersiz olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu çocukların gelecekteki ruhsal durumları ile ilgili endişeler ortaya çıkmaktadır. Özellikle, bazı menşei ülkelerin "güvenli" olarak sınıflandırılmaya başlanması ve buna karşılık gelen artan zorunlu geri dönüş oranları dikkate alındığında gelecekte bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu açıktır. Ayrıca her ne kadar RMÇ olma tanımının merkezinde yer alsın ve ruhsal iyilik hali açısından özellikle risk faktörü olarak kabul edilse de bakım verenlerden ayrılma ve bakım veren ile bağlanma ilişkisinin kaybı özellikle RMÇ'leri anlama adına mevcut literatürde yeterince ele alınmamaktadır. Bununla birlikte, bağlanma ile ilgili literatür, bakım verenle sürekli, güvenilir ilişkilere olan ihtiyacı kesin olarak doğrulamaktadır ve bağlanma sürecinde yaşanan aksaklıkları çeşitli bozukluklarla ilişkilendirmektedir. Bu nedenle, RMÇ'lerde bağlanma sürecinin sektöre uğramasının ergenlik ve sonrasında güvenli bağlanma oluşumu üzerinde ciddi sonuçları olabileceği ve daha uzun vadede çocuk gelişimini ve ruh sağlığını etkileyen başka bir faktör olarak kabul edilebileceği varsayılmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Her ne kadar RMÇ ve ruh sağlığı alanında çok sayıda araştırma gerçekleştirilmiş olsa da bu son derece önem taşıyan konunun ele alınması gereken farklı yönleri mevcuttur. RMÇ'lerin ruh sağlığına ilişkin gelecekte yapılacak araştırmaların, ruh sağlığı sorunlarının tedavisinde grup müdahalelerinin etkililiğinin yanı sıra sosyal desteğin etkisini incelemesi gerekliliği vurgulanmaktadır. Ayrıca RMÇ'lerde ruhsal sorunların sürekliliğinin daha iyi anlaşılabilmesi için bu alanda boylamsal çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. RMÇ'lerin yeniden yerleşim deneyimi, kültürel ruh sağlığı algıları ve dayanıklılık faktörlerine odaklanan çalışmalar da, RMÇ'lerin ruh sağlığı ihtiyaçlarının ve ruhsal iyi oluşlarının kapsamlı bir şekilde anlaşılmasına katkıda bulunabilir.

Medyadaki mevcut tasvirlerle rağmen, RMÇ'ler de dahil olmak üzere mültecilerin büyük oranda kendi ülkeleri içerisinde yer değiştirmeye zorlandıkları ve büyük çoğunluğunun Batı ülkelerine ulaşamadıkları unutulmamalıdır. Kısıtlı fiziksel destek ve daha da kısıtlı ruh sağlığı hizmeti alan bu grup, sürekli devam eden travmalara maruz kalmaktadır. Avrupa'ya ve diğer Batı ülkelerine tehlikeli göç süreçleri yaşayan RMÇ'ler için, daha genç ve daha büyük yaş grubu RMÇ'ler arasında ruh sağlığı profilleri açısından farklar saptanmış olup bu durumun ruh sağlığı hizmetleri ile de ilişkili olduğu düşünülmektedir. Hem etik zorunluluk hem de insan hakları göz önünde bulundurularak, RMÇ'lerin ruh sağlığı ihtiyaçlarının karşılandığından emin olunması adına gerekli hizmetlere erişimlerini kolaylaştıracak

Terapi Tekniği	Açıklama
Psikodinamik Terapi ve TF-CBT	Psikodinamik terapi ilkelerini Travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi (TF-CBT) ile birleştiren ve refakatsiz mülteci çocuklarda derinlemesine psikolojik sorunları ve travma tepkilerini ele alan bir terapi tekniği.
Okul Tabanlı CBT	Mülteci çocuklara ve refakatsiz çocuklara yönelik, okul ortamında uygulanan, yapılandırılmış programlar aracılığıyla anksiyete, stres ve depresyonu yönetmelerine yardımcı olan Okul Tabanlı Bilişsel Davranışçı Terapi (CBT).
Sistemik Terapi Teknikleri	Refakatsiz mülteci çocukların aileleri ve sosyal sistemleri içindeki etkileşimlerine odaklanan ve genogram gibi araçlar kullanarak aile dinamiklerini ve kültürel farklılıkları araştıran ve ele alan sistemik terapi teknikleri.

Şekil 1. Refakatsiz mülteci çocuklar için kanıta dayalı müdahaleler
TF-CBT: Travma odaklı bilişsel davranışçı terapi, CBT: Bilişsel davranışçı terapi

adımların atılması, mevcut hizmetlerin kültürel bağlamı da dikkate alacak şekilde iyileştirilmesi ve koruyucu müdahale programlarının yaygınlaştırılması gerekmektedir. Sonuç olarak, günümüzde resit olmayan RMÇ krizinin uzun yıllar boyunca birden fazla cephede ele alınması gerekmektedir ve ruh sağlığı oldukça önemli bir alandır. Ancak RMÇ'lerle ilgili tartışmalara ruh sağlığı da dahil edildiğinde, başka türlü kayıp bir nesil olarak adlandırılabilir bu gençler, güvenlik ve bir "yuva" bulmuş kişiler haline gelebilir.

Dipnotlar

Yazarlık Katkıları

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

Çıkar Çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

- Gentleman A. It is a disgrace to Europe: former child refugee lord dubs on the calais camp. *The Guardian*. 2016;5.
- UN High Commissioner for Refugees (UNHCR). *Global Trends in Forced Displacement-2021*. Geneva:UNHCR. 2022.
- UN High Commissioner for Refugees (UNHCR). *UNHCR Comprehensive Policy on Refugees in Urban Areas*. 1997.
- UN Migration. *Europe Flow Monitoring Surveys-Children and Migration*. 2019.
- Bean T, Derluyn I, Eurelings-Bontekoe E, Broekaert E, Spinhoven P. Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195:288-297.
- Vervliet M, Vanobbergen B, Broekaert E, Derluyn I. The aspirations of Afghan unaccompanied refugee minors before departure and on arrival in the host country. *Childhood*. 2015;22:330-345.
- UNICEF. *A child is a child*. New York, NY: UNICEF. 2017.
- UN High Commissioner for Refugees (UNHCR). *Global Trends in Forced Displacement-2019*. Copenhagen, Denmark: UNHCR. 2020.
- Atasü Topcuoğlu RE. Profiling migrant children in Turkey: social policy and social work suggestions-a rapid assessment research. IOM: Ankara. 2012.
- T.C. Ministry of Interior, Presidency of Migration Management. 2023.
- Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, Steiner H. Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2009;3:13.
- Mollica RF, McInnes K, Poole C, Tor S. Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *Br J Psychiatry*. 1998;173:482-488.
- Berthold SM. War traumas and community violence: psychological, behavioral, and academic outcomes among Khmer refugee adolescents. In: *Violence*. 2014:15-46.
- Geltman PL, Grant-Knight W, Mehta SD, Lloyd-Travaglini C, Lustig S, Landgraf JM, Wise PH. The "lost boys of Sudan": functional and behavioral health of unaccompanied refugee minors re-settled in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159:585-591.
- Derluyn I, Mels C, Broekaert E. Mental health problems in separated refugee adolescents. *J Adolesc Health*. 2009;44:291-297.
- Wiese EB, Burhorst I. The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcult Psychiatry*. 2007;44:596-613.
- Derluyn I, Broekaert E. Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethn Health*. 2007;12:141-162.
- Guarnaccia PJ, Lopez S. The mental health and adjustment of immigrant and refugee children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1998;7:537-553.
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005;365:1309-1314.
- Bronstein I, Montgomery P. Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2011;14:44-56.
- Smid GE, Lensvelt-Mulders GJ, Knipscheer JW, Gersons BP, Kleber RJ. Late-onset PTSD in unaccompanied refugee minors: exploring the predictive utility of depression and anxiety symptoms. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2011;40:742-755.
- Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23:337-346.
- Sack WH, Him C, Dickason D. Twelve-year follow-up study of Khmer youths who suffered massive war trauma as children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:1173-1179.
- Hodes M, Jagdev D, Chandra N, Cunliffe A. Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49:723-732.
- Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:748-766.
- Stotz SJ, Elbert T, Müller V, Schauer M. The relationship between trauma, shame, and guilt: findings from a community-based study of refugee minors in Germany. *Eur J Psychotraumatol*. 2015;6:25863.
- Mitra R, Hodes M. Prevention of psychological distress and promotion of resilience amongst unaccompanied refugee minors in resettlement countries. *Child Care Health Dev*. 2019;45:198-215.
- Ellis BH, MacDonald HZ, Lincoln AK, Cabral HJ. Mental health of Somali adolescent refugees: the role of trauma, stress, and perceived discrimination. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76:184-193.
- Heptinstall E, Sethna V, Taylor E. PTSD and depression in refugee children: associations with pre-migration trauma and post-migration stress. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13:373-380.
- Stein B, Comer D, Gardner W, Kelleher K. Prospective study of displaced children's symptoms in wartime Bosnia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34:464-469.
- Thabet AA, Abed Y, Vostanis P. Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004;45:533-542.
- Jensen TK, Skåralsmo EM, Fjermestad KW. Development of mental health problems-a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2014;8:29.
- Jensen TK, Fjermestad KW, Granly L, Wilhelmsen NH. Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2015;20:106-116.
- Montgomery E, Foldspang A. Validity of PTSD in a sample of refugee children: can a separate diagnostic entity be justified? *Int J Methods Psychiatr Res*. 2006;15:64-74.
- Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, Broekaert E, Heir T, Derluyn I. The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scand J Psychol*. 2014;55:33-37.

36. Forbes D, Creamer M, Bisson JI, Cohen JA, Crow BE, Foa EB, Friedman MJ, Keane TM, Kudler HS, Ursano RJ. A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. *J Trauma Stress*. 2010;23:537-552.
37. Punamäki RL, Qouta S, El-Sarraj E. Resiliency factors predicting psychological adjustment after political violence among Palestinian children. *Int J Behav Dev*. 2001;25:256-267.
38. Montgomery E. Trauma and resilience in young refugees: a 9-year follow-up study. *Dev Psychopathol*. 2010;22:477-489.
39. Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*. 2012;379:266-282.
40. Betancourt TS, Newnham EA, Layne CM, Kim S, Steinberg AM, Ellis H, Birman D. Trauma history and psychopathology in war-affected refugee children referred for trauma-related mental health services in the United States. *J Trauma Stress*. 2012;25:682-690.
41. Kia-Keating M, Ellis BH. Belonging and connection to school in resettlement: young refugees, school belonging, and psychosocial adjustment. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2007;12:29-43.
42. Slodnjak V, Kos A, Yule W. Depression and parasuicide in refugee and Slovenian adolescents. *Crisis*. 2002;23:127-132.
43. Majumder P, O'Reilly M, Karim K, Vostanis P. This doctor, I not trust him, I'm not safe: the perceptions of mental health and services by unaccompanied refugee adolescents. *Int J Soc Psychiatry*. 2015;61:129-136.
44. Etain B, Henry C, Bellivier F, Mathieu F, Leboyer M. Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2008;10:867-876.
45. Bean TM, Eurelings-Bontekoe E, Spinhoven P. Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: one year follow-up. *Soc Sci Med*. 2007;64:1204-1215.
46. Sourander A. Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors. *Child Abuse Negl*. 1998;22:719-727.
47. Spinhoven P, Bean T, Eurelings-Bontekoe L. Inconsistencies in the self-report of traumatic experiences by unaccompanied refugee minors. *J Trauma Stress*. 2006;19:663-673.
48. Steinberg L, Morris AS. Adolescent development. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:83-110.
49. Felsman JK, Leong FT, Johnson MC, Felsman IC. Estimates of psychological distress among Vietnamese refugees: adolescents, unaccompanied minors and young adults. *Soc Sci Med*. 1990;31:1251-1256.
50. Huemer J, Karnik N, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Plattner B, Friedrich M, Steiner H. Psychopathology in African unaccompanied refugee minors in Austria. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2011;42:307-319.
51. Pavli A, Maltezos H. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *J Travel Med*. 2017;24.
52. Lay M, Papadopoulos I. Sexual maltreatment of unaccompanied asylum-seeking minors from the Horn of Africa: a mixed method study focusing on vulnerability and prevention. *Child Abuse Negl*. 2009;33:728-738.
53. Keles S, Friborg O, Idsøe T, Sirin S, Oppedal B. Depression among unaccompanied minor refugees: the relative contribution of general and acculturation-specific daily hassles. *Ethn Health*. 2016;21:300-317.
54. Vervliet M, De Mol J, Broekaert E, Derluyn I. That I live, that's because of her: intersectionality as framework for unaccompanied refugee mothers. *Br J Soc Work*. 2014;44:2023-2041.
55. Oppedal B, Idsøe T. The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scand J Psychol*. 2015;56:203-211.
56. Hollins K, Heydari H, Grayson K, Leavey G. The mental health and social circumstances of Kosovan Albanian and Albanian unaccompanied refugee adolescents living in London. *Diversity Health Soc Care*. 2007;4:277-285.
57. Sierau S, Schneider E, Nesterko Y, Glaesmer H. Alone, but protected? Effects of social support on mental health of unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019;28:769-780.
58. Höhne E, Banaschewski T, Bajbouj M, Böge K, Sukale T, Kamp-Becker I. Prevalences of mental distress and its associated factors in unaccompanied refugee minors in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023;32:1211-1217.
59. Piegenschke K, Sihorsch M, Christiansen H. Begleitete minderjährige Geflüchtete. *Kindheit Entwicklung*. 2019.
60. von Werthern M, Grigorakis G, Vizard E. The mental health and wellbeing of unaccompanied refugee minors (URMs). *Child Abuse Negl*. 2019;98:104146.
61. Michelson D, Sclare I. Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2009;14:273-296.
62. Bean T, Mooijart A, Eurelings-Bontekoe E, Spinhoven P. Validation of the child behavior checklist for guardians of unaccompanied refugee minors. *Child Youth Serv Rev*. 2006;28:867-887.
63. Ramel B, Täljemark J, Lindgren A, Johansson BA. Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. *Springerplus*. 2015;4:131.
64. Davies M, Webb E. Promoting the psychological well-being of refugee children. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2000;5:541-554.
65. Sanchez-Cao E, Kramer T, Hodes M. Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children. *Child Care Health Dev*. 2013;39:651-659.
66. Zwi K, Mares S. Stories from unaccompanied children in immigration detention: a composite account. *J Paediatr Child Health*. 2015;51:658-662.
67. Unterhitzenberger J, Eberle-Sejari R, Rassenhofer M, Sukale T, Rosner R, Goldbeck L. Trauma-focused cognitive behavioral therapy with unaccompanied refugee minors: a case series. *BMC Psychiatry*. 2015;15:260.
68. Ehnholt KA, Smith PA, Yule W. School-based cognitive-behavioural therapy group intervention for refugee children who have experienced war-related trauma. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2005;10:235-250.
69. Demazure G, Gaultier S, Pinsault N. Dealing with difference: a scoping review of psychotherapeutic interventions with unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27:447-466.
70. Bouaziz N, Hussein ME, Rakotomalala C, Valentin E, Touhami F, Radjack R, Di C, Moro MR. Comment accueillir le délire d'un adolescent étranger isolé en consultation transculturelle? *Adolescence*. 2013;313:541-550.
71. Touhami F, Radjack R, Moro MR. Penser les enfants isolés, des objets pour dire le temps. *Le Carnet Psy*. 2015;188:36-41.
72. Unterhitzenberger J, Rosner R. Case report: manualized trauma-focused cognitive behavioral therapy with an unaccompanied refugee minor girl. *Eur J Psychotraumatol*. 2016;7:29246.
73. Nickerson A, Bryant RA, Brooks R, Steel Z, Silove D, Chen J. The familial influence of loss and trauma on refugee mental health: a multilevel path analysis. *J Trauma Stress*. 2011;24:25-33.
74. Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *BMJ*. 2001;322:95-98.
75. McGregor LS, Melvin GA, Newman LK. Familial separations, coping styles, and PTSD symptomatology in resettled refugee youth. *J Nerv Ment Dis*. 2015;203:431-438.

Sporun Çocuk Ruh Sağlığına ve Ekran Kullanımına Etkileri

The Effects of Sports on Children's Mental Health and Screen Time

© Ayça Hamdooglu Yalçın, © Öznur Bilaç, © Hasan Kandemir, © Şermin Yalın Sapmaz

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

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, düzenli spor yapan çocuklarda anksiyete ve depresyon bozukluklarının görülme oranlarının, ekran kullanımının ve uyku düzeninin spor yapmayan çocuklara göre karşılaştırılmasını amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Sekiz ile on dört yaş arasındaki, dışlama kriterleri haricinde herhangi bir psikiyatrik tanıyı karşılayan 40 çocuk ve ergen ile yaşı ve cinsiyeti eş tutulmuş, herhangi bir psikiyatrik tanıyı karşılamayan 40 sağlıklı kontrol çalışma grubu oluşturulmuştur. Her iki gruba, Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe uyarlaması, sosyodemografik veri formu, Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği, Çocuklar için Depresyon Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Olgu grubundaki çocuklarda depresyon ve anksiyete bozukluklarını değerlendiren ölçeklerin toplam puanları ile spor yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Sıra ortalamaları göz önüne alındığında, spor yapan bireylerin depresyon ve anksiyete ölçek puanlarının, spor yapmayan bireylere göre anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. Spor yapma durumu ile ailede spor yapan birey varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Ailesinde spor yapan biri olan çocukların spor yapma oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Spor yapan bireyler ile yapmayan bireyler arasında ekran kullanım süreleri arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Spor yapan bireylerin bir gün içerisindeki ekran kullanma süreleri, spor yapmayan bireylere göre daha düşük bulunmuştur. Spor yapma durumu ile uyku süresi arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Sonuç: Spor yapmanın çocuk ve ergenlerde ruh sağlığı üzerinde olumlu etkileri olduğu görülmüştür. Bu nedenle, çocuk ve ergenlerin hem erken yaşta koruyucu ruh sağlığı açısından hem de psikiyatrik tedavinin bir parçası olarak spora yönlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Spor, ruh sağlığı, ekran kullanımı, uyku

ABSTRACT

Objectives: This study aims to compare the prevalence of anxiety and depression disorders, screen time, and sleep patterns between children who engage in regular physical exercise and those who do not.

Materials and Methods: The sample of 40 children and adolescents aged 8-14, who met diagnostic criteria for any psychiatric disorder, excluding exclusion criteria, was compared with a control group of 40 healthy children matched for age and gender without any psychopathology; matched for age and gender. Both groups were assessed using the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version-Turkish interview, sociodemographic form, Childhood Anxiety Screening Scale, and Child Depression Inventory.

Results: Significant differences were observed between exercise status and the total scores of the depression scale and childhood anxiety screening scale. Considering the mean ranks, the depression and anxiety scores of individuals who exercised were significantly lower than those who did not. A significant relationship was found between exercise status and the presence of a family member who exercises, with children who have a family member who exercises being more likely to engage in sports. Significant differences were also found in the duration of technology use between those who exercised and those who did not. It was shown that those who exercised used technological devices for shorter periods. No significant difference was found between exercise status and sleep duration.

Conclusion: Regular physical exercise has been shown to have positive effects on mental health in children and adolescents. Therefore, it is recommended to encourage children and adolescents to engage in sports as both a preventive measure for mental health from an early age and a part of psychiatric treatment.

Keywords: Sports, mental health, screen time, sleep

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Ayça Hamdooglu Yalçın, Uzm. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

E-posta: aychahamdooglu@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0009-0009-9060-4089

Geliş Tarihi/Received: 23.09.2024 **Kabul Tarihi/Accepted:** 27.01.2025 **Epub:** 10.12.2025 **Yayınlanma Tarihi/Publication Date:** 13.03.2026

Bu çalışma, 33. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Atıf/Cite this article as: Hamdooglu Yalçın A, Bilaç Ö, Kandemir H, Yalın Sapmaz Ş. The effects of sports on children's mental health and screen time. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2026;33(1):20-26

Copyright© 2026 Yazar(lar). 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.



Giriş

Spor; bireysel veya takım halinde yapılan, belirli kuralları ve bir hedefi olan organize insan hareketleridir.¹ Spor ile çocuklara, cesur davranarak korkularını nasıl yenebilecekleri, risk almanın ne olduğu ve sonunda başarılı olmanın nasıl bir his olduğu öğretilmektedir.² Spor yapılan ortam, çocukların deneyimler kazanabileceği, düşünce ve fikirlerini özgürce ifade edebilecekleri, farklı duyguları hissedebilecekleri bir alan olarak kullanılabilir.³ Fiziksel aktivite ve spor ile yaşadıkları başarı deneyimleri, çocukların daha olumlu bir benlik algısı oluşturmalarına yardımcı olabilir. Kendi yeteneklerine dair güvenlerinde artış olup, gelecekte daha fazlasını yapabilmek için cesaret kazanabilirler. Fiziksel aktivite, bir yandan çocukların duygusal gelişiminde de destekleyici bir rol oynamaktadır.⁴ Spor sayesinde akranlarından, ebeveynlerinden, öğretmenlerinden ve toplumdan olumlu geri dönüşler alan çocukların kendilerine olan güvenlerinin oluşması ve artması sağlanabilir. Bununla birlikte gençleri spora teşvik etmek, onların yeteneklerini en üst düzeyde kullanmalarına destek olabilir.⁵ Yazında sporun ruh sağlığına olumlu etkilerini gösteren birçok çalışma bulunmaktadır.^{6,7} Spor ile depresyon belirtilerinin daha az görülmesi, kişinin özgüveninde artış olması ve anksiyete belirtilerinin azalması beklenebilir. Ancak, çalışmaların daha çok erişkin ve ergenlik dönemindeki kişilerle yapıldığı dikkat çekmektedir.⁸⁻¹⁰

2014 yılında ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada, 13-18 yaş arası profesyonel futbol oynayan 150 erkek öğrenci ile oynamayan 150 erkek öğrencinin depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri karşılaştırılmıştır. Spor yapan gençlerin anlamlı düzeyde depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür.¹¹ Ortaokula giden 14-16 yaş grubundaki 60 öğrenci, spor yapanlar ve yapmayanlar olarak iki gruba ayrılmıştır. Bu çalışmada, spor yapan bireylerin genel semptomlar ve anksiyete görülme sıklığı açısından anlamlı derecede daha düşük sonuçlar gösterdiği bulunmuştur.¹² Canan ve Ataoğlu⁸ tarafından yapılan bir çalışmada, 18-35 yaş aralığındaki bireyler incelenmiştir. Çalışmaya 69 sporcu ve spor yapmayan 26 kişilik bir kontrol grubu dahil edilmiştir. Araştırmada, anksiyete, depresif bozukluk ve sorun çözme becerisi algısı düzeyleri karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, düzenli spor yapma ile bu parametreler arasında kesitsel bir ilişki olduğunu göstermiştir.⁸ Bir başka çalışmada ise Şenışık ve Kayış⁹ yaş ortalaması 16 olan ve spor yapan 42 ergen kız ile benzer yaşlarda, spor yapmayan 35 gönüllü kız arasında depresyon ve kaygı düzeyleri arasındaki farkı araştırmışlardır. Çalışmanın bulgularına göre, düzenli egzersiz yapmanın ergenlerde depresyon ve kaygı seviyelerini azaltabileceği sonucuna varılmıştır. 2023 yılında Brezilya'da liseye devam eden ve rastgele küme örnekleme kullanılarak seçilen 666 Brezilyalı ergen (14-19 yaş) ile yapılan kesitsel bir çalışmada, erkeklerde takım sporu yapmanın yaygın ruhsal bozukluk belirtilerinin daha az olması, daha düşük ruh sağlığı sorunları ve daha az intihar düşüncesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur.¹⁰ 2024 yılında Mardin ilinde ortaokulda eğitim gören 520 kişi ile yapılan bir çalışmada, spor yapma durumu ile dijital bağımlılık arasındaki ilişki incelenmiş, spor yapan

bireylerin spor yapmayanlara göre daha düşük dijital bağımlılık puan ortalamalarına sahip oldukları görülmüştür.¹³ 2021 yılında İstanbul'da 250 spor bilimi öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, aktif spor yapan bireyler ve yapmayan bireylerin uyku kalitesi karşılaştırılmıştır. Sonuçlara göre, aktif spor yapan bireylerin uyku kalitesinin daha iyi olduğu ve daha sağlıklı bireyler oldukları bulunmuştur.¹⁴ Yazındaki bu bilgiler değerlendirildiğinde, spor yapan çocukların ekran kullanım süresinin daha kısa olacağı, anksiyete ve depresyon bozukluklarının ve belirtilerinin daha az görüleceği ve uyku düzenlerinin daha iyi olacağı öngörülebilir.

Tüm bu bilgiler ışığında, ergenlik ve erişkinlik döneminde sporun ruh sağlığı üzerindeki etkileri sıklıkla incelenmiş olmasına rağmen, bilinen kadarıyla sporun tüm bu değişkenler üzerindeki etkisinin 8-14 yaş arası çocuklarda incelendiği sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu çalışmada, düzenli spor yapan çocukların anksiyete ve depresyon bozukluklarının görülme oranlarının, ekran kullanım sürelerinin ve uyku düzenlerinin, spor yapmayan çocuklar ile karşılaştırılması hedeflenmiştir. Böylece 8-14 yaş arası çocuklarda sporun ruh sağlığı üzerindeki etkilerini gözlemlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada güç analizi G*Power 3.1.9.7 yazılımı (Heinrich Heine Üniversitesi, Düsseldorf, Almanya; güç analizi için kullanılmıştır) ile gerçekleştirilmiştir. İki grup arasındaki farkların anlamlı olup olmadığını değerlendirmek amacıyla ki-kare testi uygulanmıştır. Güç analizi için etki büyüklüğü 0,3, alfa seviyesi 0,05 ve hedeflenen güç değeri 0,80 olarak belirlenmiş; bu parametreler doğrultusunda yapılan güç analizi sonucu, her bir grup için 40 katılımcı olmak üzere toplamda 80 katılımcının yeterli örneklem büyüklüğü olarak hesaplandığı sonucuna varılmıştır. Çalışmaya Temmuz-Aralık 2023 tarihleri arasında çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğimize başvuran 80 çocuk ve ergen dahil edilmiştir. Her çocuk ve ergene Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu (K-SADS) uygulanmıştır. Çalışmaya yapılan K-SADS uygulaması sonucunda herhangi bir tanısı olmayan 40 çocuk ve ergen ile yapılan tarama sonrası dışlama kriterleri haricinde herhangi bir psikiyatrik tanıyı karşılayan 40 çocuk ve ergen alınmıştır. Katılımcıların tümü 8-14 yaş arasında olup okuma ve yazma bilmeleri gerekli tutulmuştur. Otizm spektrum bozukluğu, mental retardasyon, psikotik bozukluk ve bipolar bozukluk tanısı olan, madde kullanımı öyküsü bulunan veya ek nörolojik hastalığı olan katılımcılar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Çalışmamız için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (karar no: 20.478.486/1845, tarih: 17.05.2023). Çocuklardan ve ebeveynlerinden çalışmaya katılmaya onay verdiklerine dair gönüllü onam formu alınmıştır. Çalışmaya gönüllü katılan her çocuk ve ergenin sosyodemografik özelliklerini ve spor yapma alışkanlıklarını belirleyebilmek için katılımcılara sosyodemografik veri formu, anksiyete ve depresyon durumunu belirleyebilmek için Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) ve Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) yüz yüze uygulanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Yazın taranarak araştırmacılar tarafından oluşturulan ankette on altı soru bulunmaktadır. Bu sorular ile hastanın yaşı, cinsiyeti, sınıfı, akademik başarı durumu, yaşadığı yer, kardeş sayısı, anne ve babanın eğitim seviyesi, anne ve babanın mesleği, aile gelir grubu, okula nasıl gittiği, spor yapıp yapmadığı; yapıyorsa hangi sporu ne kadar zamandır ve ne sıklıkta yaptığı, ailede spor yapan birinin olup olmadığı; eğer var ise bu kişinin hangi sporu ne kadar zamandır ve ne sıklıkta yaptığı, teknolojik cihaz kullanıp kullanmadığı; kullanıyorsa hangi cihazı, ne amaçla ve ne sıklıkta kullandığı, uyku süresi, uykuya dalma süresi ve gündüz uyuma alışkanlığı araştırılmak istenmiştir.

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM)-5 Kasım 2016-Türkçe Uyarlaması (K-SADS-PL-DSM-5-T): Altı ile on sekiz yaş aralığında olan çocuk ve ergenlerin DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişte ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla, Kaufman ve ark.¹⁵ tarafından DSM-5 tanı ölçütlerine göre güncellenen bu yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesinin Türkçe uyarlaması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışmaları Ünal ve ark.¹⁶ tarafından yapılmıştır. K-SADS-PL-DSM-5-T, anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır. Çalışmamızda tanı koyma amacıyla kullanılmıştır.

Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ): Birmaher ve ark.¹⁷ tarafından geliştirilen bu ölçek, çocukluk çağı kaygı bozukluklarını değerlendirmek amacıyla 6-18 yaş arasındaki çocuklar ve ergenler için kullanılmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Çakmakçı¹⁸ tarafından yapılmıştır. ÇATÖ, toplamda kırk bir maddeden oluşmakta olup 25 ve üzeri puan kaygı bozukluğu için uyarı işareti olarak kabul edilmektedir. Genel ölçek ve alt ölçekler için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 0,74-0,93 arasında değiştiği ve test-tekrar test güvenilirlik katsayılarının 0,70-0,90 arasında olduğu bildirilmiştir.¹⁷

Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ): Altı ile on dört yaş arası çocuklar için uygulanan bu kendini değerlendirme ölçeği, yirmi yedi maddeden oluşur ve son iki hafta içindeki belirtiler değerlendirilir. Ölçek, 0, 1 veya 2 puan seçenekleri sunar ve maksimum puan 54'tür. Kesim puanı olarak 19 önerilmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur.^{19,20} Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Oy²¹ tarafından gerçekleştirilmiş olup, kesim noktası 19 puan olarak belirlenmiştir.

İstatistiksel Analiz

Veri analizi, SPSS for Windows, sürüm 26.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Kategorik değişkenlerin analizinde sayı ve yüzde ile tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. Ölçek skorları için ortalama ve standart sapma değerleri belirlenmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Ölçek skorlarının gruplar arasındaki karşılaştırmalarında, normal dağılım gösteren veriler için t-testi, normal dağılım göstermeyen

veriler için ise Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir.

Bulgular

Çalışmamıza toplam 80 çocuk ve ergen dahil edilmiştir. Yapılan K-SADS uygulaması sonucunda herhangi bir tanısı olmayan 40 çocuk ve ergen (%50,0) kontrol grubunu, yapılan tarama sonrası dışlama kriterleri haricinde herhangi bir psikiyatrik tanıyı karşılayan 40 çocuk ve ergen (%50,0) ise olgu grubunu oluşturmuştur. Katılımcıların yaşları 8 ile 14 arasında değişmekte olup, ortalama yaş $12,1 \pm 1,9$ olarak hesaplanmıştır. Yaş ve cinsiyet dağılımları Tablo 1'de yer almaktadır. Yaş açısından yapılan karşılaştırmalarda, olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p > 0,05$). Katılımcıların %67,5'i kız ($n=54$) ve %32,5'i erkek ($n=26$) cinsiyet olarak dağılım göstermektedir. Cinsiyet açısından iki grup arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p > 0,05$).

Olgu ve kontrol grubunun sosyodemografik verileri arasındaki karşılaştırmalar Tablo 1'de sunulmuştur. Ders başarı durumu, yaşadıkları yer, anne-babanın eğitim düzeyi, gelir durumu ve okula gidiş şekilleri değerlendirildiğinde, olgu ile kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). Olgu ve kontrol grubunun spor yapma durumu ile ailede spor yapan bireylerin varlığı açısından karşılaştırmaları Tablo 2'de verilmiştir. Kontrol grubunda spor yapan kişi sayısı daha fazla olmasına rağmen, olgu grubu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Ailede spor yapan birey varlığı açısından da olgu ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Spor yapma durumu ile ailede spor yapan birey varlığı arasındaki karşılaştırma Tablo 3'te verilmiştir. Veriler incelendiğinde, spor yapma durumu ile ailede spor yapan birey varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Ailesinde spor yapan biri bulunan çocukların spor yapma oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Spor yapma durumu ile okula gitme şeklinin karşılaştırması Tablo 3'te verilmiştir. Veriler incelendiğinde, spor yapma durumu ile okula gitme şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Spor yapan çocukların okula sıklıkla yürüyerek gittiği, yapmayan çocukların ise bir araç vasıtası ile gittiği gözlenmiştir.

ÇDÖ ve ÇATÖ toplam puanlarının gruplar arasındaki karşılaştırması Tablo 4'te sunulmuştur. Olgu ve kontrol grubu arasında test toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Olgu grubunda ÇDÖ puanının en düşük değeri 4, en yüksek değeri 45, medyan değeri 18; ÇATÖ puanının en düşük değeri 4, en yüksek değeri 78, medyan değeri 34 olarak saptanmıştır. Kontrol grubunda ise ÇDÖ puanının en düşük değeri 1, en yüksek değeri 36, medyan değeri 9; ÇATÖ puanının en düşük değeri 6, en yüksek değeri 58, medyan değeri 25,5 olarak saptanmıştır.

Gruplar ayrı ayrı incelendiğinde, her bir grupta ÇDÖ ve ÇATÖ puanlarının spor değişkeni açısından karşılaştırma sonuçları Tablo 5 ve Tablo 6'da gösterilmiştir. Yapılan analize göre,

olgı grubunda ÇDÖ ve ÇATÖ toplam puanları ile spor yapma durumu arasında anlamlı bir fark gözlemlenmiştir ($p<0,05$). Sıra ortalamalarına bakıldığında, spor yapan bireylerin depresyon ve anksiyete ölçek puanlarının, yapmayan bireylere göre anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. Bu durum, sporun ruh

Tablo 1. Sosyodemografik veriler açısından grupların karşılaştırılması

Değişken	Olgu (n, %)	Kontrol (n, %)	p
Yaş (Ort±SS)	12,4±1,8	11,8±1,9	0,114
Cinsiyet			
Kız	27 (67,5)	27 (67,5)	1
Erkek	13 (32,5)	13 (32,5)	
Ders başarı durumu			
Kötü	4 (10,0)	3 (7,5)	0,188
Orta	24 (60,0)	17 (42,5)	
İyi	12 (30,0)	20 (50,0)	
Yaşadığı yer			
Köy	0 (0,0)	5 (12,5)	0,086
İlçe	16 (40,0)	10 (25,0)	
Şehir	13 (32,5)	12 (30,0)	
Büyükşehir	11 (27,5)	13 (32,5)	
Anne eğitim durumu			
Okur-yazar değil	0 (0,0)	1 (2,5)	0,308
İlkokul mezunu	15 (37,5)	11 (27,5)	
Ortaokul mezunu	9 (22,5)	5 (12,5)	
Lise mezunu	10 (25,0)	11 (27,5)	
Yüksek öğretim ve üstü	6 (15,0)	12 (30,0)	
Baba eğitim durumu			
Okur-yazar değil	0 (0,0)	0 (0,0)	0,136
İlkokul mezunu	18 (45,0)	13 (32,5)	
Ortaokul mezunu	4 (10,0)	6 (15,0)	
Lise mezunu	10 (25,0)	5 (12,5)	
Yüksek öğretim ve üstü	8 (20,0)	16 (40,0)	
Gelir durumu			
Dar gelirli	1 (2,5)	1 (2,5)	0,894
Ortanın altı	4 (10,0)	5 (12,5)	
Orta	29 (72,5)	25 (62,5)	
Ortanın üstü	5 (12,5)	8 (20,0)	
Varlıklı	1 (2,5)	1 (2,5)	
Okula gidiş şekli			
Araba ile	3 (7,5)	8 (20,0)	0,170
Servis ile	6 (15,0)	4 (10,0)	
Otobüs ile	8 (20,0)	3 (7,5)	
Yürüyerek	23 (57,5)	25 (62,5)	

Pearson ki-kare testi uygulanmıştır, $p<0,05$
Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

sağlığına olan olumlu etkileri ile örtüşmektedir. Kontrol grubunda ise ÇDÖ ve ÇATÖ toplam puanları ile spor yapma durumu arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Aksine, sıra ortalamaları incelendiğinde, sağlıklı grupta spor yapan bireylerin anksiyete ve depresyon ölçek puanlarının, spor yapmayan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızdaki veriler incelendiğinde, tüm katılımcıların ekran kullanımının olduğu görülmüştür. Spor yapma durumu ile ekran kullanım süreleri arasındaki karşılaştırma Tablo 7'de verilmiştir. Veriler incelendiğinde, spor yapan bireyler ile yapmayan bireyler arasında ekran kullanım süreleri açısından anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Spor yapan bireylerin bir gün içerisindeki ekran kullanma süreleri, spor yapmayan

Tablo 2. Spor yapma durumu açısından grupların karşılaştırılması

	Olgu (n, %)	Kontrol (n, %)	p
Spor durumu			
Evet	17 (42,5)	23 (57,5)	0,180
Hayır	23 (57,5)	17 (42,5)	
Ailede spor yapan birey varlığı			
Evet	9 (22,5)	11 (27,5)	0,606
Hayır	31 (77,5)	29 (72,5)	

Pearson ki-kare testi uygulanmıştır, $p<0,05$

Tablo 3. Spor yapma durumu ile ailede spor yapan birey varlığı ve okula gitme şekli açısından grupların karşılaştırılması

	Spor durumu	
	Evet	Hayır
Okula gitme şekli		
Araba ile (n)	6	5
Servis ile (n)	3	7
Otobüs ile (n)	2	9
Yürüyerek (n)	29	19
P	0,042	
Ailede spor yapan birey varlığı		
Evet (n)	16	4
Hayır (n)	24	36
P	0,002	

Pearson ki-kare testi uygulanmıştır, $p<0,05$

Tablo 4. Çocuklar için Depresyon Ölçeği ve Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği toplam puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

	Olgu (Ort±SS)	Kontrol (Ort±SS)	p
Çocuklar için Depresyon Ölçeği	19,2±9,3	11,9±8,2	0,393
Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği	36,7±15,3	28,5±14,07	0,590

Pearson ki-kare testi uygulanmıştır, $p<0,05$
Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Tablo 5. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği toplam puanlarının spor yapma durumu değişkenine göre Mann-Whitney U testi sonuçları

	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	Mann-Whitney U test	p
Olgu					
Spor evet	17	15,21	258,5	105,5	0,013
Spor hayır	23	24,41	561,5		
Kontrol					
Spor evet	23	22,83	525	142	0,149
Spor hayır	17	17,35	295		

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır, p<0,05

Tablo 6. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği toplam puanlarının spor yapma durumu değişkenine göre sonuçları

	n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	Mann-Whitney U test	p
Olgu					
Spor evet	17	15,85	269,5	116,5	0,030
Spor hayır	23	23,93	550,5		
Kontrol					
Spor evet	23	21,15	486,5	180,5	0,685
Spor hayır	17	19,62	333,5		

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır, p<0,05

Tablo 7. Spor yapma durumu ile ekran kullanım süresi, uyku süresi ve gündüz uyuma alışkanlığı karşılaştırması

	Spor durumu	
Ekran kullanım süresi	Evet	Hayır
1 saatten az (n)	6	3
1-3 saat (n)	22	6
3-5 saat (n)	9	17
5 saatten fazla (n)	3	14
p	0,000	
Uyku süresi		
9-11 saat (n)	11	11
8-9 saat (n)	12	15
7-8 saat (n)	11	11
5-7 saat (n)	4	3
5 saatten az (n)	2	0
p	0,649	
Gündüz uyuma alışkanlığı		
Evet (n)	14	11
Hayır (n)	26	29
p	0,469	

Pearson ki-kare testi uygulanmıştır, p<0,05

bireylere göre daha düşük bulunmuştur. Spor yapma durumu ile ekran kullanımına başlama yaşı arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Spor yapma durumu ile uyku süresi ve gündüz uyuma alışkanlığı arasındaki karşılaştırma Tablo 7'de verilmiştir. Spor

yapma durumu ile uyku süresi ve gündüz uyuma alışkanlığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tartışma

Bu çalışmanın sonuçları, sporun çocukların ruh sağlığı üzerindeki olumlu etkilerini desteklemektedir. Spor yapan çocukların, spor yapmayanlara kıyasla daha düşük depresyon ve anksiyete seviyelerine sahip olduğu ve ekran kullanım sürelerinin daha kısa olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgular, yazındaki mevcut verilerle büyük ölçüde uyumludur ve sporun çocuk ruh sağlığı üzerindeki faydalarını doğrulamaktadır.^{7,8,22} Çalışmamızda olgu ve kontrol grubu arasında temel sosyodemografik özellikler açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu durum, çalışmanın gruplar arasında karşılaştırma yapabilmesi için uygun bir zemin sunduğunu ve elde edilen sonuçların sosyodemografik faktörlerden kaynaklanmadığını ifade etmektedir.

Yazında, spor yapan çocukların ailelerinde spor yapan bireylerin bulunmasının, çocukların spor alışkanlıklarını geliştirmelerine destek olduğu bildirilmektedir.^{23,24} Timperio ve ark.²⁵ aile fiziksel aktivite ortamının çeşitli yönlerinin çocukların spora katılımıyla pozitif korelasyon gösterdiğini ortaya koymuştur. Özellikle, ebeveynleri aktif olarak sporla ilgilenen çocukların, ebeveyn davranışlarının çocuklar için bir model olabileceği için fiziksel aktivitelere katılma olasılıklarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Çalışmamızda da spor yapan bireylerin ailelerinde spor yapan birinin olma oranı istatistiksel olarak literatürle uyumlu şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, spor yapma alışkanlıklarının aileden modelleme yoluyla öğrenme ile ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Spor yapan çocukların yürüyerek okula gitmeleri, fiziksel aktivite düzeylerinin yüksek olduğunu ve günlük yaşamlarında da bu aktiviteleri sürdürme eğiliminde olduklarını ortaya koymaktadır.^{26,27} Castro-Lemus ve ark.²⁸ tarafından yapılan araştırmada, spor yapan ergenlerin yalnızca okula değil, aynı zamanda ders dışı etkinliklere de yürüyerek veya bisikletle gitmeye daha yatkın oldukları saptanmıştır. Araştırmamızda da spor yapan çocukların okula daha sık yürüyerek gittikleri, spor yapmayan çocukların ise daha sık araçla gittikleri gözlenmiştir. Bu bulgu, spor yapan çocukların genel olarak daha aktif bir yaşam tarzına sahip olduklarını, spora katılım ile geliştirilen alışkanlıkların günlük hayatta da davranışlarını etkilediğini göstermektedir.

Yazında, spor ve fiziksel aktivitenin çocukların ruh sağlığına olumlu etkileri konusunda geniş bir görüş birliği bulunmaktadır. Çocukluk döneminde düzenli spor yapmanın, depresyon ve anksiyete belirtilerini azalttığına dair birçok çalışma mevcuttur.^{9,29} Şenışık ve Kayış⁹ düzenli olarak spor yapan ergenlerin depresyon ve kaygı düzeylerinin, spor yapmayan ergenlere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada, spor yapan çocukların ÇDÖ ve ÇATÖ puanlarının anlamlı şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, sporun ruh sağlığı üzerindeki koruyucu etkilerini destekleyen literatür ile uyumludur.^{7,30}

Sporun çocukların ruh sağlığını iyileştirmedeki rolü, yalnızca depresyon ve anksiyete ile sınırlı değildir. Aynı zamanda spor, çocukların benlik saygısını artırabilir ve sosyal becerilerini geliştirebilir.³¹ Çalışmamızda, spor yapan çocukların ekran kullanım sürelerinin daha kısa olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, sporun çocukların teknoloji bağımlılığını azaltabileceği ve dolayısıyla ekran süresini kısıtlayabileceği hipotezini desteklemektedir. Ayrıca, Fişekçioğlu ve Denктаş¹³ tarafından yapılan bir araştırmada, spor yapan bireylerin spor yapmayanlara göre daha düşük dijital bağımlılık puan ortalamalarına sahip oldukları bilgisi ile de uyumaktadır. Benzer şekilde, spor yapmanın ekran süresini azaltmaya yardımcı olabileceğine dair önceki çalışmalar da mevcuttur.²³

Spor yapma durumunun çocukların uyku düzenine etkisi ile ilgili bulgularımız yazınla örtüşmemektedir. Cicchella'nın³² çalışması, spora katılan çocukların spor yapmayan akranlarına kıyasla daha iyi uyku kalitesine sahip olma eğiliminde olduğunu ve okul dışında spor yapan çocukların herhangi bir fiziksel aktiviteye katılmayanlara göre daha fazla uyuduklarını vurgulamıştır. Çalışmamızda spor yapmanın uyku süresi veya gündüz uyuma alışkanlığı üzerinde belirgin bir etkisi bulunmamıştır. Bu durum, sporun uyku düzeni üzerindeki etkilerinin çocukların yaş grubuna ve spor türüne göre değişebileceğini düşündürmektedir.³³

Ayrıca, çalışmamızda spor yapan çocukların depresyon ve anksiyete puanlarının, spor yapmayan çocuklara göre daha düşük saptandığını belirtmek önemlidir. Bu bulgu, yazında belirtildiği gibi sporun ruh sağlığına olumlu etkilerinin olduğunu destekleyen çalışmalara paraleldir.³⁴ Ancak, spor yapmayan kontrol grubunda anksiyete ve depresyon puanlarının spor yapan gruba kıyasla daha yüksek olması beklenirken, bu

çalışmada sağlıklı gruptaki spor yapan çocukların daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Bu bulgunun, örneklem büyüklüğü ve çalışma deseninin etkisiyle açıklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmanın bazı önemli kısıtlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak, her grupta yalnızca kırk katılımcının yer alması, örneklem büyüklüğünün sınırlı olduğunu göstermektedir dolayısıyla bulgular genellenemez. Ayrıca, kesitsel olan bu çalışma, sporun çocukların ruh sağlığı üzerindeki neden-sonuç ilişkilerini tam olarak belirlemek için yeterli olmayabilir. Uzun dönemli takip çalışmaları, sporun uzun vadeli etkilerini daha iyi değerlendirmeye olanak tanıyabilir. Ek olarak, çocuklar ve ebeveynler tarafından sağlanan veriler, öz-bildirim anketleri ve ölçekleri kullanılarak elde edilmiştir bu da yanıtların öznel olmasına neden olabilir. Çalışmamızdaki katılımcıların okul-ev arası mesafesi bilinmemektedir, bu da spor yapan katılımcıların okula daha çok yürüyerek gittiğini bulmuş olmamıza rağmen, bu sonucun mesafeden mi yoksa sporun yaşam tarzı olarak benimsenmesinden mi kaynaklandığını ayırt edememize sebep olmuştur. Bununla birlikte, sporun uyku düzeni üzerindeki etkilerini daha iyi anlayabilmek için, aynı spor çeşidi ile uğraşan ve benzer yaş grubundan seçilen olgular ile uykunun objektif olarak değerlendirilmesini sağlayabilecek kronotip ölçeği gibi değerlendirme araçları ile yapılan çalışmalar yararlı olacaktır. Son olarak, yapılan sporun türü ve spora ayrılan süre arasında bir ayrım yapılmamıştır. Bu kısıtlılıklar, bulguların daha geniş bir bağlamda değerlendirilmesini ve gelecekteki araştırmalarda bu faktörlerin dikkate alınmasını gerektirmektedir.

Sonuç

Sonuç olarak, bu çalışma, sporun çocukların ruh sağlığı ve ekran kullanımı üzerindeki olumlu etkilerini vurgulamakta ve sporun çocukların ruhsal gelişimi üzerindeki önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Sporun çocuk gelişimi üzerindeki bu olumlu etkileri, aileler, eğitimciler ve toplum için önemli bir rehber olabilir. Çocukların düzenli spor yapmaya teşvik edilmesi, yalnızca fiziksel sağlıklarını değil, aynı zamanda ruhsal sağlıklarını da iyileştirecek bir strateji olarak görülmelidir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Çalışmamız için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (karar no: 20.478.486/1845, tarih: 17.05.2023).

Hasta Onayı: Çocuklardan ve ebeveynlerinden çalışmaya katılmaya onay verdiklerine dair gönüllü onam formu alındı.

Dipnotlar

Yazarlık Katkıları

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

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Mathey E. This "thing" called sport. *J Health Phys Educ.* 1969;40:59-62.
2. Shields DLL, Bredemeier BJL. Character development and physical activity. Human Kinetics Publishers; 1995.
3. Gould D, Carson S. Life skills development through sport: current status and future directions. *Int Rev Sport Exerc Psychol.* 2008;1:58-78.
4. Schwarz R. Frühe bewegungserziehung. Ernst Reinhardt Verlag; 2014.
5. Steptoe A, Butler N. Sports participation and emotional wellbeing in adolescents. *Lancet.* 1996;347:1789-1792.
6. Paluska SA, Schwenk TL. Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Med.* 2000;29:167-180.
7. Biddle SJ, Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *Br J Sports Med.* 2011;45:886-895.
8. Canan F, Ataoğlu A. The influence of sports on anxiety, depression, and perceived problem solving ability. *Anatol J Psychiatry.* 2010;11:38-48.
9. Şenışık S, Kayış H. Spora katılımın ergenlik dönemindeki depresyon ve kaygı düzeylerine etkisi. *Ege Tıp Dergisi.* 2021;60:210-218.
10. Oliveira LM, Silva AO, Farah BQ, Leão IC, Souza FT, Santiago FL, Machado L, Diniz PR. Team sports as a protective factor against mental health problems and suicidal ideation in adolescents. *Salud Ment.* 2023;46:177-184.
11. Şen G. 13-18 yaş aralığındaki düzenli futbol oynayan ve oynamayan erkek öğrencilerde depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin karşılaştırılması (Master's thesis, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü); 2015.
12. Çekin MD, Tatar Y, Torun CK. A SCL-90 study for sport-anxiety connection in age group 14-16 summary. *Yeni Symposium.* 1996;34:43-45.
13. Fişekçioglu İB, Denktaş M. Spor yapan ve yapmayan ortaokul öğrencilerinin dijital bağımlılık düzeylerinin incelenmesi. Uluç S. (editör). İçinde: Spor Bilimleri Alanında Akademik Araştırma ve Değerlendirmeler III. Özgür Yayınları. 2024:53-62.
14. Çıfıdalöz M. Aktif spor yapan ve aktif spor yapmayan spor bilimleri fakültesi öğrencilerinin uyku kalitesinin incelenmesi (Master's thesis, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
15. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36:980-988.
16. Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroglu F, Çengel Kültür SE, Akdemir D, Foto Özdemir D, Çak HT, Ünal D, Tıraş K, Aslan C, Kalaycı BM, Aydos BS, Kütük F, Taşyürek E, Karaokur R, Karabucak B, Karakök B, Karaer Y, Artık A. Reliability and Validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version, DSM-5 November 2016-Turkish adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T). *Turk Psikiyatri Derg.* 2019;30:42-50.
17. Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L, Bridge J, Monga S, Baugher M. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38:1230-1236.
18. Çakmakçı FK. Çocuklarda anksiyete bozukluklarını tarama ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli 2004.
19. Kovacs M. Rating scale to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiatr.* 1981;46:305-315.
20. Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull.* 1985;21:995-998.
21. Oy B. Çocuklar için depresyon ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Turk Psikiyatri Derg.* 1991;2:137-140.
22. Ekland E, Heian F, Hagen KB, Abbott J, Nordheim L. Exercise to improve self-esteem in children and young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(1):CD003683.
23. Lian Y, Peijie C, Kun W, Tingran Z, Hengxu L, Jinxin Y, Wenyun L, Jiong L. The influence of family sports attitude on children's sports participation, screen time, and body mass index. *Front Psychol.* 2021;12:697358.
24. Rodrigues D, Padez C, Machado-Rodrigues AM. Active parents, active children: the importance of parental organized physical activity in children's extracurricular sport participation. *J Child Health Care.* 2018;22:159-170.
25. Timperio AF, van Stralen MM, Brug J, Bere E, Chinapaw MJ, De Bourdeaudhuij I, Jan N, Maes L, Manios Y, Moreno LA, Salmon J. Direct and indirect associations between the family physical activity environment and sports participation among 10-12 year-old European children: testing the EnRG framework in the ENERGY project. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013;10:10.
26. Faulkner GE, Buliung RN, Flora PK, Fusco C. Active school transport, physical activity levels and body weight of children and youth: a systematic review. *Prev Med.* 2009;48:3-8.
27. Khodanazari H, Choupani AA, Aghayan I. The contribution of walking to school in students' physical activity and its effect on being overweight. *Biomed Res Int.* 2022;2022:2633109.
28. Castro-Lemus N, Romero-Blanco C, García-Coll V, Aznar S. Gender-differentiated analysis of the correlation between active commuting to school vs. active commuting to extracurricular physical activity practice during adolescence. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18:5520.
29. Dale LP, Vanderloo L, Moore S, Faulkner G. Physical activity and depression, anxiety, and self-esteem in children and youth: an umbrella systematic review. *Ment Health Phys Act.* 2019;16:66-79.
30. Penedo FJ, Dahn JR. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Curr Opin Psychiatry.* 2005;18:189-93.
31. Kredlow MA, Capozzoli MC, Hearon BA, Calkins AW, Otto MW. The effects of physical activity on sleep: a meta-analytic review. *J Behav Med.* 2015;38:427-449.
32. Cicchella A. Sport participation, spontaneous physical activity and sleep in 11-13 years old children. *J Hum Sport Exerc.* 2018;13:S253-S258.
33. Rosa CC, Tebar WR, Oliveira CBS, Farah BQ, Casonatto J, Saraiva BTC, Christofaro DGD. Effect of different sports practice on sleep quality and quality of life in children and adolescents: randomized clinical trial. *Sports Med Open.* 2021;7:83.
34. Vakrilova Becheva MS, Kirkova-Bogdanova AG, Kazalakova KM, Ivanova SA. The benefits of sports for the physical and mental health of adolescents. *Pharmacia (0428-0296).* 2023;70.

Yemek Zamanında Ekran Maruz Kalan Küçük Çocukların Yeme Davranışları

Eating Behaviors of Toddlers with Screen Exposure During Mealtime

İD Hatice Gülşen¹, İD Koray Karabekiroğlu², İD Elif Pekmezci Yazgı¹, İD Cansu Çobanoğlu Osmanlı³,
İD Miraç Barış Usta²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Samsun, Türkiye

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

³Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Giresun, Türkiye

Amaç: Aileler, çocuklarına daha kolay yemek yedirebilmek veya dikkatlerini dağıtabilmek için yemek zamanlarında televizyon, telefon gibi ekran kullanımını tercih edebilmektedir. Ekran kullanımı, çocukların beslenme alışkanlıklarını ve davranışlarını etkileyebilmekte, duygusal ve davranışsal problemler ile ilişkili olabilmektedir. Amacımız, öğün zamanlarında ekran kullanımı olan 1-3 yaş arası çocukların yeme davranışlarını ve sosyal-duygusal işlevselliğini belirlemek ve ekran kullanımı olmayan çocuklarla karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bir ile üç yaş arası çocuğu olan annelere çevrimiçi formlar gönderilerek yemek sırasında tablet, telefon ve televizyondan herhangi birini kullanım sıklıkları soruldu. “Sıklıkla” veya “her zaman” olarak cevaplayan annelerin çocukları ekran maruziyeti olan gruba (n=50), bazen veya hiçbir zaman olarak cevaplayan annelerin çocukları kontrol grubuna (n=79) dahil edildi. Katılımcılara ilk bir yıl çocuklarını nasıl algıladıkları soruldu. Sosyodemografik veri formu, Anneler için Kısa Semptom Envanteri, Çocuklar için Kısa 1-3 Yaş Sosyal-Duygusal Değerlendirme Ölçeği ve Bebeklerde Uyumsal Yeme Davranışı Ölçeği uygulandı.

Bulgular: Gruplar, cinsiyet açısından benzerdi. Ekran kullanımı olan çocukların yaşı kontrol grubuna göre daha büyüktü. Anneleri tarafından daha yüksek oranda zor bebek olarak algılandıkları gözlemlendi. Yeme Davranışı Ölçeği’nde ekran kullanımı olan çocukların “isteksizlik” ve “direnc” puanları daha yüksekti. Çocuklar için Kısa 1-3 Yaş Sosyal-Duygusal Değerlendirme Ölçeği’nde “yeterlilik” puanı anlamlı düzeyde daha düşüktü, “problem” puanı daha yüksek olma eğiliminde olmakla birlikte anlamlı değildi. Annelerin psikopatolojik semptomları arasında farklılık yoktu.

Sonuç: Bu çalışma; küçük çocukların beslenme sırasında ekran kullanımı ile beslenme davranışları ve sosyal duygusal gelişimi hakkında yeni veriler sağlamaktadır. Yemek sırasında ekran maruziyeti olan çocukların olumsuz yeme davranışları ve sosyal-duygusal gelişimlerinin yetersiz olduğunu göstermekle birlikte çocuğun zor davranışları da yemek sırasında daha fazla ekran kullanımına yol açmış olabilir. Sonuçların genellenebilir olması ve neden sonuç ilişkisi kurulabilmesi için daha çok katılımcının olduğu, boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Küçük çocuklar, yeme, beslenme, aşırı ekran kullanımı

Objectives: Families may prefer to use screens during mealtimes from an early age to make it easier for their children to eat or to distract them. Screen use may affect children’s eating habits and behaviors and may be associated with emotional and behavioral problems. We aimed to determine the eating behaviors and social-emotional functioning of toddlers aged 1-3 years with screen use at mealtimes and to compare them with children without screen use.

Materials and Methods: Mothers with children aged 1-3 years were sent online forms and asked how often they used a tablet, phone, or television during meals. Children of mothers who answered “frequently/always” were included in the group with screen exposure during meals (n=50), and children of mothers who responded sometimes/never were included in the control group (n=79). Participants were asked how they perceived their children in the first year. Socio-demographic data form, Brief Symptom Inventory for Mothers, Brief Infant-Toddler Social Emotional Assessment, and Infancy Adaptive Eating Behavior Scale for Children were completed.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Uzm. Dr. Hatice Gülşen, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Samsun, Türkiye

E-posta: ghaticegulsen@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0002-9901-7034

Geliş Tarihi/Received: 20.12.2024 **Kabul Tarihi/Accepted:** 06.03.2025 **Epub:** 10.12.2025 **Yayınlanma Tarihi/Publication Date:** 13.03.2026

Atıf/Cite this article as: Gülşen H, Karabekiroğlu K, Pekmezci Yazgı E, Çobanoğlu Osmanlı C, Usta MB. Eating behaviors of toddlers with screen exposure during mealtime. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2026;33(1):27-33

Copyright© 2026 Yazar(lar). 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.



Results: There were similarities between the groups regarding gender. The social-emotional group was older than the control group. Children in the social-emotional group were more likely to be perceived as difficult babies by their mothers. The social-emotional group had higher “poor appetite” and “resistance” scores on the Infancy Adaptive Eating Behavior Scale. Their “competence” scores were significantly lower on the Brief Infant-Toddler Social Emotional Assessment, while their “problem” subscale score tended to be higher, but not significantly. There was no difference between the psychopathological symptoms of the mothers.

Conclusion: This study provides new data on screen use during mealtimes, eating behaviours, and toddlers’ social-emotional development. Children with screen exposure during mealtimes showed negative eating behaviours and inadequate social-emotional development, while the child’s behaviour may have led to more screen use during mealtimes. Longitudinal studies with more participants are needed to generalize the results and establish cause and effect relationships.

Keywords: Toddlers, eating, feeding, screen overuse

Giriş

Günümüzde bilgisayar, televizyon, telefon, tablet gibi teknolojik aletlerin kullanımıyla çocuklar ekran başında daha fazla zaman geçirmektedirler. Bu araçların kullanımı giderek daha küçük yaşlarda başlamaktadır.¹ Amerikan Pediatri Akademisi ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 0-1 yaş arası çocukların ekran başında hiç vakit geçirmemelerini, 2-5 yaş arası çocukların ise günde iki saatten fazla (WHO ≤ 1 saat) ekran başında kalmamaları gerektiğini önermektedir. Ne yazık ki, dünya çapındaki birçok çocuğun önerilen sürelerden daha fazla ekran maruziyeti olduğu görülmektedir.² Çocuklar bu dönemde hem ebeveyn ve yakın çevresindeki kişilerin hem de oynadığı oyunlar, izlediği çizgi filmler gibi birçok çevresel faktörün etkisi altında kalmaktadır.³ Çocukların yoğun ekran maruziyeti fiziksel, bilişsel, dil, sosyo-duygusal gelişimlerini olumsuz etkileyebilmektedir.⁴ Birçok çalışmada sedanter yaşam,⁵ uyku⁶ ve yeme davranışları,⁷ genel sağlık ve psikolojik iyilik hali⁸ ile ilişkilendirilmektedir.

Erken çocukluk dönemi, beslenme alışkanlıklarının oluşmaya başladığı kritik bir dönemdir. Çocukların bu dönemde edindiği yeme davranışları gelecekteki sağlığı için önemli hale gelmektedir.³ Birçok aile, çocuklarına daha kolay yemek yedirebilmek veya dikkatlerini dağıtmak için erken yaşlardan itibaren beslenme zamanlarında tablet, televizyon, telefon gibi çeşitli ekran kullanımını tercih edebilmektedir. Yapılan çalışmalarda 0-2 yaş ve 0-4 yaş arasındaki çocukların 1/3’ünün ekran karşısında beslendiği bildirilmiştir.⁹ Özellikle düşük kilolu, iştahsız veya yemeği reddeden çocukları beslemek için yardımcı bir araç olarak kullanılabilir. ¹⁰ Diğer yandan, zorlayıcı davranışları olan ya da öz düzenleme sorunu yaşayan çocukları olan ebeveynlerin özellikle yemek esnasında olmak üzere sorunlarla baş edebilmek için daha sık ekran kullanımı olabilmektedir. ^{11,12} Literatürde duygusal ve davranışsal sorunları olan çocukların günlük ekran süresinin daha fazla olduğu ve arka planda televizyona daha fazla maruz kaldıkları ve beslenmesi sırasında daha fazla ekran kullanıldığı bildirilmektedir. ¹³ Ancak ekran kullanımı hem çocukların beslenme alışkanlıklarını ve davranışlarını etkileyebilmekte, hem de duygusal ve davranışsal problemler ile ilişkili olabilmektedir. ¹⁴

Literatürdeki çalışmaların çoğu 2-18 yaş arasında geniş bir yaş aralığını kapsamaktadır. Çok az sayıda çalışma, çocukluğun ilk üç yılında yemek zamanında ekran kullanımını incelemiştir. Özellikle, ekran kullanımı ile yeme davranışları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu çalışmanın

amacı, 1-3 yaş arasındaki çocukların yemek zamanlarında ekran kullanımı ile yeme davranışlarını ve sosyal-duygusal işlevselliklerini belirlemek ve ekran kullanmayan çocuklarla karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Katılımcılar ve Prosedür

Samsun ve Giresun ilindeki 1-3 yaş arası küçük çocuğu olan annelere “kartopu örneklem yöntemi” ile ulaşılarak çevrimiçi formlar gönderildi. Annelere çocuklarının öğünleri sırasında tablet, telefon ve televizyondan herhangi birinin kullanım sıklıkları soruldu. “Sıklıkla” veya “her zaman” olarak cevap veren annelerin çocukları yemek sırasında ekran maruziyeti olan gruba (n=50), bazen veya hiçbir zaman olarak cevap veren annelerin çocukları kontrol grubuna (n=79) dahil edildi. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, annelerin psikopatolojik semptomlarını değerlendirmek için Kısa Semptom Envanteri (KSE), çocukların sosyal ve duygusal işlevselliğini belirlemek için Kısa 1-3 Yaş Sosyal-Duygusal Değerlendirme Ölçeği (K1/3-SDDÖ) ve beslenme sorunlarını taramak için Bebeklik Dönemi Uyumsal Yeme Davranışı Ölçeği (BDUYDÖ) uygulandı. Ayrıca katılımcılara ilk bir yıl çocuklarını nasıl algıladıkları soruldu. Bilinen akut ya da kronik nörolojik, gastrointestinal, enfeksiyon, metabolik, endokrinolojik hastalığı olanlar veya otizm spektrum bozukluğu, mental-motor gelişim gecikmesi gibi nörogelişimsel bozukluğu olan çocuklar çalışmaya dahil edilmedi. Etik kurul onayı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan alınmıştır (karar no: OMÜ KAEK 2020/640, tarih: 13/11/2020). Katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

1. Sosyodemografik Veri Formu: Katılımcıların sosyodemografik bilgilerini kaydedebilmek amacıyla tarafımızca oluşturuldu. Formda katılımcıların ve çocuklarının yaşı, cinsiyeti, ebeveynlerin eğitim ve iş durumu, geçmiş tıbbi öyküsü, şu anki veya geçmişte var olan psikiyatrik rahatsızlıkları gibi çeşitli sosyodemografik verilere yer verildi. Ayrıca annelere çocuğun güncel boy ve kilosu soruldu.

2. Kısa 1-3 Yaş Sosyal ve Duygusal Değerlendirme Ölçeği: Bu ölçek, 1-3 yaş arası çocukların psikiyatrik belirti şiddetini ve psikososyal gelişim sorunlarını taramak amacıyla hazırlanmıştır. Ölçek, psikiyatrik sorunları değerlendirmek

için 31 madde ve psikososyal yeterliliği değerlendirmek için 11 madde olmak üzere toplamda 42 madde içermektedir. Daha yüksek problem puanı, daha yüksek psikiyatrik sorun düzeyini; daha yüksek yeterlilik puanı ise daha iyi düzeydeki psikososyal gelişimi ifade etmektedir. K1/3-SDDÖ'nin Türkçe çevirisi ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması Karabekiroğlu ve ark.¹⁵ tarafından yapılmış ve klinik geçerliliği gösterilmiştir.

3. Bebeklik Dönemi Uyumsal Yeme Davranışı Ölçeği: Bu ölçek, Dilsiz ve Dağ¹⁶ tarafından 9-36 ay arasındaki çocuklardaki yeme-beslenme sorunlarının erken tanınması, tedavi sürecinin patoloji ortaya çıkmadan ve tam olarak yerleşmeden önce başlamasını sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek maddeleri, yurt dışındaki benzer ölçeklerin incelenmesi ve bebeklik döneminde beslenme sorunları yaşayan çocukların tipik özelliklerinin araştırılmasıyla oluşturulmuştur. Ölçek, 20 maddeden oluşmaktadır. “hiçbir zaman”, “nadiren”, “arada sırada”, “genellikle” ve “her zaman” seçeneklerinden annelerin çocuklarında gözlemledikleri durumlara uygun olanı işaretlemesi istenmektedir ve sırasıyla 1, 2, 3, 4, 5 puan şeklinde puanlanmaktadır. “isteksizlik”, “direnç”, “ana öğün düzenine tepki”, “duyusal nedenlerle ilişkili yeme reddi” alt ölçekleri bulunmaktadır.

4. Kısa Semptom Envanteri: Çeşitli tıbbi durumlarda psikiyatrik sorunları yakalamak amacıyla Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş 90 maddelik bir ölçek olan ruhsal belirti tarama listesinin maddeleri arasından seçilmiş 53 maddeden oluşan bir ölçektir. KSE, 5'li Likert tipinde olan kendini değerlendirme ölçeğidir. Katılımcılardan, ölçekte yer alan her madde için, “hiç”, “biraz”, “orta derecede”, “epey” ve “çok fazla” seçeneklerinden kendilerine uygun olanı işaretlemesi istenmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak¹⁷ tarafından gerçekleştirilmiştir.

İstatistiksel Analiz

Araştırma verisi SPSS for Windows 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklendi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, ortanca (Q1-Q3), frekans dağılımı ve yüzde olarak belirlendi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov testi) kullanılarak incelendi. Normal dağılıma uymayan grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi ve ki-kare testleri, normal dağılım gösteren veriler için bağımsız iki grup ortalaması karşılaştırmasında Student's t-test kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon testiyle analiz edildi. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlendi.

Bulgular

Çalışmamızda, beslenme sırasında ekran maruziyeti olan 50 çocuk (%38,7) ve ekran maruziyeti olmayan (kontrol) 79 çocuk (%61,3) olmak üzere toplam 129 küçük çocuğun verisi incelendi. Ekran maruziyeti olan çocukların yaş ortalaması $25,84 \pm 8,2$ ay, kontrol grubunun yaş ortalaması ise $21,51 \pm 5,7$ aylıktı. Ekran kullanımı olan çocuklar, kontrol grubuna göre daha büyük yaşıydı. Gruplar, cinsiyet açısından benzerdi. Gruplar arasında boy ve kilo açısından fark yoktu. Annelerin eğitim düzeyi ve yaşları arasında anlamlı farklılık yoktu (Tablo 1).

Ekran kullanımı olan çocukların anneleri tarafından daha yüksek oranda zor bebek olarak algılandıkları gözlemlendi. Yeme davranışı ölçeğinde ekran kullanımı olan çocukların “isteksizlik” ve “direnç” puanları daha yüksekti. Ayrıca K1/3-SDDÖ ölçeğinde “yeterlilik” puanları anlamlı düzeyde daha düşüktü, “problem” alt ölçeği puanı daha yüksek olma eğiliminde olmakla birlikte anlamlı değildi. Annelerin psikopatolojik semptomları arasında farklılık yoktu (Tablo 2).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri

		Ekran maruziyeti (n=50)	Kontrol (n=79)	İstatistik	p-değeri
Yaş (ay)		25,84±8,2	21,51±5,7	t=3,240	0,002*
Cinsiyet	Kız (n, %)	25 (50,0)	41 (51,9)	X ² =0,044	0,834
	Erkek (n, %)	25 (50,0)	38 (48,1)		
Boy (cm)		88 (82-92)	85 (80-90)	z=1,908	0,056
Ağırlık (kg)		12,2 (10,7-14,0)	11,8 (10,5-13,0)	z=1,391	0,164
Anne yaşı (yıl)		32,00±4,3	32,30±3,9	t=0,409	0,683
Anne eğitimi	İlkokul	1 (2,0)	-	X ² =5,092	0,165
	Ortaokul	4 (8,0)	3 (3,8)		
	Lise	6 (12,0)	4 (5,1)		
	Üniversite	39 (78,0)	72 (91,1)		
Annenin ilk yıl bebeği algılaması (n, %)	Kolay bebek	8 (35,4)^a	28 (16,0)^b	X²=10,850	0,004*
	Zor bebek	19 (38,0)^a	12 (15,2)^b		
	Normal	23 (46,0) ^a	39 (49,4) ^a		

^{a,b} Aynı harfe sahip olmayan satırlar arasında fark vardır. * $p < 0,05$

X²: Ki-kare test, t: Student's t-test, z: Mann Whitney U test

Tablo 2. KSE, K1/3-SDDÖ ve BDUYDÖ puanlarının karşılaştırılması

		Ekran maruziyeti (n=50)	Kontrol (n=79)	İstatistik	p-değeri
BDUYDÖ	İsteksizlik	22,98±8,0	19,2±7,9	t=2,592	0,011*
	Direnç	9,08±4,3	6,92±3,1	t=3,067	0,003*
	Ana öğün düzenine tepki	10,32±3,5	9,66±3,2	t=1,083	0,281
	Duyusal nedenlerle ilişkili yeme reddi	7,30±2,9	6,39±2,7	t=1,752	0,082
KSE	Anksiyete	6 (3-12)	5 (2-9)	z=1,134	0,257
	Depresyon	11 (4-16)	7 (4-13)	z=1,111	0,267
	Olumsuz benlik	5 (1-12)	4 (2-12)	z=0,245	0,806
	Somatizasyon	3 (1-7)	2 (1-4)	z=1,493	0,135
	Hostilite	5 (3-9)	4 (1-9)	z=0,960	0,337
	Total	31 (14-52)	23 (12-47)	z=1,020	0,308
K1/3-SDDÖ	Problem	13,02±7,02	10,82±5,17	t=1,908	0,060
	Yeterlilik	16,60±3,07	17,91±2,60	t=2,596	0,011

*p<0,05, t: Student's t-test, z: Mann-Whitney U test, K1/3-SDDÖ: Kısa 1-3 Yaş Sosyal-Duygusal Değerlendirme Ölçeği, KSE: Kısa Symptom Envanteri, BDUYDÖ: Bebeklik Dönemi Uyumsal Yeme Davranışı Ölçeği

Ölçekler arası yapılan korelasyon analizinde BDUYDÖ'nün isteksizlik alt ölçeği puanları ile KSE'nin tüm alt puanları arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon, K1/3-SDDÖ problem alt ölçeği ile pozitif, yeterlilik alt ölçeği ile negatif korelasyon saptanmıştır. BDUYDÖ'nün "direnç" alt ölçeği puanları ile KSE'nin anksiyete, depresyon, somatizasyon ve toplam alt puanları ile düşük düzeyde pozitif korelasyon; K1/3-SDDÖ problem alt ölçeği ile pozitif, yeterlilik alt ölçeği ile negatif korelasyon saptanmıştır. BDUYDÖ'nün ana öğün düzenine tepki alt ölçeği puanları ile KSE'nin tüm alt puanları arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır. Bulgular, Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tartışma

Çalışmamızda, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının temelini atıldığı yaşamın ilk üç yılında yemek zamanlarında ekran maruziyeti olan çocukların beslenme davranışları incelenmiştir. Bulgularımızda ekran maruziyeti olan grup ile kontrol grubu arasındaki farklılıklar dikkat çekicidir.

İlk olarak, çalışmamızda ekran maruziyeti olan çocukların yaşının, kontrol grubuna göre daha büyük olduğunu tespit ettik. İki ile beş yaş arasında değişen 847 çocuğun dahil edildiği çalışmada çalışmamızın sonuçlarını destekler şekilde çocukların yaşı arttıkça genel ekran kullanımı süresinde artış olduğu gösterilmiştir.¹³ On iki ile otuz altı aylık çocuklarla yapılan başka bir çalışmada da fazla ekran süresi ile çocuğun yaşının belirgin şekilde bağlantılı olduğu bildirilmiştir.² Yedi ile on sekiz aylık çocuklar arasında beslenme sırasında ekran kullanımı araştıran bir çalışmada, çocuğun yaşının artmasıyla birlikte yemek sırasında daha fazla ekran kullanımı olduğu görülmüştür.¹⁸ Bu bulgu, çocuğun özerklik çabalarının artmasıyla birlikte ebeveynin çocuğu beslemekte zorluk yaşayarak daha fazla ekran kullanımını tercih ettiklerini düşündürmektedir.

Literatürdeki birçok çalışmaya benzer şekilde bu yaş grubunda yemek sırasında ekrana maruz kalan küçük çocuklar ve kontrol grubu arasında boy ve kilo açısından farklılık bulunmadı. Diğer yandan yakın zamanda yapılan 18-30 ay arasındaki beslenme güçlükleri olan ve olmayan 138 çocuğun dahil edildiği bir çalışmada çocukların ortalama enerji alımı ve yemek için harcadığı süre, elektronik medya kullanımı ile ilişkisi karşılaştırılmış ve beslenme güçlüğü çeken çocukların medya izlerken öğün başına daha fazla enerji tükettikleri, beslenme güçlüğü olmayan çocukların ise, medya izlerken öğün başına daha fazla dakika harcadıkları bildirilmiştir. Çalışmada yemek zamanlarında düzenli olarak medya kullanan çocukların, yaşa göre vücut-kitle indeksinin z-skoru sınıflandırmasına göre obez olma olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir.¹⁹ Çalışmalar, ekran süresi ile enerji alımının pozitif yönde ilişkili olduğunu, ancak daha fazla ekran süresi olan çocukların daha fazla sağlıksız gıdalar tükettiğini göstermiştir.^{3,20} Literatürdeki bu farklı sonuçlar incelendiğinde; çocuklar geçmişte yemek zamanında zorluklar yaşamış olsalar da ailelerin, öğünleri daha keyifli hale getirmek ya da öğünlere yönelik olumlu pekiştireçler sağlamak için ekran kullanımından faydalanmış olabileceğini düşündürmektedir.

Yemek sırasında ekran kullanımı ile beslenme sorunlarının ilişkisini dikkatle incelemek gerekir. Çalışmamızda yemek sırasında ekran maruziyeti olan çocukların anneleri tarafından daha yüksek oranda zor bir bebek olarak algılandıkları dikkat çekmektedir. Ayrıca yemek sırasında ekran maruziyeti olan çocukların iştahlarının daha az, yemek yemeye daha dirençli ve sosyal-duygusal yeterliliklerinin daha düşük olduğu gözlenmiştir. Bu sonuçlara ek olarak, çocukların sosyal-duygusal yeterlilikleri azaldıkça yemek yemeğe daha isteksiz oldukları ve direnç gösterdikleri saptanmıştır. Önceki çalışmalar, genellikle yemek sırasında ekran kullanımı, oyuncaklarla oynama gibi davranışların her

Tablo 3. Tüm katılımcılarda KSE, K1-3SDDÖ ve BDUYDÖ arası korelasyonlar (n=129)

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
KSE												
Anksiyete (1)	r	-										
	p											
Depresyon (2)	r	0,830**	-									
	p	0,000										
Olumsuz benlik (3)	r	0,855**	0,832**	-								
	p	0,000	0,000									
Somatizasyon (4)	r	0,668**	0,686**	0,597**	-							
	p	0,000	0,000	0,000								
Hostilite (5)	r	0,824**	0,756**	0,758**	0,630**	-						
	p	0,000	0,000	0,000	0,000							
Toplam (6)	r	0,939**	0,937**	0,918**	0,749**	0,882**	-					
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000						
BDUYDÖ												
İsteksizlik (7)	r	0,204*	0,289**	0,207*	0,298**	0,247**	0,272**	-				
	p	0,021	0,001	0,018	0,001	0,005	0,002					
Direnç (8)	r	0,200*	0,233**	0,171	0,218*	0,171	0,226**	0,555**	-			
	p	0,023	0,008	0,053	0,013	0,052	0,010	0,000				
Ana öğün düzenine tepki (9)	r	0,314**	0,283**	0,267**	0,246**	0,257**	0,311**	0,206*	0,202*	-		
	p	0,000	0,001	0,002	0,005	0,003	0,000	0,019	0,022			
Duyusal nedenlerle ilişkili yeme reddi (10)	r	0,134	0,169	0,088	0,226*	0,114	0,166	0,455**	0,569**	0,262**	-	
	p	0,130	0,056	0,323	0,010	0,197	0,060	0,000	0,000	0,003		
K1/3-SDDÖ												
Problem (11)	r	0,199*	0,197*	0,218*	0,215*	0,252**	0,238**	0,240**	0,204*	0,067	0,215*	-
	p	0,024	0,025	0,013	0,014	0,004	0,007	0,006	0,020	0,451	0,015	
Yeterlilik (12)	r	-0,145	-0,216*	-0,228**	-0,250**	-0,169	-0,228**	-0,216*	-0,110	0,007	-0,034	-0,257**
	p	0,102	0,014	0,009	0,004	0,056	0,009	0,014	0,214	0,938	0,700	0,003

*p<0,05, **p<0,01, K1/3-SDDÖ: Kısa 1-3 Yaş Sosyal-Duygusal Değerlendirme Ölçeği, KSE: Kısa Semptom Envanteri, BDUYDÖ: Bebeklik Dönemi Uyumsal Yeme Davranışı Ölçeği

yaş grubu çocuk için dikkat dağıtıcı olarak kullanıldığını ve yemeği reddetme, seçici yeme gibi çeşitli beslenme sorunları arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir.^{21,22} Hem kesitsel hem de prospektif şekilde tasarlanan bir çalışmada yemek sırasında televizyon izlemenin okul öncesi çocuklarda sınırlı beslenme olasılığını iki kattan fazla artırdığı saptanmıştır. Hatta başlangıçta yemek sırasında televizyonu izlemek, bir yıllık takipte seçici yeme olasılığının daha yüksek olmasıyla bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur.²³ Singapur'da yapılan bir araştırma, bazı ebeveynlerin çocuklarının seçici yeme davranışlarıyla başa çıkma stratejisi olarak yemek saatlerinde televizyon izlemelerine izin verdiğini göstermiştir.²⁴ Diğer yandan, çocukların davranış sorunları ile ekran kullanımı arasında önemli ilişkiler olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Yapılan bir meta-analizde daha fazla ekran süresi olan çocukların saldırgan davranışlar sergileme olasılığının daha yüksek olduğunu

saptanmış ve aşırı ekran süresi, çocuklarda sosyal-duygusal gecikme, hiperaktivite-dikkatsizlik, akran sorunları ve davranış sorunları ile ilişkilendirilmiştir.²⁵ 2019 yılında yapılan çalışmada daha yüksek duygusal ve davranışsal sorunları olan çocukların, arka planda ekrana daha fazla maruz kaldıkları, günlük ekran sürelerinin daha uzun olduğu ve daha fazla ekran karşısında yemek yedikleri rapor edilmiştir.¹³ Küçük çocuklarla yapılan çeşitli çalışmalarda da çocukların zor davranışları ile ekrana daha fazla maruz kalmanın olumsuz ilişkileri vurgulanmaktadır.^{12,26} Boş zamanlarında günde 180 dakika veya daha fazla ekran süresi olan çocukların, 1 saatten az ekran kullanan çocuklara göre duygusal ve davranışsal sorunlar geliştirme riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir.¹⁵ İki yıl süren izlem çalışmasında, erken çocukluk döneminde daha olumsuz duygusallığa sahip olan çocukların yemek saatlerinde daha fazla televizyon seyrettikleri gösterilmiştir.²⁷ Tipik gelişim

gösteren 12-36 aylık 210 çocuğun dahil edildiği başka bir çalışmada da sosyal-duygusal gecikme riski olan çocukların, gecikme riski olmayan çocuklara kıyasla çocuğun günlük rutinleri sırasında (uyanma, bez değiştirme/tuvalet, giyinme, kahvaltı, öğle yemeği, öğle uykusu, oyun zamanı, akşam yemeği, banyo ve yatma zamanı) daha fazla ekrana maruz kaldığı gösterilmiştir.²⁸ Çalışma bulgularımızı literatürle birlikte değerlendirdiğimizde, yemek sırasında yoğun ekran maruziyeti olan çocukların hem beslenme davranışları hem de sosyal-duygusal yeterlilikleri açısından değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Yapılan çalışmalarda bebeklik döneminden itibaren küçük çocukların yeme alışkanlıklarının ve ekran kullanımının ebeveynleri aracılığıyla olduğu ve ekran içeren araçları ebeveynlerinin rehberliğinde kullanmaya başladıkları gösterilmiştir.^{29,30} Bu nedenle annelerin psikolojik özelliklerini ele almak önemlidir. Annelerin psikopatolojik semptomlarını değerlendirdiğimizde gruplar arasında anlamlı farklılıklar olmasa da korelasyon analizleri önemli veriler sunmaktadır. Analizlere göre anksiyete, depresyon ve somatizasyon ile yemeğe isteksizlik, direnç ve ana öğün düzenine tepki arasında pozitif korelasyon, olumsuz benlik ve hostilité ile yemeye isteksizlik ve ana öğün düzenine tepki arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Ayrıca çocukların sosyal-duygusal problemleri ile KSE'nin tüm alt ölçekleri arasında pozitif korelasyon, yeterlilikleri ile depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon arasında negatif korelasyon gözlenmiştir. Literatüre bakıldığında, beslenme sorunları olan çocukların annelerinin özellikle depresyon başta olmak üzere çeşitli duygusal güçlükler yaşadığı bildirilmektedir. Örneğin, organik olmayan büyüme-gelişme geriliği (BGG) olan ve olmayan 60 çocuğun 2, 5 ve 8 yaşlarındaki bulgularının değerlendirildiği takip çalışmasında, bebeklik döneminde organik olmayan BGG olan çocukların annelerinde depresyon ile güçlü, somatizasyon ile zayıf bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada; duygusal sıkıntı belirtileri, anksiyete, somatizasyon ve kendi duygu düzenlemelerinde zorluklar gösteren annelerin, kendi duygu ve dürtülerini düzenlemede zorluk yaşayan çocuklara sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.²⁶ Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu (KKYAB) tanısı alan çocuklarda maternal psikopatolojinin rolünün araştırıldığı bir çalışmada ise, KKYAB olan çocukların annelerinin normal gelişen çocukların annelerine göre ruhsal belirti tarama listesinin tüm alt boyutlarında kesme noktasının üzerinde puanlarının olduğu, ek olarak iritabl/dürtüsel (I/I) alt tipi tanısı alan çocukların annelerinin somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, depresyon, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce ve psikotizm alt boyutlarından, duygusal nedenlere bağlı yeme reddi ve post travmatik beslenme bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinin I/I grubuna göre daha düşük olmakta birlikte kontrol grubuna göre obsesif kompulsiyon ve kaygı alt boyutlarından daha yüksek puanlar aldığı belirtilmiştir.³¹ Çalışmamız annelerin psikopatolojik özelliklerinin, ekran kullanımı ile ilişkisini açıklayacak yeterli

veriler olmasa da, küçük çocuklarının yeme davranışları ve sosyal-duygusal yeterlilikleri ile ilişkili olduğunu açıkça göstermektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın en önemli sınırlılığı, verilerin annelerle yüz yüze görüşme yerine çevrimiçi formlar gönderilerek elde edilmiş olmasıdır. Bu durum, anne ve çocukların var olan psikopatolojileri bir profesyonel tarafından değerlendirilmesini engellemektedir. Yine de kullanılan ölçeklerde risklerin belirlenmesini sağlanabilmektedir. Ayrıca bu yöntem, katılımcıların interneti olan ve bilgisayar kullanabilen katılımcılarla sınırlandırmakta ve sonuçlar evrene genellenememektedir. Diğer yandan, daha fazla sayıda katılımcıya ulaşılmasını sağlayamaktadır. İkinci sınırlılığı ise, çalışmamız kesitsel nitelikte olduğundan, sonuçlar arasında kesin bir neden-sonuç ilişkisi kurulamamaktadır. Ebeveynler ekranı davranış sorunları olan çocukları sakinleştirmek, eğlendirmek veya daha kolay yedirebilmek için mi kullanıyor yoksa yemek sırasında ekran kullanımı mı olumsuz beslenme davranışlarına yol açıyor? Bu soruya kesin bir cevap veremiyoruz. Üçüncü sınırlılık, ekran maruziyetini süre olarak değil sıklık olarak analiz etmemizdir. Bu nedenle verilerimiz, olumsuz beslenme davranışlarının önlenmesi için dikkat edilmesi gereken ekran kullanım sınırı hakkında bilgi sağlayamamaktadır. Son sınırlılık ise, çocukların gün içindeki ekran maruziyetlerini sormamış olmamızdır. Çocukların sosyal-duygusal yeterlilikleri yemek dışındaki ekran maruziyetlerinden de etkilenebilmektedir. Gelecekte yapılacak araştırmalarda günlük ekran süresinin de değerlendirmesi öneriyoruz.

Bu sınırlılıklara rağmen çalışmamızın sonuçları, henüz yeterince araştırılmamış olan bir çocuğun ekran karşısında beslenmesinin olası nedenleri ve sonuçları üzerine bir tartışma açmamıza olanak sağlamaktadır. Yemek sırasında ekran kullanımının küçük çocukların sağlığı üzerindeki olası etkilerinin yanı sıra bu etkilerin kalıcılığını da araştırmak için daha fazla boylamsal araştırma yapılmasını önermekteyiz.

Sonuç

Bu çalışma, küçük çocukların beslenme sırasında ekran kullanımı ile olumsuz beslenme davranışları ve sosyal duygusal gelişimleri hakkında yeni veriler sağlamaktadır. Çalışmamız, yemek sırasında ekran maruziyeti olan çocukların olumsuz yeme davranışları ve sosyal-duygusal gelişimlerinin yetersiz olduğunu göstermekle birlikte çocuğun zor davranışları da yemek sırasında daha fazla ekran kullanımına yol açmış olabilir. Sonuçların genellenebilir olması ve neden sonuç ilişkisi kurulabilmesi için daha çok katılımcının olduğu, boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır. Yine de, duygusal ve davranışsal sorunları olan küçük çocukların ebeveynlerine, çocuk yetiştirmede tutarlı ve makul sınırlar koymaları için ek destek ve rehberlik sağlanmalı, küçük yaştan itibaren sağlıklı beslenme davranışlarının gelişimi için dikkat dağıtıcı unsurlardan uzak bir yemek zamanı ortamı sağlamaya teşvik edilmeli ve öğün zamanlarında herhangi bir ekran kullanımından kaçınılması önerilmelidir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Etik kurul onayı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (karar no: OMÜ KAEK 2020/640, tarih: 13/11/2020).

Hasta Onayı: Katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Dipnot

Yazarlık Katkıları

Konsept: H.G., K.K., Dizayn: H.G., C.Ç.O., K.K., Veri Toplama veya İşleme: H.G., C.Ç.O., E.P.Y., Analiz veya Yorumlama: H.G., M.B.U., Literatür Arama: H.G., M.B.U. E.P.Y., Yazan: H.G., K.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

- Muppalla SK, Vuppalapati S, Reddy Pulliahgaru A, Sreenivasulu H. Effects of excessive screen time on child development: an updated review and strategies for management. *Cureus*. 2023;15:e40608.
- Madigan S, Racine N, Tough S. Prevalence of preschoolers meeting vs exceeding screen time guidelines. *JAMA Pediatr*. 2020;174:93-95.
- Aydın G, Akay D, İbiş E. 3-7 yaş çocuğa sahip annelerin beslenmeyle ilgili davranışlarının incelenmesi. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2017;7:683-700.
- Domingues-Montanari S. Clinical and psychological effects of excessive screen time on children. *J Paediatr Child Health*. 2017;53:333-338.
- Poitrass VJ, Gray CE, Janssen X, Aubert S, Carson V, Faulkner G, Goldfield GS, Reilly JJ, Sampson M, Tremblay MS. Systematic review of the relationships between sedentary behaviour and health indicators in the early years (0-4 years). *BMC Public Health*. 2017;17:868.
- Praninskienė R, Jusienė R, Laurinaitytė I, Petronytė L, Rakickienė I, Urbonas V. Electronic media use and sleep in toddlerhood and preschool age. *Neurologijos Seminarai*. 2018;22:49-56.
- Pearson N, Biddle SJH, Griffiths P, Johnston JP, Haycraft E. Clustering and correlates of screen-time and eating behaviours among young children. *BMC Public Health*. 2018;18:753.
- Stiglic N, Viner RM. Effects of screentime on the health and well-being of children and adolescents: a systematic review of reviews. *BMJ Open*. 2019;9:e023191.
- Thimmig LM, Cabana MD, Bentz MG, Potocka K, Beck A, Fong L, Chao C, Caughey AB, Wong A, McKean M. Television during meals in the first 4 years of life. *Clin Pediatr (Phila)*. 2017;56:659-666.
- Scagliioni S, De Cosmi V, Ciappolino V, Parazzini F, Brambilla P, Agostoni C. Factors influencing children's eating behaviours. *Nutrients*. 2018;10:706.
- Dieu Osika S, Issaeva L, Boutin E, Osika E. Screen time of toddlers in Paris suburbs: quantitative and qualitative analysis. *Arch Pediatr*. 2023;30:558-562.
- Radesky JS, Silverstein M, Zuckerman B, Christakis DA. Infant self-regulation and early childhood media exposure. *Pediatrics*. 2014;133:e1172-e1178.
- Jusienė R, Urbonas V, Laurinaitytė I, Rakickienė L, Breidokienė R, Kuzminkaitė M, Praninskienė R. Screen use during meals among young children: exploration of associated variables. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55:688.
- Thompson AL, Adair LS, Bentley ME. Maternal characteristics and perception of temperament associated with infant TV exposure. *Pediatrics*. 2013;131:e390-e397.
- Karakeroğlu K, Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Rodopman-Arman A, Akbas S. The clinical validity and reliability of the brief infant-toddler social and emotional assessment (BITSEA). *Infant Behav Dev*. 2010;33:503-509.
- Dilsiz H, Dağ İ. Uyumsal yeme davranışının değerlendirilmesi: bebeklik ve erken çocukluk dönemlerine yönelik iki yeni ölçeğin geliştirilme, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Güncel Pediatri*. 2018;16:137-159.
- Hisli Şahin N, Durak Batıgün A. Kısa semptom envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI): Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Derg*. 1994;9:44-56.
- Tombeau Cost K, Korczak D, Charach A, Birken C, Maguire JL, Parkin PC, Szatmari P. Association of parental and contextual stressors with child screen exposure and child screen exposure combined with feeding. *JAMA Netw Open*. 2020;3:e1920557.
- Teekavanich S, Rukprayoon H, Sutthritpong S, Rojmahamongkol P. Electronic media use and food intake in Thai toddlers. *Appetite*. 2022;176:106121.
- Nwankwo F, Shin HD, Al-Habaibeh A, Massoud H. Evaluation of children's screen viewing time and parental role in household context. *Glob Pediatr Health*. 2019;6:2333794X19878062.
- Powell F, Farrow C, Meyer C, Haycraft E. The importance of mealtime structure for reducing child food fussiness. *Matern Child Nutr*. 2017;13:e12296.
- Wenhold H, Harrison K. Television use and family mealtimes among a sample of US families with preschoolers. *J Child Media*. 2018;12:98-115.
- Cole NC, Musaad SM, Lee SY, Donovan SM; STRONG Kids Team. Home feeding environment and picky eating behavior in preschool-aged children: a prospective analysis. *Eat Behav*. 2018;30:76-82.
- Goh DY, Jacob A. Perception of picky eating among children in Singapore and its impact on caregivers: a questionnaire survey. *Asia Pac Fam Med*. 2012;11:5.
- Li C, Cheng G, Sha T, Cheng W, Yan Y. The relationships between screen use and health indicators among infants, toddlers, and preschoolers: a meta-analysis and systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:7324.
- Yazıcı Çakıroğlu T, Sapsağlam Ö. Examination of the life habits of preschool children based on their screen use patterns. *Children (Basel)*. 2024;11:856.
- Domoff SE, Lumeng JC, Kaciroti N, Miller AL. Early childhood risk factors for mealtime TV exposure and engagement in low-income families. *Acad Pediatr*. 2017;17:411-415.
- Raman S, Guerrero-Duby S, McCullough JL, Brown M, Ostrowski-Delahanty S, Langkamp D, Dudy JC. Screen exposure during daily routines and a young child's risk for having social-emotional delay. *Clin Pediatr (Phila)*. 2017;56:1244-1253.
- Putnick DL, Trinh MH, Sundaram R, Bell EM, Ghassabian A, Robinson SL, Yeung E. Displacement of peer play by screen time: associations with toddler development. *Pediatr Res*. 2023;93:1425-1431.
- Elias N, Sulkin I. Screen-assisted parenting: The relationship between toddlers' screen time and parents' use of media as a parenting tool. *J Fam Issues*. 2019;40:2801-2822.
- Cerniglia L, Marzilli E, Cimino S. Emotional-behavioral functioning, maternal psychopathologic risk and quality of mother-child feeding interactions in children with avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:3811.

Çocuk Ruh Sağlığına Yönelik Tıbbi Uygulama Hataları ve İlişkili Etkenlerin İncelenmesi

Examination of Medical Malpractice and Related Factors in Child Mental Health

Neşe Kavruk Erdim¹, Caner Beşkoç², Alperen Bıkmazer³

¹Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 6. İhtisas Kurulu, İstanbul, Türkiye

²Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 7. İhtisas Kurulu, İstanbul, Türkiye

³İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, 2018-2023 yılları arasında Adli Tıp Kurumu'na başvurmuş çocuk ruh sağlığına ilişkin tıbbi uygulama hatası davalarını incelemeyi, bu davalara yol açan etkenleri belirlemeyi ve alandaki profesyonellerin farkındalığını artırmayı amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: 2018-2023 yılları arasında Adli Tıp Kurumu'nda değerlendirilen 17 olgunun malpraktis dava dosyası retrospektif olarak incelenmiştir. Veriler, adli süreçlerde kullanılan bilgi sistemi aracılığıyla toplanmış ve sistematik bir değerlendirme formu kullanılarak kaydedilmiştir.

Bulgular: İncelenen dönemdeki psikiyatri tıbbi uygulama hatası olgularının %19,5'i çocuk ve ergenleri içermektedir. Tıbbi uygulama hatası iddialarının en sık nedenleri, ilaç yan etkileri (%35,2) ile tanı ve tedavi hatalarıdır (%35,2). İddia sahiplerinin çoğunluğunu babalar oluşturmaktadır (%58,8). Tıbbi uygulama hatası iddialarının en sık ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları (%47,3) ve çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları (%21,0) ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Çocuk ruh sağlığı alanındaki tıbbi uygulama hatası davalarının çoğu, ilaç yan etkileri ile tanı ve tedavi hatalarından kaynaklanmaktadır. Bu alanda çalışan profesyonellerin etik ve yasal sorumluluklar konusunda farkındalığını artırmak ve risk yönetimini güçlendirmek, tıbbi uygulama hatalarının önlenmesi açısından kritik önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk psikiyatrisi, malpraktis, tıbbi hatalar, istenmeyen etkiler, tedavi hataları, tıbbi sorumluluk

ABSTRACT

Objectives: This study aims to examine the medical malpractice cases related to child mental health presented to Forensic Medicine Institution between 2018 and 2023, to identify the contributing factors leading to these cases, and to raise awareness among professionals in the field.

Materials and Methods: The malpractice case files of 17 cases evaluated at Forensic Medicine Institution between 2018 and 2023 were retrospectively reviewed. Data were obtained through a judicial information system and recorded using a systematic evaluation form.

Results: Of the psychiatric medical malpractice cases examined during the study period, 19.5% involved children and adolescents. The most common causes of malpractice claims were medication side effects (35.2%) and diagnostic and treatment errors (35.2%). The majority of claimants were fathers (58.8%). Malpractice claims were most frequently associated with psychiatrists (47.3%) and child and adolescent psychiatrists (21.0%).

Conclusion: Most of the medical malpractice cases in the field of child mental health are caused by medication side effects and diagnostic and treatment errors. Enhancing professionals' awareness of ethical and legal responsibilities, and strengthening risk management, are critically important to prevent medical malpractice.

Keywords: Child psychiatry, malpractice, medical errors, adverse effects, medication errors, medical liability

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Uzm. Dr. Neşe Kavruk Erdim, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 6. İhtisas Kurulu, İstanbul, Türkiye

E-posta: nese.kavruk@hotmail.com ORCID: orcid.org/0000-0001-8325-9664

Geliş Tarihi/Received: 24.01.2025 Kabul Tarihi/Accepted: 18.06.2025 Yayınlanma Tarihi/Publication Date: 13.03.2026

Atıf/Cite this article as: Kavruk Erdim N, Beşkoç C, Bıkmazer A. Examination of medical malpractice and related factors in child mental health.

Türk J Child Adolesc Ment Health. 2026;33(1):34-40

Copyright© 2026 Yazar(lar). 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.



Giriş

Malpraktis, Latince kökenli “male” ve “praxis” kelimelerinden türetilmiş olup, “hatalı uygulama” anlamına gelmektedir.¹ Tıbbi bağlamda malpraktis terimi, bir hekimin hastanın yaralanmasına yol açan kötü veya yetersiz uygulamalarını ifade eder.²

Artan tazminat talepleri ve genişleyen mesleki sorumluluklar, ruh sağlığı profesyonellerine yönelik malpraktis davası açılma olasılığını artırmaktadır.³ Her yıl Amerika’daki doktorların %7,0’sinden fazlası malpraktis iddialarıyla karşı karşıya kalmaktadır. Yüksek riskli uzmanlıklarda bu oran %20,0’ye ulaşırken, psikiyatriye %2,6’dır. Psikiyatristlerin hastalarıyla kurdukları empatik ilişkiler, daha düşük malpraktis oranlarıyla ilişkilendirilse de, son yıllarda psikiyatri alanındaki malpraktis dava sayısında artış gözlemlenmiştir.⁴ Psikiyatrik malpraktis davalarının en yaygın konusu intihar ve intihar girişimleri olup, bunu sırasıyla yanlış tedavi, gizlilik ihlali, ilaç uygulamasına ilişkin hatalar ve yanlış teşhis izlemektedir.⁵

Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının tıbbi uygulama hatası nedeniyle dava edilmesi son yıllarda artmakta ve bu davalar, erişkin ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına yönelik davalardan farklı konuları içermektedir. Bu farklılığın nedeni, çocukların gelişim sürecinde olmaları nedeniyle yasal olarak kendi adlarına karar verme yetkinliklerinin sınırlı olması ve bu nedenle kararların genellikle ebeveynler veya yasal vasiler tarafından alınmasıdır. Ayrıca, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında ilaçlar sıklıkla endikasyon dışı kullanılmakta; bu durum, sınırlı güvenlik ve etkinlik verileri nedeniyle önemli bir malpraktis riski oluşturmaktadır.² Buna ek olarak, çocuk koruma kanunu kapsamında şüpheli istismar ve ihmalin bildiriminin zorunlu olması, velayetle ilgili değerlendirmeler gibi yasal yükümlülükler de çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarını doğrudan etkileyen dava konuları arasında yer almaktadır. Bu alanda karşılaşılan diğer başlıca malpraktis konuları arasında ise bilgilendirilmiş onam eksiklikleri, mahremiyet ihlalleri, yanlış teşhis ve tedavi, ilaç uygulamasına bağlı hatalar ve intihar girişimleri bulunmaktadır.⁶

Ülkemizde, çocuk ruh sağlığı alanında tıbbi uygulama hatalarına ilişkin dava konularını inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır ve uluslararası yazında da bu konu sınırlı şekilde ele alınmıştır. Bu çalışmada, 2018-2023 yılları arasında Adli Tıp Kurumu tarafından değerlendirilen çocuk ruh sağlığı alanındaki tıbbi uygulama hatalarına ilişkin dava konularının belirlenmesi ve bu alanda çalışan profesyonellerin farkındalığının artırılması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada, 2018-2023 yılları arasında Adli Tıp Kurumu’nda karara bağlanan ve çocuk ruh sağlığına ilişkin tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan 17 olgu retrospektif olarak incelenmiştir. Raporlara Adli Tıp Kurumu’nun adli süreçlerde kullanılan bilgi sistemi üzerinden erişim izni alınarak ulaşılmıştır. Veriler, sistematik bir değerlendirme formu aracılığıyla araştırmacılar tarafından kaydedilmiş ve gruplandırılmıştır.

İncelenen kategoriler; tıbbi uygulama hatası türleri, iddia sahibi, ilk başvuruya kadar geçen süre, gönderen adli mercii ve sorusu, ilgili sağlık kurum ve kuruluşları, olaya müdahil olan hekim veya sağlık personeli, psikiyatrik tanılar, tedavi özellikleri ve olguların yıllara göre dağılımını kapsamaktadır. Ayrıca, olguların demografik bilgileri (yaş ve cinsiyet) de değerlendirilmiştir. Bu çalışma için Adli Tıp Kurumu Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonu’ndan onay alınmıştır (onay no: 2024/131, tarih: 30.04.2024).

İstatistiksel Analiz

Bu çalışmada, 17 olgunun demografik ve klinik özellikleri Microsoft Excel kullanılarak gruplandırılmış ve analiz edilmiştir. Veriler sayısal hale getirilip tanımlayıcı istatistiklerle değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler, ortalama±standart sapma ile; kategorik değişkenler ise sayı (n) ve yüzde (%) olarak sunulmuştur.

Veriler, değişkenlere göre sınıflandırılarak tablolar halinde sunulmuş; olguların yaş ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmıştır. İddia edilen tıbbi uygulama hatalarının türleri ve diğer özellikler ise yüzdelik oranlarla ifade edilmiştir.

Bulgular

2018-2023 yılları arasında Adli Tıp Kurumu’na yapılan toplam 39.323 malpraktis başvurusunun 87’si (%0,22) psikiyatri olgusudur. Bu olguların %19,5’i (n=17) çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları, %80,5’i (n=70) ise ruh sağlığı ve hastalıkları alanıyla ilişkilidir. Çocuk ruh sağlığı olgularının tüm malpraktis dosyaları içindeki oranı %0,04’tür.

Olguların yıllara göre dağılımı incelendiğinde, 2018 ve 2019 yıllarında ikişer olgu, 2020 yılında üç olgu, 2021’de sekiz olgu, 2022 ve 2023 yıllarında ise ikişer olgu kaydedilmiştir.

Olguların %76,5’i kız (n=13), %23,5’i erkek (n=4) olup, olay tarihindeki yaş ortalaması 11,29±5,52 yıl, başvuru yaş ortalaması ise 14,08±4,47 yıldır.

En yaygın tıbbi uygulama hatası iddiaları, ilaç yan etkisi (%35,2) ile tanı ve tedavi hatalarıdır (%35,2). İddia sahiplerinin %58,8’ini babalar oluşturmıştır. Olguların %52,9’unda (n=9) şikayet başvurusuna kadar geçen süre otuz günden fazladır. Çalışmaya dahil edilen olguların çoğunluğu Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından gönderilmiştir (%52,9; n=9). Adli merciler tarafından en sık yöneltilen sorular “hekim kusuru” (n=6, %35,2) ve “hekim kusuru ve illiyet” (n=5, %29,4) olmuştur (Tablo 1).

Olaya müdahil olan sağlık personelinin çoğunluğu ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı (%47,3), ardından çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı (%21,0) olmuştur. Olguların çoğu ikinci basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleşmiştir (Tablo 2).

Hastaların tanı ve klinik durumlarının genel dağılımında, nörogelişimsel bozukluklar (%33,3) en yaygın tanı kategorisi olmuştur. Bunu duygudurum bozuklukları (%14,2) ve anksiyete bozuklukları (%14,2) izlemiştir (Tablo 3).

Uygulanan tedavi ve işlemler arasında en yaygın olanı ilaç tedavisidir (n=12). En sık önerilen ilaçlar antipsikotikler (%66,7) olup, olguların çoğunda tek ilaç kullanılmıştır (Tablo 4).

Tartışma

Bu çalışma, 2018-2023 yılları arasında Adli Tıp Kurumu'na başvurmuş, çocuk ruh sağlığına ilişkin 17 olguyu retrospektif olarak değerlendirmiştir. Bulgular, iddiaların büyük kısmının ilaç yan etkileri ile yanlış tanı ve tedavi hatalarından kaynaklandığını göstermektedir. Çocuk ruh sağlığı uzmanlarının karşılaştığı hukuki riskleri azaltmak için etik ve yasal sorumluluklar konusunda farkındalığın artırılması gerekmektedir.

Çalışmamızda hukuki süreçlerdeki gecikmeler dikkat çekmektedir. Çocukların olay tarihindeki yaş ortalaması 11,29; başvuru yaş ortalaması ise 14,08 yıl olarak belirlenmiştir. Olguların %52,9'unda başvuru, olay tarihinden otuz günden uzun süre sonra yapılmıştır. Bu tür gecikmeler yalnızca adli

sürecin uzamasına değil, aynı zamanda sağlık çalışanları açısından belirsizlik ve stresin artmasına da neden olmaktadır. Yazında, malpraktis iddialarının hekimlerde depresyon, tükenmişlik, mesleki özgüven kaybı ve artan kaygı düzeylerine yol açtığı gösterilmiştir. Bu psikolojik etkiler, klinik gerekliliğin ötesinde tetkik isteme, gereksiz yönlendirme yapma veya riskli hastalardan kaçınma gibi savunmacı tıbbi uygulamaların artmasına neden olabilmektedir.⁷ Bu nedenle hukuki süreçlerin zamanında ve etkin biçimde yürütülmesi hem hasta bakım kalitesi hem de sağlık çalışanlarının psikolojik iyilik hali açısından önemlidir.

Yazında, çocuk ruh sağlığı alanındaki malpraktis davalarına dair çalışmalar sınırlıdır. Bellamy'nin⁸ çalışmasında, 1946-1961 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde çocuk ve

Tablo 2. Tıbbi uygulama hatası ile ilgili özellikler

	n	%
Olaya ilişkin sorulan sağlık kurum ve kuruluşu		
1. basamak özel sağlık kuruluşu (muayenehane)	2	%11,7
2. basamak resmi sağlık kurumu (devlet ve eğitim ve araştırma hastanesi)	6	%35,2
2. basamak özel sağlık kurumu (özel hastane)	5	%29,4
3. basamak resmi sağlık kurumu (üniversite hastanesi)	1	%5,8
Serbest eczane	2	%11,7
Engelli bakım merkezi	1	%5,8
Olaya müdahil olan hekim/sağlık personelin sayısı		
Tek kişi	15	%88,2
Birden fazla kişi	2	%11,7
Olaya müdahil olan hekim/sağlık personeli		
Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı	9	%47,3
Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı	4	%21,0
Diğer hekim	2	%10,5
Hekim dışı sağlık personeli	4	%21,0

Tablo 3. Tanı kategorileri ve klinik durumların genel dağılımı

Tanı ve klinik durum kategorisi	n	%
Nörogelişimsel bozukluk	7	%33,3
Duygudurum bozukluğu	3	%14,2
Anksiyete bozukluğu	3	%14,2
Psikotik bozukluk	2	%9,5
Yeme bozukluğu	1	%4,7
Travma sonrası stres bozukluğu + cinsel istismar şüphesi	1	%4,7
Obsesif kompulsif bozukluk + intihar girişimi	1	%4,7
Kendine zarar verme davranışı	2	%9,5
Borderline kişilik özellikleri	1	%4,7

Birden fazla tanıya sahip hastalar, ilgili tüm kategorilere dahil edilmiştir. Bu nedenle yüzdeler toplamı %100'ü aşmaktadır

Tablo 1. Tıbbi uygulama hatası iddialarının dağılımı ve özellikleri

	n	%
Tıbbi uygulama hatası türü		
İlaç yan etkileri	6	%35,2
Tanı ve tedavi hataları	6	%35,2
Hatalı rapor	2	%11,7
İntihar girişimi	1	%5,8
Hastaneden kaçma ve intihar girişimi	1	%5,8
Tespit sırasında yaralanma	1	%5,8
İddia sahibi		
Baba	10	%58,8
Anne	4	%23,5
Anne ve baba	2	%11,7
Diğer kişi	1	%5,8
Şikayet başvurusuna kadar geçen süre		
0-24 saat	4	%23,5
1-7 gün	1	%5,8
7-30 gün	3	%17,6
30 günden fazla	9	%52,9
Gönderen adli mercii		
Cumhuriyet başsavcılığı	9	%52,9
İdare mahkemesi	4	%23,5
Tüketici mahkemesi	3	%17,6
Asliye ceza mahkemesi	1	%5,8
Adli merciinin soruları		
Hekim kusuru	6	%35,2
Hekim kusuru ve illiyet	5	%29,4
Kusur oranlarının tespiti	4	%23,5
Eylemin tıbben uygun olup olmadığı	1	%5,8
Raporun gerçeğe aykırı olup olmadığı	1	%5,8

ergenleri içermeyen yalnızca 18 psikiyatrik malpraktis davası bildirildiği belirtilmiştir. Ash'in² çalışmasında, 1970'lerde çocuk ve ergenlerin psikiyatrik malpraktis iddialarının yalnızca %5,0'inde yer aldığı saptanmıştır. Wagner ve ark.⁶ çalışmasında ise, 1981-1991 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde çocuk ve ergen psikiyatrisi asistanlık programlarını yöneten bölüm başkanlarının %14'ünün en az bir malpraktis davası bildirdiği belirtilmiştir.

Çalışmamızda, malpraktis iddialarının en sık konuları, ilaç yan etkileri (%35,2) ile tanı ve tedavi hataları (%35,2) olarak saptanmıştır. Bunun yanı sıra, intihar girişimi, hastaneden kaçma ve intihar girişimi, hatalı rapor ve tespit sırasında yaralanma gibi durumlar da dava konusu olmuştur. Bu bulgular, yazındaki verilerle paralellik göstermektedir. Bellamy'nin⁸ çalışmasında bildirilen 18 psikiyatrik malpraktis davasının 9'u tedavi süreci, 6'sı hastane yatışı ve 1'i intiharla ilişkilendirilmiştir. Daha güncel bir çalışmada (1986-2018), psikiyatristlere yönelik en yaygın malpraktis iddialarının intihar veya intihar girişimi (%27,0), yanlış tedavi (%23,0), gizlilik ihlali (%15,0) ve ilaçlarla ilgili sorunlar (%8,0), yanlış teşhis (%5,0) olduğu bildirilmiştir.⁵ Türkiye'de 2013-2020 yılları arasında Adli Tıp Kurumu'nda değerlendirilen psikiyatri malpraktis olgularında en sık konular; hatalı rapor (%26,2), yanlış tanı ve tedavi (%24,6), intihar girişimi (%13,9), eksik/hatalı tedavi (%11,5) ve ilaç yan etkisi (%7,4) olarak belirlenmiştir.⁹ Çocuk ve ergen psikiyatrisi özelinde, 1981-1991 yılları arasında yapılan bir çalışmada; davaların büyük kısmı hasta yönetimiyle ilişkilendirilmiştir. Öne çıkan dava konuları arasında intihar ve intihar girişimi, hastalar arası cinsel istismar, yetersiz tedavi, kendine zarar verme ve yaralanma yer almaktadır.⁶ Çalışmamızda en sık saptanan malpraktis konuları olan ilaç yan etkileri ile tanı ve tedavi hataları, yazında bildirilen psikiyatrik malpraktis konularıyla örtüşmektedir. Ayrıca, intihar girişimi, hatalı rapor

ve hasta güvenliğini tehdit eden durumlar da benzer şekilde önceki bulgularla paralellik göstermektedir. Bu bulgular, çocuk ve ergen psikiyatrisi pratiğinde etik ilkelere bağlılık ve dikkatli klinik yönetimin, malpraktis riskini azaltmada önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda malpraktis iddialarının %70,5'inin ilaç tedavisiyle ilişkili olduğu, en sık kullanılan ilaçların ise antipsikotikler (%66,7), antidepresanlar (%25,0) ve duygudurum düzenleyiciler (%16,7) olduğu belirlenmiştir. Yazında, çocuk ve ergenlerde ruhsal bozuklukların yaygınlığı dünya genelinde %10,0-20,0 arasında olduğu bildirilmektedir.¹⁰ Bu yaygınlıkla birlikte, psikotrop ilaçların reçetelendirme ve kullanım oranlarında da artış gözlenmiştir.¹¹ Ancak bu ilaçların çocuklar üzerindeki uzun dönem güvenlik profilleri ve fayda-risk dengesi yeterince araştırılmamıştır. Özellikle, hormonal dengesizlik, kilo alımı ve metabolik bozukluklar ve kardiyovasküler riskler gibi ciddi yan etkiler açısından dikkatli ve düzenli izlem büyük önem taşımaktadır.¹² Çocuk psikiyatrisinde ilaçların çoğu endikasyon dışıdır (*off-label*) ve %70,0'inden fazlasında pediatrik doz bilgisi bulunmamaktadır.² Bu nedenle, tedavi süreçlerinde endikasyon dışı ilaç kullanımının gerekçelendirilmesi ve potansiyel yan etkilerin dikkatle izlenmesi gereklidir.¹³

Psikoaktif ilaç tedavisinde, bilgilendirilmiş onam alınırken, ilacın deneysel niteliği arttıkça çocuk ve velisine daha kapsamlı bilgi sunulmalıdır. Yan etkiler her zaman hatalı uygulamaya işaret etmez; ancak tedavi çocuğun yararını gözetmediğinde ihmal iddiaları gündeme gelebilir. Özellikle çevre için sorun oluşturan davranışlar sergileyen çocuklarda, tedavinin çocuğun yararına olduğu açıkça gerekçelendirilmelidir.¹⁴ Çalışmamızda ilaç tedavisine ilişkin malpraktis iddialarının sıklığı, psikoaktif ilaçların yeterli bilgilendirme sağlanmadan, düzenli izlem yapılmadan ve çocuğun üstün yararı ilkesi gözetilmeden uygulanmasıyla ilişkili olabilir. Bu nedenle hekimlerin şeffaf, etik ve özenli bir klinik yaklaşım benimsemeleri büyük önem taşımaktadır.

Çocuk ruh sağlığıyla ilgili malpraktis davalarında ebeveynlerin rolü önemlidir. Çalışmamızda, malpraktis davalarında çocuk adına en sık iddia sahibinin babalar (%58,8) olduğu; bunu anneler (%23,5) ile her iki ebeveynin birlikte başvurduğu durumların (%11,7) izlediği saptanmıştır. Babaların daha yüksek oranlarda iddia sahibi olması, kültürel ve sosyal normlarla ilişkilendirilebilir. Çocukların tedavi kararları, bilişsel olgunlaşma düzeylerinin yetersizliği nedeniyle genellikle vasileri tarafından alınırken, doktorlar da tanı ve tedavi süreçleri hakkında vasilelere bilgi vermekle yükümlüdür.¹⁵ Malpraktis davaları genellikle çocuğun reşit olmadan önce, veli veya vasi tarafından açılmakta; zaman aşımı süresi ise çocuğun yetişkinlik döneminde başlamaktadır. Bu nedenle, çocuklara ait tıbbi kayıtların 20 ila 21 yaşına kadar saklanması önerilmektedir.² Tıbbi uygulamalarda düzenli ve eksiksiz kayıt tutulması, hasta haklarının korunması hem de hekimin hukuki savunmasının güçlendirilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Çalışmamızda, olaya müdahil olan hekim ve sağlık personeli dağılımında en yüksek oran ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına (%47,3) ait olup, bunu çocuk ve ergen ruh sağlığı

Tablo 4. Uygulanan tedavi ve işlem özellikleri

Çocuğa uygulanan tedavi/işlem	n	%
İlaç tedavisi	12	%70,5
Rapor düzenleme	2	%11,7
Tespit	1	%5,8
Yatarak tedavi	1	%5,8
Alternatif tedavi	1	%5,8
Önerilen ilaç tedavisi		
Tek ilaç	9	%75,0
Birden fazla ilaç	3	%25,0
Önerilen ilaç türü		
Antipsikotik	8	%66,7
Antidepresan	3	%25
Duygudurum düzenleyici	2	%16,7
Stimülan (uzun etkili metilfenidat)	1	%8,3
Diğer	2	%16,7

Önerilen ilaç tedavisinde bir hasta birden fazla ilaç kategorisine dahil olabilir. Bu nedenle yüzdeler toplamı %100'ü aşmaktadır

uzmanları (%21,0), diğer hekimler (%10,5) ve hekim dışı sağlık personeli (%21,0) takip etmiştir. Dünya genelinde çocuk ve ergen psikiyatristlerine yönelik talep, mevcut arzı büyük ölçüde aşmakta ve bu durum, özellikle kırsal ve düşük gelirli bölgelerde hizmetlere erişimi kısıtlamaktadır. Araştırmalar, duygusal zorluklar yaşayan çocuk ve ergenlerin yalnızca %20,0'sinin ruh sağlığı hizmeti aldığını ve bunların az bir kısmının çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları tarafından sağlandığını göstermektedir.¹⁶ Artan talebi karşılamak üzere pediatristler ve birinci basamak sağlık çalışanları çocuk ruh sağlığı hizmetlerinin büyük bir kısmını üstlenmektedir. Amerikan Pediatri Akademisi, pediatristlerin anksiyete, depresyon ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi yaygın durumlar için yeterlilik kazanmalarını önermektedir; ancak eğitim eksiklikleri halen devam etmektedir.¹⁷ Çalışmamızda malpraktis iddialarının en sık ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına yönelmiş olması (%47,3), bir yandan çocukların erişebildiği sınırlı sayıdaki uzmanın bu grupta yer almasıyla, diğer yandan ise bu hekimlerin gelişimsel özellikler ve çocuklara özgü tedavi yaklaşımları konusunda yeterli eğitim ve deneyime sahip olmamalarıyla ilişkili olabilir. Uzman yetersizliği, çocukların gelişimsel ihtiyaçlarına uygun ruh sağlığı hizmetine erişimini zorlaştırmakta; bu durum da klinik hata olasılığını ve buna bağlı malpraktis riskini artırabilmektedir. Bu bağlamda, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında uzman hekim sayısının artırılması, yalnızca hizmet kalitesini değil, aynı zamanda hasta güvenliğini de güçlendirecek önemli bir strateji olarak değerlendirilmelidir.

Çalışmamızda tespit edilen iki intihar girişimi olgusu, çocuk ve ergenlerde tedavi sürecinin yönetimi ve risk değerlendirmesinin önemini vurgulamaktadır. Bu olgulardan biri, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) tedavisi sürecinde meydana gelmiştir. SSRI tedavilerinde, intihar riskinin doğru şekilde değerlendirilmesi, yan etkilerin izlenmesi ve tedaviye uyumun sağlanması, hasta güvenliği açısından kritik öneme sahiptir. Bu bağlamda, söz konusu intihar girişimi, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi'nin (FDA) bu ilaçların çocuk ve ergenlerde intihar riskini artırabileceğini belirterek tüm yaş grupları için "kara kutu uyarısı" (*black box warning*) eklemesi açısından klinik ve hukuki olarak önem taşımaktadır.¹⁸ Kara kutu uyarısı, hekimlerin bu riski hasta ve velisine açıkça bildirmesini ve izlem sürecini titizlikle yürütmesini zorunlu kılmaktadır; aksi durumlar olası malpraktis iddialarına zemin hazırlayabilir.

Çocuk ve ergenlerde SSRI tedavisi sırasında intihar riski düşük olmakla birlikte, özellikle tedavinin ilk haftalarında bu risk açısından dikkatli izlem önerilmektedir.¹⁸ FDA, SSRI kullanımının intihar düşüncesi ve davranışlarıyla ilişkili olabileceğini, ancak bu ilişkinin nedensel olmadığını belirtmiştir.¹⁹

İkinci olguda, obsesif kompulsif bozukluk tanısı bulunan ve daha önce intihar girişiminde bulunmuş bir erkek hastanın, yatarak tedavi gördüğü sırada bahçe izninde hastaneden kaçtığı ve intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir. Bu durum, bireyselleştirilmiş güvenlik planları ile gözetim uygulamalarının yeterliliği açısından önem taşımaktadır. Bir müdahalenin malpraktis olarak tanımlanabilmesi için bakım standardından

sapmanın zararı doğuran sebep (*proximate cause*) olması gerektiği bilinmektedir. İntihar olgularında, hastanın tedaviye uyumsuzluğu veya kötüleşen durumunu bildirmemesi hekimin sorumluluğunu azaltabilir. Ancak, çocukların sınırlı sorumluluk düzeyleri nedeniyle, bu tür savunmalar çocuklara yönelik malpraktis davalarında nadiren geçerli kabul edilmektedir.²

İntihar riskinin değerlendirilip belgelenmesi ve ailelerin tedavi sürecine aktif katılımlarının sağlanması büyük önem taşır. Yataklı servislerdeki intihar eylemleriyle ilgili olarak ise, hastane yönetiminin gözetim yükümlülüğü ve güvenlik önlemlerinin yeterliliği sıklıkla sorgulanmaktadır. Yazın, daha önce intihar girişiminde bulunmuş bireylerde intihar riskinin yaklaşık 18 kat arttığını ve intihar girişiminde bulunan ergenlerin klinik yönetiminde titiz bir yaklaşımın gerekli olduğunu ortaya koymaktadır.²⁰ Psikiyatri servislerinde ergen intihar olgularına ilişkin malpraktis davalarında, en sık tartışılan konular, risk değerlendirme süreçleri ve koruyucu önlemlerin yeterliliğidir. Hastaneye yatırılan hastaların düzenli olarak değerlendirilmesi, bu değerlendirmelerin belgelenmesi, sorumlu psikiyatristin ve hastane personelinin hastanın klinik bulgularından haberdar olması büyük önem taşımaktadır.² Yazında, düşük güvenli bir psikiyatri biriminden kaçan bir hastanın intiharının, uygun hastane yönetimiyle öngörülebilir ve önenebilir olduğu ifade edilmiştir.²¹ İntihar riski taşıyan olgularda yatış etkili bir müdahale yöntemi olsa da, çocuğun bireysel özgürlüğünü kısıtlaması nedeniyle daha az kısıtlayıcı alternatiflerin de değerlendirilmesi önerilmektedir.¹⁵ Uzun süreli yatış uygun olmayan ancak kronik intihar riski taşıyan hastalarda, diğer klinisyenlerin görüşleri alınmalı ve belgelenmelidir.² Klinisyenlerin ebeveynlerle etkili iletişim kurması, zararlı araçlara erişimin engellenmesi ve bireysel güvenlik planları oluşturulması gereklidir. Klinik belgeler, hekimin hastanın intihar niyetini ve nedenlerini derinlemesine değerlendirdiğini göstermelidir.¹⁵ Sonuç olarak, intihar riski taşıyan çocuk ve ergenlerde, risk değerlendirme sürecinin belgelenmesi, güvenlik planlarının oluşturulması ve aileyle etkili iletişimin sağlanması hem hasta güvenliği hem de klinik sorumluluk açısından önem taşımaktadır.¹⁴

Çalışmamızda, ciddi bir ilaç yan etkisine bağlı olarak malpraktis iddiasına konu olan bir olguda, tıbbi kayıt eksiklikleri dikkat çekmiştir. Lamotrijin tedavisi sürecinde Stevens-Johnson sendromu gelişen bir ergen hasta, yoğun bakım ünitesinde izlenmiştir. Aile, erken dönemde kaşıntı ve lenf bezi büyümesi gibi belirtileri hekime bildirdiklerini ifade etmiş; ancak bu şikayetlerin tıbbi kayıtlarda yer almadığı görülmüştür. Hekim ise bu belirtilerin kendisine iletilmediğini belirtmiştir. Psikiyatrik tedavilerde bazı bilgiler olgu notlarına sonradan eklenebilir; ancak eklenen her bilginin tarihi açıkça belirtilmeli ve belirsiz durumlar da dahil olmak üzere değerlendirme ve tedavi planları titizlikle kaydedilmelidir.¹⁵ Malpraktis davalarında tıbbi kayıtlar ayrıntılı olarak incelendiğinden, temel bilgilerin eksiksiz biçimde belgelenmiş olması hekimin lehine önemli bir avantaj sağlar.² Bu olgu, ilaç yan etkilerinin düzenli olarak sorgulanması ve kayıt altına alınmasının, hem hasta güvenliği hem de hukuki sorumluluk açısından kritik önem taşıdığını göstermektedir.

Çalışmamızda tespit ve tecrit uygulamasına ilişkin bir malpraktis iddiası dikkat çekmiştir. Orta düzeyde entelektüel yetersizliği ve kendine zarar verme davranışları bulunan bir çocuğun, kaldığı bakım merkezinde ayakları ve kolları arkadan bağlanarak tespit edildiği ve sonrasında kollarında morluklar oluştuğu bildirilmiştir. Tecrit ve tespit uygulamaları yalnızca hasta güvenliğini sağlama ve tedavi sürecini desteklemek amacıyla kullanılmalıdır. Cezalandırma amacı taşıyan uygulamalar profesyonel sorumluluk ihlali olarak değerlendirilir. Uygun şekilde uygulanmayan ve yeterli klinik gözetimle izlenmeyen tespit işlemleri ise hukuki sorumluluğa yol açabilir.²² Bu tür müdahaleler, daha az kısıtlayıcı alternatifler öncelikle değerlendirildikten sonra, hastanın onurunu koruyan bir yaklaşımla gerçekleştirilmelidir. Sağlık personelinin, tespit sırasında ortaya çıkabilecek fiziksel ve duygusal riskleri önleyebilecek yeterli bilgi ve beceriye sahip olması gerekir. Tespit işlemi tedavi eden hekim dışında biri tarafından başlatıldığında, hekimin en kısa sürede hastayı değerlendirmesi beklenir. Yazılı tespit emirleri, yaş grubuna göre belirlenen sürelerle sınırlı tutulmalı ve her yenileme öncesi hastanın durumu yeniden değerlendirilmelidir.²³ Bu olgu, fiziksel tespit uygulamalarının etik ve profesyonel sınırlar içinde yürütülüp yürütülmediğine ilişkin önemli soruları gündeme getirmektedir. Çocuklara yönelik bu tür müdahalelerde; uygun endikasyon varlığı, işlemlerin kayıt altına alınması, düzenli klinik gözetimin sağlanması ve daha az kısıtlayıcı alternatiflerin öncelikle değerlendirilmesi, hem hasta güvenliğini sağlamak hem de malpraktis riskini azaltmak açısından kritik öneme sahiptir.

Adli raporların usul ve esaslara uygunluğu, rapor hazırlanırken yönlendirilme yapıp yapılmadığı ve değerlendirmenin eksiksiz olup olmadığı hususlarında da dava açılabilir. Özellikle velayet davalarıyla bağlantılı durumlar, ruh sağlığı profesyonelleri açısından yüksek şikayet riski taşımaktadır. Boşanmış ebeveynlerin, boşanmanın olumsuz sonuçları için diğer ebeveyni suçlama eğilimi ya da çocuk üzerinden kendi kaygılarını gidermeye yönelik davranışları, hem çocuğun ruh sağlığına zarar verebilir hem de sağlık çalışanlarını ve ruh sağlığı profesyonellerini etik ve yasal zorluklarla karşı karşıya bırakabilir.²⁴ Çocuk istismarı şüphesiyle yapılan yanlış teşhis ve bildirimler, üçüncü tarafları ilgilendiren karmaşık hukuki sorunlara yol açabilmektedir. Önceki davalar da bu durumu açıkça ortaya konmuştur. Örneğin, Colorado davasında (1988), bir psikolog yardımcısının cinsel istismar şüphesiyle anneye çocuğu babayla görüştürmemesini tavsiye etmesi üzerine, baba tarafından malpraktis davası açılmıştır.² Ramona davasında (1994) ise bir baba, terapistlerinin kızına çocukken tacizde bulunduğu dair yanlış anılar (*false memories*) yerleştirdikleri gerekçesiyle dava açmış ve mahkeme ebeveynin “doğrudan mağdur” sayılabileceğine hükmetmiştir.² Çocuk ve ergen değerlendirmelerinde, ebeveynlerle iş birliği yapılması, terapistlerin tüm görüşme içeriklerini ve önerilerini dikkatle belgelemeleri büyük önem taşımaktadır.² Çalışmamızda bildirilen bir olguda, velayet değişikliği davası sürecinde çocuğun babası hakkında cinsel istismar iddiası ileri sürülmüş; ancak değerlendirme yalnızca anne ve çocuğun anlatılarına dayanarak yapılmış, babayla görüşme gerçekleştirilmemiştir.

Bu durum, hazırlanan adli raporun tarafsızlığı ve yeterliliği açısından etik ve hukuki tartışmalara yol açmıştır. Benzer durumlarda, çocuğun yönlendirme ihtimaline karşı dikkatli olunmalı; ebeveyn beyanları ve çocuğun anlatıları nesnel biçimde değerlendirilmeli ve tüm tarafların sürece uygun şekilde dahil edilmesi sağlanmalıdır.

Nörogelişimsel bozukluğu olan çocuklarda alternatif tedavi uygulamalarına ilişkin malpraktis davaları da gündeme gelebilmektedir. Çalışmamızda bildirilen bir olguda, otizm tanısı bulunan 5 yaşındaki bir erkek çocuğun yaklaşık 2,5 ay boyunca alternatif tedavi uygulayan özel bir merkezde takip edildiği ve bu sürecin ardından klinik durumunun kötüleştiği iddiasıyla malpraktis davası açıldığı belirlenmiştir. Aile, merkezin kendilerine %80 iyileşme garantisi verdiğini, bu süreçte özel eğitiminin aksadığını ve ilaçlarının kesilmesinin önerildiğini ifade etmiştir. Otizm, geniş bir tedavi yelpazesi olan heterojen bir nörogelişimsel bozukluktur; otizmlili çocukların %46,4'ünde geleneksel tedavilere ek olarak alternatif tedaviler tercih edilmektedir. Bu tedaviler arasında diyetler, takviyeler, kranial-sakral terapi, nörofeedback ve homeopatik çözümler yer almaktadır.²⁵ Aileler, bazen bu yöntemleri otizm semptomlarının tamamen çözüleceği umuduyla tercih etmektedir. Ancak bu tedavilerin bazıları bilimsel olarak etkisiz bulunmuştur, bazıları ise ciddi yan etki riski taşımaktadır.²⁶ Malpraktis risklerini azaltmak için hekimlerin alternatif tedavilere ilişkin klinik riskleri belirlemeleri, ilgili yazını belgeleyerek aydınlatılmış onam almaları, tedavi sürecinde geleneksel tedavi yöntemlerini sürdürmeleri önerilmektedir.²⁷ Amerikan Tıp Birliği, tıbbi hizmetlerde sonuç garantisi verilmesini etik dışı değerlendirmekte; bu tür vaatlerin, sağlık hizmeti alan bireylerde gerçek dışı beklentilere ve yanlış yönlendirmelere yol açabileceğini belirtmektedir.²⁸ Hekimler, alternatif tedavi yöntemlerini önerirken aileleri aydınlatılmış onam sürecinde kapsamlı şekilde bilgilendirmeli ve tedavi sürecinde geleneksel tedavilerin devamını sağlamalıdır. Ayrıca, hastaların gerçekçi olmayan beklentiler geliştirebileceği göz önünde bulundurulmalı, bu beklentilerin uygun biçimde yönetimi de hekimin etik sorumluluğu olarak değerlendirilmelidir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmanın kısıtlılıkları arasında olgu sayısının azlığı ve yalnızca Adli Tıp Kurumu'na başvuran olguların incelenmiş olması yer almaktadır. Ayrıca, sadece belirli tıbbi uygulama hatası türlerinin ele alınması çalışmanın kapsamını sınırlamaktadır. Daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç

Bu çalışma, 2018-2023 yılları arasında Adli Tıp Kurumu'na başvuran çocuk ruh sağlığı olgularında tıbbi uygulama hatalarını incelemiştir. Malpraktis iddialarının çoğunlukla ilaç yan etkileri ile hatalı tanı ve tedavi süreçlerinden kaynaklandığı saptanmıştır. Özellikle, çocuk ruh sağlığı alanında çalışan uzmanların, etik ve yasal sorumluluklar konusunda daha fazla farkındalık geliştirmeleri ve klinik uygulamalarda dikkatli bir yaklaşım benimsemeleri önemlidir. Ayrıca, aydınlatılmış onam

süreçlerine özen gösterilmesi, hukuki riskleri azaltacaktır. Eğitim programlarında risk yönetimi stratejilerine yer verilmesi, uzmanların mesleki sorumluluklarını daha iyi kavramalarına katkı sağlayacaktır.

Etik

Etik Kurul Onayı: Bu çalışma için Adli Tıp Kurumu Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonu'ndan onay alınmıştır (onay no: 2024/131, tarih: 30.04.2024).

Hasta Onayı: Retrospektif çalışma.

Dipnot

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: N.K.E., C.B., A.B., Konsept: N.K.E., C.B., A.B., Dizayn: N.K.E., A.B., Veri Toplama ve İşleme: N.K.E., C.B., A.B., Analiz ve Yorumlama: N.K.E., C.B., Literatür Tarama: N.K.E., Yazan: N.K.E.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

- Özer Ö, Taştan K, Set T, Çayır Y, Şener M. Tıbbi hatalı uygulamalar. *Dicle Med J*. 2015;42:394-397.
- Ash P. Malpractice in child and adolescent psychiatry. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2002;11:869-885.
- Smith S. Mental health malpractice in the 1990s. *Houst Law Rev*. 1991;28:209.
- Appelbaum PS. Malpractice claims in psychiatry: approaches to reducing risk. *World Psychiatry*. 2021;20:438-439.
- Frierson RL, Joshi KG. Malpractice law and psychiatry: an overview. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2019;17:332-336.
- Wagner KD, Pollard R, Wagner RF Jr. Malpractice litigation against child and adolescent psychiatry residency programs, 1981-1991. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993;32:462-465.
- Nash L, Tennant C, Walton M. The psychological impact of complaints and negligence suits on doctors. *Australas Psychiatry*. 2004;12:278-281; discussion 282.
- Bellamy WA. Malpractice risks confronting the psychiatrist: a nationwide fifteen-year study of appellate court cases, 1946 to 1961. *Am J Psychiatry*. 1962;118:769-780.
- Cesur E, Taşdemir İ, Büyükcakıncak E, Aslıyüksel H, Turan Ş. Clinical characteristics and forensic psychiatric examination of cases evaluated due to alleged psychiatric medical malpractice. *Turkish J Clin Psy*. 2022;25:395-403.
- Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, Rohde LA, Srinath S, Ulkuur N, Rahman A. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011;378:1515-1525.
- Karanges EA, Stephenson CP, McGregor IS. Longitudinal trends in the dispensing of psychotropic medications in Australia from 2009-2012: focus on children, adolescents and prescriber specialty. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48:917-931.
- Correll CU. Antipsychotic use in children and adolescents: minimizing adverse effects to maximize outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47:9-20.
- Frank B, Gupta S, McGlynn DJ. Psychotropic medications and informed consent: a review. *Ann Clin Psychiatry*. 2008;20:87-95.
- Jureidini J, Dunbar M. Medical malpractice: child and adolescent psychiatry. In: Payne-James J, Byard RW, Corey TS, Henderson C, editors. *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine*. 2nd ed. Oxford: Elsevier; 2016. p. 380-382.
- Sondheimer A. Ethics and risk management in administrative child and adolescent psychiatry. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2010;19:115-129.
- Mian AI, Milavić G, Skokauskas N. Child and adolescent psychiatry training: a global perspective. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2015;24:699-714.
- Shahidullah JD, Roberts H, Parkhurst J, Ballard R, Mautone JA, Carlson JS. State of the evidence for use of psychotropic medications in school-age youth. *Children (Basel)*. 2023;10:1454.
- Simon GE, Savarino J, Opersalski B, Wang PS. Suicide risk during antidepressant treatment. *Am J Psychiatry*. 2006;163:41-47.
- Rey JM, Martin A. Selective serotonin reuptake inhibitors and suicidality in juveniles: review of the evidence and implications for clinical practice. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2006;15:221-237.
- Spirito A, Overholser J. The suicidal child: assessment and management of adolescents after a suicide attempt. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2003;12:649-665.
- Jovanović A, Jasović-Gasić M, Lecić-Tosevski D. [Medicolegal aspects of hospital treatment of violent mentally ill persons]. *Srp Arh Celok Lek*. 2009;137:292-297. Serbian.
- Wettstein R. Specific issues in psychiatric malpractice. In: Rosner R, Scott C, editors. *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*. 3rd ed. Boca Raton (FL): CRC Press (Taylor & Francis Group); 2017. p. 325-336.
- Ernstmeyer K, Christman E. Legal and ethical considerations in mental health care. In: *Nursing: Mental Health and Community Concepts [Internet]*. Eau Claire (WI): Chippewa Valley Technical College; 2022 [cited May 19, 2025]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK616992/>
- Woody RH. Obtaining legal counsel for child and family mental health practice. *Am J Fam Ther*. 2008;36:323-331.
- Jonkman KM, Back E, Staal WG, Benard L, van der Doelen DM, Begeer S. Alternative treatments for autism: prevalence and predictors. *Res Autism Spectr Disord*. 2022;98:102046.
- Levy SE, Hyman SL. Complementary and alternative medicine treatments for children with autism spectrum disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2008;17:803-820.
- Cohen MH, Eisenberg DM. Potential physician malpractice liability associated with complementary and integrative medical therapies. *Ann Intern Med*. 2002;136:596-603.
- Kels CG, Kels LH. Caveat promisor: the potential pitfalls of clinical guarantees. *Am J Med*. 2012;125:431-432.

Turkish Adaptation of the Milestones of Normal Development in Early Years (MONDEY-TR): A Scale for Monitoring Development in Children Aged 0-3 Years

Erken Yaşlardaki Normal Gelişimin Kilometre Taşları Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması (MONDEY-TR): 0-3 Yaş Çocuklarının Gelişimini Gözlemlemeye Yönelik Bir Ölçek

© Gizem Şamdan, © Sabina Pauen

Heidelberg University, Department of Psychology, Heidelberg, Germany

ABSTRACT

Objectives: Reliable tools for observing and documenting age-related changes in different domains of development are needed to track children's progress, but also to identify potential risks for developmental delays and disorders at an early stage. This study evaluates the Turkish version of Milestones of Normal Development in Early Years (MONDEY-TR 0-3), tests its psychometric qualities, describes developmental trajectories of Turkish children across eight central domains, and compares these results with those of German children.

Materials and Methods: The development of n=190 Turkish children aged 0 to 3 years was evaluated using MONDEY-TR 0-3. Findings regarding eight domains were compared with data from n=1,543 German children.

Results: MONDEY-TR 0-3 demonstrated excellent psychometric properties, including (a) high internal consistency for the total scale and individual subscales, (b) a clear age-related increase in subscale scores, and (c) strong similarities in developmental patterns between Turkish and German children.

Conclusion: MONDEY-TR 0-3 is not only a freely available and user-friendly tool for both parents and professionals, but also a reliable and valid instrument, suitable for research and practical applications supporting early childhood development.

Keywords: MONDEY, infancy, toddlerhood, child development

ÖZ

Amaç: Çocukların farklı alanlardaki yaşa bağlı gelişim süreçlerini takip edip belgeleyebilmek ve aynı zamanda gelişimdeki gecikme veya bozuklukları erken dönemde belirleyebilmek için güvenilir ölçeklere ihtiyaç vardır. Bu çalışma, erken yaşlardaki normal gelişimin kilometre taşları Türkçe versiyonunu (MONDEY-TR 0-3) değerlendirerek psikometrik özelliklerini test etmekte, Türk çocuklarının sekiz temel gelişim alanındaki gelişimsel süreçlerini incelemekte ve elde edilen sonuçları Alman çocukların verileri ile karşılaştırmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Yaş aralığı 0-3 olan n=190 Türk çocuğunun gelişimi MONDEY-TR 0-3 kullanılarak değerlendirilmiştir. Sekiz gelişim alanına ilişkin bulgular, n=1.543 Alman çocuğunun verileriyle karşılaştırılmıştır.

Bulgular: MONDEY-TR 0-3, güçlü psikometrik özellikler sergilemiştir: (a) toplam ölçek ve alt ölçeklerde yüksek iç tutarlılık, (b) her gelişim alanında yaşa bağlı belirgin bir artış ve (c) Türk ve Alman çocuklarının gelişim kalıplarında güçlü benzerlikler gözlemlenmiştir.

Sonuç: MONDEY-TR 0-3, yalnızca ebeveynler ve çocuk gelişimi alanındaki uzmanlar için ücretsiz ve kullanıcı dostu bir ölçek olmanın ötesinde, erken çocukluk gelişimi alanında yürütülen araştırmalar ve pratik uygulamalar için de güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracıdır.

Anahtar Kelimeler: MONDEY, bebeklik, erken çocukluk, çocuk gelişimi

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Gizem Şamdan Dr., Heidelberg University, Department of Psychology, Heidelberg, Germany

E-mail: gizem.samdan@psychologie.uni-heidelberg.de ORCID: orcid.org/0000-0001-6955-4456

Received/Geliş Tarihi: 05.03.2025 Accepted/Kabul Tarihi: 26.08.2025 Publication Date/Yayınlanma Tarihi: 13.03.2026

Cite this article as/Atıf: Şamdan G, Pauen S. Turkish adaptation of the milestones of normal development in early years (MONDEY-TR): a scale for monitoring development in children aged 0-3 years. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2026;33(1):41-49

Copyright © 2026 by the Author(s). Published by Galenos Publishing House on behalf of the Turkish Association of Child and Adolescent Psychiatry. This is an open access article licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) License.



Introduction

Children are born with different personality traits and grow up in diverse learning and living environments. These differences significantly impact their development, as do maturational changes and everyday experiences. But despite the high individuality of developmental pathways, there are also commonalities in the sequence and age at which children achieve certain milestones of development. These commonalities can help us identify children at risk for developmental delays. For caregivers, it thus makes sense to observe their children's developmental progress in everyday settings. Such careful observations allow for individualized monitoring of each child, and they make it easier to provide developmental support and intervention when needed.¹ We can learn about children's special interests and needs, but also about potential developmental risks and delays in certain areas.² In this process, caretakers play a key role. According to Vygotsky and Cole³ they can support children in taking the next developmental step by providing targeted, suitable stimulation. To identify and address a child's support needs, standardized, reliable, and valid tools for documenting developmental progress are essential. These tools should be theoretically and empirically well-founded, cover all relevant aspects of child development, meet high-quality standards in terms of their test construction, and facilitate longitudinal observations, while also being user-friendly and cost-effective.⁴ Among the available options are developmental tests conducted directly with the child and applied by trained professionals such as pediatricians or psychologists (e.g., Denver II developmental screening test⁵), as well as screening tests that can be carried out by professionals in daycare centers (e.g., Ages & Stages Questionnaires III⁶). However, there is also a need for methods that allow for continuous monitoring of a given child's development in various domains, which can be easily applied by caregivers in day-care centers and by parents at home.

Milestones of Normal Development in Early Years

Milestones of Normal Development in Early Years (MONDEY¹) is a collection of developmental skills that infants and toddlers typically achieve until the age of three years. The instrument has been designed for parents and professional caregivers to help them monitor and accurately document a given child's developmental progress. MONDEY's main goal is to provide ongoing developmental support, to identify potential developmental delays early on, and to provide caregivers with suggestions on how to promote the child's development in everyday interactions.⁴

MONDEY 0-3 covers eight main developmental domains: (1) gross motor skills, (2) fine motor skills, (3) perception, (4) cognition, (5) language, (6) social relations, (7) self-regulation, and (8) emotions. Each domain is further subdivided into several subdomains, which are then specified by milestones. Milestones are precisely defined behaviors that can be observed in everyday life with a particular child and that illustrate major steps in early development.^{1,4} A total of 111 milestones can be achieved up to a child's fourth birthday.

The instrument can be applied in mainly two different ways: (a) by reviewing the complete list of 111 milestones on one specific occasion to determine whether the child demonstrates each behavior described, thereby providing an overall assessment of the child's current developmental status; or (b) by continuously documenting development, thereby recording each milestone with the date when it was first observed, thus facilitating ongoing monitoring over time.¹

From a developmental research perspective, this form of documentation offers the advantage of capturing interindividual differences by recording the timing of skill acquisition.⁷ Using age norms, this kind of instrument can also help identify developmental strengths and weaknesses, indicating whether additional standardized diagnostic procedures need to be applied.⁸ From a practical perspective, different actors (e.g., day care teachers and parents) can use the same tool to discuss the development of individual children, thereby detecting progress in specific domains more easily.

So far, MONDEY 0-3 has been applied by many thousands of parents and early childhood educators, and has become a standard instrument in German day care institutions and homes. It has been tested for various quality standards, such as the understandability and observability of its milestones and the acceptance of the scale by daycare teachers.^{9,10} Tests of its psychometric qualities revealed high internal consistency scores (with Cronbach's $\alpha=0.97$ for the total scale and $0.67<\alpha<0.95$) for individual subscales).¹¹ Furthermore, all milestones have been shown to load positively on their assigned developmental domain while revealing much lower loadings on other domains.⁴ The hierarchical organization of milestones, each contributing to one specific developmental domain, and the domains contributing to a general development factor, has been demonstrated via confirmatory factor analyses.⁴ In addition, the strong correlation between general development score and children's age supports criterion validity, indicating that the tool accurately reflects real-world developmental progress. Studies on the objectivity of MONDEY 0-3 observations indicate overall agreement between professionals and parents.¹¹ At a more detailed level, the authors found that this agreement tends to be higher for easy-to-observe, less context-dependent behaviors (e.g., gross motor skills, fine motor skills, language) compared to more interpretive, situation-dependent behaviors. Furthermore, agreement between pairs of educational professionals was found to be significantly higher on average than agreement between parent-professional pairs.

Today, MONDEY 0-3 is also used in several other large-scale projects, such as BeoKiz, commissioned by the Berlin Senate in Germany, to screen children in daycare centers, and BRISE, a large longitudinal study funded by the German Federal Ministry of Education and Research, which measures the development of children from disadvantaged neighborhoods. A recent study from the BRISE project using MONDEY-data showed that infants' development during the first year of life does not vary with their mothers' educational level,¹² thus suggesting that the scale provides equally valid results for diverse populations.

Current Research

The current study aims to test the reliability and the validity of the Turkish translation of MONDEY 0-3, thereby raising the following questions:

- (1) What is the internal consistency of MONDEY-TR 0-3 for the overall scale and for each subscale?
- (2) How does the development of Turkish children progress in each developmental domain between 0 and 3 years of age?
- (3) How does the development of Turkish children compare to that of German children, both in general development and when looking at individual scales?

Materials and Methods

Measures

Child development was assessed with the German and Turkish versions of MONDEY 0-3. Overall, 111 milestones were administered, assessing eight main developmental domains: (1) gross motor skills, (2) fine motor skills, (3) perception, (4) cognition, (5) language, (6) social relations, (7) self-regulation, and (8) emotions. Each milestone included a title and a brief explanation describing a specific behavior. Caregivers were asked to indicate whether they had observed the behavior more than twice in the child or whether the child had not yet exhibited the behavior. To provide some examples, the following list includes one milestone per developmental domain:

- **Gross motor skills:** Standing with support: the child can stand on her own two feet for at least 3 seconds while holding onto something with just one hand in order to keep her balance.
- **Fine motor skills:** Stacking a minimum of three objects: the child stacks at least 3 building blocks or other objects on top of each other to form a tower, without any part falling.
- **Perception:** Actively searching for an object that has been covered up: shortly after seeing an object being completely hidden under a cover, the child tries to remove the cover to get to the object.
- **Cognition:** Creative use of tools and implements: the child is lacking a tool to achieve a specific goal (e.g., a shovel to dig sand) and makes use of an implement which has not been designed or is normally used for that purpose (e.g., a spoon) without getting any hint from another person.
- **Language:** Saying first words: the child uses a specific sequence of sounds to name something (e.g., “do-do” for “door”). The same sequence is used in different situations, intended to have a similar meaning.
- **Social relations:** Checking social acceptance of own behavior: before doing something, the child looks to a trusted person in order to check whether this behavior is acceptable. He/she seeks eye contact in a questioning or provocative manner before proceeding.

- **Self-regulation:** Calming down with the help of another person: with the help of a familiar adult, the child can calm herself down after crying within 3 minutes.

Scoring and Statistical Analysis

Each milestone was scored as either 0 (not yet reached) or 1 (reached). To be scored as “reached,” caregivers had to observe the behavior occurring more than twice. If the caregiver selected “unclear,” this response was treated as functionally equivalent to “not yet reached” and was therefore coded as 0.

All MONDEY scores were standardized. Since the number of milestones varied between developmental domains, we divided the raw sum value by the total number of milestones per domain. This provides a conceptually simple and easily interpretable metric for cross-domain and cross-sample comparisons.

Procedure

Ethical clearance was granted by the local ethics committee of Heidelberg University (reference number: AZ Pau 2023 1/1, date: 03.11.2023) in line with the Declaration of Helsinki.

German data from a continuously ongoing MONDEY 0-3 study was used to allow for a direct comparison between the Turkish and the German sample. Data were collected either via online form or face-to-face after receiving instructions on how to interpret each milestone.

The German version of MONDEY 0-3 (MONDEY-DE 0-3) was translated by a native Turkish speaker, also fluent in German, who was also an expert in developmental psychology. It was later checked by two other native Turkish speakers who were also experts in developmental psychology. They suggested eight word-level changes and one sentence-level modification in total. After discussing the critical items together, all but one of these suggestions were accepted. In cases of uncertainty or disagreement, the established English version of MONDEY was consulted to ensure conceptual equivalence.

The Turkish version (MONDEY-TR 0-3; see Online Supplement) was administered online between July 2023 and July 2024 to assess child development on all eight domains of development previously mentioned. Caregivers were invited via an online link shared through social media platforms, primarily Facebook and Instagram. An outreach flyer was designed to be visually appealing and accessible. It was distributed through parent-focused community pages, daycare-related groups, and family-oriented influencers. The recruitment strategy aimed to maximize diversity by targeting a broad range of geographic regions, socioeconomic backgrounds, and caregiving contexts. Both primary caregivers and daycare caregivers were eligible to complete the questionnaire.

To mitigate a potential social desirability bias, several strategies were employed. First, participants were informed that the data would be used only for research purposes and that all responses would remain strictly confidential, with no identifying information being collected or reported. Second, the introduction to the survey emphasized that the listed

developmental milestones span a range of 0-3 years, and that younger children typically do not achieve many of these milestones yet. This clarification aimed to reassure parents and normalize developmental variability. Finally, the survey was framed as a tool to help caregivers better understand their child's current developmental stage and anticipate future progress, thereby supporting the child's development more effectively. This supportive, non-evaluative framing was designed to reduce any implicit pressure on parents to present their child's development in an idealized manner.

Participants

German Sample

A total of $n=1,543$ primary caregivers filled out the MONDEY 0-3 questionnaire (child gender balanced: 47.2% female).

Turkish Sample

$n=307$ caregivers started to fill out the questionnaire. However, participants who (a) did not complete the questionnaire ($n=99$), (b) whose children were born before the 28th week of pregnancy ($n=2$), or (c) whose children were older than 36 months ($n=16$) were excluded from the analysis. The chosen cut-off score for gestational age meets the World Health Organization's definitions of extreme prematurity,¹³ which is associated with significantly increased risks of long-term neurodevelopmental impairments.^{14,15} This resulted in a final sample of $n=190$ participants (mostly parents and females, $n=3$ educators; $n=179$ females; see Table 1) with valid data sets. Their children were between 0 and 3 years old [mean=16.07, standard deviation (SD)=9.80]. The sample included $n_1=76$ children aged 0-12 months, $n_2=70$ children aged 13-24 months, and $n_3=44$ children aged 25-36 months (53.2% female). Hence, the oldest age-group was smaller compared to the other two.

Table 1 provides an overview of the sociodemographic data for both samples. As revealed by Table 1, the German sample is much

larger, with the greatest subgroup of caregivers reporting on the development of very young children. Furthermore, it reveals that Turkish caregivers (mothers and fathers) participating in the online survey have a higher educational level than those in the German sample.

Hypotheses

Since MONDEY has been designed to assess general development and thus consists of milestones of universal relevance, we expect results for the Turkish sample to match previous findings.

(1) In line with previous work using the original version of MONDEY 0-3, the Turkish version of MONDEY is expected to show high internal consistency both for the total scale and for each subscale.

(2) We expect the slopes for most developmental domains to be linear, with only a few exceptions.

(2a) There is a large consensus among developmental psychologists that most changes in perception happen during the first year of life.¹⁶ Hence, we expect to find a rapid increase in scores on the MONDEY-TR 0-3 scale perception until the second year of life, which slows down later until it reaches a ceiling effect during the third year of life.

(2b) For cognition, the opposite trend can be expected, since cognitive progress during the first year of life is difficult to observe, whereas major progress can be seen easily during the second and third years of life.

(2c) Similarly, advances in self-regulation, as assessed in MONDEY-TR 0-3, are expected to occur only beyond the first year of life, when the sleeping pattern adjusts to a regular day-night cycle, potty training may start, and the child gradually learns to control her/his own needs.

(3) We assume that the Turkish and the German samples reveal largely comparable changes in scores on individual developmental domains.

Table 1. Sociodemographic data of participants

	Germany	Türkiye
Child age		
0-12 months	$n_1=1296$	$n_1=76$
12-24 months	$n_2=198$	$n_2=70$
24-36 months	$n_3=49$	$n_3=44$
Adult characteristics		
Responding adult (parent)	100%	98.4%
Maternal education		
<College	33.2%	17.2%
College	46.7%	79.7%
Paternal education		
<College	44.8%	26.6%
College	45.8%	71.4%

Table 2. The internal reliability scores for individual MONDEY-TR 0-3 scales

Scale	Cronbach's alpha (α)
Gross motor	0.947
Fine motor	0.914
Perception	0.769
Cognition	0.920
Language	0.943
Social relations	0.941
Self-regulation	0.732
Emotions	0.907

MONDEY-TR: Turkish version of Milestones of Normal Development in Early Years

Results

Internal Consistency

First, we checked for the reliability of the MONDEY-TR 0-3. As reported in Table 2, internal consistencies of individual scales ranged from well acceptable ($\alpha=0.73$) to very high ($\alpha<0.95$), and Cronbach's alpha for the overall scale was excellent ($\alpha=0.99$).

Age Trends

In the next step, we checked whether the age trends observed for the Turkish sample were in accord with our hypotheses. As expected, a linear increase in MONDEY-TR 0-3 scores was observed for most domains of development (see Figure 1). One exception was perception, where children showed a sharp increase in MONDEY-TR 0-3 scores during their first year of life and then reached a ceiling effect between the second and third year of life. Also consistent with our hypothesis, scores for the scale cognition were low during the first year of life but increased sharply thereafter. About the domain of self-regulation, no clear change in slope was found, but the corresponding developmental

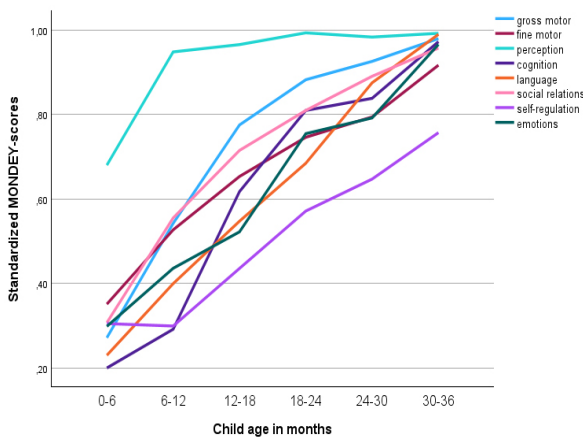


Figure 1. The development of Turkish children in eight developmental domains
MONDEY: Milestones of Normal Development in Early Years

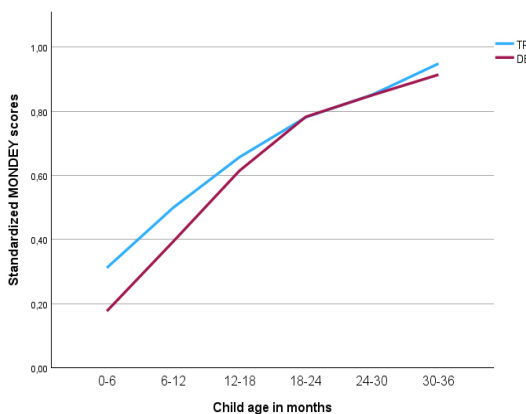


Figure 2. Comparison of Turkish and German children for general MONDEY scores
MONDEY: Milestones of Normal Development in Early Years

progression remained behind that of the other scales at all ages, suggesting that self-regulation development advances slowly among Turkish children. These findings are fully consistent with the general developmental literature,^{17,18} as well as with results obtained for the German version of MONDEY 0-3 (for a direct comparison between German data and the present studies, please see Figures 2 and 3).

Group Comparison

When comparing the standardized sum scores of Turkish and German children across all domains (see Figure 2), Turkish children showed a significantly higher overall score for the age group 0-6 months (mean=0.31, SD=0.27) than German children (mean=0.18, SD=0.09); $t(24,137)=2,527$, $p=0.018$. However, this group difference decreased afterwards and was no longer evident from 18 months onward. As expected, Turkish children (mean=0.95, SD=0.04) and German children (mean=0.91, SD=0.07) both achieved the great majority of all milestones towards the end of the third year of life (30-36 months), and revealed no significant difference between groups [$t(28)=1,148$, $p=0.075$].

To get a more detailed idea about group differences and their developmental changes, Figure 3 shows a comparison of each subscale of MONDEY-TR 0-3 and MONDEY-DE 0-3 standardized scores, revealing similar trends. For some domains, scores increase steadily with age (e.g., language, emotions), for others, they describe an asymptotic curve (e.g., gross motor, fine motor, perception, social relations), reaching almost a ceiling effect in the second year of life for Perception. For one domain (i.e., cognition), they indicate slow progress during infancy, followed by rapid acceleration afterwards. For self-regulation, the curves for Turkish and German children seem to deviate substantially during the second year. Otherwise, they are comparable across groups.

To statistically test the group differences visualized in Figure 3, separate linear regression analyses were conducted with age, child group (Turkish vs. German), as well as their interaction as predictors, and standardized subscale scores of MONDEY 0-3 as outcome variables. Across all subscales, developmental scores increased with age ($p<0.001$), reflecting a general growth pattern. A statistically significant interaction between age and child group ($p<0.001$, Bonferroni-corrected $\alpha=0.00625$) was found across all developmental domains, indicating that the rate of development differed between Turkish and German children. However, corresponding effect sizes were generally very small to moderate (Cohen's $f^2=0.006-0.104$), suggesting that the overall developmental trajectories remained largely comparable across groups.

The observed similarities between the Turkish and German samples across developmental domains suggest that, in the absence of nationally representative Turkish norms, the German norms, which are based on a larger sample of more than 1.000 cases, may serve as a temporary reference point for interpreting MONDEY-TR 0-3 scores.

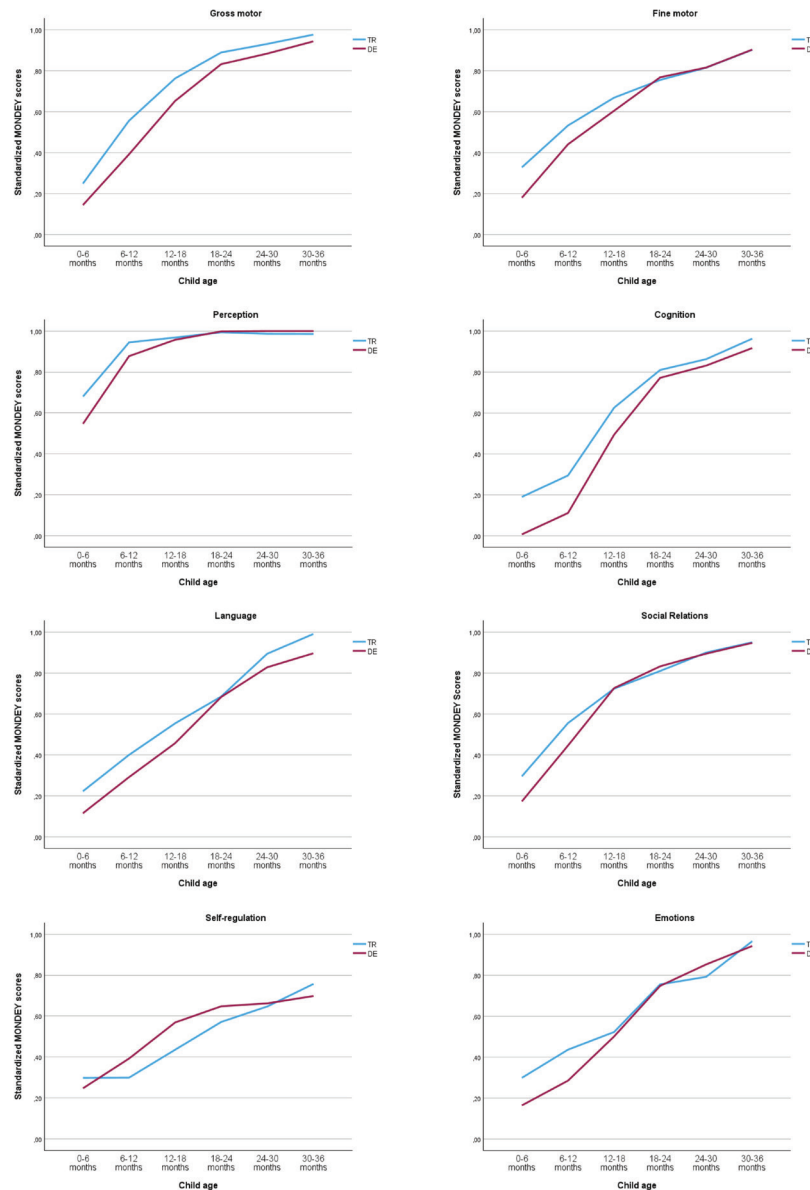


Figure 3. Comparison of Turkish and German children on each subscale. Note: For detailed statistical analyses, including significance levels and effect sizes, please refer to the Results section
MONDEY: Milestones of Normal Development in Early Years

Discussion

The present study demonstrates excellent psychometric qualities of MONDEY-TR 0-3, as indicated by (a) high values for internal consistency of the total scale and each subscale, (b) a clear increase in scores for each subscale with age, and (c) strong similarities of developmental changes between German and Turkish children.

The high internal consistency of MONDEY-TR 0-3 underscores the robustness and intercultural validity of this instrument, which qualifies as a reliable and valid tool to assess early development. Moreover, the high convergence of developmental

trajectories across German and Turkish children – despite differences in data collection methods (online vs. partly face-to-face), sizes of age groups, and caregivers' cultural and educational backgrounds – underscores the cross-cultural construct validity and ecological robustness of the MONDEY-TR 0-3.

Interestingly, Turkish parents reported earlier milestone achievement in the first two years, with trajectories converging thereafter – an unexpected pattern that may have several explanations. One possible explanation is a social desirability bias: Runge and Soellner¹⁹ found that parents of Turkish origin demonstrated higher levels of social desirability compared to German parents. Similarly, Bornstein et al.,²⁰ who conducted

cross-cultural comparisons regarding parental social desirability when reporting about their children, revealed that parents from individualist cultures, such as the United States and Sweden, exhibited the lowest levels of social desirability. Since Germany also has a strong individualist orientation, German parents may have felt less need to grant their children skills that they have not yet developed. However, social desirability alone may not fully account for this pattern. Other contributing factors may include cultural differences in child-rearing expectations and variations in parental education levels. For instance, a study from Türkiye²¹ found that caregivers with higher levels of education demonstrated greater parenting knowledge. These caregivers may be more attuned to tracking their child's development or more confident in interpreting developmental milestones. Furthermore, cultural models of parenting may emphasize different developmental priorities and timelines. In line with this argument, one study²² showed that Turkish mothers of preschool-aged children expected their children to develop competencies in several domains later than Dutch mothers. This contrast highlights the complexity of cross-cultural developmental assessment, where factors such as child age, cultural context, task framing, and caregiver education may each influence how developmental behaviors are perceived and reported. Since the curves of both groups converged towards the end of the third year anyway, the observed group difference should not be overinterpreted, however.

In accordance with the literature, infants show substantial perceptual abilities already at birth, which undergo significant refinement during the first year of life, due to the maturation of the nervous system.²³ This rapid early development is reflected in a strong increase of milestones achieved during the first year of life in the MONDEY-TR 0-3 perception subscale, which contrasts with the more gradual progress observed in other domains. These findings align with the assumptions of the Turkish Ministry of Education's education program²⁴ which states that infants can already focus on an object about 30 cm away (corresponding to MONDEY item Nr. 38) at one month, track moving objects from one side to another at around 3 months (corresponding to MONDEY item Nr. 39), and search for an object that has disappeared from view at around 6 months (corresponding to MONDEY item Nr. 43). These examples regarding perceptual development highlight the strong correspondence between the MONDEY-TR 0-3 milestones and the Turkish developmental literature.

Unlike other developmental domains, self-regulation scores did not reach their maximum at three years of age, neither in the German nor in the Turkish sample. This is largely due to two key milestones: Nr. 97: "Wanting to go to the toilet/potty", and Nr. 98: "Remaining dry all day," which many three-year-olds were still not yet capable of, according to their caregivers. Although toilet training can begin as early as 18 months, the shift toward child-oriented approaches has led many children to achieve full control only in their fourth year of life.¹⁷ Whereas many aspects of self-regulation show substantial progress throughout early childhood and beyond¹⁸, others emerge earlier. According

to the Ankara developmental screening inventory²⁵ - a widely used scale to assess child development through parent reports - children typically calm down when being held in their caregiver's arms during the first three months of life (corresponding to MONDEY item Nr. 92). They begin to control their behavior in response to verbal cues such as "no" around 10-11 months (similar to MONDEY item Nr. 93), and they can communicate their need to use the toilet (aligned with MONDEY item Nr. 97) by the second year of life.

Interestingly, German and Turkish children differ somewhat in the slope of their self-regulation development, with Turkish children reaching slightly lower scores than German children between 6 and 24 months of age. This may be due to the fact that self-regulation is strongly influenced by cultural factors.²⁶ German parents are known to have high expectations regarding their children's self-regulation development, compared to parents from other countries,²⁷ but overall, research on cross-cultural differences in children's emotional and behavioral regulation is still scarce.²⁸ Most studies involving Turkish children start to systematically monitor self-regulation rather late in life (i.e., at the age of 48 months²⁹), thereby neglecting the unique milestones typically reached within the first three years of life.

While the discussion has mainly focused on self-regulation and perception due to their distinct developmental trajectories, the remaining domains show broadly parallel patterns across the two groups. Although minor variations can be observed (e.g., slightly earlier gains in Turkish children), these differences do not suggest cultural divergence. According to Keller,³⁰ the acquisition of specific developmental competencies is shaped not only by biological maturation but also by culturally prioritized goals. She distinguishes between two broad cultural models: Western middle-class babies and traditional farmer babies. Children assessed in our study - both Turkish and German - fall into the first category. As such, they can be expected to exhibit broadly similar developmental trajectories, consistent with Keller's³⁰ account of culturally shared developmental priorities within an ecological context. In contrast, Rogoff³¹ cautions against rigid cultural typologies and instead encourages a focus on the regularities within variation - i.e., identifying meaningful patterns of similarity and difference without presuming fixed group categories. In line with this view, research has repeatedly shown that several domains of early development reveal similar developmental trends across cultures.

Motor development, for instance, follows a consistent sequence globally, with socioeconomic factors and cultural practices influencing timing to some degree, but not altering the underlying maturational trajectory.³² Early cognitive capacities also emerge in a relatively uniform sequence, supported by shared neurodevelopmental maturation.^{33,34} In language development, large-scale cross-linguistic data show that the timing of vocabulary growth is remarkably similar across diverse linguistic environments, despite differences in language-specific structures and interactional styles of early

language input.³⁵ Emotional development likewise reveals early universals in the expression and recognition of basic emotions like happiness, fear, and anger, although cultural variation is more evident in regulation and display rules.³⁶ The convergence observed in our data across these domains may therefore reflect both shared developmental ecologies and similarities in formal early childhood systems (e.g., preschool education, health care access) that support development in comparable ways across national contexts.

Study Limitations

This research demonstrates the reliability of MONDEY-TR 0-3 for documenting infant and child development during the early years within Türkiye and Turkish-speaking communities. Unlike screening tools such as the Ages & Stages Questionnaires III,⁶ which require specialized training and specific materials, MONDEY offers a practical and easily accessible instrument for caregivers. Because it is based on everyday observations, it can be used in professional settings, such as kindergartens, but also in home environments by primary caregivers without any special expertise in developmental psychology.

MONDEY can also induce a meaningful dialogue and collaboration between childcare professionals and parents, enabling them to monitor a given child's development in parallel. Available age norms of MONDEY 0-3 (n=677) help to detect developmental delays³⁷ and thus allow for targeted interventions. As revealed by the data presented, the high reliability of individual scales and the high similarity in results regarding developmental changes on each MONDEY domain suggest that German norms can also be applied to Turkish children until more validation studies are conducted in Türkiye.

Nonetheless, the following constraints should be considered when interpreting the presented results: while parents are invaluable resources for assessing their children's development, there is an inherent risk of observation errors and response biases. Parents may face difficulties in accurately evaluating developmental domains that are hard to observe (e.g., cognitive development), their evaluation is often influenced by their personal relationship with the child (especially regarding their assessment of social and emotional development), and their judgements may also vary with situational constraints (e.g., regarding the domain of self-regulation).¹¹ Additionally, cultural differences may influence their assessments.^{14,15}

Another limitation concerns the generalizability of the findings from the Turkish sample. Despite efforts to recruit a broad participant base via social media platforms, the sample was skewed toward caregivers with higher educational attainment, suggesting that it primarily represents families from relatively higher socioeconomic backgrounds. This may reflect both greater digital access³⁸ and higher levels of motivation among more educated caregivers to invest in services related to child development.³⁹ Such sampling biases may influence the timing of milestone attainment, as socioeconomic factors are known to shape early developmental experiences.⁴⁰ Future studies should thus aim to include more diverse populations,

including caregivers from rural areas or with lower educational backgrounds. Collaborations with local authorities and childcare institutions may support broader implementation of MONDEY-TR 0-3 across a wider demographic range.

Furthermore, while the German sample served as the original norming group for MONDEY, the comparatively smaller size of the Turkish sample should be taken into account when interpreting between-group comparisons. In addition, the given sample size did not allow us to conduct a confirmatory factor analysis to evaluate the factor structure of MONDEY-TR 0-3. Future research with a larger and more diverse Turkish sample is needed to further validate the instrument's structure and robustness, and to enhance its cross-cultural comparability.

As MONDEY-TR 0-3 is freely available online to everyone working or living with young children (www.mondey.de), it offers promising opportunities for research and practical applications.

Conclusion

The findings presented in this report show that MONDEY-TR 0-3 is a psychometrically robust instrument with good internal consistencies across all scales, monitoring progression in all main domains of development, and leading to comparable results for Turkish and German children. As an openly accessible resource for both caregivers and researchers, MONDEY-TR 0-3 presents valuable opportunities for application in research and early childcare practices. Future studies may explore its alignment with clinician-administered developmental assessments, assess the predictive validity of MONDEY-TR 0-3 in longitudinal contexts, and further validate its use in diverse cultural and linguistic populations.

Ethics

Ethical Committee Approval: Ethical clearance was granted by the local ethics committee of Heidelberg University (reference number: AZ Pau 2023 1/1, date: 03.11.2023) in line with the Declaration of Helsinki.

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

Acknowledgements

We sincerely thank our interns, Hande Özdemir, Ayşenur Süt, and Pelin Hastoprakçılar from Middle East Technical University, for their significant contributions and dedicated support to this research.

Footnotes

Authorship Contributions

Concept: G.Ş., S.P., Design: G.Ş., S.P., Data Collection or Processing: G.Ş., Analysis or Interpretation: G.Ş., S.P., Literature Search: G.Ş., S.P., Writing: G.Ş., S.P.

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

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

References

- Pauen S. Vom Baby zum Kleinkind. In: Vom Baby zum Kleinkind. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag; 2011. p. 1-11.
- Schreyer-Mehlhop I, Petermann F, Petermann U, Koglin U. Entwicklungsbeobachtung und-dokumentation mit der EBD 3-48 und der EBD 48-72. Frühe Bildung. 2012;5:71-77.
- Vygotsky LS, Cole M. Mind in society: development of higher psychological processes. Harvard university press; 1978.
- Pauen S, Heilig L, Danner D, Haffner J, Tettenborn A, Roos J. Milestones of normal development in early years (MONDEY). Frühe Bildung. 2012;1:64-70.
- Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Bresnick B, Maschka P, Edelman N, Shapiro H. Denver II training manual. Denver: Denver Developmental Materials. 1992.
- Squires J, Twombly E, Bricker DD, Potter L. ASQ-3 user's guide. Paul H. Brookes Publishing Company; 2009.
- Daum MM, Bleiker M, Wermelinger S, Kurthen I, Maffongelli L, Antognini K, Beisert M, Gampe A. The kleineWeltentdecker App - A smartphone-based developmental diary. Behav Res Methods. 2022;54:2522-2544.
- Viernickel S, Völkel P. Beobachten und Dokumentieren im pädagogischen Alltag. 3rd ed. Freiburg: Herder Verlag; 2009.
- Schmadtke S. Eine Studie über die Zufriedenheit von pädagogischen Fachkräften mit der MONDEY-Dokumentation [Unpublished Bachelor's Thesis]. Heidelberg: Heidelberg University; 2013.
- Schröder-Moritz J, Maué R, Dittich I. Das BeoKiz-verfahren: ein integriertes verfahren zur beobachtung der entwicklung von kindern bis zum schuleintritt. Frühe Bildung. 2024;13:168-170.
- Heilig L, Pauen S. Wie wirkt sich die beobachterrolle auf die beurteilungen frühkindlicher entwicklung aus? Frühe Bildung. 2013;2:144-155.
- Samdan G, Heilig L, Pauen S. Nimmt der bildungshintergrund einfluss auf mütterliche entwicklungseinschätzungen im verlauf des ersten lebensjahres? Frühe Bildung. 2024;13:71-83.
- Dimes Mo PM. Children St, WHO. Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva: World Health Organization. 2012:1-24.
- Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM, Anand KJ. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. JAMA. 2002;288:728-737.
- Johnson S, Marlow N. Preterm birth and childhood psychiatric disorders. Psychiatr Res. 2011;69:11R-8R.
- Thompson LA, Strosser GL. Perceptual development. In: Ramachandran VS, editor. Encyclopedia of human behavior. 2nd ed. San Diego (CA): Academic Press; 2012. p. 49-56.
- Toilet learning: anticipatory guidance with a child-oriented approach. Paediatr Child Health. 2000;5:333-344.
- Kopp CB. Antecedents of self-regulation: a developmental perspective. Dev Psychol. 1982;18:199-214.
- Runge RA, Soellner R. Cultural bias in parent reports: the role of socialization goals when parents report on their child's problem behavior. Child Psychiatry Hum Dev. 2024;55:1020-1030.
- Bornstein MH, Putnick DL, Lansford JE, Pastorelli C, Skinner AT, Sorbring E, Tapanya S, Uribe Tirado LM, Zelli A, Alampay LP, Al-Hassan SM, Bacchini D, Bombi AS, Chang L, Deater-Deckard K, Di Giunta L, Dodge KA, Malone PS, Oburu P. Mother and father socially desirable responding in nine countries: two kinds of agreement and relations to parenting self-reports. Int J Psychol. 2015;50:174-185.
- Güven Baysal Ş, Gümüş Doğan D, Kortay S, Arslan FN, Demirkıran Öztürk Y, Yağın FH. Parenting knowledge of child development in Turkish mothers and fathers. Trends in Pediatrics. 2023;4:109-119.
- Durgel ES, Vijver FJ, Yagmurlu B. Self-reported maternal expectations and child-rearing practices: disentangling the associations with ethnicity, immigration, and educational background. Int J Behav Dev. 2013;37:35-43.
- Kellman PJ, Arterberry ME. The cradle of knowledge: development of perception in infancy. MIT press; 2000.
- Ministry of National Education of the Republic of Turkey. 0-36 months early childhood education program [Internet]. Ankara: Ministry of National Education; 2013. Available from: <https://tegm.meb.gov.tr/dosya/okuloncesi/0-36program.pdf>
- Savaşır I, Sezgin N, Erol N. Ankara gelişim tarama envanteri el kitabı. 4th ed. Rekmay; Ankara. 2006.
- Trommsdorff G. Culture and development of self-regulation. Soc Personal Psychol Compass. 2009;3:687-701.
- Mata C, Pauen S. The role of socio-cultural background and child age for parental regulation strategies and children's self-regulation: a comparison between Germany, Chile, and El Salvador. Acta Psychol (Amst). 2023;234:103871.
- Jaramillo JM, Rendón MI, Muñoz L, Weis M, Trommsdorff G. Children's self-regulation in cultural contexts: the role of parental socialization theories, goals, and practices. Front Psychol. 2017;8:923.
- Tanrıbuyurdu EF, Yıldız TG. Okul öncesi öz düzenleme ölçeği (ÖÖDÖ): Türkiye uyarlama çalışması. Eğitim ve Bilim. 2014;39:317-328.
- Keller H. Culture and development: a systematic relationship. Perspect Psychol Sci. 2017;12:833-840.
- Rogoff B. The cultural nature of human development. New York: Oxford University Press; 2003.
- Valentini NC, Nobre GC, Gonçalves Duarte M. Gross motor skills trajectory variation between WEIRD and LMIC countries: a cross-cultural study. PLoS One. 2022;17:e0267665.
- Callaghan T, Moll H, Rakoczy H, Warneken F, Liszkowski U, Behne T, Tomasello M. Early social cognition in three cultural contexts. Monogr Soc Res Child Dev. 2011;76:vii-viii, 1-142.
- Nelson CA, Thomas KM, de Haan M. Neural bases of cognitive development. In: Damon W, Lerner RM, editors. Child and adolescent development: an advanced course. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2008. p. 19-53.
- Frank MC, Braginsky M, Yurovsky D, Marchman VA. Variability and consistency in early language learning: The Wordbank project. MIT Press; 2021.
- Ekman P, Sorenson ER, Friesen WV. Pan-cultural elements in facial displays of emotion. Science. 1969;164:86-88.
- Pauen S. Vom baby zum kleinkind: beobachtung, begleitung und förderung in den ersten jahren. 2nd ed. Berlin, Heidelberg: Springer; 2018.
- Polat RK. Digital exclusion in Turkey: a policy perspective. Gov Inf Q. 2012;29:589-596.
- Samdan G, Reinelt T, Kiel N, Mathes B, Pauen S. Maternal self-efficacy development from pregnancy to 3 months after birth. Infant Ment Health J. 2022;43:864-877.
- Bradley RH, Corwyn RE. Socioeconomic status and child development. Annu Rev Psychol. 2002;53:371-399.

Investigation of the Maternal Gatekeeping Behaviours of Mothers According to Parental Self-efficacy and Attachment Styles

Annelerin, Anne Bekçiliği Davranışlarının Ebeveyn Yetkinliği ve Bağlanma Stillerine Göre İncelenmesi

© Ece Kara

Süleyman Demirel University Faculty of Education, Department of Psychological Counseling and Guidance, Isparta, Türkiye

ABSTRACT

Objectives: The purpose of the current study is to examine the maternal gatekeeping of mothers in the context of parental self-efficacy and attachment styles.

Materials and Methods: In this context, 315 married mothers with children between the ages of 5 and 18, who volunteered to participate in the study, constitute the study group.

Results: The findings of the study showed that parental self-efficacy and secure attachment positively and significantly predicted the encouragement sub-dimension, that anxious and avoidant attachment styles positively and significantly predicted the control sub-dimension, and that parental self-efficacy and secure attachment negatively and significantly predicted the discouragement sub-dimension.

Conclusion: Results of the study revealed that the mother's parenting self-efficacy and attachment styles are important predictors of the sub-dimensions of maternal gatekeeping.

Keywords: Maternal gatekeeping, parental self-efficacy, attachment styles, self-efficacy

ÖZ

Amaç: Bu araştırmanın amacı, annelerin anne bekçiliği davranışlarını ebeveyn özyeterliliği ve bağlanma stilleri bağlamında incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu bağlamda, 5-18 yaş aralığında çocuğu olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü 315 evli anne çalışma grubunu oluşturmaktadır.

Bulgular: Araştırmanın bulguları, ebeveyn özyeterliliği ve güvenli bağlanmanın, teşvik alt boyutunu pozitif yönde ve anlamlı olarak yordadığını, kaygılı ve kaçınmacı bağlanma stillerinin kontrol alt boyutunu pozitif yönde ve anlamlı olarak yordadığını ve ebeveyn özyeterliliği ve güvenli bağlanmanın engel alt boyutunu negatif yönde ve anlamlı olarak yordadığını göstermiştir.

Sonuç: Araştırmanın sonuçları, annenin ebeveynlik özyeterliliği ve bağlanma stillerinin, anne bekçiliğinin alt boyutlarının önemli yordayıcıları olduğunu ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Anne bekçiliği, ebeveyn özyeterliliği, bağlanma stilleri, öz-yeterlilik

Introduction

Maternal Gatekeeping

The concept of maternal gatekeeping was first introduced by Allen and Hawkins¹ to describe mothers who hinder co-parenting and prevent their partners from participating in household chores and childcare. Maternal gatekeeping behaviour is defined as a component of the co-parenting relationship that focuses on parenting the child.² In subsequent studies, the concept of maternal gatekeeping ceased to be a restrictive concept for fathers and began to be addressed as

a facilitating factor.³⁻⁵ From this perspective, Puhlman and Pasley⁶ revisited the concept of maternal gatekeeping within the scope of family systems theory. They examined the mother's discouraging, controlling, or encouraging attitudes towards the father, and the effects of the subcategories that constitute these attitudes (traditional gate blockers, passive gate snubbers, facilitative gate openers, passive gate welcomers, confused gate managers, apathetic gate managers, opinionated gate watchers, and invisible gate ignorers) on the father's childrearing attitudes. In this conceptual model of maternal gatekeeping proposed by Puhlman and Pasley⁶ the discouragement sub-

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Ece Kara MD, Süleyman Demirel University Faculty of Education, Department of Psychological Counselor and Guidance, Isparta, Türkiye

E-mail: ecekara@sdu.edu.tr ORCID: orcid.org/0000-0002-6427-9069

Received/Geliş Tarihi: 28.11.2024 Accepted/Kabul Tarihi: 26.02.2025 Epub: 10.06.2025 Publication Date/Yayınlanma Tarihi: 13.03.2026

Cite this article as/Atıf: Kara E. Investigation of the maternal gatekeeping behaviors of mothers according to parental self-efficacy and attachment styles. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2026;33(1):50-58

Copyright © 2026 by the Author(s). Published by Galenos Publishing House on behalf of the Turkish Association of Child and Adolescent Psychiatry. This is an open access article licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) License.



dimension is considered a maternal gatekeeping behavior that tends to criticize the father, makes the father feel inadequate in his childcare responsibilities, and adopts sarcastic attitudes. Researchers have also emphasized the obstructive nature of discouraging maternal gatekeeping, noting its role in hindering the father's involvement in this process, negatively impacting family dynamics, and disrupting the emotional climate.⁷⁻⁹ In the encouragement sub-dimension, the mother's cooperation with the father on parenting duties, and the father's appreciative and supportive attitude towards parenting roles come to the fore. In families where the encouragement sub-dimension of maternal gatekeeping is dominant, father involvement is higher, and partners are more willing to co-parent.¹⁰ In the control sub-dimension of maternal gatekeeping, the mother's behavior is characterized by the monitoring of interactions between the father and the child, and being the primary decision-maker. In this sub-dimension, the mother is in a dominant position within the home.⁶

When the concept of maternal gatekeeping is considered, it is important to recognize that it is influenced by many personal and environmental factors. Therefore, it is more than merely exhibiting discouraging or encouraging attitudes toward parenting roles. One of the factors affecting maternal gatekeeping behavior is the psychological well-being of the mother.¹¹ In this context, although there are no studies directly linking mood states such as depression and anxiety to maternal gatekeeping, researchers emphasize that this concept is dynamic and influenced by various factors. These factors include the child's developmental stage, family conditions⁶ the mother's attitudes towards her own parenting¹² daily stress experiences, and the mother's personality traits.⁶ Among the factors affecting maternal gatekeeping, maternal expectations have also been emphasized in the literature. It has been emphasized that the relationship between partners can affect maternal gatekeeping, especially considering that co-parenting is a component of maternal gatekeeping behaviour.¹¹ This is supported by the fact that mothers' negative and discouraging maternal gatekeeping behaviours are more prevalent in the child-rearing process in divorced couples.¹³ It has been emphasized in the literature that maternal gatekeeping is affected by many factors.

Maternal Gatekeeping Behaviour of Mothers with Different Attachment Styles

It is emphasized that the bonds established in the first years of life are effective in the quality of one's relationships with oneself and others throughout the rest of life.¹⁴ Adult attachment is an essential construct in the transition to parenthood because adults are preoccupied with memories and perceptions of their experiences with their own parents as they create new relationships with their children and establish co-parenting relationships with their partners.¹⁴⁻¹⁶ Studies have shown that insecure attachment is negatively correlated with adaptation to parenting responsibilities,¹⁷ that anxiously attached mothers receive less support from their husbands during childrearing,¹⁸ and that fathers with an avoidant attachment style similarly provide less support to their wives.¹⁹ In another study, it

is emphasized that individuals with insecure attachment experience high levels of dissatisfaction with their partner's participation in childcare.²⁰ Similarly, mothers and fathers with both anxious and avoidant attachment styles have been found to exhibit lower co-parenting behaviour.^{21,22} It has been found that mothers with an avoidant attachment style encourage their partners less and discourage more.²³ In addition, the relevant literature has stated that fathers with higher attachment anxiety receive less co-parenting support from their wives during the transition to parenthood.¹¹

Attachment styles, which are one of the important psychological components in the development of the individual, are considered factors that affect the quality of marriage and the relationship between spouses.²⁴ Although studies to date have not established a direct link between adult attachment and maternal gatekeeping behaviour, relevant studies suggest that adult attachment plays a role in co-parenting relationships.

Mothers' Parental Self-efficacy and Maternal Gatekeeping Behaviour

The concept of self-efficacy put forward by Bandura has been applied to many behaviours in the literature. One of them is the concept of parental self-efficacy. Parental self-efficacy refers to parents' expectations that they can fulfil their roles and their perceptions that they can have a positive impact on childrearing.^{25,26} Parental self-efficacy beliefs are defined as the extent to which parents organize and implement their beliefs and judgments regarding parenting.²⁷ Moreover, according to Hassall et al.²⁸ and Ardel and Eccles,²⁹ parental self-efficacy is the degree to which parents see themselves as adequate in their parenting roles. It has been reported that mothers' parental self-efficacy acts as a mediator between many psychosocial variables and their outcomes, and that parental self-efficacy has a mediating role between depression, social support, and the newborn's temperament and maternal behaviours.²⁶

When the relevant literature is reviewed, it is seen that one of the important predictors of maternal gatekeeping behaviour is parental behaviours and personality traits.⁸ It is emphasized that the way mothers define their own "motherhood", particularly in its psychological aspects, is a factor that affects maternal gatekeeping.¹² The way mothers define themselves as parents and their self-perceptions about their ability to fulfil the maternal role determine the nature of mothers' gatekeeping behaviour.

Parental self-efficacy is a vital factor that effectively supports parenting and positive child development.³⁰ Mothers with high levels of self-efficacy in their parenting skills may be more eager to involve fathers in the child-rearing process through active encouragement. In contrast, mothers with high parental self-efficacy may be more likely to experience frustration with fathers who have less parental experience with infants and who are less confident in their parenting.³¹ Therefore, mothers with high parental self-efficacy are more likely to engage in all three sub-dimensions of maternal gatekeeping.

In the literature, studies have found that fathers' parental self-efficacy beliefs are a variable affecting maternal gatekeeping.¹¹ Still, no research has been found on the relationship between mothers' parental self-efficacy beliefs and maternal gatekeeping roles.

Maternal gatekeeping, that is, the role of the mother relative to the father in the child-rearing process, is one of the important variables in co-parenting.^{5,8} Research emphasizes that maternal gatekeeping is a two-way process in which it is both the cause and the result of the father's involvement in childrearing and care.^{6,32} Given that maternal gatekeeping is a dynamic process and that there may be factors that affect and are affected by it, the current study is important for revealing its relationship with study variables.

In this context, the study investigated whether parental self-efficacy and attachment styles (secure, anxious, ambivalent, and avoidant) predict the encouragement, control, and discouragement sub-dimensions of maternal gatekeeping. To this end, answers to the following research questions were sought:

1. Do attachment styles and parental self-efficacy predict the encouragement sub-dimension of maternal gatekeeping?
2. Do attachment styles and parental self-efficacy predict the control sub-dimension of maternal gatekeeping?
3. Do attachment styles and parental self-efficacy predict the discouragement sub-dimension of maternal gatekeeping?

Materials and Methods

Research Model

This study examines whether attachment styles and parental self-efficacy predict the discouragement, encouragement, and control sub-dimensions of maternal gatekeeping in the relational survey model. In relational survey studies, the aim is to determine the existence and/or degree of covariance between two or more variables.³³

Study Group

The study group consists of 315 married mothers with children between the ages of 5 and 18. The participating mothers were selected using the random sampling method.

Of the participants, 32.4% (n=102) are in the 25-35 age group, 58.1% (n=183) in the 36-45 age group, and 9.5% (n=30) in the 46-55 age group. When the education level of the participants is examined, it is seen that 0.3% (n=1) are literate, 0.6% (n=2) are primary school graduates, 1.6% (n=5) are middle school graduates, 15.6% (n=49) are high school graduates, 9.8% (n=31) are graduates of an associate's program, 45.4% (n=143) are university graduates, and 26.7% (n=84) have graduate education. When the number of children of the participants is examined, we see that 37.1% (n=117) have 1 child, 48.6% (n=153) have 2 children, 12.7% (n=40) have 3 children, and 1.6% (n=5) have 4 or more children.

Data Collection

Before the data collection tools were administered to the participants, they read and signed the informed consent form prepared by the researcher. The data collection tools used in the study were uploaded into Google Forms so that they could be filled out electronically. All data were collected electronically. In addition, approval was obtained from Süleyman Demirel University Ethics Committee before the study (approval number: 138/5, date: 07.06.2023).

Data Collection Tools

• **Parental Self-efficacy Scale for Mothers:** The parental self-efficacy scale for mothers (PSES-M), developed by Coleman and Karraker³⁴ was adapted into Turkish, and its validity and reliability studies were conducted by Demir.³⁵ The purpose of the scale is to determine the self-efficacy level of mothers. The scale consists of a total of 32 items and 5 sub-dimensions (discipline, health, school, emotional support, and free time). A total score can be taken from the scale, and an evaluation based on this total score, or each sub-dimension can be evaluated separately. The discipline sub-dimension consists of items 1, 6, 7, 13, 14, 20, 25, and 32; the health sub-dimension consists of items 12, 19, and 30; the school sub-dimension consists of items 2, 8, 15, 21, 26, 27, and 31; the emotional support sub-dimension consists of items 5, 11, 17, 18, 23, 24, and 29; and the free time sub-dimension consists of items 3, 4, 9, 10, 16, 22, and 28. The reverse-scored items in the scale are items 1, 2, 3, 4, 7, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 27, 28, 30, and 31. As a result of the exploratory and confirmatory factor analysis performed for the construct validity of the scale, a five-dimensional structure consisting of 32 items was obtained. The factor loading values of the items in the scale range from 0.57 to 0.86. In the criterion-related validity study of the scale, the parental competence scale was applied, and the correlation between the total score of this scale and the total score of the PSES-M was 0.91. The Cronbach's alpha internal consistency coefficient, calculated to determine the reliability of the scale, was 0.79, while the test-retest reliability result was 0.84. Within the scope of the current study, the Cronbach's alpha reliability coefficient of the scale was found to be 0.89.

• **Three-dimensional Attachment Styles Scale:** The scale was developed by Erzen³⁶ to determine attachment styles. The scale consists of 18 items and 3 sub-dimensions. There is no reverse-scored item in the scale. If the aim is to determine the attachment style of each individual, the sub-dimension with the highest score is accepted as the attachment style of that individual. If continuous data related to attachment style are to be used in the analysis, the total score for each attachment style is taken separately, and then the analyses are performed. Since two of the dimensions are negative and one is positive, it is not possible to sum the scores from the three sub-dimensions to obtain a single total score. The agreement rate obtained from two experts for the language validity of the scale is 0.87, and for the content validity, it is 0.72. The exploratory factor analysis showed that the 18 items in the scale were consistently collected

under three dimensions. Construct validity was determined with the goodness of fit index (GFI), the adjusted GFI (AGFI), the comparative fit index (CFI), the root mean square error of approximation (RMSEA), χ^2 , and the χ^2 /standard deviation (SD) ratio, obtained from a confirmatory factor analysis. In the confirmatory factor analysis, the values were reported as GFI of 0.93, AGFI of 0.90, CFI of 0.90, RMSEA of 0.05, and χ^2 /SD ratio of 2.48. The item-total correlation values of the scale range from 0.49 to 0.75, while the item remainder coefficients range from 0.96 to 0.98. As a result of the reliability analysis, Cronbach's alpha internal consistency coefficients for the avoidant, secure, and anxious-ambivalent attachment styles were found to be 0.80, 0.69, and 0.71, respectively. In the current study, Cronbach's alpha internal consistency coefficients were found to be 0.69, 0.63, and 0.75 for the avoidant, secure, and anxious-ambivalent attachment styles.

• **Parental Gatekeeping Scale-mother Form:** The purpose of this scale, developed by Puhlman and Pasley³⁷ and adapted to Turkish by Akgöz Aktaş and Aydın,³⁸ is to evaluate the encouraging, controlling, and discouraging behaviours of mothers on fathers. The scale consists of 3 sub-dimensions and 29 items. The Cronbach alpha coefficients of the scale were 0.81, 0.74, and 0.66 for the sub-dimensions of encouragement, control, and discouragement, respectively. In the current study, the Cronbach alpha coefficients of the scale were found to be 0.86, 0.77, and 0.76 for the sub-dimensions of encouragement, control, and discouragement, respectively.

• **Personal Information Form:** The personal information form prepared by the researcher includes questions to determine the gender and age of the individuals participating in the study, whether they have received face-to-face psychological counselling before, and whether they have received online psychological counselling before.

Statistical Analysis

SPSS Statistics 23.0 was used to analyze the data. Multiple linear regression analysis was used to determine the extent to which the independent variables of the study predict the sub-dimensions of encouragement, discouragement, and control of maternal gatekeeping.

Three separate multiple linear regression analyses were conducted to analyze the data. In the first multiple linear regression analysis, the encouragement sub-dimension of maternal gatekeeping served as the dependent variable, and parental self-efficacy, secure attachment, avoidant attachment, and anxious attachment were taken as the independent variables. In the second multiple linear regression analysis, the control sub-dimension of maternal gatekeeping was taken as the dependent variable, and parental self-efficacy, secure attachment, avoidant attachment, and anxious attachment were taken as the independent variables. In the third multiple linear regression analysis, the discouragement sub-dimension of maternal gatekeeping was taken as the dependent variable, and parental self-efficacy, secure attachment, avoidant attachment,

and anxious attachment were taken as the independent variables.

Before starting the analyses, researchers examined whether the data set met the assumptions required to perform multiple linear regression analysis. In regression analysis, the basic assumptions are that there is a normal distribution, homogeneity of variance, and the independent variables are unrelated.^{39,40} In this regard, first, the kurtosis and skewness coefficients were examined separately for the encouragement, discouragement, and control sub-dimensions to determine whether the scores obtained from the "maternal gatekeeping scale-mother form" exhibited a normal distribution. In addition, to see if there is autocorrelation causing systematic errors, the Durbin-Watson (DW) test was used. To determine if there is a multicollinearity problem between the independent variables, the Pearson product-moment correlation coefficients, tolerance values, and variance inflation factor (VIF) values were examined.

Results

In the analyses performed, first, the Skewness-Kurtosis coefficients of the encouragement, control, and discouragement sub-dimensions of the scores taken from the maternal gatekeeping scale were examined to determine whether they were normally distributed. The skewness coefficient for the encouragement sub-dimension was found to be -1.42, and the Kurtosis coefficient was 2.89. For the control sub-dimension, the Skewness coefficient was found to be 0.20, and the kurtosis coefficient was found to be 0.04. For the discouragement sub-dimension, the skewness coefficient was found to be 0.64, and the kurtosis coefficient was found to be 0-0.13. Values in the range of +2 to -2 are considered acceptable for skewness and kurtosis values.⁴¹ When the kurtosis skewness values calculated in the current study were examined, it was seen that the values obtained for the encouragement sub-dimension were outside the acceptable range. In the literature, researchers have stated that the data in many studies conducted in the field of social sciences do not meet the normality assumption.⁴² For this reason, no changes were made to these variables that fell outside the normality assumption values, nor to their analyses. In addition, DW was found to be 2.14 for the scores obtained from the encouragement, 1.90 from the discouragement, and 1.87 from the control sub-dimensions. A DW test value in the range of 1.5 to 2.5 shows that there is no autocorrelation.³⁹ As a result of the analysis conducted to determine whether there is a multicollinearity problem between the independent variables, tolerance values and VIF-variance inflation values were checked. While tolerance values should be greater than 0.10, it is recommended that VIF values should not be greater than 10.⁴³ In the current study, when the encouragement sub-dimension was taken as the dependent variable, it was seen that the tolerance values varied between 0.73 and 0.88, and the VIF values varied between 1.14 and 1.37. When the control sub-dimension was taken as the dependent variable, it was seen that the tolerance values varied between 0.73 and 0.88, and

the VIF values varied between 1.14 and 1.37. Finally, when the discouragement sub-dimension was taken as the dependent variable, it was seen that the tolerance values varied between 0.73 and 0.88, and the VIF values varied between 1.14 and 1.37.

In addition, Pearson product-moment correlation coefficients were calculated to determine whether there was a multicollinearity problem among the independent variables. Mean correlation and SD values for the variables of the study are shown in Table 1.

As seen in Table 1, the Pearson product-moment correlation coefficients of the variables vary between 0.09 and 0.62. A correlation of 0.90 and above between variables indicates that there is a multicollinearity problem.⁴⁰ There was no multicollinearity issue among the variables of the current study.

In the study, multiple linear regression analysis was performed to determine the variables that predict the encouragement sub-dimension. The results of the analysis are shown in Table 2.

As seen in Table 2, parental self-efficacy is a positive and significant predictor of the encouragement sub-dimension ($t=3.657$, $p<0.001$). Secure attachment significantly and positively predicts the encouragement sub-dimension ($t=4.313$, $p<0.001$). Anxious attachment is not a significant predictor of the encouragement sub-dimension ($t=-1.068$, $p>0.05$). Finally, avoidant attachment is not a significant predictor of the encouragement sub-dimension ($t=0.564$, $p>0.05$).

When Table 2 is examined, it is seen that parental self-efficacy, secure attachment, anxious attachment, and avoidant attachment significantly predict the encouragement sub-dimension ($R=0.435$, $R^2=0.179$, $p<0.001$), and these variables together explain 43.5% of the total variance of this sub-dimension.

In the study, multiple linear regression analysis was performed to determine the variables that predict the control sub-dimension. Results of the analysis are shown in Table 3.

As seen in Table 2, parental self-efficacy is not a significant predictor of the control sub-dimension ($t=0.009$, $p>0.05$). Similarly, secure attachment is not a significant predictor of the control sub-dimension ($t=-1.496$, $p>0.05$). However, anxious attachment is a significant and positive predictor of the control sub-dimension ($t=3.233$, $p<0.01$). Finally, avoidant attachment is a significant and positive predictor of the control sub-dimension ($t=2.749$, $p<0.01$).

Examination of Table 3 reveals that parental self-efficacy, secure attachment, anxious attachment, and avoidant attachment significantly predict the control sub-dimension ($R=0.356$, $R^2=0.115$, $p<0.01$), and together, these variables explain 35.6% of the total variance in the control sub-dimension.

In the study, multiple linear regression analysis was performed to determine the variables that predict the discouragement sub-dimension. Results of the analysis are shown in Table 4.

Table 1. Pearson product-moment correlation coefficients, mean, and standard deviation values for the variables

Variables	1	2	3	4	5	6	7
1. Encouragement	1	-0.121*	-0.422**	0.329**	0.359**	-0.202**	-0.135*
2. Control		1	0.622**	-0.093	-0.225**	0.292**	0.288**
3. Discouragement			1	-0.283**	-0.350**	0.351**	0.217**
4. Parental self-efficacy				1	0.278**	-0.267**	-0.091
5. Secure attachment					1	-0.312**	-0.424**
6. Anxious attachment						1	0.404**
7. Avoidant attachment							1
Mean	49.65	15.74	12.27	155.81	20.90	13.41	12.66
Standard deviation	8.54	7.22	7.29	19.55	3.20	4.91	4.63

* $p<0.05$, ** $p<0.001$

Table 2. Results of the multiple regression analysis conducted to determine the predictors of the encouragement sub-dimension

Variables	B	Standard error B	β	t	p-value	Bivariate correlation	Partial correlation
Constant	18.768	5.133		3.657	0.000***		
Parental self-efficacy	1.103	0.024	0.235	4.312	0.000***	0.251	0.268
Secure attachment	0.743	0.152	0.289	4.901	0.000***	0.221	0.238
Anxious attachment	-0.108	0.101	-0.062	-1.068	0.286	-0.055	-0.061
Avoidant attachment	0.062	0.110	0.034	0.564	0.573	0.029	0.032

$R=0.435$ $R^2=0.179$
 $F=18.082$ $p=0.000***$

*** $p<0.001$

Table 3. Results of the multiple regression analysis conducted to determine the predictors of the control sub-dimension

Variables	B	Standard error B	β	t	p-value	Bivariate correlation	Partial correlation
Constant	12.655	4.506		2.808	0.005**		
Parental self-efficacy	0.000	0.021	0.000	0.009	0.993	0.000	0.000
Secure attachment	-0.199	0.133	-0.091	-1.496	0.136	-0.079	-0.085
Anxious attachment	0.287	0.089	0.195	3.233	0.001**	0.172	0.181
Avoidant attachment	0.266	0.097	0.171	2.749	0.006**	0.146	0.154

R=0.356 R²=0.115
F=11.246 p=0.005**

**p<0.01

Table 4. Results of the multiple regression analysis conducted to determine the predictors of the discouragement sub-dimension

Variables	B	Standard error B	β	t	p-value	Bivariate correlation	Partial correlation
Constant	26.997	4.332		6.232	0.000***		
Parental self-efficacy	-0.058	0.020	-0.156	-2.899	0.004**	-0.146	-0.162
Secure attachment	-0.503	0.128	-0.229	-3.930	0.000***	-0.199	-0.218
Anxious attachment	0.246	0.085	0.233	4.059	0.000***	0.205	0.225
Avoidant attachment	0.018	0.093	0.011	0.190	0.850	0.010	0.011

R=0.457 R²=0.198
F=20.416 p=0.000***

p<0.01, *p<0.001

As seen in Table 4, parental self-efficacy is a negative and significant predictor of the discouragement sub-dimension ($t=-2.899$, $p<0.01$). Secure attachment is a significant and negative predictor of the discouragement sub-dimension ($t=-3.930$, $p<0.001$). Anxious attachment is a positive and significant predictor of the discouragement sub-dimension ($t=4.059$, $p<0.01$). However, avoidant attachment is not a significant predictor of the discouragement sub-dimension ($t=0.190$, $p>0.05$).

When Table 4 is examined, it can be seen that parental competence, secure attachment, anxious attachment, and avoidant attachment significantly predict the discouragement sub-dimension ($R=0.457$, $R^2=0.198$, $p<0.001$), and these variables together explain 45.7% of the total variance of the discouragement sub-dimension.

When Table 2, Table 3, and Table 4 were examined, it was observed that parental competence and secure attachment were significant predictors of the encouragement and discouragement sub-dimensions, that anxious attachment was a significant predictor of the control and discouragement sub-dimensions, and that avoidant attachment was a significant predictor of the control sub-dimension.

Discussion

In the current study, the researchers examined whether attachment styles and parental self-efficacy predicted the control, encouragement, and discouragement sub-dimensions of maternal gatekeeping.

According to the results obtained in the current study, the predictors of the encouragement sub-dimension are secure attachment and parental self-efficacy. Secure attachment and parental self-efficacy positively and significantly predicted the encouragement sub-dimension of maternal gatekeeping.

The encouragement sub-dimension of maternal gatekeeping, as explained by Puhlman and Pasley⁶ refers to the context in which the mother values the father's involvement in childcare and praises and supports her partner in the care and upbringing of their child. When the personality traits of securely attached individuals are examined, they are characterized by trust in both themselves and others, showing respect for the other person, being less anxious, having a high level of self-control, and being able to seek and provide social support when needed.⁴⁴⁻⁴⁶ Securely attached individuals trust both themselves and others and are well-mannered and understanding. At the same time, they have high self-esteem and exhibit extroverted characteristics.⁴⁷ Kobak and Sceery⁴⁶ stated that individuals with a secure attachment style can seek help from others for comfort and support. In this case, it is expected that mothers with a secure attachment style will not interfere with their partners in matters of child-rearing, will collaborate regarding their partner's paternal roles, will trust their partner in this process, will seek support in child-rearing, and will jointly manage the co-parenting relationship, accepting the social support provided by their partner. When the relevant literature was reviewed, no research was found on the subject of maternal secure attachment and maternal gatekeeping.

Another predictor of the encouragement sub-dimension of maternal gatekeeping is parental self-efficacy. Results of the study showed that parental self-efficacy positively and significantly predicted the encouragement sub-dimension of maternal gatekeeping. In other words, when the mother feels competent in her parenting, she is cooperative and supportive of the father's involvement in child-rearing. Parental self-efficacy is defined as the parent's judgment and belief that he or she can fulfil their duties in the child-rearing process.⁴⁸ Individuals with high levels of parental self-efficacy beliefs are sensitive and have developed parenting skills.²⁵ Examining how parental self-efficacy develops reveals that this development is also related to the social support that individuals receive from their spouses.⁴⁹ In this context, research findings also support the assumption that mothers who are highly competent in parenting will not experience fear of failure, will have high-level stress coping skills, will seek support from the father when needed, will be satisfied with co-parenting, and will not contribute to feelings of inadequacy in either themselves or the father regarding the father's relationship with the child. In the relevant literature, no study examining maternal gatekeeping and parental self-efficacy has been found, but there are research findings on the effect of maternal gatekeeping on paternal self-efficacy.⁵⁰

Another result obtained in the current study is that the predictors of the control sub-dimension of maternal gatekeeping are anxious and avoidant attachment styles. Anxious and avoidant attachment positively and significantly predicted the control sub-dimension of maternal gatekeeping. It is emphasized that individuals with anxious and avoidant attachment styles are sceptical, distrustful of others, try to avoid establishing relationships, asking for support, being self-sufficient, and acting independently.^{44,45} In this context, mothers with anxious and avoidant attachment styles avoid seeking support, do not establish relationships, try to be self-sufficient by acting independently from the father during the child-rearing process, and therefore want to control everything that happens around them. On the other hand, the foundations of attachment styles are explained by the quality of communication and interaction that individuals establish with their caregivers during childhood. This internal working model, which begins in infancy, manifests itself in the individual's interactions with others throughout the rest of life.¹⁴ When the literature on attachment is considered, it seems possible that individuals with anxious and avoidant attachment styles may display an overly intrusive and controlling attitude in raising their children. Additionally, they may unconsciously exclude the father from this process to compensate for the communication and interaction they could not establish with their parents. Although maternal gatekeeping was not evaluated based on its sub-dimensions in a study conducted by Aytac and Schoppe-Sullivan²³ they stated that anxiously attached mothers negatively engaged in maternal gatekeeping. Moreover, when research results are examined, it appears that anxious and avoidant attachment styles are associated with low levels of co-parenting and high levels of conflict between parents.²⁰⁻²² In the context of all these findings, mothers with an avoidant attachment style prefer autonomy in

parenting decisions, which may limit father involvement. For this reason, it is hypothesized that interventions to encourage joint decision-making between mother and father in future studies will reduce this tendency.

According to the results of the current study, the predictors of the discouragement sub-dimension of maternal gatekeeping are secure attachment, parental self-efficacy, and anxious attachment. Secure attachment and parental self-efficacy negatively and significantly predicted the discouragement sub-dimension of maternal gatekeeping, while anxious attachment positively and significantly predicted it. The discouragement sub-dimension of maternal gatekeeping is defined as the mother's frequent negative criticism of the father in the child-rearing process, emphasizing the father's incorrect parenting practices, hindering the father's decisions, and exhibiting a sarcastic, indirect, or direct interfering attitude.³⁷ When the discouragement sub-dimension and encouragement sub-dimension of maternal gatekeeping are compared conceptually, they represent opposite attitudes and behaviours. In the discouragement sub-dimension, the mother intervenes in the father's parenting behaviours, while in the encouragement sub-dimension, the father's parenting behaviours are approved, valued, and taken into consideration by the mother. In the current study, findings showed that parental self-confidence and secure attachment are positive and significant predictors of the encouragement sub-dimension. Again, the fact that parental self-efficacy and secure attachment are significant predictors of the discouragement sub-dimension, with a negative association, indicates that these two findings support each other. In addition, studies have shown that there is a relationship between mothers' self-esteem and maternal gatekeeping, as mothers with low self-esteem avoid sharing responsibility for childcare.¹² Studies emphasize that self-efficacy has an impact on self-esteem.⁵¹ In this case, parental self-efficacy is thought to be a factor that predicts maternal gatekeeping, just like self-esteem does. When the literature was examined, no studies were found examining the relationship between mothers' parental self-efficacy and maternal gatekeeping behaviours. Finally, findings of the current study revealed that anxious attachment positively and significantly predicted the discouragement sub-dimension of maternal gatekeeping. Derin⁵² states that as mothers' anxious attachment increases, democratic attitudes decrease, while authoritarian attitudes, protective attitudes, and overly permissive attitudes increase. In the same study, it is also emphasized that as the level of anxious attachment increases, self-esteem decreases. Anxiously attached mothers constantly control their partners and do not give them space by intervening in their behaviors. In addition, a sense of distrust prevails in the relationships of anxiously attached mothers.⁵³ This sense of distrust can lead to negative evaluations in one's life. For this reason, the mother may exhibit a discouraging attitude because she does not have confidence in the father's ability to care for the child. In this context, therapeutic interventions or parental psychoeducation programs for mothers with anxious attachment style can be planned to contribute to both individual and partner relationship and the child-rearing process.

Study Limitations and Recommendations

The data collected in the current study are limited by the capabilities of the measurement tools used and the responses given by the participants. Although this study has many strengths, it also has some limitations. The data in this study are limited to those collected from mothers with children between the ages of 5 and 18. Maternal gatekeeping in the context of different age group can be analysed within the framework of these concepts. Maternal gatekeeping was examined in the context of mothers' attachment styles and parental self-confidence. However, this process also involves fathers in childcare. To evaluate maternal gatekeeping from the perspective of both the mother and father, and to assess how the attachment style and parental self-efficacy of both parents affect the process, fathers can be included in the study group, and results can be comparatively evaluated.

The information obtained from the participants is subjective. This situation poses a limitation influencing social desirability bias. In addition, data in the study were collected from married mothers. Future research could examine maternal gatekeeping behaviors and co-parenting behaviors of divorced parents. In families where there is a stepmother, the stepmother's attachment styles and gatekeeping behaviors can be examined. In addition, future studies could focus on the concept of maternal gatekeeping together with the personality traits of the mother and father. In future studies to be conducted on this subject, it will be useful not only to ensure comprehensive information is obtained from mothers, but also to evaluate fathers' perceptions of maternal gatekeeping, or to analyze the data dyadically for support.

As a suggestion for future research, longitudinal rather than cross-sectional studies can examine changes in maternal gatekeeping behaviours of mothers and paternal involvement in childcare over time. Or, both parents can be included in a parenting programme based on co-parenting skills and maternal gatekeeping for 10-12 sessions, and the effects of the programme on the change in maternal gatekeeping behaviours, co-parenting skills, and child development can be examined. Furthermore, in future studies, father involvement, parental self-efficacy, and/or maternal gatekeeping behaviours of divorced or single parents can be examined. Finally, culture-specific differences can also be addressed in future studies, and data can be analysed comparatively in the context of different cultures.

Within the framework of recommendations for policymakers plans can be made to disseminate various parenting programmes under titles such as responsible parenting, co-parenting, cooperation, and father involvement in child rearing by experts in the field, especially among couples who are expecting a baby or who have recently become parents.

In the field of practice, therapists, psychologists, and psychological counsellors are encouraged to enhance parenting and co-parenting self-efficacy, encourage receiving social support, and plan and include awareness-raising practices about parenting skills in therapy.

Conclusion

Research results show that the concept of maternal gatekeeping is related to parental self-efficacy and attachment styles. It is seen that mothers with high parental self-efficacy or those with a secure attachment style exhibit more encouraging behaviours towards the father in the child-rearing process and avoid discouragement, while mothers with attachment styles such as anxious and avoidant are more control-oriented in child-rearing. In this study, the concept of maternal gatekeeping was analysed by considering different variables. Maternal gatekeeping is a new concept in the literature and has not previously been examined about research variables. In this respect, the research findings are expected to contribute to both the literature and practitioners.

Ethics

Ethics Committee Approval: In addition, approval was obtained from Süleyman Demirel University Ethics Committee before the study (approval number: 138/5, date: 07.06.2023).

Informed Consent: Before the data collection tools were administered to the participants, they read and signed the informed consent form prepared by the researcher.

Footnotes

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

References

1. Allen SM, Hawkins AJ. Maternal gatekeeping: mothers' beliefs and behaviors that inhibit greater father involvement in family work. *J Marriage Fam.* 1999;61:199-212.
2. Feinberg ME. The internal structure and ecological context of coparenting: a framework for research and intervention. *Parent Sci Pract.* 2003;3:95-131.
3. Roy KM, Dyson OL. Gatekeeping in context: babymama drama and the involvement of incarcerated fathers. *Fathering.* [https://en.wikipedia.org/wiki/Fathering_\(journal\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Fathering_(journal)) 2005;3:289-310.
4. Sano Y, Richards LN, Zvonkovic AM. Are mothers really "gatekeepers" of children? Rural mothers' perceptions of nonresident fathers' involvement in low-income families. *J Fam Issues.* 2008;29:1701-1723.
5. Schoppe-Sullivan SJ, Brown GL, Cannon EA, Mangelsdorf SC, Sokolowski MS. Maternal gatekeeping, coparenting quality, and fathering behavior in families with infants. *J Fam Psychol.* 2008;22:389-398.
6. Puhlman DJ, Pasley K. Rethinking maternal gatekeeping. *J Fam Theory Rev.* 2013;5:176-193.
7. Cummings EM, Goeke-Morey MC, Papp LM. Every day marital conflict and child aggression. *J Abnorm Child Psychol.* 2004;32:191-202.
8. Fagan J, Barnett M. The relationship between maternal gatekeeping, paternal competence, mothers' attitudes about the father role, and father involvement. *J Fam Issues.* 2003;24:1020-1043.
9. Wang J, Schoppe-Sullivan SJ. The roles of mothers' perceptions of grandmothers' gatekeeping and fathers' parenting competence in maternal gatekeeping. *Fam Relat.* 2021;70:1435-1448.
10. McBride BA, Brown GL, Bost KK, Shin N, Vaughn B, Korth B. Paternal identity, maternal gatekeeping, and father involvement. *Fam Relat.* 2005;54:360-372.
11. Schoppe-Sullivan SJ, Altenburger LE, Settle TA, Kamp Dush CM, Sullivan JM, Bower DJ. Expectant fathers' intuitive parenting: associations with

- parent characteristics and postpartum positive engagement. *Infant Ment Health J.* 2014;35:409-421.
12. Gaunt, R. Maternal gatekeeping: antecedents and consequences. *J Fam Issues.* 2008;29:373-395.
 13. Trinder L. Maternal gate closing and gate opening in postdivorce families. *J Fam Issues.* 2008;29:1298-1324.
 14. Mikulincer M, Shaver PR. Adult attachment orientations and relationship processes. *J Fam Theory Rev.* 2012;4:259-274
 15. Bowlby J. A secure base: parent-child attachment and healthy human development. Basic Books. 1988.
 16. Simpson JA, Rholes WS. Adult attachment orientations and well-being during the transition to parenthood. *Curr Opin Psychol.* 2019;25:47-52.
 17. Kohn JL, Rholes SW, Simpson JA, Martin III AM, Tran S, Wilson CL. Changes in marital satisfaction across the transition to parenthood: the role of adult attachment orientations. *Pers Soc Psychol Bull.* 2012;38:1506-1522.
 18. Simpson JA, Rholes WS, Campbell L, Wilson C, Tran S. Adult attachment, the transition to parenthood, and marital well-being. Cambridge University Press. 2002.
 19. Wilson CL, Rholes WS, Simpson JA, Tran S. Labor, delivery, and early parenthood: an attachment theory perspective. *Pers Soc Psychol Bull.* 2007;33:505-518.
 20. Feeney JA. The systemic nature of couple relationships: an attachment perspective. *Attachment and family stems: conceptual, empirical, and therapeutic relatedness.* Edited by P. Erdman and T. Caffery. New York: Brunner-Routledge. 2013:139-163. Routledge.
 21. Roberson PN, Sabo M, Wickel K. Internal working models of attachment and postdivorce coparent relationships. *J Divorce Remarriage.* 2011;52:187-201.
 22. Talbot JA, Baker JK, McHale JP. Sharing the love: prebirth adult attachment status and coparenting adjustment during early infancy. *Parent Sci Pract.* 2009;9:56-77.
 23. Aytac FK, Schoppe-Sullivan SJ. Adult attachment as a predictor of maternal gatekeeping among new parents. *Personal Relat.* 2023;30:1096-1116.
 24. Hollist CS, Miller RB. Perceptions of attachment style and marital quality in midlife marriage. *Fam Relat.* 2005;54:46-57.
 25. Coleman PK. "Maternal self-efficacy beliefs as predictors of parenting competence and toddlers' emotional, social, and cognitive development". Graduate Theses, Dissertations, and Problem Reports. 1998;3118.
 26. Teti DM, Gelfand DM. Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child Dev.* 1991;62:918-929.
 27. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. W H Freeman/Times Books/Henry Holt & Co. 1997.
 28. Hassall R, Rose J, McDonald J. Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: the effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *J Intellect Disabil Res.* 2005;49:405-418.
 29. Ardel M, Eccles JS. Effects of mothers' parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth. *J Fam Issues.* 2001;22:944-972.
 30. Jones TL, Prinz RJ. Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: a review. *Clin Psychol Rev.* 2005;25:341-363.
 31. Hudson DB, Elek SM, Fleck MO. First-time mothers' and fathers' transition to parenthood: infant care self-efficacy, parenting satisfaction, and infant sex. *Issues Compr Pediatr Nurs.* 2001;24:31-43.
 32. Hauser O. Pushing daddy away? A qualitative study of maternal gatekeeping. *Qualitative Sociology Review.* 2012;8:34-59.
 33. Gürbüz S, Şahin F. Research methods in social sciences. Seçkin Publishing, Ankara. 2018.
 34. Coleman PK, Karraker KH. Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies.* 2000;49:13-24.
 35. Demir S. Adaptation of the parental self-efficacy scale among mothers: the study of validity and reliability. *IJTES.* 2015;2015:282-297.
 36. Erzen E. Three-dimensional attachment style scale. *Inonu University Journal of the Faculty of Education.* 2016;17:1-21.
 37. Puhlman DJ, Pasley K. The maternal gatekeeping scale: constructing a measure. *Fam Relat.* 2017;66:824-838.
 38. Akgöz Aktaş G, Aydın A. Turkish adaptation of maternal gatekeeping scale: validity and reliability study. *Türk Psikoloji Yazıları.* 2020;23:63-75.
 39. Kalaycı Ş. SPSS applied multivariate statistical techniques, 5th. Edition. Ankara, Turkey: Asil Publishing. 2010.
 40. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics. Boston, MA: Pearson. 2007.
 41. Bachman LF. Statistical analyses for the language assessment book. Cambridge University Press. 2004;18.
 42. Micceri T. The unicorn, the normal curve, and other improbable creatures. *Psychol Bull.* 1989;105:156.
 43. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik SPSS ve LISREL uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi. 2012.
 44. Collins NL. Working models of attachment: implications for explanation, emotion, and behavior. *J Pers Soc Psychol.* 1996;71:810-832.
 45. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol.* 1991;61:226-244.
 46. Kobak RR, Sceery A. Attachment in late adolescence: working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Dev.* 1988;135-146.
 47. Hazan C, Shaver PR. Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychol Inq.* 1994;5:1-22.
 48. Montigny F, Lacharité C. Perceived parental efficacy: concept analysis. *J Adv Nurs.* 2005;49:387-396.
 49. Holloway SD, Suzuki S, Yamamoto Y, Behrens KY. Parenting self-efficacy among Japanese mothers. *J Comp Fam Stud.* 2005;36:61-76.
 50. Liu Y, Haslam DM, Dittman CK, Guo M, Morawska A. Predicting Chinese father involvement: parental role beliefs, fathering self-efficacy and maternal gatekeeping. *Front Psychol.* 2022;13:1066876.
 51. Yıldırım G, Atilla G. The effect of self-efficacy on mindfulness and self-esteem. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.* 2020;21:59-84.
 52. Derin E. Okul öncesi eğitime devam eden çocukların annelerinin bağlanma stilleri, benlik saygıları ve çocuk yetiştirme stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi (Master's thesis, İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü). 2021.
 53. Sezer S, Murat M. The relationship between narcissistic personality traits and forgiveness: mediating role of attachment style. *OPUS Int J Soc Res.* 2020;15:1320-1345.

Somnambulizm ya da İntihar Girişimi: Ayırıcı Tanı ve Tedavi Sürecinin Bir Ergen Olgu Üzerinden Tartışılması

Somnambulism or Suicide Attempt: Discussion of Differential Diagnosis and Treatment Process on an Adolescent Case

İD Ayşe Büyükkateş, İD Hasan Ali Güler

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

ÖZ

Uyurgezerlik, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5'te uyku-uyanıklık bozuklukları başlığı altında parasomni alt başlığı altında sınıflandırılan, yineleyici ve uykunun hızlı olmayan göz hareketi döneminde görülen, uyku sırasında yataktan kalkma ve gezinme dönemleri ile karakterize bir bozukluktur. Uyurgezerlik sırasında bilinçlilik azalabilir ve basit ya da karmaşık hareketler görülebilir. Tanıda güvenilir anamnez en önemli yol göstericidir. Hastalar genellikle sabah kalktıklarında gece uyanma dönemlerini hatırlamaz ya da çok az hatırlar. Sebebi net olarak bilinmemektedir. Aynı ailede görülme olasılığı, sağlıklı popülasyona göre daha fazladır. Patofizyolojisinde genetik ve nöromatürasyonel olgunlaşma faktörlerinin önemli bir rol oynaması muhtemeldir. Çoğu olgu, kendileri ya da çevresi zarar görene kadar tıbbi yardım aramaz ve bu nedenle tanı konulmaz. Tıbbi yazında ve toplumda ilgi çeken bir bozukluktur. Nadir görüldüğü düşünülse de prevalansı ile ilgili kesin bilgi yoktur. Erişkinliğe doğru azalarak sonlanması beklenmektedir. Geç başlayan olgularda nörolojik hastalıklar araştırılmalıdır. Bu olgu sunumunda, yüksekten düşme nedeniyle çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine danışılan ve uyurgezerlik tanısı düşünülen ergen bir olgudan yola çıkarak uyurgezerliğin ayırıcı tanısını yazın eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Somnambulizm, intihar girişimi, epilepsi

ABSTRACT

Sleepwalking is classified under the category of sleep-wake disorders in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5, specifically under the subcategory of parasomnias. It is a disorder characterized by repetitive episodes of getting out of bed and walking around during non-rapid eye movement sleep. During sleepwalking episodes, consciousness is reduced, and both simple and complex movements may occur. A reliable history is the most important guide for diagnosis. Patients usually do not remember or have only partial recall of nighttime awakenings when they wake up in the morning. The exact cause is not known. However, it is more likely to occur in families than in the healthy population. Genetic and neurodevelopmental factors likely play a significant role in the pathophysiology of sleepwalking. Most individuals in these cases do not seek medical help or receive a diagnosis until harm occurs to themselves or others. Although it is considered a rare disorder, there is no definitive information about its prevalence. The condition is expected to decrease and resolve by adulthood. In cases with late onset, neurological disorders should be investigated. In this case report, we aim to discuss the differential diagnosis of sleepwalking based on a case of an adolescent who was consulted by the child and adolescent psychiatry clinic after a fall from a height, suspected of sleepwalking.

Keywords: Sleepwalking, suicide attempt, epilepsy

Giriş

Uyku, çocuklarda bilişsel, duygusal, fiziksel gelişim ve sağlık için önemli bir role sahiptir. Parasomniler, yazında ilk kez Broughton¹ tarafından tanımlanan, uyku sırasında istemsiz olarak meydana gelen uyku bozukluğu sınıfını temsil etmektedir. Çoğunlukla uyku kalitesini ciddi şekilde bozmazlar ve işlevsellikte kayıba yol açmazlar. Tanı için genellikle anamnez yeterli olarak kabul edilmektedir.²

Parasomniler, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5'te uyku-uyanıklık bozuklukları başlığı altında yer almakta olup, uyku, belirli uyku evreleri veya uyku-uyanıklık geçişleri ile ilişkili olarak ortaya çıkan bozukluklardır. En sık görülen parasomniler, hızlı olmayan göz hareketi (NREM) uykusundan uyanma bozuklukları ve hızlı göz hareketi (REM) uyku davranış bozukluğudur. Bu bozuklukların farklı patofizyolojisi, klinik özellikleri ve her bozukluğa özgü özellikleri vardır.³

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Ayşe Büyükkateş, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

E-posta: a.buyukates06@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0009-0006-0829-4113

Geliş Tarihi/Received: 10.10.2024 **Kabul Tarihi/Accepted:** 13.03.2025 **Epub:** 04.06.2025 **Yayınlanma Tarihi/Publication Date:** 13.03.2026

Atıf/Cite this article as: Büyükkateş A, Güler HA. Somnambulism or suicide attempt: discussion of differential diagnosis and treatment process on an adolescent case. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2026;33(1):59-62

Copyright© 2026 Yazar(lar). 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.



Parasomniler, uykunun primer bir bozukluğu olarak ortaya çıkabileceği gibi, altta yatan bozukluk ve belirtilere sekonder olarak da ortaya çıkabilirler. Çocukluk çağında, ergenlik ve yetişkinlik dönemine göre daha sık görülen, kalıtsal geçişin yaygın olduğu, aileleri korkutan ve riskli sonuçlara yol açabilen bozukluklardır.^{4,5} Son çalışmalarda, uyku bozukluklarının intihar düşüncelerine ve davranışlarına giden karmaşık ve çok faktörlü süreçte önemli bir faktör olduğu gösterilmektedir.⁶⁻⁸

Parasomni tanısı konulurken, özellikle aile bireylerinden ve yatak partnerlerinden bilgi alınması gerekmektedir. Klinik değerlendirmede tıbbi özgeçmişin, alkol-madde kullanımının, fiziksel, duygusal ve cinsel problemlerin sorgulanması tanıda önem taşımaktadır. Psikiyatrik ve nörolojik muayene yapılarak, eşlik eden nöropsikiyatrik hastalıkların dışlanması gerekmektedir. Polisomnografik inceleme gerekebilir ancak zorunlu değildir.^{5,9}

NREM parasomniler, genellikle uykunun ilk üçte birinde ortaya çıkan yineleyici, uykudan tam olmayan uyanma dönemlerine eşlik eden bozukluklardır.³ NREM parasomnilerde sıklıkla uykuda istenmeyen fiziksel hareketler görülmekte ve otonom sinir sistemi değişiklikleri eşlik etmektedir. Uyurgezerlik, yineleyici olarak uyku sırasında yataktan kalkma ve gezinme gibi organize ancak amaçsız hareketlerin eşlik ettiği bir NREM uyku bozukluğudur.¹⁰ Boş ve dik bakışlar, iletişim kurma çabalarına yanıtsızlık eşlik eder ve uykudan güçlükle uyandırılabilirler. Bu dönemler sabah uykudan uyanıldığında hatırlanmaz ve rüya içeriği ya anımsanmaz ya da az anımsanır. Klinik olarak sakin ya da ajite olabilirler ve ortaya çıkma zamanı değişkendir.⁵ Çocukların okula gitmek için hazırlanmaları veya gece kahvaltı etmeleri gibi sessiz, rutin davranışlar da görülebilir. Nadir durumlarda hastalar yataktan fırlayabilir, bir şeyleri kırabilir, pencere açabilir, düşebilir ve hatta ölebilir; bu durum bazen intiharla karıştırılabilir.⁶

Çocukluk çağında uyurgezerlik yaygınlığı %17, ergen ve erişkinlerde ise %2'dir. Olguların %80'inde ergenlik yıllarında şikayetler azalır.¹¹ Uyurgezerlikte gece yavaş dalga uykusunda (YDU) düşüş yaşandığı tespit edilmiştir. Bu yavaş dalga düşüşünün, uyurgezerlik prevalansındaki değişikliklere ilişkin gelişimsel olarak beyin olgunlaşma değişikliklerini yansıttığı düşünülmektedir.¹ Yapılan araştırmalar, uyurgezer bireylerde YDU'nun sürekliliğinin ve kalitesinin bozulduğunu göstermektedir. Bu, YDU'nun evrelerinin daha kısa, düzensiz veya "parçalanmış" hale gelmesine neden olabilir. Bu durum, beynin uyku ile uyanıklık arasında geçişleri kontrol eden mekanizmalarının normalden sapması ile ilişkilidir. Bu değişiklikler genellikle YDU'nun toplam süresinde değil, evrelerinin bozulmasıyla kendini gösterir. Bu işleyişteki aksamalar, beyin aktivitelerinde daha fazla uyandırıcı/uyanıklık benzeri bir etkiye yol açar. Bu, uyurgezerlerin beyninin, uyku evreleri arasında anormal geçişler yaptığı ve uyku süreçlerinin doğru bir şekilde gerçekleşmediği anlamına gelir.¹²⁻¹⁴

Bu olgu sunumunda uyurgezerlik nedeniyle, gece üçüncü kattaki odasının penceresinden düşen ve hayati riskin söz konusu olduğu bir ergen olgunun ayırıcı tanı süreci eşliğinde yazının gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Ciddi mortalite ve morbidite

riski doğurabilen bir bozukluk olarak uyurgezerlik tanısı alan olgumuzun erken tedavi konusunda farkındalık sağlamasını umuyoruz. Hastanın ailesinden bu olgu sunumu için onam alınmıştır.

Olgu Sunumu

On dört yaş altı aylık kız hasta, yatışının yapıldığı palyatif bakım servisinden çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine konsülte edilmiştir. Hasta ile tedavi gördüğü serviste görüşülmüş, kendisinden ve babasından anamnez alınmış, tedavi süreciyle ilgili hastane kayıtları incelenmiş ve hastayı takip eden hekim ile görüşülmüştür.

Hastanın babasından alınan anamnezde; on beş gün önce, gece saat 03.00 civarında evdeki herkes uykudayken kızının odasından gelen bir ses nedeniyle uyandığı ve odaya gittiğinde pencerenin açık olduğu, pencereden aşağıya baktığında kızının yerde hareketsiz yattığı öğrenilmiştir. Hastanın kaldırıldığı hastanede ilk müdahalesinin yapıldığı, Glasgow Koma skoru 3 olarak bir süre takip edildiği bilgisine ulaşılmıştır. Hasta ile yapılan görüşmede, olay gecesi saat 1 civarında uyuduğunu ve bunun dışında hiçbir şey hatırlamadığını belirtmiştir. Acil müdahale sonrasında yoğun bakıma alındığı ve hastanın yapılan ileri tetkik ve incelemelerinde subaraknoid kanama, vertebra, femur ve skapulada kırıkların olduğu, pnömotoraks, hemotoraks, pnömomediastinum, karaciğer kontüzyonu ve böbrek laserasyonunun eşlik ettiği ve on bir gün yoğun bakımda takip ve tedavi edildiği öğrenilmiştir.

Hastanın geçmiş öyküsünde; 9. sınıf öğrencisi olduğu, çekirdek ailesi ile birlikte ilçede yaşadığı bilgisine ulaşılmıştır. İlk defa 7 yaşında evde gece gezinme dönemlerinin başladığı ve bu dönemlere aile bireyleri ile evde yatılı kalan misafirlerin şahit olduğu öğrenilmiştir. Odadan odaya gezinme, kapıları açma, tepki vermeme, uyandırılmama ve sabah olayı hatırlamama dönemlerinin olduğu bilgisi babasından alınmıştır. Hastadan ve babasından alınan bilgiye göre, özgeçmişinde daha önce bilinen tıbbi bir hastalığının olmadığı, daha önce çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvurusunun olmadığı öğrenilmiştir. Hastanın tıbbi ve psikiyatrik soygeçmişinde özellik saptanmamıştır. Ailenin gece gezinme dönemlerinin zararsız olduğunu düşündükleri için psikiyatrik başvuruda bulunmadığı öğrenilmiştir.

Hasta tarafımıza danışıldığında iletişim kurabiliyordu, ancak boyunluka yatağa bağımlı bir halde idi. Yapılan ruhsal durum muayenesinde; genel görünümü yaşıyla uyumlu olan kız hastanın bilinci açık, yer-zaman-kişi oryantasyonu tamdı ve hasta koopereydi. Göz teması yeterliydi ve hasta iletişime açıktı, ancak boyunluktan dolayı konuşmakta zorlanıyordu. Duygudurum ötimik, duygulanım uygundu. Düşünce süreci ve çağrışımlar doğaldı. Düşünce içeriğinde sanrı saptanmadı. Aktif/pasif suicidal düşüncesi yoktu. Algı muayenesinde psikopatoloji saptanmadı. Uykusu, ağrının olduğu gecelerde kesintiye uğruyordu; iştahta artış ya da azalma belirtilmedi. Motor aktivite kırıkları sebebiyle azalmıştı. Bellek muayenesinde olay gecesi saat 01.00 itibarıyla amnezik olduğu saptanırken, yakın bellek kapasitesi normaldi. Yargılama ve soyutlama doğaldı.

Klinik olarak zeka normal olarak değerlendirildi. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli (ÇDŞG-ŞY) ile yapılan kesitsel değerlendirmede psikiyatrik bir bozukluk saptanmadı.

Mevcut anamnez, tıbbi öykü ve muayene bulguları değerlendirildiğinde, hastanın uyurgezerlik tanısı olduğu düşünüldü. Hastanın mevcut tıbbi durumu ve hareket kısıtlılığı göz önüne alınarak hastaya ve aileye psikoeğitim verildi, güvenlik önlemleri anlatıldı. Hastanın tıbbi tedavisinin devam edeceği, ortopedi ve travmatoloji bölümünde kırıkları nedeniyle operasyon geçireceği öğrenildi. Hastanın tıbbi tedavisi tamamlandıktan ve genel durumu tamamen düzeldikten sonra çocuk ve ergen psikiyatri takibine girmesi ve medikal tedavi başlanması planlandı.

Tartışma

Uyurgezerlik genellikle çocukluk çağı başlangıçlıdır, nadiren ergenlik ya da yetişkinlikte başlayabilir. Yetişkinlikte başlayan olgular, ilaçlar veya nörodejeneratif hastalıklarla ilişkili bulunmuştur.¹⁵ Olgumuzda, yazınla uyumlu olarak, ilk uyurgezerlik dönemleri çocukluk çağında başlamıştır. Yazında uyurgezerlik, hem erişkin hem de pediatrik hastalarda bildirilmektedir ve uyurgezerliğin tıbbi ve psikolojik komplikasyonlar açısından ciddi olabileceği bildirilmiştir.¹⁵ Uyurgezerlik atakları, basit ve zararsız durumlardan, uykuya ilişkili şiddet ve yaşamı tehdit eden yaralanmaların meydana geldiği en ciddi örneklerle kadar farklılıklar gösterir.¹⁶ Hastamızda da hayatı tehdit eden ciddi yaralanmalara, yoğun bakım ihtiyacına ve uzun süreli hastane yatışına ve operasyona ihtiyaç duyulmuştur.

1965'ten bu yana yapılan araştırmalarda, uyurgezerlerin uyku elektroensefalogramında (EEG) hipersenkronize yavaş delta dalgalarının varlığı gözlemlenmiştir; ancak bu yüksek amplitüdlü dalgaların anlamı konusunda tartışmalar mevcuttur.¹⁷ Diğer uyku bozukluklarıyla birlikte görülebilirler ve bir uyurgezerlik olayının ortaya çıkmasından hemen önce kaydedilmişlerdir; ancak klinik önemleri sorgulanmış ve reddedilmiştir.¹⁸ Bu sebeple EEG'de görülebilecek bozukluklar tanı aşamasında uyurgezerliğe özgü değildir. Bu bağlamda, olgumuzda subaraknoid kanama gibi karıştırıcı faktörlerin bulunması nedeniyle EEG değerlendirmesi yapılmamıştır.

Olgumuzun yüksekte düşme öyküsü olduğundan dolayı ayırıcı tanıda intihar girişimi atlanmaması gereken bir durumdur. Olgumuza benzer şekilde yazında 10 yaşında bir kız çocuğunun uç metrelik yükseklikten düştüğü, frontal kafatası kırığı ve frontal lob kontüzyonu ile sonuçlanan bir olgu sunumu bildirilmiştir.¹⁹ Türkiye'de çocuk ve ergenlerde yaşam boyu intihar girişimi oranı %3,5-11 arasında değişmektedir. Bu oranlar uluslararası verilerle paralellik göstermektedir. İntihar girişimlerinin, gerçekleşen intiharlara oranla çok daha yaygın olduğu bildirilmektedir.²⁰ Hastamızda ise daha önce hiçbir psikiyatrik başvuru ve tanı düzeyinde semptom olmadığı öğrenilmiş olup, son zamanlarda psikososyal stresör yaşamadığı ve daha önce intihar girişimi olmadığı öğrenilmiştir. Bu nedenle de mevcut durum için ön planda intihar girişimi düşünülmemiştir.

Ayırıcı tanıda epileptik nöbetler de atlanmamalıdır. Epilepsi, çocuklarda ve erişkinlerde görülen yaygın bir nörolojik bozukluktur. Epilepsi sendromlarının iki ana kategorisi, lokalizasyonla ilişkili veya genelleştirilmiş olarak adlandırılır. Bu ikili sınıflandırma, fokal beyin bölgelerinden kaynaklanan nöbetlerin lokalizasyonla ilişkili epilepsi ile ilişkili olduğunu göstermektedir; aksine, jeneralize epilepsi, yaygın, iki taraflı beyin tutulumu olan nöbetlerle karakterizedir.¹⁷ Meziyal temporal lob epilepsisi, yetişkinlerde en yaygın epilepsi sendromudur ve hastalarının yaklaşık %40'ını oluşturmaktadır. Fokal epilepsi hastaları genellikle aşırı gündüz uykululuk ve uyku-uyanıklık bozukluklarından muzdariptir. Yetmiş dört meziyal temporal lob epilepsisi hastasıyla yapılan bir çalışmada, en sık görülen şikayet aşırı gündüz uykululuk olarak bulunmuştur.²¹

Parasomniler ve REM'de azalma, fokal epilepside yaygındır. Birçok çalışma, insanlarda yüksek oranda aşırı gündüz uykululuk, uyku bölünmesi ve bozulmuş uyku mimarisi bulmuştur. Tanıda uyku ve uyanıklık EEG'si uzun zamandır birincil teknik olarak kullanılmaktadır.¹⁸ Hastamızda aileden alınan bilgiye göre geçirilmiş nöbet öyküsü yoktu. Soygeçmişinde nörolojik bir hastalık tanısı konulmadığı öğrenilmişti. Hastanemizde yapılan nörolojik değerlendirmeye ek olarak alınan anamnez neticesinde de epilepsi tanısı düşünülmemiştir. Uyku terörü/uyurgezerliği olan 30 çocuğun değerlendirildiği bir çalışmada, kaygı bozukluğu, panik bozukluk, basit fobi, intihar düşüncesi ve sigara veya alkol kullanımı anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur.²¹ Hastamızda ise ÇDŞG-ŞY ile yapılan klinik değerlendirmede eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk saptanmamıştır.

Birçok uyurgezer, kendilerine veya sevdiklerine zarar verene kadar ya da sabahları kendilerini bitkin hissedene kadar tıbbi yardım aramaz.¹⁰ Bizim olgumuzda da yazınla uyumlu olarak, babadan alınan bilgiye göre ailenin daha önce uyurgezerliğe şahit olmasına rağmen zararsız olduğunu düşünmesi ve çok sık uyurgezerlik nöbetlerinin olmaması nedeniyle psikiyatrik başvuru yapmadığı öğrenilmiştir.

Sonuç olarak, olgunun psikiyatrik değerlendirmesi sonucu ve alınan bilgiler ışığında uyurgezerlik tanısı ön planda düşünülmüştür. Uyurgezerlik, nadir bir bozukluk olması nedeniyle zaman zaman gözden kaçan bir tanı olabilmektedir. Klinisyenlerin bütüncül yaklaşım kapsamında hastaların uyku/uyanıklık döngüsü ve uyku rutinlerine dair bilgi alması önemlidir.

Etik

Hasta Onayı: Hastanın ailesinden bu olgu sunumu için onam alınmıştır.

Dipnot

Yazarlık Katkıları

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

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından herhangi bir çıkar çatışması beyan edilmemiştir.

Finansal Destek: Yazar tarafından finansal destek alınmadığı bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Broughton RJ. Sleep disorders: disorders of arousal? Enuresis, somnambulism, and nightmares occur in confusional states of arousal, not in "dreaming sleep". *Science*. 1968;159:1070-1078.
2. Ercan ES, Kandemir H, Kütük MÖ, Kılıçoğlu AG, Durak FS, Işık Ü, Perçinel Yazıcı İ, Bilaç Ö, Yazıcı KU, Ünsel Bolat G, Kavurma C, Kılıçaslan F. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi. Ankara: Akademisyen Yayınevi. 2020;1:1-5.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013:1-947.
4. Fisher C, Kahn E, Edwards A, Davis DM. A psychophysiological study of nightmares and night terrors. I. Physiological aspects of the stage 4 night terror. *J Nerv Ment Dis*. 1973;157:75-98.
5. Ercan ES, Bilaç Ö, Öğütlü H, Kavurmacı C. Çocuk ve Ergenlerde Uyku ve Uyanıklık Bozukluklarına Yaklaşım. 1. Baskı. Ankara: Akademisyen Yayınevi; 2022:50-60.
6. Bernert RA, Kim JS, Iwata NG, Perlis ML. Sleep disturbances as an evidence-based suicide risk factor. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17:554.
7. Littlewood D, Kyle SD, Pratt D, Peters S, Gooding P. Examining the role of psychological factors in the relationship between sleep problems and suicide. *Clin Psychol Rev*. 2017;54:1-16.
8. Idir Y, Oudiette D, Arnulf I. Sleepwalking, sleep terrors, sexsomnia and other disorders of arousal: the old and the new. *J Sleep Res*. 2022;31:e13596.
9. Irfan M, Schenck CH, Howell MJ. NonREM disorders of arousal and related parasomnias: an updated review. *Neurotherapeutics*. 2021;18:124-139.
10. Arnulf I. Sleepwalking. *Curr Biol*. 2018;28:R1288-R1289.
11. Stallman HM, Kohler M, Wilson A, Biggs S, Dollman J, Martin J, Kennedy D, Lushington K. Self-reported sleepwalking in Australian senior secondary school students. *Sleep Med*. 2016;25:1-3.
12. Nofzinger EA, Reynolds CF. Sleep and sleep disorders. *Geriatric Medicine*. 1996;823-840.
13. Carskadon MA, Dement WC. Normal human sleep: an overview. *Principles and Practice of Sleep Med*. 2005;4:13-23.
14. Zergham AS, Chauhan Z. Somnambulism. [Updated 2023 Jan 9]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
15. Guilleminault C, Kirisoglu C, da Rosa AC, Lopes C, Chan A. Sleepwalking, a disorder of NREM sleep instability. *Sleep Med*. 2006;7:163-170.
16. Fishman MJ, et al. Classification of the epilepsies: current concepts and future directions. *Epilepsia*. 2014;55:835-850.
17. Holmes MD, Brown M, Tucker DM. Are "generalized" seizures truly generalized? Evidence of localized mesial frontal and frontopolar discharges in absence. *Epilepsia*. 2004;45:1568-1579.
18. Madigand-Tordjman MA, Egler PJ, Bertran F, Jokic M, Guénolé F. Somnambulisme avec mise en danger vital (syndrome d'Elpenor) chez un enfant [Life-threatening sleepwalking (Elpenor's syndrome) in a 10-year-old child]. *Arch Pediatr*. 2017;24:557-560.
19. Bilkay Hİ, Sarı T, Gürhan N. Türkiye'de çocuk-ergen ruh sağlığına yönelik kısa bir inceleme. *Çocuk ve Gelişim Dergisi*. 2023;6:78-92.
20. Latini MF, Oddo S, Anzulovich AC, Kochen S. Daily rhythms in right-sided and left-sided temporal lobe epilepsy. *BMJ Neurol Open*. 2022;4:e000264.
21. Gau SF, Soong WT. Psychiatric comorbidity of adolescents with sleep terrors or sleepwalking: a case-control study. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999;33:734-739.

Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Bir Çocukta Bilişsel Kopma Sendromu: Bir Olgu Sunumu

Cognitive Disengagement Syndrome in a Child with Autism Spectrum Disorder: A Case Report

İD Hakan Öğütü¹, İD Simay Çepni², İD Buse Çam³, İD Alara Kerimler⁴, İD Öznur Bilaç⁵, İD Eyüp Sabri Ercan⁶

¹Dublin Üniversitesi Koleji, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Dublin, İrlanda

²Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı, İstanbul, Türkiye

³King's College London Psikiyatri, Psikoloji ve Sinirbilim Enstitüsü, Londra, İngiltere

⁴Özel Doç. Dr. Hakan Öğütü Kliniği, Klinik Psikoloji, Ankara, Türkiye

⁵Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

⁶Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

ÖZ

Bu olgu sunumu, 10 yaşında otizm spektrum bozukluğu (OSB) olan bir çocuğun bilişsel kopma sendromu (BKS) belirtilerini incelemektedir. BKS'nin dikkat eksikliği, yorgunluk ve motivasyon sorunlarının çocuğun akademik performansını ve sosyal etkileşimlerini nasıl etkilediği tartışılmaktadır. Dört yaşında OSB tanısı alan çocuk erken müdahale hizmetlerinden faydalanmış, konuşma ve sosyal becerilerinde ilerleme kaydetmiştir. Ancak dikkatini sürdürme, görev tamamlama ve akran ilişkilerinde problemler devam etmiştir. Tedavi sürecinde çok disiplinli bir yaklaşım benimsenmiştir. BKS belirtilerini yönetmek için davranışsal stratejiler, yapılandırılmış rutinler ve motivasyon ile yorgunluk sorunlarını ele almak amacıyla bilişsel-davranışçı terapi (BDT) uygulanmıştır. Ayrıca akademik ihtiyaçlarını desteklemek için sınıf içinde çeşitli uyarlamalar yapılmıştır. Müdahale sonrası çocukta dikkat, akademik başarı ve sosyal becerilerde belirgin iyileşme görülmüştür. Davranışsal teknikler ve çevresel düzenlemelerle görevlerde katılım artmış, BDT ile motivasyon sorunları azalmıştır. Çocuk sosyal etkileşimlerde daha aktif hale gelmiş, oyun aktivitelerine katılım göstermiştir. Bu olgu, OSB ve BKS'nin birlikte yönetilmesindeki zorluklara dikkat çekerken, bireyselleştirilmiş müdahalelerin olumlu etkilerini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel kopma sendromu, yavaş bilişsel tempo, otizm spektrum bozukluğu, bilişsel davranışçı terapi, olgu

ABSTRACT

This case report examines the impact of cognitive disengagement syndrome (CDS) in a 10-year-old boy diagnosed with autism spectrum disorder (ASD). The focus is on how CDS symptoms, such as attention deficits, fatigue, and motivational issues, affect the child's academic and social performance, highlighting the need for individualized interventions. Diagnosed with ASD at age 4, the child received early interventions, including speech and occupational therapy. Despite progress in these areas, challenges with attention, task completion, and peer engagement persisted. A multi-disciplinary approach was used, involving behavioral strategies, structured routines, and cognitive-behavioral therapy (CBT) for motivation and fatigue management. Classroom accommodations were also provided. Following intervention, the child showed improvements in attention, academic performance, and social skills. Behavioral techniques and CBT addressed key issues, leading to enhanced task engagement and social interactions. This case emphasizes the importance of personalized strategies in managing both ASD and CDS.

Keywords: Cognitive disengagement syndrome, sluggish cognitive tempo, autism spectrum disorder, cognitive behavioral therapy, case

Giriş

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), bireylerin sosyal etkileşim ve iletişimde zorluklar yaşadığı, sınırlı ilgi alanları ve tekrarlayıcı davranışlarla karakterize edilen nörogelişimsel bir bozukluktur.¹

Bilişsel kopma sendromu (BKS), eski adıyla yavaş bilişsel tempo [*sluggish cognitive tempo (SCT)*], bireyin dikkat ve bilişsel

süreçlerinin aniden kesintiye uğraması, düşünce akışının bozulması ve bilişsel işlevlerin geçici olarak askıya alınmasıyla ortaya çıkan bir durumdur.²⁻⁴ Bu sendrom, OSB tanılı bireylerde günlük yaşamda ciddi bilişsel zorluklara yol açabilir. Özellikle BKS ve OSB'nin birlikte görülmesi, tanılarının atlanmasına ve tedavide güçlükler neden olabilmektedir.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Doç. Dr. Hakan Öğütü, Dublin Üniversitesi Koleji, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Dublin, İrlanda

E-posta: hakan.ogutlu@ucd.ie **ORCID:** orcid.org/0000-0002-1325-446X

Geliş Tarihi/Received: 10.01.2025 **Kabul Tarihi/Accepted:** 02.10.2025 **Yayınlanma Tarihi/Publication Date:** 13.03.2026

Atıf/Cite this article as: Öğütü H, Çepni S, Çam B, Kerimler A, Bilaç Ö, Ercan ES. Cognitive disengagement syndrome in a child with autism spectrum disorder: a case report. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2026;33(1):63-67

Copyright© 2026 Yazar(lar). 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.



Bu olgu sunumunda OSB tanılı 10 yaşındaki bir erkek çocuk olgusu üzerinden çocuğun bilişsel ve davranışsal süreçlerini inceleyerek, bu iki durumun birlikteliğinin tanı ve tedavi sürecindeki zorluklarını tartışmayı hedeflemektedir. Sunum ayrıca, olgu üzerinden BKS'nin semptomlarının OSB ile birlikte seyredildiğindeki gelişimsel süreci, semptomları, günlük yaşam üzerindeki etkileri ve zorlukları ile ayrıntılı olarak incelenmektedir.

Olgu Sunumu

Olgu, ailesinin konuşma ve sosyalleşme sorunlarını ilk fark etmesinden iki ay sonra 4 yaşında OSB teşhisi almıştır. İlk belirtiler göz teması kurmakta zorlanma, akranlarıyla yaşına uygun şekilde oynamama ve el çırpma gibi tekrarlayan davranışlardı. Teşhis konulduktan sonra olgu, bu gelişimsel sorunları ele alan özel eğitim, konuşma terapisi ve ergoterapiyi de içeren erken müdahale programı aldı.

Olgu bazı erken gelişimsel dönüm noktalarını karşılamakta sorun yaşasa da nihayetinde müdahaleler ile bunu başardı. Beş yaşına geldiğinde, kısa cümlelerle konuşuyor ve sosyal etkileşimde aşamalı ilerlemeler gösteriyordu. Bu belirtiler biraz azalmış olsa da olgu hala dikkatini vermekte, görevleri tamamlamakta veya yaşıtı diğer çocuklarla oynamakta zorlanıyordu. Çocuğun ebeveynleri ve öğretmenleri, oyuna dikkatini veremediğini, hayal kurduğunu veya başka bir çocuğa kuralların değiştiğini çok fazla hatırlattığını fark ettiler.

Olgu birinci sınıftayken öğretmenleri onun dersleri dinleyebilmesi ve ödevlerini teslim edebilmesi konusunda endişe duyduklarını belirttiler. Sık sık düşüncelere dalar, boşluğa bakıyor gibi görünüyordu. Ebeveynleri de 9-10 saat uyduğunu, ancak sabah uyandığında hala aşırı yorgun ve motivasyondan yoksun görüldüğünü görmeye başladılar. Bu gözlemler ileri bir değerlendirme yapılması için çocuk ve ergen psikiyatristine başvurmalarına neden oldu ve olgu daha önce teşhis edilen OSB'ye ek olarak BKS'ye sahip olduğu saptandı.

Bilişsel Kopma Sendromu Semptomları

BKS, son yıllarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğundan (DEHB) farklı olarak ele alınan bir dikkat bozukluğu türüdür. Bu sendromda, bireylerin dikkatini toplamakta zorlandığı, zihinsel karışıklıklar yaşadığı ve düşük aktivite düzeyleri sergilediği gözlemlenir. BKS, genellikle üç ana semptom grubu ile tanımlanır: hayal kurma, zihinsel karışıklık ve hipoaktivite. Bu semptomlar, bireyin günlük yaşamını olumsuz etkileyerek akademik, sosyal ve kişisel alanlarda işlevsellik kaybına yol açabilir.³

- **Hayal Kurma Boyutu:** Bu boyutta bireyler sık sık dalar, kendi düşüncelerine kapılır ve çevreyle olan etkileşimlerinden koparlar. "Dalıp gitme" olarak tanımlanan bu durum, kişilerin boşluğa bakmaları ve zihinlerinin başka yerlere gitmesi ile kendini gösterir. Olguda bu boyutla ilişkili olarak gözlemlenen spesifik bulgular Tablo 1'de detaylandırılmıştır.

- **Zihinsel Karışıklık Boyutu:** Bireyler, düşüncelerini organize etmekte zorlanır ve genellikle düşüncelerinin karıştığını fark

ederler. Bu boyuttaki semptomlar, iletişim kurma güçlükleri ve düşünce hızının yavaşlaması gibi problemlerle ilişkilidir. Olguda bu boyutla ilişkili olarak gözlemlenen spesifik bulgular Tablo 1'de detaylandırılmıştır.

- **Hipoaktivite Boyutu:** BKS ile ilişkilendirilen bir diğer belirgin semptom grubu ise düşük aktivite düzeyidir. Bu kişiler gün içinde yorgunluk hissedebilir, enerjileri düşük olabilir ve fiziksel olarak da yavaş hareket edebilirler. Olguda bu boyutla ilişkili olarak gözlemlenen spesifik bulgular Tablo 1'de detaylandırılmıştır.

Klinik Görüşme ve Gözlem

Klinik görüşme sırasında çocuk ve ergen psikiyatristi, olgunun geçmişi ve mevcut semptomları hakkında detaylı bilgi edindi. Değerlendirme için birden fazla bilgilendirici (olgu, ebeveynleri, öğretmenleri ve diğer bakım verenler) bu sürece dahil edilmiştir.

Olgunun hayal kurma ataklarının sıklığı ve süresi, ne sıklıkla "sis içinde" olduğu veya zihinsel olarak başka bir yerdeymiş gibi görüldüğü hakkında görüşüldü. Dikkate alınması gereken bir diğer önemli faktör de olgunun günde ne kadar enerji harcadığının, yorgunluk ya da bitkinlik durumunun değerlendirilmesiydi. Okulda ve evde, ebeveynler ve öğretmenler olguyu akranlarına göre yorgun ya da halsiz olarak tanımlamış ve bu da BKS'de görülen enerji dalgalanmalarına ilişkin daha bir bakış açısı katmıştır. Kayıtsız bir ruh hali olan ilgisizlik, daha önce zevk alınan sosyal veya akademik faaliyetler için heyecan bulamama ve yeni deneyimlere katılma konusunda isteksizlik şeklinde ortaya çıkabilmektedir.

Çocuk ve ergen psikiyatristi, olgunun akademik ve günlük yaşam bağlamlarında da basit soruları ne kadar sürede yanıtladığını sorarak bilişsel işleyişine ilişkin bir tespitte bulundu. Görüşmede ayrıca olgunun dikkat bozukluğunun özelliklerine de değinildi. BKS, daha çok dışsal dikkat dağıtıcı işlev bozukluğu olan DEHB'ye kıyasla esas olarak bir içsel dikkat dağınıklığı sorunu gibi görünmektedir. Bu içe odaklanma, dış faaliyetlere konsantre olmayı çok zorlaştırabilir. BKS'deki bu "içsel dikkat dağınıklığı", bireyin zihninin sık sık kendi düşüncelerine, hayallerine veya bir tür zihinsel "sis" haline kayması anlamına gelir; bu durum DEHB'deki gibi dış uyaranlarla dikkatin dağılmasından farklı olarak, kişinin kendi iç dünyasında kaybolmasıyla karakterizedir ve genellikle daha yavaş bir tempo, enerji düşüklüğü ile kendini gösterirken, DEHB'de sıkça görülen hiperaktivite ve dürtüsellik BKS'de tipik değildir. Bu temel fark, BKS'nin DEHB'den ayrılan en önemli yönlerinden biridir ve literatürde klinik ölçeklerle de bu özgül belirtiler üzerinden tanımlanmaya çalışılmaktadır.

Olgunun işleyişine ilişkin daha fazla bilgi, görüşme sırasındaki davranışsal gözlemlerle sağlandı. Ebeveynler ve öğretmenler olgunun geri çekiliyor ya da gruplara katılmıyor gibi görüldüğünü belirtti. Bu bulgular, BKS ile ilişkili sosyal geri çekilme profillerinin vurgulanmasına yardımcı oldu.

Esas önemli olan, BKS semptomlarının olgunun akademik başarılarına nasıl neden olduğu hakkında bilgi toplamaktır. Öğretmenler ders sırasında odaklanma, ev ödevlerini tamamlama ve tartışmalara katılma konusunda zorluklar

yaşadıklarını belirttiler. BKS'nin sosyal ilişkiler üzerindeki etkisi, olgunun yapılan görüşme sırasında üzerinde durulan bir diğer konuydu. Ebeveynler ve akranları olgunun utangaç olduğunu, içine kapanık pasif yapısı nedeniyle olaylara ya da arkadaşlarına daha az ilgi duyduğunu söyledi.

Ölçek

Çocuk ve ergen davranış envanteri (CABI), çocukların performansını dışsallaştırma, içselleştirme, sosyal, akademik ve bilişsel gibi farklı bileşenler üzerinden değerlendiren, 6'lı Likert tipi bir yanıt formatına sahip, 10 farklı alanda detaylı bilgi sunan bir değerlendirme aracıdır. CABI, kapsamlı psikometrik özellikleri sayesinde, tüm alanların hem bireysel hem de bütüncül bir şekilde incelenmesine olanak tanır. Bu çalışmada ise yalnızca BKS alanı değerlendirilmiştir.⁵ Önceki araştırmalarda, ebeveynler tarafından doldurulan SCT alanında 2,07'nin üzerinde alınan puanların daha yüksek SCT riskiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir.⁶ Bu çalışmada da bu kriter temel alınmış olup, olgunun SCT skoru 36 çıkmış olup ortalama skoru 2,07'nin üzerinde bulunmuştur.

Müdahaleler ve Destek

Olgunun ihtiyaçlarının karmaşıklığı nedeniyle, OSB ve BKS semptomlarını ele almak için iyi tasarlanmış bir müdahale planı gerekliydi. Müdahale, farmakolojik tedavi, psikososyal müdahaleler ve eğitsel ve çevresel düzenlemelerden oluşmaktaydı:

I. Farmakolojik Tedavi

Olgunun BKS belirtilerini hafifletmek ve bilişsel performansını iyileştirmek amacıyla uygulanan metilfenidat tedavisinin dozu, başlangıç ve idame süreçleri ile olgudaki etkilerine dair ayrıntılı bilgiler Tablo 2'de sunulmuştur.

II. Psikososyal Müdahaleler

Bu başlık altında davranışsal stratejiler, bilişsel-davranışçı terapi (BDT) ve sosyal beceri eğitimi uygulamaları yer almaktadır:

A. Davranışsal stratejiler ve terapiler

Olgunun günlük yaşamını kolaylaştırmak, kaygılarını azaltmak ve uyumunu artırmak amacıyla evde ve okulda uygulanan yapılandırılmış rutinler, görevlerin yönetilebilir parçalara bölünmesi ve olumlu pekiştirme sistemlerinin detayları Tablo 2'de açıklanmaktadır.

B. Bilişsel-davranışçı terapi

BDT seansları kapsamında olgunun ulaşamaz hedeflerinin farkına varılması, görev başlatma ve tamamlama zorluklarının değerlendirilmesi, enerji eksikliği ile uyuşukluğun yönetilmesi ve motivasyon eksikliğinin aşılmasına yönelik uygulanan stratejiler (hedef belirleme, enerji yönetimi, farkındalık egzersizleri, motivasyon artırma teknikleri) ve bunların olgu üzerindeki etkileri Tablo 2'de ayrıntılı olarak incelenmiştir.

C. Sosyal beceri eğitimi

Olgunun sosyal zorluklarını aşmak amacıyla katıldığı sosyal beceri eğitimi gruplarında kullanılan yöntemler (rol yapma, sosyal öyküler grup tartışmaları), öğretilen temel sosyal

Tablo 1. Hastanın bilişsel kopma sendromu ile ilişkili bulguları, bilişsel kopma sendromu semptomlarının tanımlandığı boyutlara göre kümelendirmesi

Hayal kurma boyutu

1. Ders sırasında sık sık hayallere dalarak öğretmenlerinin verdiği önemli yönergeleri kaçırıyordu.
2. Öğretmenin söylediklerine odaklanmakta zorlanıyor, dikkati sürekli dağılıyordu.
3. Öğretmen bir konuyu açıklarken zihin dünyasına dalıp, sınıfta neler olduğundan habersiz bir şekilde boşluğa baktığı sık sık gözlemleniyordu.
4. Sık sık düşüncelere dalar, boşluğa bakıyor gibi görünüyordu.
5. Oyuna dikkatini veremediği ve hayal kurduğu fark edildi.

Zihinsel karışıklık boyutu

1. Zihni karışıklı.
2. Bilgiyi işlemekte zorlanıyor, özellikle yeni bilgileri anlaması ve öğrenmesi uzun zaman alıyordu.
3. Derslerde anlatılan konulara adapte olması güçleşiyor, verilen yönergeleri takip etmekte ve anlamakta zorluk yaşıyordu.

Hipoaktivite boyutu

1. Gün içinde sık sık uykulu hale geliyor ve genel olarak çökmüş bir durumda oluyordu.
2. Enerjisi düşük olduğu için herhangi bir aktiviteye karşı motivasyonu neredeyse yoktu.
3. Fiziksel efor harcadığında ise hemen yoruluyor ve sık sık dinlenme molaları vermesi gerekiyordu.
4. Hareketleri oldukça yavaştı ve evde genellikle hareket etmek istemiyordu.
5. Fiziksel aktivitelerden kaçınıyor, çoğunlukla pasif bir şekilde oturmayı tercih ediyordu.
6. Bir aktiviteye katılmaya teşvik edildiğinde bile isteksiz davranıyor, herhangi bir etkinliğe dahil olma konusunda motivasyon eksikliği yaşıyordu.
7. Rutin günlük aktivitelere (örneğin; giyinme, okul ödevleri) başlaması ve bitirmesi için motive etmekte sürekli zorluk yaşıyordu.
8. Sabah uyandığında hala aşırı yorgun ve motivasyondan yoksun görünüyordu.

beceriler ve bu eğitimin olgunun sosyal katılımı ile ilişkilerine dair bilgiler Tablo 2’de yer almaktadır.

III. Eğitsel ve Çevresel Düzenlemeler

A. Ev ortamında düzenlemeler (duyu dostu ortam)

Olgunun aşırı duyuusal yüklenmesini azaltmak amacıyla ev ortamında yapılan dikkat dağıtıcı unsurların en aza indirilmesi

ve duyuusal hassasiyetlerine yönelik düzenlemeler Tablo 2’de belirtilmiştir.

B. Okul ve sınıf içi düzenlemeler

Olgunun sınıfta başarılı olmasını desteklemek amacıyla yapılan duyuusal düzenlemeler, fiziksel ortam uyarlamaları (oturma düzeni, duyuusal araçlar) ve öğretimsel uyarlamalar

Tablo 2. Olgunun ihtiyaçlarının karmaşıklığı göz önünde bulundurularak planlanan farmakolojik tedavi, çeşitli psikososyal müdahaleler ve hem ev hem de okul ortamını kapsayan eğitsel ve çevresel düzenlemeler

Farmakolojik tedavi

1. Metilfenidat tedavisi (10 mg/gün’den 20 mg/gün’e artırılarak) bilişsel kopma sendromu (BKS) belirtileri gösteren olguda dikkat ve odaklanmayı belirgin şekilde iyileştirmiştir.
2. Ebeveyn ve öğretmen raporları, metilfenidat tedavisinin ardından hastanın odaklanma süresinin uzadığını, görev tamamlama süresinin kısaldığını ve dalgınlığının azaldığını belirterek, tedavinin BKS belirtilerinin yönetiminde etkili olduğunu doğrulamıştır.

II. Psikososyal müdahaleler

A. Davranışsal stratejiler ve terapiler

Yapılandırılmış rutinler ve görev dağılımı

1. Olgunun yaşadığı zorluklar karşısında, evde ve okulda uygulanan yapılandırılmış rutinler ve görevlerin küçük parçalara bölünmesi, kaygısını azaltıp uyumunu kolaylaştırmada önemli rol oynadı.
2. Uyanma, yemek, ödev ve oyun gibi günlük aktiviteler için belirlenmiş zamanlar ve bu zamanlamayı destekleyen görsel planlar (hem evde hem de okulda taşınabilir bir formatta) sayesinde neyin ne zaman olacağını öngörebilmesi, yaşadığı karışıklık anlarını azalttı.
3. Özellikle zorlu görevlerin adım adım talimatlar ve görsel desteklerle küçük parçalara ayrılması, bunalmasını engelleyerek odaklanmasına ve görevleri başarıyla tamamlayarak başarı hissi yaşamasına yardımcı oldu, böylece dikkatinin dağılması azaldı.
4. Kısa ve sık molalar dinlenmesini sağlarken, bu bütüncül yaklaşım günlük yaşamını daha öngörülebilir ve yönetilebilir kılarak genel iyilik halini artırdı.

Olumlu pekiştirici

1. Olgunun ilerlemesini teşvik etmek için bir olumlu pekiştirme sistemi kuruldu. Görevleri tamamladığında ve rutinleri takip ettiğinde, çıkartmalar, küçük oyuncaklar veya ek oyun zamanı gibi ödüller aldı. Ayrıca sözlü övgülerle de desteklendi.
2. Annesi, ev ödevlerini bitirdiğinde ona ödül çizelgesinden çıkartma veriyor, belirli bir sayıya ulaştığında seçtiği bir ödülü alıyordu. Öğretmenleri ve ebeveynleri sürekli sözlü övgüler kullanarak olgunun kendine güvenini artırdı.

B. Bilişsel-davranışçı terapi (BDT)

Hedef belirleme

1. BDT seanslarında olgunun ulaşamaz hedeflerinin farkına varması sağlandı ve görev başlatma, tamamlama gibi zorluklar değerlendirildi.
2. Olgu ve terapisti, küçük adımlara bölünmüş bir hedef listesi hazırladı. Örneğin, olgunun ev ödevini bağımsız tamamlaması için adımlar şöyleydi: zaman belirlemek, malzemeleri hazırlamak, ödevi küçük görevlere ayırmak, çalışma planı yapmak ve ara vermek. Terapist, olguya alarm kurma ve her adım sonrası ödüllendirme gibi yöntemler önerdi.

Uyuşukluğu yönetmek

1. Olgunun enerji eksikliği ve uyuşukluğu BDT ile ele alındı. Terapist, gün içinde daha enerjik hissetmesine yardımcı olacak stratejiler öğretti; trambolinde oyun gibi egzersizler önerildi ve bu aktivitelerin ruh haline olumlu etkisi gözlemlendi.
2. Olguya enerji seviyesini yönetmesi için farkındalık egzersizleri ve derin nefes alma ile vücut taraması gibi basit farkındalık teknikleri gösterildi. Bu teknikleri özellikle uzun dikkat gerektiren görevlerden önce kullanması sağlandı.

Motivasyonun artırılması

1. BDT seansları, olgunun motivasyon eksikliğini aşmak için ilgi duyduğu aktiviteler bulmaya odaklandı. Terapist, olgunun ilgi alanlarını belirleyip bunları günlük faaliyetlere entegre etmeye çalıştı.
2. Olgu, işlerini ilgi alanlarına bağlayabildiğinde onları yapma olasılığı artıyordu. Örneğin, resim çizmeyi sevdiği için, bazı görevleri tamamladıktan sonra ayrıntılı bir resim çizmek ödül haline getirildi. Ayrıca, terapist olguyu ilgi alanlarına dayalı küçük ve büyük hedefler belirlemeye teşvik etti, bu da motivasyonunu artırdı.

C. Sosyal beceri eğitimi

1. Olgu, sosyal zorluklarını aşmak amacıyla, güvenli bir ortamda pratik yapma imkanı sunan sosyal beceri eğitimi gruplarına katıldı. Bu gruplarda rol yapma, sosyal öyküler ve grup tartışmalarıyla konuşma başlatma, sıra alma ve yüz ifadelerini okuma gibi temel sosyal beceriler öğretildi.
2. Ayrıca, kendine güvenini artırmaya yönelik alıştırma (selamlaşma, grup etkinliklerine katılma, davet kabul etme provaları) sosyal becerilerini geliştirmesi, sosyal faaliyetlere katılımını artırması ve yaşlılarıyla daha iyi ilişkiler kurması sağlandı.

(görsel ipuçları, talimatların netleştirilmesi, ek süre, esnek değerlendirme yöntemleri) Tablo 2’de detaylandırılmıştır.

Tartışma

Olgu, zamanla bağıllık ve motivasyonunda belirgin bir ilerleme kaydetmiştir. Bu ilerleme, müdahaleler sonucunda gözlemlenen çeşitli davranışsal ve işlevsel gelişimler üzerinden değerlendirilmiştir. Temel değerlendirme ölçütleri arasında; (1) günlük yaşam aktivitelerini ve yapılandırılmış rutinleri daha etkin yönetme becerisi, (2) akademik görevlere ve sosyal etkileşimlere yönelik artan katılım ve isteklilik düzeyi, (3) BDT seanslarında belirlenen hedeflere ulaşma ve öğrenilen stratejileri uygulama konusundaki aktif çabası ve (4) ebeveyn ile öğretmenlerin olgunun davranışlarındaki olumlu değişimlere dair gözlemleri yer almaktadır.

Bu ölçütler ışığında, yapılandırılmış rutinler ve görev dağılımları, olgunun günlük faaliyetlerini yönetmede iyileşmeler sağlamış ve yönelim bozukluğu anlarındaki kafa karışıklığını azaltmıştır. Olumlu pekiştirme uygulamaları, akademik katılımını artırmış ve akranlarının talimatlarına daha uyumlu hale gelmesini sağlamıştır; bu durum, akran katılımı ile öğretmen yönlendirmesi arasındaki etkileşimlerde istikrar sağlamıştır.

Dikkat dağınıklığını azaltmak amacıyla BDT aracılığıyla verilen dikkat yönetimi stratejileri sonucunda olgu, gerçekçi beklentiler belirlemeyi, enerji kaynaklarını korumayı ve zihinsel kontrol listesini tamamlamayı öğrenmiştir. Bu beceriler, görevleri daha hızlı ve kendine güvenle tamamlamasına yardımcı olmuştur. Hedeflerinin psikoloğu tarafından sürekli gözden geçirilerek güncellenmesi, olgunun ilerleme kaydetmeye devam etmesini sağlamıştır.

Sosyal alanda ise, sınıf arkadaşları önünde daha dışa dönük hale gelmiştir. Aldığı sosyal beceri eğitimi, ona konuşma başlatma ve sürdürme becerileri kazandırmış, böylece grup çalışmalarına daha aktif katılmaya başlamıştır. Öğretmenler ve ebeveynler, olgunun okulda katılımında ve arkadaş edinme arzusunda belirgin bir iyileşme gözlemlemişlerdir. Zorluklar devam etse de uygulanan müdahalelerin birleşimi, olgunun sosyal ve akademik yolculuğunda önemli ilerlemeler kaydetmesini sağlamıştır.

Özetle, olgunun durumu, BKS ve OSB’yi aynı anda tedavi etmenin zorluklarını göstermektedir. Özel ihtiyaçlara yönelik lokal müdahalelerin bireysel uygulanması, genel işlevsellik ve yaşam kalitesinde iyileşme sağlamıştır. Bu olgu, benzer özelliklere sahip çocuklarda ikili tanılarının karmaşıklığını kabul etmenin ve hem akademik ilerleme hem de sosyal etkileşim için bireyselleştirilmiş tedaviyi desteklemenin önemini

vurgulamaktadır. Çevresel değişikliklerle birlikte uygulanan kapsamlı davranışsal ve BDT müdahaleleri, olgunun zorluklarını önemli ölçüde azaltmış ve başarılarını artırmıştır. Bu model, BKS ve OSB ile başa çıkan diğer bireyler için etkili bir destekleyici yaklaşım olarak önerilmektedir.

Etik

Hasta Onayı: Hastanın kendisinden ve yasal vasilerinden çalışmaya katılım, olgunun yayımlanması ve tanımlayıcı klinik bilgilerin paylaşılması için yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır.

Dipnot

Yazarlık Katkıları

Konsept: H.Ö., Dizayn: H.Ö., Veri Toplama ve İşleme: S.Ç., B.Ç., Analiz ve Yorumlama: H.Ö., S.Ç., B.Ç., A.K., Ö.B., E.S.E., Literatür Tarama: H.Ö., S.Ç., Yazan: H.Ö., S.Ç.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. 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.
2. Barkley RA, Willcutt E, Jacobson LA. What is the cognitive deficit in sluggish cognitive tempo (SCT)? A review of neuropsychological research. *ADHD Rep.* 2022;30:1-10.
3. Becker SP, Willcutt EG, Leopold DR, Fredrick JW, Smith ZR, Jacobson LA, Burns GL, Mayes SD, Waschbusch DA, Froehlich TE, McBurnett K, Servera M, Barkley RA. Report of a work group on sluggish cognitive tempo: key research directions and a consensus change in terminology to cognitive disengagement syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2023;62:629-645.
4. Brewe AM, Simmons GL, Capriola-Hall NN, White SW. Sluggish cognitive tempo: an examination of clinical correlates for adults with autism. *Autism.* 2020;24:1373-1383.
5. Burns GL, Lee S, Servera M, McBurnett K, Becker SP. Child and adolescent behavior inventory-parent version 1.0. Pullman, WA: Author. 2015. Available from: <https://static1.squarespace.com/static/5cdf50adf5b59400015725cd/t/5d5f4ce31064790001233ab2/1566526692691/CABI+Parent+1.1+2018+-+Complete+Measure.pdf>
6. Servera M, Sáez B, Burns GL, Becker SP. Clinical differentiation of sluggish cognitive tempo and attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J Abnorm Psychol.* 2018;127:818-829.