

ISSN 1302-0099 / e-ISSN 2146-7153

KLİNİK psikiyatri

www.klinikpsikiyatri.org DERGİSİ



Yıl / Year: 2019

Cilt / Volume: 22

Sayı
Number 3

ANP
Yayıncılık

İçindekiler / Contents

Editörden / Editorial

252 Editör'den
Mehmet Yumru

Araştırma Yazıları Research Articles

- 254 **Ergen yaş grubunda dijital oyun bağımlılığı, aleksitimi ve üst biliş problemleri arasındaki ilişkinin incelenmesi**
The relationships between the digital game addiction, alexithymia and metacognitive problems in adolescents
Mesut Yavuz, Narmin Nurullayeva, Selcan Arslandoğdu, Ayça Çimendağ, Merve Gündüz, Burcu Gökşan Yavuz
- 260 **Ciddi mental bozukluklarda kardiyovasküler riskin değerlendirilmesi**
Assessment of cardiovascular risk for serious mental disorders
Rugül Köse Çınar, Pelin Taş Dürmüş
- 266 **Üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığının yeme tutumları ve obezite ilişkili sorunlara etkisi**
The relationship between internet addiction and eating attitudes and obesity related problems among university students
Nermin Gündüz, Onur Gökçen, Fatma Eren, Erkal Erzincan, Özge Timur, Hatice Turan, Aslihan Polat
- 276 **Bir AMATEM kliniginde tedavi gören hastaların sosyodemografik verilerinin incelenmesi**
Evaluation of sociodemographic data in patients treated in an alcohol and drug addiction treatment center (ASATC) clinic
Elif Aktan Mutlu, Özyıl Öztürk Sarıkaya
- 286 **Şizofreni hastalarının bakım vericilerine uygulanan psikoeğitimin bakım vericilerin duygu dışavurumlarına ve hastaların pozitif ve negatif sendrom ölçeği puanlarına olan etkisi**
The effect of psychoeducation applied to the caregivers of schizophrenic patients on the emotion expressions of the caregivers and the positive and negative syndrome scale scores of the patients
Müge Bulut, Hülya Arslantas, Ferhan Dereboy
- 298 **Çocuk ve ergen psikiyatrisinde özelleşmiş bir travma polikliniği deneyimi**
Specialized trauma outpatient clinic experience in child and adolescent psychiatry
Hatice Ünver, Isik Karakaya
- 304 **Öz Tikslenme Ölçeği - Revize Formu: Türkçe uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması**
Self-Disgust Scale - Revised: Turkish adaptation, validity and reliability
Basak Bahtiyar, Asiye Yıldırım
- 316 **Özgül fobilerde sanal gerçeklik teknolojisi uygulamaları ile tedaviye yardımcı araç geliştirme: Bir etkililik çalışması**
Developing an auxiliary tool for treatment of specific phobias via virtual reality technology applications: An effectiveness study
Sedat Isıklı, Zeynel Baran, Selçuk Aslan
- 329 **Ergenlerde internet bağımlılığı ve psikopatoloji ile ilişkisi: Kesitsel bir çalışma**
Internet addiction and its relation with psychopathology in adolescents: A cross-sectional study
Özlem Hekim, Zeynep Goker, Hilal Aydemir, Esra Çöp, Gülser Dinç, Özden Üneri
- 338 **Bir eğitim-araştırma hastanesinde istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi ve psikiyatrik hastalıkların doğru tanınma oranları**
Assessment of psychiatric consultations in an educational-research hospital and accuracy rates of recognition of psychiatric diseases
Irem Ekmekci Ertek, Hayriye Mihrimah Öztürk

Derleme

Review

- 347 **Pika, geri çıkarma bozukluğu nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları**
What is pica and rumination disorder? Diagnosis and treatment approaches
Murat Kaçar, Çiçek Hocaoğlu
- 355 **Psikiyatri hizmetleri ve moral distres**
Psychiatry services and moral distress
Mustafa Sabri Kovanci, Azize Atli Özbaz

Olgu Sunumu

Case Report

- 364 **Ergenlerde intihar bulası: Olgu sunumu**
The contagion of suicidal behavior in adolescents: A case report
Selma Çilem Kızılpınar, Burçin Çolak, Bedriye Öncü
- 369 **Katatonisi ile ilişkili üriner retansiyon: Olgu sunumu**
Urinary retention associated with catatonia: Case report
Ömer Asan, Erol Göka

YAZIM KURALLARI

Klinik Psikiyatri Dergisi, Psikiyatri, Klinik Psikoloji, Psikofarmakoloji ve Nörolojinin psikiyatridi ilgilendiren alanlarında yapılan deneysel ve klinik araştırmalar, derlemeler, olgu sunumları, kısa bildiriler ve editöre mektup türünden yazılara yer vermektedir. Yılda 4 kez yayınlanan dergi, Türkçe ve İngilizce yazıları kabul etmektedir.

Gönderilen makaleler için; iletim, değerlendirme, yayınlanma gibi hiçbir aşamada ücret talep edilmemektedir.

2016 sayıları itibarı ile makalelere DOI numaraları verilmektedir. Digital Object Identifier (DOI) sistemi digital ortamda yer alan içeriğe kolay erişilebilmesini sağlayan bir sistemdir. DOI numarası almış makaleler ile sistem, basili mecrada yayınlanmasına gerek kalmadan çevrimiçi yayınlanması ile birlikte çalışmalarınız arasında yer almasını olanak sunmaktadır. Bu durum akademisyenler için zaman açısından avantaj sağlamaktadır. DOI sistemi, ISO standardı olup International DOI Foundation tarafından idare edilmektedir. DOI Sisteminde yer alan dergimizde çalışmalarını yayınlanan yazarlar çalışmalarını ulusal ve uluslararası bilim çevrelerinin hızlı erişimine sunmakta ve böylelikle yazılarının atıf potansiyelini artırmaktadırlar.

Dergimiz Journal Agent ara yüzü ile makale gönderimi ve takibi yapmaktadır. Kullanıcılar tarafından kolay ve hızlı kullanım imkânı tanıyan makale takip sistemi ile çalışmalarınız hızlı bir şekilde değerlendirilmektedir.

Yazıların değerlendirme süreci ve etik konular

Klinik Psikiyatri Dergisi makalelerin değerlendirilmesinde bağımsız, tarafsız, çift-kör hakem değerlendirme raporlarını temel alınmaktadır. Gönderilen makalelerin özgünlükleri, metodolojileri, tartışılan konunun önemi, Yayın Kurulu üyeleri tarafından değerlendirilir. Takiben, tarafsız değerlendirme sürecini sağlamak için her makale alanlarında uzman en az iki dış-bağımsız hakem tarafından değerlendirilir. Bütün makalelerin karar verme süreçlerinde nihai karar yetkisi Editörler Kurulu'ndadır.

Gözden geçirenler yazarların kimliğinden habersizdir ve yazarlar da gözden geçirenlerin kimliğinden habersizdirler.

Gönderilen yazılar, isimleri gizli tutulan konuyla ilgili en az iki danışma kurulu üyesince değerlendirilir. Danışma kurulunca değerlendirmeleri tamamlanan yazılar yayın kurulunda görüşülür. Yayın kurulu yazıyı yayınlamaya, düzeltilmesi için geri göndermeye, düzelterek yayınlamaya ya da yayınlamamaya yetkilidir. Dergimizin editöryel ve yayın süreçleri [International Committee of Medical Journal Editors \(ICMJE\)](#), [World Association of Medical Editors \(WAME\)](#), [Council of Science Editors \(CSE\)](#), [Committee on Publication Ethics \(COPE\)](#), [European Association of Science Editors \(EASE\)](#) ve [National Information Standards Organization \(NISO\)](#) organizasyonlarının kılavuzlarına uygun olarak biçimlendirilmiştir.

Derginin editöryel ve yayın süreçleri, Principles of Transparency and Best Practice in Scholarly Publishing ([doaj.org/bestpractice](#)) ilkelerine uygun olarak yürütülmektedir.

Yayın Kurulu, dergimize gönderilen çalışmalar hakkındaki intihal, atıf manipülasyonu ve veri sahteciliği iddia ve şüpheleri karşısında [COPE](#) kurallarına uygun olarak hareket edecektir. Bütün makalelerin benzerlik tespiti denetimi, [iThenticate](#) yazılımı aracılığıyla yapılmaktadır.

Eğer makalede daha önce yayınlanan makalelerden alıntı varsa, makalenin yazarı yayın hakkı sahibi ve yazarlarından yazılı onay almak ve bunu makalesinde belirtmek zorundadır. Alınan onay belgesi makaleyle beraber editörlüğümüze gönderilmelidir. Hakemlerin, mükerrer yayın, intihal vb gibi olası araştırma ve yayın etiği ihalleri konusunda yorumda bulunmaları beklenir..

Yazar olarak listelenen herkesin [ICMJE](#) tarafından önerilen yazarlık ölçütlerini karşılaması gerekmektedir. ICMJE, yazarların aşağıdaki 4 ölçütün her birini karşılamasını önermektedir:

1. Çalışmanın konseptine/tasarımına; ya da çalışma için

verilerin toplanmasına, analiz edilmesine ve yorumlanmasına önemli katkı sağlamış olmak;

2. Yazı taslağını hazırlamış ya da önemli fikrinsel içeriğin eleştirel incelemelerini yapmış olmak;

3. Yazının yayından önceki son halini gözden geçirmiş ve onaylamış olmak;

4. Çalışmanın herhangi bir bölümünün geçerliliği ve doğruluğuna ilişkin soruların uygun şekilde soruşturulduğunun ve çözümlendiğinin garantisini vermek amacıyla çalışmanın her yönünden sorumlu olmayı kabul etmek.

Yazarlar bu dört kuralı karşıladıklarına dair yazılı onayı Yayın Hakkı Devir Formu'nda bildirmek durumundadır. Dört kriterin hepsini karşılamayan kişilere makalenin başlık sayfasında teşekkür edilmelidir. Yayın Kurulu'nun gönderilen bir makalede "armağan yazarlık" olduğundan şüphelenmesi durumunda söz konusu makale değerlendirme yapılmaksızın reddedilecektir.

Yazarlar, çalışmalarındaki doğrudan ya da ticari bağlantı, maddi destek gibi konularda tam olarak açık olmalıdırlar. Yazarlar bu türden bir ilişkileri varsa bunun nasıl bir ilişki olduğunu bildirmek, yoksa hiçbir ilişkileri olmadığını belirtmek zorundadırlar. Dergimiz, [WAME](#)'in çıkar çatışması tanımını benimsemektedir.

Yazıların geliş tarihleri ve kabul ediliş tarihleri makalenin yayınlandığı sayıda belirtilir. Derginin internet sayfasında bütün makalelerin Türkçe ve İngilizce özet versiyonları ile gönderilen dildeki tam metin versiyonları bulunur. İçerik, yayın sürecinin tamamlanmasını takiben derginin internet sayfasında ücretsiz erişime açık hale getirilir. Eğer abone değil iseler yazarlara, yazılarının yayınlandığı dergi gönderilmemektedir.

Dergimizde yayınlanan yazıların yayın hakkı ANP Özel Sağlık Hizmetleri LTD ŞTİ'ne aittir. Yazarlara telif ücreti ödenmemektedir.

Yayınlanan yazıların bilimsel ve hukuki sorumluluğu yazarlarına aittir. Dergide yayınlanan makalelerde ifade edilen görüşler ve fikirler Klinik Psikiyatri Dergisi, Editörler ve Yayın Kurulu'nun değil, yazar(lar)ın bakış açılarını yansıtır. Editörler, Yayın Kurulu ve Yayıncı bu gibi durumlar için hiçbir sorumluluk ya da yükümlülük kabul etmemektedir.

Gönderilen yazıların hemen işleme konulabilmesi için belirtilen yazım kurallarına tam olarak uygun olması gereklidir.

Yazım Kuralları

Dergide yayınlanmak üzere gönderilen yazıların uzmanlarca tarafsız değerlendirmeye alınabilmesi için, yazarların kimliklerine ilişkin bilgilerin, yazının başında yer alacak ayrı bir sayfada bulunması gereklidir.

Yazılar, yazının daha önce bir dergide yayınlanmamış veya yayınlanmak üzere gönderilmemiş, olduğunu bildiren ve tüm yayın haklarının ANP Özel Sağlık Hizmetleri LTD ŞTİ'ne devredildiği belirtilen, yazarlarca imzalanmış bir üst yazı ile gönderilmelidir.

Yazılarınızı web anasayfamızda yer alan "online makale gönder" butonuna tıklayarak gönderebilirsiniz. Her türlü sorunuz için klinikpsikiyatri@gmail.com adresinden bize ulaşabilirsiniz.

İlk sayfada, makale başlığının altında, yazarların isim, soyadı, unvan, çalışma adresleri ve varsa e-mail adresleri belirtilmelidir. En sonda da yazışmaların yapılacağı sorumlu yazarın adres, telefon ve e-mail adresi yer almalıdır.

Araştırmalar, olgu sunumları ve derleme yazıları için Türkçe özet ve anahtar sözcükler ile İngilizce başlık, İngilizce özet ve İngilizce anahtar sözcükler bulunması zorunludur. **Türkçe özet en az 150, en fazla 200, İngilizce özet en az 230, en fazla 250 sözcükten oluşmalıdır.** Anahtar sözcükler Index Medicus'a göre seçilmeli, en az 3 en fazla 6 kelime olmalıdır. Araştırma yazılarında Türkçe ve İngilizce özetler, Amaç (Objectives), Yöntem (Method), Bulgular (Results), Sonuç (Conclusion) şeklinde başlıklardan oluşmalıdır.

YAZIM KURALLARI

Kısaltmalar uluslararası kabul edilen şekilde olmalı, ilk kullanıldıkları yerde açık olarak yazılmalı ve parantez içinde kısaltılmış şekli gösterilmelidir. Özetle kısaltmalar yer verilmemelidir. Yazılarda dipnot kullanılmamalı, açıklamalar yazı içinde verilmelidir.

Makaleler sadece www.klinikpsikiyatri.org adresinde yer alan derginin online makale yükleme ve değerlendirme sistemi üzerinden gönderilebilir. Diğer mecralardan gönderilen makaleler değerlendirilmeye alınmayacaktır.

MAKALE TÜRLERİ

Araştırma

Araştırma yazıları sırasıyla Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç alt başlıklarından oluşmalıdır. Türkçe ve İngilizce özetler, Amaç (Objectives), Gereç ve Yöntem (Method), Bulgular (Results), Sonuç (Conclusion) şeklinde başlıklardan oluşmalıdır.

Makaleler, [ICMJE-Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals](http://www.icmje.org) ile uyumlu olarak hazırlanmalıdır.

Araştırmalarda etik ilkelere uyulmalıdır. Etik Kurul kararları ve olgu onay formları yazılara eklenmeli, makalede etik ilkelere uyulduğu bir cümle ile belirtilmelidir.

Özgün araştırmaların kısıtlamaları, engelleri ve yetersizliklerinden Sonuç paragrafı öncesi "Tartışma" bölümünde bahsedilmelidir.

Derleme ve Olgu Sunumu

Derleme ve olgu sunumu şeklindeki makalelerde de yukarıdaki ana yazım düzenine uyulmalı, özet sayfasından sonra yazının türüne uygun şekilde kaleme alınmalı, derlemelerde kaynak sayısı 50'in üzerinde olmamalıdır. Derlemelerde, yazarlardan birinin konuyla ilgili 3 veya daha çok özgün araştırmasının yayımlanmış olması gereklidir. Derleme yazarlarının konu hakkındaki birikimi uluslararası literatüre yayın ve atıf sayısı olarak yansımış uzmanlar olması gerekir. Bu ölçütlere uyan yazarlar derleme yazısı yazmaları için Yayın Kurulunca davet edilebilir.

Olgu sunumlarının giriş ve tartışma kısımları kısa-öz olmalı, kaynak sayısı kısıtlı tutulmalıdır. Bu yazılar, "Giriş", "Olgu Sunumu" ve "Tartışma" alt başlıklarını içermelidir.

Kısa Bildiriler

Kısa bildiriler özet içermemeli, kısa-öz olmalı, kaynakları sınırlı olmalıdır. Kısa Bildirim yazıları (başlık sayfası, kaynaklar, tablo/şekil/resim hariç) 2500 kelimeyi geçmemelidir.

Editöre Mektup

Editöre mektup bölümü, dergide daha önce yayınlanmış yazılara eleştiri getirmek, katkı sağlamak ya da orjinal bir çalışma olarak hazırlanmamış ve hazırlanamayacak bilgilerin iletilmesi amacıyla oluşturulduğundan kısa-öz olmalı, özet içermemeli, kaynakları sınırlı olmalıdır.

TABLO, ŞEKİL VE RESİMLER

Tablo, Şekil ve Resimler numaralandırılmalı ve metin içinde geçiş sırasına göre belirtilmelidir. Başlık veya alt yazıları ile birlikte her biri ayrı sayfada hazırlanarak yazıya eklenmelidir. Şekiller fotoğraf filmi alınabilecek kalitede gönderilmelidir. Şekil içindeki harf, numara ya da semboller net ve okunabilir olmalıdır.

Tablolar ana dosyaya eklenmeli, kaynak listesi sonrasında sunulmalı, ana metin içerisindeki geçiş sıralarına uygun olarak numaralandırılmaz. Tabloların üzerinde tanımlayıcı bir başlık yer almalı ve tablo içerisinde geçen kısaltmaların açılımları tablo altına tanımlanmalıdır. Tablolar Microsoft Office Word dosyası içinde "Tablo Ekle" komutu kullanılarak hazırlanmalı ve kolay okunabilir şekilde düzenlenmelidir. Tablolarda sunulan veriler ana metinde sunulan verilerin tekrarı olmamalı; ana metindeki verileri destekleyici nitelikte olmalıdır.

Resimler, grafikler ve fotoğraflar (TIFF ya da JPEG formatında) ayrı dosyalar halinde sisteme yüklenmelidir.

KAYNAKLAR

Atıf yapılırken en son ve en güncel yayınlar tercih edilmelidir. Atıf yapılan erken çevrimiçi makalelerin DOI numaraları mutlaka sağlanmalıdır. Kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Dergi isimleri Index Medicus/Medline/PubMed'de yer alan dergi kısaltmaları ile uyumlu olarak kısaltılmalıdır. Kaynaklarda tüm yazar isimleri listelenmelidir. Ana metinde kaynaklara atıf yapılırken parantez içinde Arabik numaralar kullanılmalıdır.

Vancouver stilinde kaynak gösterimi yapılmalıdır. Dergi isimlerinin kısaltmaları, "NLM Katalog: NCBI Veri tabanlarında atıf yapılan dergilerde" (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>) kullanılan stilde olmalıdır. Dizine eklenmemiş dergilerin kısaltılması gerekir. Farklı yayın türleri için kaynak stilleri aşağıdaki örneklerde sunulmuştur:

Kaynak bir makale ise,

Boyce P, Parker G, Barnett B, Cooney M, Smith F. Personality as a vulnerability factor to depression. *Br J Psychiatry* 1991; 159:106-114.

Zinbarg RE, Barlow DH, Liebowitz M, Street L, Broadhead E, Katon W, Roy-Byrne P, Lepine J-P, Teherani M, Richards J, Brantley PJ, Kraemer H. The DSM-IV field trial for mixed anxiety-depression. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1153-1162

Bir derginin ek sayısı ise; Beskow J. Depression and suicide. *Pharmaco-psychiatry* 1990; 23 (Suppl 1): 3.

Burrows GD, Norman TR, Judd FK, Marriott PF. Short-acting versus long-acting benzodiazepines: discontinuation effects in panic disorders. *J Psychiatr Res* 1990; 24 (suppl 2): 65-72.

Kaynak bir kitap ise; Beahrs JO. The Cultural Impact of Psychiatry: The Question of Regressive Effects, in *American Psychiatry After World War II: 1944-1994*. Edited by Menninger RW, Nemiah JC. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000, pp. 321-342.

Çeviri kitaptan alıntı ise; Saddock BJ, Saddock VA. *Klinik Psikiyatri*. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 2. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti., 2005, 155-157.

Tezden alıntı ise | Yılmaz B. Ankara Üniversitesi'ndeki Öğrencilerin Beslenme Durumları, Fiziksel Aktiviteleri ve Beden Kitle İndeksleri Kan Lipidleri Arasındaki İlişkiler. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. 2007.

Baskıdaki makaleler için | Cai L, Yeh BM, Westphalen AC, Roberts JP, Wang ZJ. Adult living donor liver imaging. *Diagn Interv Radiol* 2016; 24. doi: 10.5152/dir.2016.15323. [In press].

Kongre bildirileri için | Yumru M, Savas HA, Kalenderoglu A, Bulut M, Erel O, Celik H. İkiüçlü bozukluk alt tiplerinde oksidatif dengesizlik. 44. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı 2008; 105.

İnternette alıntılar için | World Health Organization. Depression. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>. Erişim tarihi: Ağustos 22, 2016.

Kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Doğrudan yararlanılmayan ya da başka kaynaklardan aktarılmış kaynaklar belirtilmemeli, basılmamış eserler ya da kişisel haberleşmeler kaynak gösterilmemelidir.

Editörler Kurulu/ Editorial Board

Onursal Editör

Nevzat Yüksel

Editör

Burhanettin Kaya

Mehmet Yumru

Bölüm Editörleri

Ayşe Devrim Başterzi

Deniz Ceylan

Ejder Akgün Yıldırım

Hamid Boztaş

Gamze Özçürümez

Hasan Kandemir

Meram Can Saka

Sevcan Karakoç Demirkaya

Dil Editörleri

Tolga Binbay

Dış İlişkiler Editörleri

Halis Ulaş

Muzaffer Kaşer

İstatistik Editörü

Gülşah Seydaoğlu

Neşe Direk

Web Editörü

Mehmet Yumru

Danışma Kurulu/Advisory Board

Asena Akdemir

Aslıhan Dönmez

Aylin Uluşahin

Aylin Yazıcı

Ayşe Gül Yılmaz Özpolat

Bedriye Öncü

Bengi Semerci

Berna Uluğ

Can Cimilli

Cem Atbaşoğlu

Cem İncesu

Cem Kaptanoğlu

Cengiz Tuğlu

Çınar Yenilmez

Doğan Şahin

Doğan Yeşilbursa

Erkan Özcan

Ertan Yurdakoş

Hakan Gürvit

Hakan Türkçapar

Haldun Soygür

Işıl Vahip

İnci Özgür İlhan

İsmet Kırpınar

Köksal Alptekin

Levent Küey

Mehmet Zihni Sungur

Mustafa Sercan

Nahit Özmenler

Naomi Fineberg

Nesim Kuğu

Okan Taycan

Orhan Murat Koçak

Paul Fletcher

Raşit Tükel

Runa Uslu

Salih Selek

Sedat Batmaz

Seher Akbaş

Selçuk Candansayar

Serap Erdogan Taycan

Simavi Vahip

Süheyla Ünal

Şahika Yüksel

Şeref Özer

Tamer Aker

Timuçin Oral

Tunç Alkın

Bu sayıda görüş ve önerileri ile yayın kalitemize katkıda bulunan danışmanlarımız

<i>Aslı Sürer Adanır</i>	<i>Fatih Bal</i>	<i>Esra Yancar Demir</i>	<i>Nermin Gürhan</i>	<i>Anıl Kırmızı</i>	<i>Didem Öztop</i>	<i>Çisem Utku</i>
<i>Mehmet Ak</i>	<i>Koray Başar</i>	<i>Esra Demirci</i>	<i>Mükerrem Güven</i>	<i>Şennur Kışlak</i>	<i>Mine Öztürk</i>	<i>Süheyla Ünal</i>
<i>Ömer Faruk Akça</i>	<i>Ömer Başay</i>	<i>Onur Okan Demirci</i>	<i>Ceyda Güvenç</i>	<i>Yüksel Kıvrak</i>	<i>Ozan Pazvantoğlu</i>	<i>Sevginar Vatan</i>
<i>Hatice Aksu</i>	<i>Ayşegül Batgün</i>	<i>Artuner Deveci</i>	<i>Selma Türel Hesapçioğlu</i>	<i>Ferdi Köşger</i>	<i>Şermin Yalın Sapmaz</i>	<i>Pınar Vural</i>
<i>Evrin Aktepe</i>	<i>Sedat Batmaz</i>	<i>Berker Duman</i>	<i>Çiçek Hocaoğlu</i>	<i>Nesim Kuğu</i>	<i>Burcu Akın Sarı</i>	<i>Özhan Yalçın</i>
<i>Kürşat Altınbaş</i>	<i>Öznur Bilaç</i>	<i>Lale Gönenir Erbay</i>	<i>Hale Kahyaoğlu</i>	<i>Çağdaş Öykü Memiş</i>	<i>Gökhan Sarısoy</i>	<i>Ferhat Yaylacı</i>
<i>Ercan Altınöz</i>	<i>Çilem Bilginer</i>	<i>Burcu Rahşan Erim</i>	<i>Aysun Kalenderoğlu</i>	<i>Elif Mutlu</i>	<i>Murat Semiz</i>	<i>Aylin Yazıcı</i>
<i>Vesile Altınyazar</i>	<i>Birsen Ceyhan</i>	<i>Almila Erol</i>	<i>Alp Karaoşmanoğlu</i>	<i>Bedriye Öncü</i>	<i>Haldun Soygür</i>	<i>Esra Yazıcı</i>
<i>M.İlhan Atagün</i>	<i>Can Cimilli</i>	<i>Altan Eşsizozlu</i>	<i>Önder Kavakçı</i>	<i>Demet Güleç Öyekçin</i>	<i>Birsen Pılan Şentürk</i>	<i>Aynıl Yenel</i>
<i>Nuray Atasoy</i>	<i>Rugül Köse Çınar</i>	<i>Damla Eyüboğlu</i>	<i>Arşaluyş Kayır</i>	<i>Azize Atlı Özbaş</i>	<i>Okan Taycan</i>	<i>Duygu Kaya</i>
<i>İnci Meltem Atay</i>	<i>Gonca Gül Çelik</i>	<i>Murat Eyüboğlu</i>	<i>Ayşegül Koç</i>	<i>Özlem Özel Özcan</i>	<i>Oryal Taşkın</i>	<i>Yertutanol</i>
<i>Cumhur Avcil</i>	<i>Veysi Çeri</i>	<i>Cem Gökçen</i>	<i>Kaan Kora</i>	<i>Osman Özdel</i>	<i>Fuat Torun</i>	<i>Abdullah Yıldırım</i>
<i>Hamza Ayaydın</i>	<i>Aykut Çobadak</i>	<i>Gülcan Güleç</i>	<i>Sezen Köse</i>	<i>Taner Öznur</i>	<i>İbrahim Tuğrul</i>	<i>Sevler Yıldız</i>
<i>Ömer Aydemir</i>	<i>Ebru Çobanoğlu</i>	<i>Esra Güney</i>	<i>Umut Kırılı</i>	<i>Ayşe Gül Yılmaz Özpolat</i>	<i>Selim Tümekaya</i>	<i>Ayten Zara</i>

Klinik Psikiyatri Dergisi aşağıdaki dizinlerde yer almaktadır

Emerging Sources Citation Index (ESCI) (2017 yılından itibaren)

Scopus (2017 yılından itibaren)

DOAJ (2018 yılından itibaren)

EBSCO Academic Search Complete (2007 yılından itibaren)

EBSCO TOC Premier (2007 yılından itibaren)

Türkiye Atif Dizini (2000 yılından itibaren)

PsycINFO/ Psychological Abstracts (2004 yılından itibaren)

TÜBİTAK/ULAKBİM-Türk Tıp Dizini (2000 yılından itibaren)

Google Scholar (1998 yılından itibaren)

Index Scholar (2007 yılından itibaren)

Akademik Dizin (2000 yılından itibaren)

Türk Medline (2000 yılından itibaren)

Türk Psikiyatri Dizini (1998 yılından itibaren)

CIRRIE

Index Copernicus

Yazışma Adresi / For Correspondence: Klinik Psikiyatri Dergisi

Fabrikalar Mah. 3024 Sok. No:13 Kepez/ Antalya

Tel/Faks: 0242 244 88 83/0242 244 20 99

e-mail: klinikpsikiyatri@gmail.com

Web adresi: www.klinikpsikiyatri.org

Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü

Terapi Tıp Merkezi

ANP Özel Sağlık Hizmetleri Ltd. Şti. Adına,

Dr. Mehmet Yumru

Kapak Resmi: Duru Yumru

Klinik Psikiyatri Dergisi'nde yayınlanan yazılar, resim, şekil ve tablolar yayıncının izni olmadan kısmen veya tamamen çoğaltılamaz. Bilimsel amaçlarla kaynak gösterilmek şartı ile özetleme ve alıntı yapılabilir.

Kitlesel travmalarda kayıt

Recording in mass traumas

Mehmet Yumru¹

¹Doç. Dr., Klinik Psikiyatri Dergisi Editörü
Özel Terapi Tıp Merkezi, Antalya, Türkiye
<https://orcid.org/0000-0002-2117-7775>

Kitlesel travma, çok sayıda yaralı ya da kayıp içeren, kasıtlı yapılan şiddettir. Ülkemizde son yıllarda yaşanan çok sayıda kitlesel travmadan, bu günlerde yıldönümü yaklaşan “10 Ekim Ankara Katliamı” en önemli örneklerinden birisidir. 10 Ekim 2015 Ankara Katliamı, aynı zamanda bu yazının konusu olan kayıt süreçlerinin işletilmediği, aşağıda sıralanan önerilerin çoğunun yapılmadığı ve buna bağlı olarak adaletin ve onarıcı bir sürecin gerçekleşmediği bir katliamdır.

Kitlesel travmaların hemen tamamı diğer travma olgularında olduğu gibi adli niteliktedir. Travmanın olaydaki rolünün aydınlatılmasının adli önemi bulunduğu gibi bireyin yaşam kalitesini düşüren travmanın sonuçlarının ortadan kaldırılması, erken müdahale açısından da tespitinin yapılması önemlidir.

Kitlesel travmalar sonucu oluşan etkilenmelerde; kişilerin tıbbi değerlendirilmeleri, muayene bulguları ve sekellerin değerlendirilmesi, yaralanmaya sebep olan kişilerin cezalandırılmasında esas alınacak kesin raporların ve tazminat talepleri sırasında dikkate alınacak sakatlık oranını gösterir raporların düzenlenmesi sırasında ilk muayenede saptanan bulguların değerlendirilmesi çok önem taşır.

Travmadan hemen sonraki müdahalede her sağlık çalışanı gördüğü her kişinin adını ve mümkünse iletişim bilgilerinin almalı, ulaşabiliyorsa nereye gittiğini kaydetmelidir. Kişilerin yakınlarını bulunması ve barınma koşullarının sağlandığını kontrol etmek için ruh sağlığı çalışanlarının gerekli ekiple birlikte çalışmaları önerilmektedir.

Hukuka aykırı ve suç teşkil eden bir eylemin nasıl ve kimin tarafından yapıldığını gösteren her tür bulgu delil niteliği taşır.

‘Her temas iz bırakır’ (Edmont Locart)

Psikiyatrik değerlendirmeye göre de kitlesel travmalar sonrasında yaşanan etkilenmeler iz bırakır. Kitlesel travma, yaşayan herkesi etkiler ve

bazılarında ruhsal hastalıklara yol açar. Akut stres bozukluğu (ASB) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) başta olmak üzere psikiyatrik hastalıkların erken belirleyicilerini saptamak açısından kayıt oldukça önemlidir. Fiziksel delil, olay yeri, suç, mağdur ve suçlu arasında kurulabilecek her şeydir. Psikiyatrik delil ise kişilerin psikiyatrik muayene ve testler aracılığı ile suç ile psikiyatrik durum arasındaki ilişkiye bakabilmektir. Bazı olgularda fiziksel delil olmayıp, suçun ortaya çıkartılmasında psikiyatrik değerlendirmede elde edilen bulgular tek başına delil niteliği taşıyabilmektedir. Fiziksel delillerin ortadan kalkması ya da fiziksel delillerin karartılması mümkün iken psikiyatrik deliller bireyde uzun süre gözlenebilmektedir. Tüm bunlar psikiyatrik değerlendirmenin önemini daha da artırmaktadır (1).

Adli olgularda travmatik olayın psikolojik etkilerinin olaydan kısa süre sonra akut stres belirtileri ile gözlenebilmesi mümkün iken bazı olgularda bu psikopatolojik belirtilerin ortaya çıkması daha gecikebilmektedir. Psikopatolojinin olaydan hemen sonra olmaması ileri zamanlarda da olmayacağı anlamına gelmemektedir.

Türk Ceza Kanunu (TCK)’nun vücut dokunulmazlığına karşı suçlar başlığı altında yer alan madde 86, 87, 88 ve 89’da yer alan kavramlar nedeni ile kayıt esnasında yapılan gözlem ve psikiyatrik muayene sanıkların alacağı cezalarda önemli bir etkidir.

Kitlesel travma vakalarında yapılacak işlemler (2-6)

Çoğu zaman hayatı tehlike bulunduğu için adli vakalarda kısa sürede acil yardım uygulanması gerekir.

Kişi öncelikle kendisinin ve sonra olay yerinin güvenliğini sağlamalıdır.

Acil yardım uygulamaları sırasında olay ile ilgili deliller (patlayıcı maddeye ait materyaller, mermi, vb.) korunmalı, mümkünse yaralının bulunduğu ilk pozisyonunun ve ortamın fotoğrafı çekilmelidir.

Delil toplamak, sağlık personelinin işi değildir; ancak adli olaylarda ilk tanık olan kişi önemlidir ve bu kişi de genellikle sağlık personelidir.

Adli yetkililere (polis, jandarma) adli vaka bildirim yapılr. Adli yetkililere haber verildiği, vaka kayıt formundaki açıklamalar bölümüne yazılır.

Sağlık personeli, hastane öncesi dönemde ve acil serviste adli vakayı bildirmez ise suç işlemiş olacaktır.

Olay yerine girerken görülen açık kapı, pencere vb. ile yaralının ilk bulunduğu pozisyon kaydedilir.

Ortamdaki izler (kan, ayak izi vb.) korunur. Varsa suç aleti ve üzerindeki izler de korunmalıdır.

Muayene ve tedavi sırasında delillerin kaybolmaması için yaralının vücudundaki izler kaydedilir.

Olay yerindeki telefon, tuvalet ve lavabo kullanılmaz.

Yaralının vücut sıvıları saklanır.

Kimin fail, kimin mağdur olduğu kaydedilir.

Yaralının nereden ve ne zaman alındığı kaydedilir.

Saat, cüzdan, yüzük, telefon vb. kıymetli ve şahsi eşyalar güvenli bir ortama alınarak hasta yakını ya da güvenlik güçlerine imza karşılığı teslim edilir. Alınan teslim belgesi vaka kayıt formuna işlenmelidir.

Vaka kayıt formuna adli olayın tarihi, saati, öyküsü, hastanın yakınmaları, muayene bulguları mutlaka yazılır.

Kitlesel travmadan etkilenen kişinin genel fiziksel muayene ve değerlendirmesinden sonra acil psikiyatrik müdahale gerektiren durumlara (akut stres belirtileri vb.) müdahale edip yapılan işlemler kayıt formuna işlenmesi gerekmektedir.

Travmatik olayın özellikleri, süresi, şiddeti, sayısı, olay sırasında ve hemen sonrasında ortaya çıkan başa çıkma yanıtları, travmatik olay nedeni ile yaşananlar not edilmeli.

Fiziksel ve ruhsal açıdan stabilizasyon sağlandıktan sonra ayrıntılı psikiyatrik muayene ve gerekli görülürse testler yapılmalıdır.

Yapılan ilk psikiyatrik muayene bulguları kayıt formuna eklenmelidir.

Tüm travmadan etkilenen kişilerin hastanelerde düzenlenecek adli raporlarında psikiyatrik muayene rutin olarak yer almalıdır.

Vücut dokunulmazlığına karşı suçlarda (TCK 86. 87. 88. ve 89. maddeler) “algılama yeteneğinin bozulmasına neden olma”, “duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına veya yitirilmesine neden olma”, “fiilin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbi müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olup olmaması” gibi kavramlar nedeni ile başta ASB ve TSSB gibi psikiyatrik tanılar açısından değerlendirme önemlidir.

Algılama yeteneğinin bozulup bozulmadığının not edilmesi önemlidir.

Duyulardan veya organlardan birinin işlevinin sürekli zayıflamasına neden olan bozukluklar tanımına katkı sağlayacak ilk nörolojik ve psikiyatrik muayene bulguları varsa mutlaka not edilmelidir.

Doldurulan kayıt formlarının resmi ortamlarda saklanması hem etkilenen kişilerin takibi hem de adli açıdan önem arz etmektedir.

Yazışma adresi: Doç. Dr. Mehmet Yumru, Özel Terapi Tıp Merkezi, Antalya, Türkiye drmehmetyumru@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Bulmuş H. Yaralanmalarda Ruhsal Muayenenin Kullanımı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul 2008.
2. Psychological first aid: Guide for field workers. World Health Organization 2011.
3. Travmalar 1. Acil Sağlık Hizmetleri, Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, Ankara 2011.
4. İnsan Kaynaklı Kitlesel Travmalar Sonrası Ruhsal Açıdan Değerlendirme ve İlk Müdahale Rehberi. TPD Yayınları.

file:///F:/2132017203938-Insan-Kaynakli-Kitlesel-Travmalar-Sonrasi-Ruhsal-Acidan-Degerlendirme-ve--Ilk-Mudahale-Rehberi-.pdf

5. Fetter JC. Psychosocial interventions to mass casualty terrorism. Guideline for physicians. Prim Care Op J Clin Psychiatry 2005; 7; 49-52

6. Mental Health Response to Mass Violence and Terrorism. A training manual. U.S. Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Mental Health Services 2004.

The relationships between the digital game addiction, alexithymia and metacognitive problems in adolescents

Ergen yaş grubunda dijital oyun bağımlılığı, aleksitimi ve üst biliş problemleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

Mesut Yavuz¹, Narmin Nurullayeva², Selcan Arslanogdu², Ayca Cimendag², Merve Gunduz², Burcu Goksan Yavuz³

¹Assis. Prof., Istanbul Aydın Univesity, Department of Psychology; French Lape Hospital, Child and Adolescent Psychiatry, Istanbul Turkey <https://orcid.org/0000-0002-8957-6510>

²Psk., Istanbul Aydın Univesity, Department of Psychology, Istanbul, Turkey <https://orcid.org/0000-0001-5085-6200>, <https://orcid.org/0000-0002-2195-4765>, <https://orcid.org/0000-0001-8557-6452>, <https://orcid.org/0000-0003-4261-4820>

³Assoc. Prof., Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar University, Department of Psyhiatry, Istanbul Turkey <https://orcid.org/0000-0002-1311-3798>

SUMMARY

Objective: Digital game addiction has become a diffuse problem among adolescents. The aim of this study is to investigate the relationships between digital game addiction, alexithymia personality traits and metacognitive problems in adolescents. **Method:** 664 adolescents (51% male, n=339, 49% female, n=325) from three secondary school in Istanbul were included in this study. The mean age of male and female participants was 12.89±1.29, and 12.58±1.53 respectively. Digital game addiction scale for children (DGASFC), 20 item Toronto alexithymia scale (TAS-20), and the metacognition questionnaire for children and adolescents (MCQ-C) were applied to participants. The correlation coefficients between the scales were analyzed with Spearman's rank order correlation test. The predictability of TAS-20 and MCQ-C subscale scores, gender and age on the status of digital game addiction was tested with binary logistic regression analysis. **Results:** There were positive correlations between DGASFC and TAS-20 total (r=.275), factor 1 (r=.250), factor 2 (r=.159), factor 3 (r=.175) scores, and MCQ-C total (r=.180) and factor 1 (r=.109) scores. Results of the binary regression analysis revealed that TAS-20 factor 1 and factor 3, and MCQ-C factor 1 scores, and the gender predict the status of digital game addiction, significantly. **Discussion:** It is suggested that addressing the problems of identifying and expressing the emotions, and metacognitive problems may increase the treatment success of the adolescents presenting with digital game addiction.

Key Words: Adolescent, game addiction, alexithymia, metacognition

ÖZET

Amaç: Dijital oyun bağımlılığı, ergenler arasında yaygın bir problem haline gelmiştir. Bu araştırmanın amacı ergen yaş grubunda dijital oyun bağımlılığı, aleksitimi kişilik özellikleri ve üst biliş sorunları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. **Yöntem:** İstanbul'da üç orta okuldan 664 ergen (%51 erkek, s=339, % 49 kadın, s=325) çalışmaya dahil edilmiştir. Erkek ve kadın katılımcıların yaş ortalamaları sırasıyla 12.89±1.29 ve 12.58±1.53'dü. Katılımcılara çocuklar için dijital oyun bağımlılığı ölçeği (ÇİDOBÖ), 20 soruluk Toronto aleksitimi ölçeği (TAÖ-20) ve çocuklar için üst biliş ölçeği (ÜBÖ-ÇE) uygulanmıştır. Ölçekler arası korelasyonlar Spearman'ın sıralama korelasyon katsayısı testi ile analiz edilmiştir. TAÖ-20 ve ÜBÖ-ÇE alt ölçek puanları, cinsiyet ve yaşın dijital oyun bağımlılığı olma durumu üzerine öngörücü etkisi ikili durum lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** ÇİDOBÖ ve TAÖ-20 toplam (r=.275), faktör 1 (r=.250), faktör 2 (r=.159), faktör 3 (r=.175) puanları ve de ÜBÖ-ÇE toplam (r=.180) ve faktör 1 (r=.109) puanları arasında pozitif yönde korelasyonlar bulunmuştur. İkili durum regresyon analizi sonuçları TAÖ-20 faktör 1, faktör 3, ÜBÖ-ÇE faktör 1 puanları ve cinsiyetin dijital oyun bağımlılığı olma durumunu anlamlı ölçüde öngördüğünü göstermiştir. **Sonuç:** Duyguları tanımlama ve ifade etme sorunlarının ve üst biliş problemlerinin ele alınmasının dijital oyun bağımlılığı ile başvuran ergenlerde tedavi başarısını arttırabileceği kanaatine varılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Ergen, oyun bağımlılığı, aleksitimi, üst biliş

(*Turkish J Clinical Psychiatry* 2019;22:254-259)

DOI: 10.5505/kpd.2019.16769

INTRODUCTION

Nowadays, digital games are widely played around the world, and adolescents are particularly prone to have digital game addiction (DGA) (1). In European countries, the rates of DGA of the adolescents were found to be between 0.6 % and 1.6% (2). The rate of DGA of the children and adolescents was 11.9 % for males and 2.9% for females, with an average of 8.5% in USA (3). There are several identified emotional and psychosocial risk factors in the development of DGA. It has been reported that emotional problems, loneliness, low self-esteem and low social functioning increase the risk of DGA (4). Additionally, over-engagement in digital games have negative consequences such as low academic success, increased rates of depression and anxiety disorders, deterioration of interpersonal relations, impulsiveness and delinquency (3,6,7).

Alexithymia is a personality trait that is emphasized as a risk factor in the development of technology, internet and game addiction (1,10), as well as development of many psychiatric disorders such as somatoform disorders (11), depression, anxiety disorders (12), impulse control disorders (13), obsessive and compulsive disorder (14). The main characteristics of alexithymia are problems in describing and expressing of emotions. Other basic features of alexithymia may be considered as externally oriented cognitive style, limited imagination and lack of empathic thinking (15,16). Because of these type of limitations, individuals with alexithymia experience serious difficulties in establishing friendship relationships and usually have low social functioning (17). Gaetan et al. (1) suggested that, as alexithymia usually presents with flat emotional profile, and the virtual environment facilitates emotion regulation, for adolescents with alexithymia, online gaming may serve an attempt to control the alexithymic characteristics.

Another issue that may be emphasized in the development technology, internet, and online gaming addiction is the metacognitive abilities. Individuals with good metacognitive abilities can monitorize their own cognitive processes and identify and correct their own cognitive distortions and misinter-

pretations (18). It has been reported that metacognitive problems play a role in the development of several psychiatric disorders such as substance addiction (19), internet and technology addiction (20), obsessive-compulsive disorder (21), and mood and anxiety disorders (18). It is also stated that there is a relationship between the metacognitive problems and the development of DGA (22). Spada and Caselli (22) suggested that positive metacognitions (e.g. online gaming reduces my negative feelings), and negative metacognitions (e.g. once I start online gaming I cannot stop) about online gaming are associated with the DGA.

Previous research reported that alexithymic personality traits (20), and metacognitive problems (22) play a role in the development of technology, internet and DGA. However, to the best of our knowledge, in adolescent population there is a limited number of study in the literature examining the relationship of these topics. Considering the increasing time spent of adolescents in online games, and psychological, social and physical negative consequences of DGA (23), this study aimed to investigate the relationships between alexithymia, metacognition problems and the DGA in adolescents.

METHOD

Participants and Procedure

The power analysis was performed. The results of the power analysis indicated that minimal required number of the both female and male participants were 47. The study included 664 adolescents (51% male, $n = 339$; 49% female, $n=325$) from 3 secondary schools (two state schools, and one private school) in Küçükçekmece, İstanbul. The schools were determined according to the permission of İstanbul Provincial Directorate of National Education. The mean age of the girls was 12.58 ± 1.53 and the mean age of the males was 12.89 ± 1.29 . The ethics committee permission was obtained from İstanbul Aydın University Clinical Ethics Committee. Initially, 682 adolescents were included in this study. According to the data obtained from the parents and department of psychological counseling and guidance services of the

schools, the participants who were diagnosed with mental retardation, learning disorder, and pervasive developmental disorder, and who had visual and hearing disabilities and had poor reading and writing skills were excluded from the study due to the possibility of having problems in understanding and responding the scales correctly. So, eight adolescents were excluded due to neurodevelopmental problems and disabilities. The purpose of the study and the procedure were explained in detail to the participants and their families, and the written informed consent was obtained from both parents and adolescents. The participants completed the scales under the supervision of a researcher in their classrooms. Two adolescents wanted to leave the study during the procedure, and eight adolescents were excluded from the study because of insufficient data. Finally, the statistical analysis was performed on 664 adolescents.

Instruments

Digital game addiction scale for children (DGAS-FC): The scale was developed by Hazar and Hazar (24) and contains four subscales (excessive focusing on playing and conflict, tolerance and excessive value about playing, delay in tasks and home works, deprivation) and 24 questions. DGASFC is a five-point Likert type scale, and minimum and maximum scores can be 24 and 120. The scores between 73 and 96 indicates “addiction to digital games” and between 97 and 120 indicates “highly addicted to digital games”. The validity and reliability study of the scale was performed on Turkish children and adolescents aged between 10 and 14 years and Cronbach's alpha value was found as 0.90 (24).

20 item Toronto alexithymia scale (TAS-20): TAS-20 is developed by Bagby et al. (8) and is a widely used scale for evaluating alexithymia all over the world. The scale contains 20 questions and is rated as five-point Likert type. It has three subscales: difficulty in identifying feelings (factor-1), difficulty in describing feelings (factor-2), and externally-oriented thinking (factor-3). TAS-20 was adapted to Turkish by Güleç et al. (9). Bolat et al. (25) reported that the scale could be used in the adolescent population. The scores obtained from the scale can be between 20 and 100, and the scores ≥ 59 on the

scale indicate alexithymia (9). The Cronbach's alpha value of TAS-20 was found as 0.78 in adolescent population (25).

The metacognition questionnaire for children and adolescents (MCQ-C): MCQ-C was developed by Bacow et al. (26) and evaluates metacognition problems of the children and adolescents. The Turkish validity and reliability study was conducted by Irak (27). The Cronbach alpha value of the MCQ-C on Turkish children and adolescent population was found as 0.73. The four-point Likert-type scale includes four subscales (positive meta-worry, negative meta-worry, superstitious, punishment and responsibility beliefs, cognitive monitoring) and 24 questions. The lowest and highest scores that can be obtained from the scale are 24 and 96, respectively. Higher scores indicate more severe metacognitive problems.

Statistical Analysis

Those who received a score of ≥ 73 from the DGASFC scale considered as the addicted group, and those who scored < 73 points considered as the non-addicted group. Kolmogorov-smirnov test revealed that the data was not normally distributed ($p < 0.05$). The mean scores, standard deviations of the scales were calculated. Correlation coefficients between the DGASFC, TAS-20 and MCQ-C scores were analyzed by Spearman's rank correlation test. Backward binary regression analysis was performed in order to explore whether subscale scores of TAS-20, MCQ-C, age and sex were related to DGA. The level of statistical significance was accepted at < 0.05 and < 0.001 levels.

RESULTS

Total scores of DGASFC, TAS-20, MCQ-C of the females were 42.83 ± 16.41 , 49.70 ± 10.08 , 57.42 ± 10.99 ; and of the males were 52.29 ± 18.21 , 50.53 ± 10.55 , 56.35 ± 10.37 , respectively. Scale and subscale mean scores and standard deviations of females and male participants are presented in Table 1.

There were positive correlations between DGAS-

Table 1: Mean scores and standard deviations of the DGASFC, TAS-20, and MCQ-C of the participants

	Gender	M	SD
DGASFC	Female	42.83	16.41
	Male	52.29	18.21
TAS-20 F1	Female	15.94	5.95
	Male	16.08	6.38
TAS-20 F2	Female	12.79	4.01
	Male	12.60	4.24
TAS-20 F3	Female	20.98	4.16
	Male	21.84	3.79
TAS-20 total	Female	49.70	10.08
	Male	50.53	10.55
MCQ-C F1	Female	10.53	3.67
	Male	11.12	4.17
MCQ-C F2	Female	15.10	4.45
	Male	15.64	4.58
MCQ-C F3	Female	14.89	4.36
	Male	14.29	4.57
MCQ-C F4	Female	16.99	4.01
	Male	16.51	4.39
MCQ-C total	Female	57.42	10.99
	Male	56.35	10.37

M: Mean, SD:Standart Deviation, DGASFC= Digital game addiction scale for children TAS-20=20 item Toronto alexithymia scale; MCQ-C =The metacognition questionnaire for children; F1:Factor1, F2:Factor2, F3:Factor3, F4:Factor 4. FC scores and TAS-20 total ($r=.275$), TAS-20 factor 1 ($r=.250$), factor 2 ($r=.159$), factor 3 ($r=.175$) scores, significantly ($p<0.001$). There were positive correlations between DGASFC scores and MCQ-C total ($r=.109$, $p <0.05$), and MCQ-C factor 1 ($r=.180$, $p<0.001$) scores, significantly. Correlation coefficients between the DGASFC scores, and TAS-20, MCQ-C total and subscale scores are presented in Table 2.

The prevalence of DGA in adolescents was 9.5 % ($n=63$). The addiction rates were found as 5.2 % for females ($n=17$), and 13.5 % ($n=46$) for males.

Binary logistic regression analysis results indicated that, TAS-20 factor 1 ($o.r= 1.080$, $p <0.001$) and factor 3 ($o.r = 1.075$, $p = 0.044$) scores, and gender ($o.r = 0.404$, $p = 0.001$) significantly predict the status of digital game addiction. There were no significant predictive effects of age, TAS-20 factor 2, MCQ-C factor 2, factor 3 and factor 4 total scores on the status of digital game addiction ($p>0.05$). The results of the backward binary logistic regression analysis are presented in Table 3.

DISCUSSION

The results of this study indicate that difficulty in identifying emotions and excessive externally-oriented thinking in alexithymia, and positive meta-worry problems increase the risk of DGA in early adolescence. We found that the prevalence of DGA were 5.2 % for females, and 13.5 % for males. Consistent with the literature (6,28), the results revealed that being male predicts the development of DGA. In our study, age did not have a significant effect on the status of DGA. However, it should be considered that our sample includes only adolescents between 12-14 years of age, and we suggest that this may limit the effect of age on the status of DGA.

Difficulties in recognizing emotions may lead the individuals to problems in understanding his/her own negative affect, and the cognitive processes related to negative affect (29). The individuals, who do not have sufficient comprehension of negative affect and its revealing cognitive processes, may have more inclination to several mental disorders such as anxiety disorders, depression and beha-

Table 2: Correlation analysis of the DGASFC total scores, and MCQ and TAS-20 total and subscale scores.

DGASFC	TASF1	TASF2	TASF3	MCQF1	MCQF2	MCQF3	MCQF4	MCQ-t	TAS -t
-	.250**	.159**	.175**	.180**	.073	.082	.014	.109*	.275**
	-	.586**	.034	.088*	.206**	.152**	.038	.179**	.852**
		-	.051	.022	.187**	.120*	.029	.131*	.771**
			-	.022	.047	.053	.178**	.101*	.448**
				-	.005	.105*	.074	.390**	.057
					-	.544**	.268**	.720**	.192**
						-	.385**	.796**	.125*
							-	.647**	.040
								-	.129*

Spearman's rank order correlation test, DGASFC = Digital game addiction scale for children; TAS-t=Toronto alexithymia scale total scores; MCQ-t= The metacognition questionnaire total scores; F1: Factor 1, F2: Factor 2, F3: Factor 3, F4: Factor 4, * $p<0.05$, ** $p<0.001$, bold: statistically significant

Table 3: Predictive effects of alexithymia, metacognition problems, gender and age on the status of digital game addiction

Step 6	B	Wald	S.E	O.R (Exp B)	p	% 95 C.I (Low-High)
Addicted: (9.5 %, n=63)						
Non addicted (91.5 %, n=601)						
Constant	-6.348	38.882	1.018	0.002	<0.001	
TAS-20 F1	0.077	12.485	0.022	1.080	<0.001	1.035-1.128
TAS-20 F3	0.072	4.055	0.036	1.075	0.044	1.002-1.153
MCQ-C F1	0.131	16.586	0.032	1.339	<0.001	1.071-1.213
Gender (categorical)	-0.907	8.740	0.307	0.404	0.003	0.221-0.737

Backward binary logistic regression analysis.

Model 6; Excluded variables: Age, TAS-20 F2; MCQ-C F2, F3, F4;

DGASFC= Digital game addiction scale for children, TAS-20: 20 item Toronto alexithymia scale; MCQ-C= The Metacognition questionnaire for children and adolescents. F1: Factor 1, F2: Factor 2, F3: Factor 3, F4: Factor 4.*

O.R: odds ratio, C.I= confidence interval, p<0.05, ** p<0.001.

vioral problems (17). Digital games may bring a sense of strength, success and pleasure that are difficult to reach in real life. So, digital games may serve as a facility to improve the negative affect that may be seen in depression and anxiety disorder frequently. These data may explain the increased risk of DGA in adolescents who experience problems in recognizing the emotions. Adolescents with anxiety disorders have also the increased risk of introversion and social isolation (30). We suggest that digital gaming may play a compensatory role in the situation of social dysfunction and concomitant negative affect, and the individual with high anxiety levels may proceed to DGA. Impulse control disorders have also been reported to increase the risk of game addiction (3). The inability to express feelings which is the one of essential features of alexithymia may increase the risk of DGA by increasing impulse control problems in adolescents (10) and this may explain our results. It was reported that significant rate of adolescents play war and adventure games (31). Impulse control problems may especially be important in developing DGA about those type of aggressive games. In order to improve our knowledge about this topic, further studies should be performed about the relationships between impulse control problems and aggressive games.

In our study, it was found that positive metacognitive problems increase the risk of DGA. Positive metacognitive problems include the cognitive processes and beliefs point out that worrying is a good condition, and will bring benefit in emotional, academic and social field (e.g. “If I worry about something, I’ll have less problems in the future”, “Being worried helps me solve my problems”). This situation may prevent the individual from developing a solution for the negative emotions such as anxiety

and stress, and the individual can progress to DGA as the severity and duration of negative affect prolongs. In addition, positive metacognition problems may also lead to an exaggeration in affirming consequences of game addiction, as “spending more time on games makes me feel good”, “if I play more, I will have more friends and I will be less bored”. This information may explain the relation between DGA and positive metaworrying problems in adolescents revealed by our study results.

Our study should be considered with its limitations. The cross-sectional nature of our study does not provide any clear cause-and-effect relationship. In addition, our study was conducted on adolescents aged between 12 and 14 years due to the validity of the DGASFC in adolescents under 14 years of age. Research in different age groups should contribute to our knowledge in this issue. Nevertheless, to the best of our knowledge, our study is also the first one in the international literature which focuses on these issues altogether. Therefore, we believe that it will make a significant contribution to the literature.

CONCLUSION

The results of our study suggest that the therapeutic interventions for identification and expression of the negative feelings in the adolescents with DGA may provide positive results in treatment. So, we suggest that providing the adolescent a secure therapeutic environment to explore and express his/her stress, anxiety or depressive feelings will improve the results of the treatment in DGA. Additionally, dealing with metacognitive problems in the therapeutic process may increase treatment success. For example, after revealing the cognitive

problems such as “if I play more, I will have more friends”, the clinicians may ask the question “let’s think about your thoughts, yes you may have some point. However, I wonder can you have more friends if you make plan about the time limit of playing the digital games.”

REFERENCES

1. Gaetan S, Brejard V, Bonnet A. Video games in adolescence and emotional functioning: Emotion regulation, emotion intensity, emotion expression, and alexithymia. *Comput Human Behav* 2016; 61:344–49.
2. Müller KW, Janikian M, Dreier M, Wöfling K, Beutel ME, Tzavara C, Richardson C, Tsitsika A. Regular gaming behavior and internet gaming disorder in European adolescents: results from a cross-national representative survey of prevalence, predictors, and psychopathological correlates. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015; 24:565-74.
3. Gentile DA. Pathological video-game use among youth ages 8–18: A national study. *Psychol Sci* 2009; 20:594–602.
4. Lemmens JS, Valkenburg PM, Peter J. Psychosocial causes and consequences of pathological gaming. *Comput Human Behav* 2011; 27:144–52.
5. Gentile DA, Choo H, Liau A, Sim T, Li D, Fung D, Khoo A. Pathological video game use among youths: A two-year longitudinal study. *Pediatrics* 2011; 127: e319–29.
6. Demirtaş Madran HA, Ferligül Çakılcı E. The relationship between aggression and online video game addiction: a study on massively multiplayer online video game players. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2014;15:99-107.
7. Wan CS, Chiou WB. Why are adolescents addicted to online gaming? An interview study in Taiwan. *Cyberpsychol Behav* 2006; 9:762e6.
8. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty item Toronto Alexithymia Scale--I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38:23-32.
9. Güleç H, Köse S, Yazıcı Güleç M, Çıtak S, Evren C, Borckardt J, Sayar K. Yirmi soruluk Toronto Aleksimi Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Klin Psikofarmakol B* 2009;19:213-19.
10. Bolat N, Yavuz M, Eliaçık K, Zorlu A. The relationships between problematic internet use, alexithymia levels and attachment characteristics in a sample of adolescents in a high school, Turkey. *Psychol Health Med* 2018; 23:604-11.
11. Burba B, Oswald R, Grigaliunien V, Neverauskiene S, Jankuviene O, Chue P. A controlled study of alexithymia in adolescent patients with persistent somatoform pain disorder. *Can J Psychiatry* 2006; 51:468-71.
12. Hamaideh SH. Alexithymia among Jordanian university students: Its prevalence and correlates with depression, anxiety, stress, and demographics. *Perspect Psychiatr Care* 2018; 54:274-80.
13. Fossati A, Acquarini E, Feeney JA, Borroni S, Grazioli F, Giarolli LE, Franciosi G, Maffei C. Alexithymia and attachment insecurities in impulsive aggression. *Attach Hum Dev* 2009; 11:165–82.
14. Wu C, Wu R. Self-inconsistency, alexithymia and obsessions-compulsions. *Chin Ment Health J* 2006; 20:513-16.
15. Grynberg D, Luminet O, Corneille O, Grèzes J, Berthoz S. Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of

Correspondence address: Assis. Prof. Mesut Yavuz, Istanbul Aydın Univesity, Department of Psychology; French Lape Hospital, Child and Adolescent Psychiatry, Istanbul, Turkey mesutyavuzdr@gmail.com

- empathy? *Pers Individ Dif* 2010; 49:845-50.
16. Feldmanhall O, Dalgleish T, Mobbs D. Alexithymia decreases altruism in real social decisions. *Cortex* 2013; 49:899–904.
17. Honkalampi K, Tolmunen T, Hintikka J, Rissanen ML, Kylmä J, Laukkanen E. The prevalence of alexithymia and its relationship with youth self-report problem scales among Finnish adolescents. *Compr Psychiatry* 2009; 50:263–68.
18. Wells A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. 2000, Chichester, UK: Wiley.
19. Hajloo N, Sadeghi H, Nadinleoi KB, Habibi Z. The role of metacognition in students' addiction potential tendency. *Int J High Risk Behav Addict* 2014;3: e9355.
20. Uzal G, Yavuz M, Akdeniz B, Çallı S, Bolat N. Investigating the relationships between alexithymia characteristics, meta-cognitive features and mental problems in high school students in İstanbul. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2018;19:478-84.
21. Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behav Res Ther* 1998; 36:899–913.
22. Spada MM, Caselli G. The Metacognitions about Online Gaming Scale: Development and psychometric properties. *Addict Behav* 2017; 64:281-86.
23. Jeong EJ, Kim DH. Social activities, self-efficacy, game attitudes, and game addiction. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2011; 14:213-21.
24. Hazar Z, Hazar M. Çocuklar İçin Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği. *Journal of Human Sciences* 2017;14:203-16.
25. Bolat N, Yavuz M, Eliaçık K, Zorlu A, Evren C, Köse S. Psychometric properties of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale in a Turkish adolescent sample. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2017;18:362-68.
26. Bacow TL, Pincus DB, Ehrenreich JT, Brody LR. The metacognitions questionnaire for children: Development and validation in a clinical sample of children and adolescents with anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2009; 23:727-36.
27. Irak M. Üstbiliş ölçeği çocuk ve ergen formunun Türkçe standardizasyonu, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 2012;23:47-54.
28. Schmitt ZL, Livingston MG. Video game addiction and college performance among males: results from a 1 year longitudinal study. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2015;18:25-9.
29. Larsen JK, Brand N, Bermond B, Hijman R. Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: a review of neurobiological studies. *J Psychosom Res* 2003;54:533-41.
30. Rao PA, Beidel DC, Turner SM, Ammerman RT, Crosby LE, Sallee FR. Social anxiety disorder in childhood and adolescence: descriptive psychopathology. *Behav Res Ther* 2007;45:1181-91.
31. Durak ÖG, Ünal Ş, Erdoğan A, Bal F. Lise öğrencilerinde problemleri internet kullanımı ile saldırgan davranışların ilişkisi: Özel Ahmet Şimşek Anadolu Lisesi örneği. *TISEJ* 2018;53:217-28.

Ciddi mental bozukluklarda kardiyovasküler riskin değerlendirilmesi

Assessment of cardiovascular risk for serious mental disorders

Rugül Köse Çınar¹, Pelin Taş Dürmüş²

¹Doç. Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri A.D., Edirne, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-2466-6785>

²Uzm. Dr., Besni Devlet Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Adıyaman, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-6544-8445>

ÖZET

Amaç: Ciddi mental bozukluk sahibi hastalarda kardiyovasküler hastalık insidans ve prevalansı genel toplumdaki daha yüksektir. Bir üniversite hastanesi psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören hastalarda, Framingham risk skorlamasını (FRS) kullanarak, 10 yıllık koroner kalp hastalığı gelişme riskini ve bu riskin C-reaktif protein (CRP) ile ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya altı ay süresince yatarak tedavi gören major depresyon, bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk tanılarını ile takip edilen hastalar dahil edilmiştir. Katılımcılar cinsiyet, yaş, beden kitle indeksi, bel çevresi, FRS, CRP seviyeleri açısından değerlendirilmiştir. **Bulgular:** 10 yıllık koroner kalp hastalığı gelişim riski tanıya göre fark göstermezken ($p=0,39$), erkeklerde kadınlardan anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,002$). FRS seviyeleri erkek cinsiyet ($p=0,002$), yaş ($p=0,000$), bel çevresi ($p=0,001$) ve beden kitle indeksi ($p=0,001$) ile pozitif ilişki gösterdi. **Sonuç:** Psikiyatrik hastaların davranışsal ve psikolojik sorunlarının yanı sıra eşlik eden bedensel hastalıklarını da değerlendirmeliyiz. FRS kullanılması, beden kitle indeksi ve bel çevresi ölçümlerinin değerlendirilmesi, riskli popülasyonun ön görülmesinde ve ilaç tercihinin yönetiminde yararlı olabilecektir.

Anahtar Sözcükler: Framingham risk skorlaması, C-reaktif protein, depresyon, psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk

SUMMARY

Objective: Incidence and prevalence of cardiovascular diseases in patients with severe mental disorders are higher than the general population. It was aimed to calculate the 10 year cardiovascular disease risk by using Framingham risk scoring (FRS) and investigate the relationship between this score and C-reactive protein in psychiatric inpatients of a university hospital. **Method:** Inpatients with the diagnosis of major depression, bipolar disorders and psychotic disorders in six months time were included in the study. Participants were assessed based on their gender, age, body mass index, waist circumference, FRS, and CRP levels. **Results:** The calculated 10 year cardiovascular disease development risk did not differ between the diagnosis ($p=0,39$), but found to be significantly higher in males than females ($p=0,002$). FRS levels showed positive correlations with male gender ($p=0,002$), age ($p=0,000$), waist circumference ($p=0,001$), and body mass index ($p=0,001$). **Discussion:** We have to evaluate coexisting somatic diseases of psychiatric patients as well as behavioral and psychological problems. Using FRS, evaluating body mass index and waist circumference could help us predict the risky population and we could consider our drug treatment choices accordingly.

Key Words: Framingham risk scoring, C-reactive protein, depression, psychotic disorders, bipolar disorder

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2019;22:260-265)

DOI: 10.5505/kpd.2019.92905

GİRİŞ

Majör depresif bozukluk, bipolar ve psikotik bozukluklar ciddi mental hastalıklar olarak tanımlanmaktadır. Bu bozukluklarda genel nüfusa göre hayat süresi 10-17,5 yıl daha kısadır (1). Tamamlanmış intihar, sigara kullanımı, hareketsiz yaşam tarzı gibi faktörler bu kısaltmada etkilidir (2,3). Güncel veriler en önemli etkenlerin eşlik eden fiziksel hastalıklar olduğunu göstermektedir (4). Ciddi mental bozukluğu olan hastalarda eşlik eden kardiyovasküler hastalıklar (KVH) önlenebilir ölüm sebepleri arasında ilk sıradadır (5).

Correll ve ark. (6) 92 çalışmanın sonuçlarını değerlendirdikleri metaanalizlerinde, ortalama yaşı 50 olan 3,211,768 ciddi mental bozukluk hastasında KVH prevalansını %9,9 olarak hesaplamışlardır. Genel topluma kıyasla hastalarda eşlik eden KVH oranı %53, KVH geliştirme riski %78 ve KVH'ye bağlı ölüm riski %85 daha fazla bulunmuştur. 8,4 yıllık takipte toplam KVH insidansının %3,6 olduğunu belirtmişlerdir (6).

Genel nüfusa kıyasla mental bozukluklarda koroner morbidite ve mortalitenin daha yüksek olduğu bilgisinden yola çıkarak, koroner risk skorlamasının bu gruplar arasındaki farkını değerlendiren güncel bir metaanaliz, en geçerli hesaplama yöntemi olduğunu belirttiği Framingham risk skorlamasını (FRS) ölçüm için kullanmıştır (7). Rigal ve ark bu metaanalizde 963 mental hastalık semptom ve/veya tanısına sahip kişiyi değerlendirmiş ve riskin toplumdaki anlamlı olarak fazla olduğunu bulmuşlardır (7).

FRS, KVH riskini değerlendirmek için uygulanan çoklu risk faktörü analizidir (8). Yaş, cinsiyet, sistolik kan basıncı, hipertansiyon tedavisi varlığı veya yokluğu, sigara kullanımı, diabetes mellitus öyküsü, beden kitle indeksi değişkenlerini kullanarak hesaplama yapar. Türkiye de dahil pekçok ülkede şizofrenide kardiyovasküler hastalık riskini hesaplamak için kullanılmaktadır (9,10). KVH riskini değerlendirmek için kullanılan değişkenlere, inflamasyon belirteçleri eklenmesi önerilmektedir. C-reaktif protein (CRP bu belirteçlerden üzerinde en çok durulandır, fakat çalışmalar risk analizinin

gücüne yaptığı katkı hakkında fikir birliğine varamamışlardır (11,12).

CRP, anti-inflamatuvar özellikleri olan ve pro-inflamasyona da aracılık eden bir akut faz reaktandır. Genel nüfusta kanda artmış seviyelerinin KVH riski oluşturduğu öne sürülmüştür (13). Ciddi mental bozukluklarda CRP'de artış olduğu gösterilmiştir (14,15,16). Bu bozukluklarda KVH risk faktörlerinden bağımsız olarak da inflamasyon belirteçlerinde düzensizlik olabildiği bulunmuştur (17).

Bu çalışmanın amacı ciddi mental hastalıklarda KVH riskini belirlemek ve buna etki eden faktörleri değerlendirmektir. Psikiyatrik bozukluklarda inflamasyonun rolü tartışılmakta olan konulardandır. Bu nedenle CRP seviyelerini değişken olarak alarak FRS'ye etkisine bakmak istedik. Hastalıkların akut dönemlerinde KVH riskini ve olası risk faktörlerini tespit etmenin tedavi belirlemede yol gösterici olacağını düşündük.

YÖNTEM

Çalışmanın örneklemini Trakya Üniversitesi Balkan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Mart 2017- Kasım 2017 tarihleri arasında yatarak tedavi gören hastalardan oluşturulmuştur. DSM-V'e göre major depresif bozukluk tanısı alan ya da bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk gruplarından tanı alan tüm hastalar araştırmaya dahil edilmiştir. Nörolojik hastalık öyküsü olanlar, alkol-madde kötüye kullanım (nikotin hariç) komorbiditesi bulunanlar çalışmadan dışlanmışlardır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmış ve katılım onamı verebilen hastaların verileri değerlendirilmiştir.

FRS kullanarak 10 yıllık koroner kalp hastalığı gelişim riski; yaş, sigara içiciliği, sistolik kan basıncı, total kolesterol, yüksek dansiteli lipoprotein, hipertansiyon ve diabetes mellitus tanıları için tedavi varlığı bilgileri kullanılarak hesaplandı (8). Hastaların demografik bilgileri ve tedavi kayıtları yanı sıra cinsiyet, yaş, beden kitle indeksi, bel çevresi ve CRP seviyeleri kaydedildi.

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 22 programı ile yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Kategorik veriler için Pearson Chi-Square testi, sayısal değişkenler için Mann Whitney U testi ya da Kruskal Wallis testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkiler korelasyon analizleriyle değerlendirildi. Sayısal veriler normal dağılıma uymadığı için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. p değerleri 0.05'in altında hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

191 (%100) hastanın (majör depresif bozukluk 57 (%29,9), bipolar bozukluk 78 (%40,8) ve psikotik bozukluk 56 (%29,3)) verileri analiz edilmiştir. Tüm örnekleme kadın hasta sayısı 99'du (%51). FRS cinsiyetler arasında fark gösteriyordu ve erkek hastalarda daha yüksek ortalamaya sahipti (Mann-Whitney testi $p=0,002$; $Z=-3,037$). Kadın hastaların bel çevresi ve BKİ ölçümleri erkek hastalara göre daha yüksek değerlerde saptandı. BKİ verileri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (Mann-Whitney testi $p=0,038$; $Z=-2,075$) (Tablo 1b).

Tüm örneklemin yaş ortalaması $39,52 \pm 13,23$ (Mean \pm SS) olarak hesaplandı. Kadın hastaların yaş ortalamaları erkek hastalardan daha yüksekti

(Mann-Whitney testi $p=0,000$; $Z=-3,565$) (Tablo 1b). Yaş ortalamaları tanı grupları arasında da fark gösteriyordu ve majör depresyon grubu en yüksek yaş ortalamasına sahipti (Kruskal Wallis testi $p=0,039$; $H=6,484$) (Tablo 2b). Hesaplanan yaş ortalaması ise tanı grupları arasında farklıydı ($p=0,039$).

Hastaların antipsikotik kullanımlarına bakıldığında; majör depresyon grubunda 10 (%17,72), bipolar bozukluk grubunda 49 (%62,81), psikotik bozukluklar grubunda tüm hastalar antipsikotik ilaç kullanmaktaydı. Majör depresyon grubunda antipsikotik kullanan hastaların hepsi atipik antipsikotik kullanmaktaydı. Bipolar bozukluk grubunda antipsikotik kullanan hastaların 45'i (tüm bipolar hastaların %57,69'u) atipik, 2'si (%2,56) tipik ve 2'si (%2,56) de atipik+tipik antipsikotik ilaç kombinasyonu kullanmaktaydı. Psikotik bozukluklar grubunda 42 hasta (tüm psikoz hastalarının %57,69'u) atipik antipsikotik, 6 hasta (%10,71) tipik ve 8 hasta (%14,28) kombine antipsikotik kullanmaktaydı. Antipsikotik kullanımının hem FRS (Mann-Whitney testi $p=0,075$; $Z=-1,78$) hem de CRP (Mann-Whitney testi $p=0,436$; $Z=-0,77$) üzerinde etkisi olmadığı saptandı.

FRS'nin cinsiyet, yaş, bel çevresi ve BKİ ile pozitif ilişkisi saptandı (cinsiyet için $\rho=0,226$ ve $p=0,002$; yaş için $\rho=+0,538$ ve $p=0,000$; bel çevresi için $\rho=+0,236$ ve $p=0,001$; BKİ için

Tablo 1a. Cinsiyete göre karşılaştırma-kategorik değişkenler

	Kadın Sayı (%)	Erkek Sayı (%)	p
Sigara kullanımı	70 (70,70)	75 (81,50)	0,081
Pearson Chi-Square			

Tablo 1b. Cinsiyete göre karşılaştırma-sayısal değişkenler

	Kadın		Erkek		p
	Mean \pm SS	Median (IQR)	Mean \pm SS	Median (IQR)	
Yaş	42,88 \pm 13,51	41,00 (22)	36,00 \pm 11,84	34,00 (19)	0,000*
Bel çevresi (cm)	96,25 \pm 17,80	93,00 (28)	94,51 \pm 12,89	93,00 (18)	0,999
BKİ	27,52 \pm 6,87	26,05 (9,9)	25,37 \pm 4,83	24,21 (7,1)	0,038*
FRS (%)	1,75 \pm 2,76	1,00 (2)	3,92 \pm 4,97	1,00 (5)	0,002*
CRP (mg/dl)	0,60 \pm 0,80	0,33 (0,35)	0,58 \pm 0,32	0,32 (0,31)	0,561

BKİ; beden kitle indeksi, FRS:Framingham risk skorlaması, CRP;C-reaktif protein
Mann Whitney U testi * $p<0,05$

rho= +0,227 ve p=0,002).

Post-hoc güç analizi hesaplandığında FRS için 0,05 yanılma olasılığı ve 0.15 etki büyüklüğü ile çalışmanın gücü 0.45 bulunmuştur (GPower 3.1. programı ile hesaplanmıştır).

TARTIŞMA

Bu araştırmada FRS kullanılarak hesaplanan 10 yıllık KVH gelişme riski majör depresyon, bipolar ve psikotik bozukluklar arasında farklı bulunmadı. Erkek cinsiyetin, artan yaşın, bel çevresinin ve beden kitle indeksinin ise riski arttırdığı saptandı. Ciddi mental bozuklukları tek tek ele alıp sağlıklı kontrollerle kıyaslayan çalışmalardan oluşan metaanalizlerde KVH gelişme riskinin arttığı bildirilmektedir (18,19,20,21). Depresyon için strok, myokardiyal enfarktüs ve koroner kalp hastalığı riskinde artış gösterilmiştir (19,21). Bipolar bozuklukta strok riski daha yüksek bulunurken, myokardiyal enfarktüs riskinde artış saptanmamıştır (20). Şizofreni içinse strok ve kalp yetmezliğinde artmış risk bulunurken, koroner kalp hastalığı riskinde artış saptamayan çalışmalar mevcuttur (22,23). Bu çalışmaların verilerinin de dahil edildiği bir metaanalizde ise şizofrenide KVH gelişme riskinde artış saptanmış ve şizofreni hastalarında koroner kalp hastalıklarının, strok ve kalp yetmezliğine göre tanı aşamasında olduğundan daha az tespit edilmiş olabileceği yorumu yapılmıştır (18).

Correll ve ark. (6) ciddi mental bozukluğa sahip

olmanın mevcut ve olası KVH riskini arttırdığını buldukları metaanalizlerinin sonucu olarak KVH riski taraması yapılmasını, kilo alımı ve artmış BKİ gibi risk faktörlerine müdahale etmeyi önermişlerdir. Rigal ve ark. (7) FRS ile KVH riskini değerlendirdikleri metaanalizlerinde topluma göre mental semptom ve/veya tanının riski arttırdığını saptamış ve bu artışın erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek olduğuna dikkati çekmişlerdir. Bu metaanalizdeki örneklem hastalık döneminden bağımsızdır. Erkek hastalarda kadınlardan anlamlı olarak yüksek FRS değerleri bulunmuş olmamız ve FRS'de artış ile BKİ'de artış ilişkili bulmamız bu yayımlarla uyumludur.

Konuyla ilgili yakın tarihli bir diğer metaanaliz ciddi mental bozukluk hastaları ve kontroller arasında fark bulamamıştır. Değerlendirdikleri çalışmaların farklı metodolojileri nedenli olduğunu öne sürdükleri sonuçlarının alt analizlerinde; şizofreni diğer ciddi mental bozukluklardan daha fazla riske sahip bulunmuştur (24). Örneklemimizde hastalıklar arasında fark bulunmama nedeni FRS'nin depresyon, bipolar ve psikotik bozukluklara özgül olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

CRP seviyelerinde minör artışın bile ateroskleroz, kalp krizi, strok ve metabolik sendrom ile ilişkisi bulunmaktadır (25). Ciddi mental bozukluklarda CRP seviyelerinde artış olduğu gösterilmiştir (26). Çalışmaların sonuçları tutarsızlık gösterse de, bu hastalıkları karşılaştıran bir metaanaliz, bizim sonuçlarımızı doğrular yönde aralarında CRP seviyeleri açısından fark bulunmadığı sonucuna

Tablo 2a. Tanıya göre karşılaştırma-kategorik değişkenler

	Majör depresyon		Bipolar bozukluk		Psikotik bozukluk		p
	Sayı (%)		Sayı (%)		Sayı (%)		
Cinsiyet-kadın	35 (61,4)		41 (52,6)		23 (41,1)		0,095
Cinsiyet-erkek	22 (38,6)		37 (47,4)		33 (58,9)		
Sigara kullanımı	41 (71,9)		60 (76,9)		44 (78,6)		0,687

Pearson Chi-Square testi

Tablo 2b. Tanıya göre karşılaştırma-sayısal değişkenler

	Majör depresyon		Bipolar bozukluk		Psikotik bozukluk		p
	Mean±SS	Median (IQR)	Mean±SS	Median (IQR)	Mean±SS	Median (IQR)	
Yaş	44,37±15,56	39,00 (29)	37,35±11,74	35,50 (17)	38,13±11,51	38,50 (22)	0,039 *
Bel çevresi (cm)	92,76±17,23	90,50 (20,8)	97,01±14,71	95,50 (20,5)	95,78±15,20	91,00 (22,8)	0,219
BKİ	25,79±5,84	24,49 (7,4)	27,39±5,33	27,47 (7,3)	25,99±7,05	23,89 (9,7)	0,053
FRS (%)	3,65±5,21	1,50 (5)	2,07±2,85	1,00 (2)	2,93±4,25	1,00 (4)	0,398
CRP (mg/dl)	0,56±0,69	0,32 (0,11)	0,69±1,01	0,34 (0,41)	0,48±0,33	0,32 (0,23)	0,393

Kruskal Wallis testi

BKİ:beden kitle indeksi, FRS:Framingham risk skorlaması, CRP:C-reaktif protein *p<0,05

varmıştır (27).

Antipsikotik ilaçların KVH riskini arttırdığına yönelik çok sayıda çalışma vardır. Kilo artışı nedenli karbonhidrat ve lipidlerin metabolizmasını değiştirerek buna neden oldukları düşünülmektedir (28). Ciddi mental hastalıkların moleküler düzeyde diyabet ile ilişkisi bilinmektedir. Yani kilo artışından bağımsız olarak mental hastalık da KVH riskini arttırıyor olabilir (29). Bunu destekleyen çalışmalardan birinde, klozapin diğer antipsikotiklerle kıyaslanmış ve benzer kardiyovasküler riske sahip olduğu bulunmuştur (30). Çalışmamızda antipsikotik kullanımının ölçülen parametreler üzerinde etkisinin bulunmaması, mental hastalıkla ilgili farklı faktörlerin riski etkiliyor olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda erkek hastalarda santral obezite saptanmamıştır. Aralarında antipsikotik ilaç tedavisi alanlar da bulunmaktadır ve bu beklediğimiz bir sonuç değildir. Açıklama olarak: 1. Örneklemimizde kadınların yaş ortalamaları erkeklerden anlamlı olarak daha yüksekti. 2. Ülkemizde kadınlarda santral obezite erkeklere göre yıllar içinde daha hızlı yükselme eğilimindedir. (31). 3. Her yatan hastayı değerlendirmiş olmamıza rağmen araştırma süremizin altı ay olması yetersiz kalmış olabilir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Türkiye İstatistik Kurumu 2016 yılında, %29,5 prevalans (kadın %35, erkek %23,9) ile Türkiye'nin, Avrupa'da obezitenin en sık görüldüğü ülke olduğunu bildirmişlerdir. Ülkemizde obezite prevalansı, 20'li yaşlardan itibaren artarak kadınlarda 45-74 yaş grubunda %50'yi ve erkeklerde 45-64 yaş grubunda %30'u aşmaktadır. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010'da bel çevresi kesim noktasının kadınlarda 90,5 cm, erkeklerde ise 95,5 cm olduğu saptamıştır. Ülkemizde yürütülen çalışmalar kadınlarımızda bel çevresi kesim noktasının hem Uluslararası Diyabet Federasyonu hem de Dünya Sağlık Örgütünden daha yüksek olduğunu, erkeklerdeki rakamın ise ikisi arasında olması gerektiğini göstermektedir. Takip eden Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmalarında santral obezite prevalansı genel toplumda %34'den (kadın %49, erkek %17) %53'e (kadın %64, erkek %35) yükselmiştir (31).

Ciddi mental bozuklukları karşılaştırmak ve riskli hastalıkların akut dönemlerinde hesaplanmış olmak çalışmamızın güçlü yönüdür. Kardiyovasküler riski değerlendirmede FRS yanı sıra CRP seviyelerini de değerlendirmiş olması literatüre katkı sağlamaktadır. Çalışmaya katılmak amacıyla onam vermeyenler ya da veremeyenlerin daha ağır vakalar olabileceği ve daha riskli bir grubun belki de çalışmaya eklenmemiş olma olasılığı bulunmaktadır. Araştırmamızın en büyük kısıtlılığı normal kontrol içermemesidir. Araştırma tek merkezde yürütüldüğü için sonuçlarımız genellemez. Antidepresanlar ve duygudurum düzenleyiciler tüm hasta gruplarında kullanılmadıkları için analize alınmamıştır.

Verilerimiz ciddi mental bozukluğa sahip hastalarda kardiyovasküler riski etkileyen faktörler olduğunu göstermektedir. Kardiyovasküler riski hesaplamak ve tedavi düzenlerken göz önüne alınmanın önemli olduğu söylenebilir. Eşlik eden kardiyovasküler tanıya yönelik ek tedavi ve yaşam alışkanlığı değişiklikleri psikiyatrik tanıyı tedavi ederken göz önünde bulundurulmalıdır.

Yazışma Adresi: Doç. Dr., Rugül Köse Çınar, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri A.D., Edirne, İstanbul, Türkiye rugulkose@hotmail.com.

KAYNAKLAR

1. Chang CK, Hayes RD, Perera G, Broadbent MT, Fernandes AC, Lee WE, Hotopf M, Stewart R. Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London. *PLoS One* 2011;6:e19590.
2. Fraser SJ, Chapman JJ, Brown WJ, Whiteford HA, Burton NW. Physical activity and sedentary behaviour among inpatient adults with mental illness. *J Sci Med Sport* 2016;19:659-663.
3. John A, McGregor J, Jones I, Lee SC, Walters JTR, Owen MJ, O'Donovan M, DelPozo-Banos M, Berridge D, Lloyd K. Premature mortality among people with severe mental illness - New evidence from linked primary care data. *Schizophr Res* 2018;199:154-162.
4. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2015;72:334-341.
5. Barber S, Thornicroft G. Reducing the Mortality Gap in People With Severe Mental Disorders: The Role of Lifestyle Psychosocial Interventions. *Front Psychiatry* 2018;9:463.
6. Correll CU, Solmi M, Veronese N, Bortolato B, Rosson S, Santonastaso P, Thapa-Chhetri N, Fornaro M, Gallicchio D, Collantoni E, Pigato G, Favaro A, Monaco F, Kohler C, Vancampfort D, Ward PB, Gaughran F, Carvalho AF, Stubbs B. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry* 2017;16:163-180.
7. Rigal A, Colle R, El Asmar K, Elie-Lefebvre C, Falissard B, Becquemont L, Verstuyft C, Corruble E. Framingham coronary score in individuals with symptoms or diagnoses of mental disorders: A review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2018;263:41-47.
8. D'Agostino RB, Sr., Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, Kannel WB. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation* 2008;117:743-753.
9. Tay YH, Nurjono M, Lee J. Increased Framingham 10-year CVD risk in Chinese patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2013;147:187-192.
10. Yazici MK, Anil Yagcioglu AE, Ertugrul A, Eni N, Karahan S, Karaagaoglu E, Tokgozlu SL. The prevalence and clinical correlates of metabolic syndrome in patients with schizophrenia: findings from a cohort in Turkey. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2011;261:69-78.
11. Wilson PW, Nam BH, Pencina M, D'Agostino RB, Sr., Benjamin EJ, O'Donnell CJ. C-reactive protein and risk of cardiovascular disease in men and women from the Framingham Heart Study. *Arch Intern Med* 2005;165:2473-2478.
12. Wilson PW, Pencina M, Jacques P, Selhub J, D'Agostino R, Sr., O'Donnell CJ. C-reactive protein and reclassification of cardiovascular risk in the Framingham Heart Study. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2008;1:92-97.
13. Jialal I, Devaraj S, Venugopal SK. C-reactive protein: risk marker or mediator in atherothrombosis? *Hypertension* 2004;44:6-11.
14. Fernandes BS, Steiner J, Bernstein HG, Dodd S, Pasco JA, Dean OM, Nardin P, Goncalves CA, Berk M. C-reactive protein is increased in schizophrenia but is not altered by antipsychotics: meta-analysis and implications. *Mol Psychiatry* 2016;21:554-564.
15. Howren MB, Lamkin DM, Suls J. Associations of depression with C-reactive protein, IL-1, and IL-6: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2009;71:171-186.
16. Marshe VS, Pira S, Mantere O, Bosche B, Looper KJ, Herrmann N, Muller DJ, Rej S. C-reactive protein and cardiovascular risk in bipolar disorder patients: A systematic review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2017;79:442-451.
17. Morch RH, Dieset I, Faerden A, Reponen EJ, Hope S, Hoseth EZ, Gardsjord ES, Aas M, Iversen T, Joa I, Morken G, Agartz I, Melle I, Aukrust P, Djurovic S, Ueland T, Andreassen OA. Inflammatory markers are altered in severe mental disorders independent of comorbid cardiometabolic disease risk factors - inflammatory markers and immune activation in severe mental disorders. *Psychol Med* 2019:1-9.
18. Fan Z, Wu Y, Shen J, Ji T, Zhan R. Schizophrenia and the risk of cardiovascular diseases: a meta-analysis of thirteen cohort studies. *J Psychiatr Res* 2013;47:1549-1556.
19. Pan A, Sun Q, Okereke OI, Rexrode KM, Hu FB. Depression and risk of stroke morbidity and mortality: a meta-analysis and systematic review. *JAMA* 2011;306:1241-1249.
20. Prieto ML, Cuellar-Barboza AB, Bobo WV, Roger VL, Bellivier F, Leboyer M, West CP, Frye MA. Risk of myocardial infarction and stroke in bipolar disorder: a systematic review and exploratory meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2014;130:342-353.
21. Wu Q, Kling JM. Depression and the Risk of Myocardial Infarction and Coronary Death: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Medicine (Baltimore)* 2016;95:e2815.
22. Filik R, Sipos A, Kehoe PG, Burns T, Cooper SJ, Stevens H, Laugharne R, Young G, Perrington S, McKendrick J, Stephenson D, Harrison G. The cardiovascular and respiratory health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:298-305.
23. Jakobsen AH, Foldager L, Parker G, Munk-Jorgensen P. Quantifying links between acute myocardial infarction and depression, anxiety and schizophrenia using case register databases. *J Affect Disord* 2008;109:177-181.
24. Foguet-Boreu Q, Fernandez San Martin MI, Flores Mateo G, Zabaleta Del Olmo E, Ayerbe Garcia-Morzon L, Perez-Pinar Lopez M, Martin-Lopez LM, Montes Hidalgo J, Violan C. Cardiovascular risk assessment in patients with a severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2016;16:141.
25. Fonseca FA, Izar MC. High-Sensitivity C-Reactive Protein and Cardiovascular Disease Across Countries and Ethnicities. *Clinics (Sao Paulo)* 2016;71:235-242.
26. Wysokinski A, Margulska A, Strzelecki D, Kloszewska I. Levels of C-reactive protein (CRP) in patients with schizophrenia, unipolar depression and bipolar disorder. *Nord J Psychiatry* 2015;69:346-353.
27. Pinto JV, Moulin TC, Amaral OB. On the transdiagnostic nature of peripheral biomarkers in major psychiatric disorders: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 2017;83:97-108.
28. De Hert M, Detraux J, van Winkel R, Yu W, Correll CU. Metabolic and cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs. *Nat Rev Endocrinol* 2011;8:114-126.
29. Castillo-Sanchez M, Fabregas-Escurriola M, Berge-Baquero D, Foguet-Boreu Q, Fernandez-San Martin MI, Goday-Arno A. Schizophrenia, antipsychotic drugs and cardiovascular risk: Descriptive study in primary care. *Eur Psychiatry* 2015;30:535-541.
30. Kelly DL, McMahon RP, Liu F, Love RC, Wehring HJ, Shim JC, Warren KR, Conley RR. Cardiovascular disease mortality in patients with chronic schizophrenia treated with clozapine: a retrospective cohort study. *J Clin Psychiatry* 2010;71:304-311.
31. TEMD Obezite, Lipid Metabolizması, Hipertansiyon Çalışma Grubu. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180516162841-2018-05-16tbl_kilavuz162840.pdf. Erişim tarihi: Şubat 20, 2019.

The relationship between internet addiction and eating attitudes and obesity related problems among university students

Üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığının yeme tutumları ve obezite ilişkili sorunlara etkisi

Nermin Gündüz¹, Onur Gökçen², Fatma Eren³, Erkal Erzincan⁴, Özge Timur⁵, Hatice Turan⁶, Aslıhan Polat⁷

¹Assis. Prof., Kütahya Sağlık Bilimleri University Medical Faculty, Department of Psychiatry, Kütahya, Turkey -<https://orcid.org/0000-0002-0188-6232>

²M.D. Kütahya Sağlık Bilimleri University Medical Faculty, Evliya Çelebi Training and Research Hospital, Department of Psychiatry, Kütahya, Turkey <https://orcid.org/0000-0001-9543-4239>

³M.D., Araklı State Hospital, Department of Psychiatry, Trabzon, Turkey <https://orcid.org/0000-0002-3280-2687>

⁴Assis. Prof., Erenköy Mental Health Training and Research Hospital, Department of Psychiatry, İstanbul, Turkey <https://orcid.org/0000-0001-6586-4430>

⁵M.D., Erzurum Training and Research Hospital, Department of Internal Medicine, Erzurum, Turkey <https://orcid.org/0000-0002-7296-5536>

⁶M.D., İstanbul Special Moodist Psychiatry and Neurology Hospital, Department of Psychiatry, İstanbul, Turkey <https://orcid.org/0000-0002-7130-6715>

⁷Assoc. Prof., Kocaeli University Medical Faculty, Department of Psychiatry, Kocaeli <https://orcid.org/0000-0001-9649-8701>

SUMMARY

Objective: The aim of this research is to examine the prevalence of internet addiction and relationship between internet addiction (IA) and eating attitudes and quality of life in Erzurum Atatürk University faculty students. **Method:** A total of 466 faculty students from various faculties were included in the study. Sociodemographic data form created by researchers, Young Internet Addiction Scale (IAT), Obesity-Related Problems Scale (OR) and Eating Attitude Test-40 (EAT-40) were applied to the participants. Body Mass Index of the participants was calculated manually by the researchers. **Results:** 78.5 of the students were found to have IA. IA was found at a mild level in 52.6% of the students, moderate level in 24.2% and severe level in 1.7%. There was a positive correlation between the total score of IAT and the alcohol use and psychiatric history. There was only a statistically significant relationship between the severity of IA and OR. There was no statistically significant relationship between Body Mass Index (BMI) and EAT-40. When the IAT and BMI, EAT-40 and OR correlation were examined, only a statistically significant but weak relationship was found in OR. **Discussion:** Although there are some cross-sectional studies, revealing the significant relationship between IA and abnormal eating attitudes, there are also studies revealing no significant relationship. But it is clear that there is no definitive result with the limitations of the current studies.

Key Words: Internet addiction, eating attitudes, obesity related problems, university students

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı Erzurum Atatürk Üniversitesi öğrencileri arasında internet bağımlılığı yaygınlığı ve internet bağımlılığının öğrencilerin yeme tutumları ve yaşam kaliteleri üzerine etkisinin araştırılmasıdır. **Yöntem:** Çalışmaya farklı fakültelerden toplam 466 öğrenci dahil edilmiştir. Katılımcılara yazarlar tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu, Young İnternet Bağımlılığı Testi, Şişmanlıkla İlgili Sorunlar Ölçeği (ŞİSÖ) ve Yeme Tutumu Testi-40 (YTT-40) uygulanmıştır. Vücut Kitle İndeksi (VKİ) araştırmacılar tarafından hesaplanmıştır. **Bulgular:** Öğrencilerin %78,5'inde internet bağımlılığı olduğu tespit edildi. Öğrencilerin %52,6'sında hafif şiddette, %24,2'sinde orta/ılımlı düzeyde, %1,7'sinde ise ağır düzeyde internet bağımlılığı olduğu tespit edilmiştir. İnternet bağımlılığı şiddeti ile alkol kullanımı arasında ve yine internet bağımlılığı şiddeti ile psikiyatrik hastalık özgeçmişinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. İnternet bağımlılığı şiddeti ile ŞİSÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. İnternet bağımlılığı şiddeti puanı ile VKİ, YTT-40 puanı ve ŞİSÖ arasında korelasyon bakıldığında yalnızca ŞİSÖ'de istatistiksel olarak anlamlı olmakla beraber zayıf bir ilişki saptanmıştır. **Sonuç:** Her ne kadar bazı kesitsel çalışmalarda internet bağımlılığı ile yeme tutumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuşken bazı çalışmalarda ise bu ilişki ortaya konamamıştır. Bu alanda yapılan güncel çalışmaların kısıtlılığı nedeni ile aradaki ilişki net değildir.

Anahtar Sözcükler: İnternet bağımlılığı, yeme tutumları, obezite ilişkili sorunlar, üniversite öğrencileri

(*Turkish J Clinical Psychiatry 2019;22:266-275*)

DOI: 10.5505/kpd.2019.14622

INTRODUCTION

Problematic internet use or internet addiction (IA) can be defined as inability to prevent the excessive use of internet, loss of importance of time spent without being connected to internet, appearance of excessive tension and aggression in the absence of being connected to internet and the gradual deterioration of professional, school, social and family life (1).

Although IA can be seen almost any age, young internet users, especially those between 18 and 24 years, have reported to have greater risk for IA (2). The prevalence of IA among adolescents has been found to be 4.4% in a wide range of studies in European countries (3). It is stated that this rate is increased with the increase of internet accessibility in the studies carried out afterwards (4). In studies conducted in Turkey, IA among university students have been reported to be between 7.2% and 12.2% (5, 6).

Spending more time on internet can negatively affect young people's daily life. In some cross-sectional studies, it has been stated that IA have negative effects on many lifestyle-related factors such as irregular eating habits, management and deterioration of time, physical dysfunction and shortening of the sleep period in adolescents (7-10).

IA not only disturbs the individuals' physical health but also disturbs the mental health (11-17). There are studies about relationship between IA and depressive symptoms (11), obsessive compulsive symptoms (12), social phobia (13), attention deficit hyperactivity disorder (14), anxiety symptoms (15), eating disorders (16), alcohol addiction (17). But, studies about the relationship between IA and abnormal eating attitudes is relatively rare. Also there is no study investigating the relationship between obesity related problems and IA or problematic internet use. Although there are some cross-sectional studies, revealing the significant relationship between IA and abnormal eating attitudes (7, 18, 40), and there are also studies revealing no significant relationship (19, 20). For example, in a study conducted among 2036 Chinese students, authors reported no significant correlation

between Young IAT and EAT subscales (20). On the other hand in another study conducted by Alpaslan and colleagues (2015) among 584 students, authors revealed positive correlation between EAT and Young IAT (18). But it is clear that there is no definitive result with the limitations of the current studies (21). Results of the studies investigating the relationship between eating attitudes and IA depend on material, statistical methodology, mean age of the sample group and sample size.

Considering the increasing use of internet among university students, this group is thought to be particularly sensitive to IA because of time they spend on internet. Also university students are a risky group both in terms eating disorders. In this study, we aimed to examine the prevalence of IA and also relationship between IA and eating attitudes and obesity related problems among Erzurum Atatürk University students.

METHODS

This study was carried out among the students from different faculties at Erzurum Atatürk University. Ethical committee approval was obtained from Erzurum Regional Training and Research Hospital for the study. With the approval of the ethics committee, the necessary permissions were obtained by applying to the deans of Erzurum Atatürk University Faculties. In this cross-sectional study, necessary information concerning the questionnaires and the aim of the study was given to the students prior to the interview. Sociodemographic data form created by researchers, Young Internet Addiction Scale, Obesity-Related Problems Scale and Eating Attitude Test 40 were applied to the participants. The study was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki.

Participants

A total of 466 students from various faculties were included in the study. Of the 466 students 106 were from engineering faculties, 98 were from physical education sports high school, 32 were from education faculty, 102 were from social sciences, 8 were

from health sciences and 120 were from other faculties.

Instruments

Sociodemographic Data Form: In this form, the participants were asked about personal information such as age, gender, duration of daily internet use, living place, smoking, alcohol use, substance use, psychiatric history and weight and height. Body mass index (BMI) was calculated manually by using the formula $\text{weight (kg)}/\text{height}^2(\text{m}^2)$.

Young Internet Addiction Scale (IAT): The Young's Internet Addiction questionnaire consists of 20 items ranked on a 6 options likert scale from never =0 to always =5, with the minimum and maximum score from zero to 100, respectively (22). The validity and reliability study in Turkey was carried out by Bayraktar et al (23). Higher the score, the greater is the level of addiction and creation of problems resulting from such internet use. The severity impairment index is determined as follows: None: 0–30 points, Mild: 31–49 points, Moderate: 50–79 points, Severe: 80–100 points.

Eating Attitudes Test 40 (EAT-40): This questionnaire was developed by Garner and Garfinkel as a self-report scale to measure anorexia nervosa symptoms (24). It has validity and reliability in Turkish adapted by Savaşır and Erol (25).

Analysis of the data

Data analysis was done using SPSS version 17 (Statistical Package for Social Science). The variables were investigated using visual (histograms, probability plots) and analytical methods (Kolmogorov Smirnov test) to determine whether or not they are normally distributed. Comparisons of non-parametric variables between groups were performed by using Mann-Whitney U test. The Chi-square test or Fisher's exact test, where appropriate, was used to compare proportions in different groups. Correlations were determined by using the Spearman test. $P < 0,05$ was considered to indicate a significant difference.

Obesity-Related Problems Scale (OR): This scale was developed from the Health-Related Quality of Life Questionnaire (HRQoL) to consider the impact of the psychosocial functionality section of quality of life in obese individuals. It contains eight likert-type items. Higher the scores show that psychosocial functionality is negatively affected in the individual. The highest total scale score is 32, and the lowest score is 8 (26). Turkish validity and reliability of this scale was conducted by Polat et al (27).

RESULTS

Of the 466 students 49.4% (n=230) were female and 50.6% (n=236) were male. The mean age of the participants included in the study was 21.95 (± 2.56) years. 36.5% (n=170) were living with their families, 29.6% (n=138) were staying at student house and 33.9% (n=158) were staying at student hostel. The majority of the group (52.8%; n=245) was using internet over 4 hours. Sociodemographic data of the participants was presented in Table 1.

The mean value of the BMI of the participants included in the study was 21.60 (± 3.15) kg/m². 78.5% (n=366) of the students were found to have IA. IA was found at a mild level in 52.6% (n=245) of the students, moderate level in 24.2% (n=113) and severe level in 1.7% (n=8). The distribution of mean, median, and standard deviation data of IAT according to sociodemographic data was presented in Table 2.

There was a statistically significant relationship between the values of mean, median and std deviation of IAT and alcohol use ($p = 0.016$) and duration of daily internet use ($P < 0.05$) (Table 2). IAT was found to be highest among social sciences with the score of 45.87 ± 19.95 . IAT was found to be lowest among education faculty with the score of 29.81 ± 19.45 ($p=0.000$). The distribution of severity of IA according to sociodemographic data was presented in Table 2.

There was a significant relationship between BMI according to faculties of the participants ($p=0.001$). BMI was minimum among social sciences with 20.67 ± 3.22 kg/m² (Table 3).

Table 1: Sociodemographic Data

		Engineering	PESHS	Education	Social Sciences	Others	Health Sciences	Total
Gender	Female	49	29	19	63	64	6	230
	Male	57	69	13	39	56	2	236
Students Living Place	With Family	25 (23.6)	40 (40.8)	9 (28.1)	35 (34.3)	59 (49.2)	2 (25)	170
	Student House	42 (39.6)	36 (36.7)	8 (25)	24 (23.5)	25 (20.8)	3 (37.5)	138
	Student Hostel	39 (36.8)	22 (22.4)	15 (46.9)	43 (42.2)	36 (30)	3 (37.5)	158
Daily Internet Usage Time	<30 min	4 (3.8)	4 (4.1)	4 (12.5)	5 (4.9)	8 (6.7)	0 (0)	20
	30 min-2h	23 (21.7)	33 (33.7)	10 (31.3)	12 (11.8)	15 (12.5)	3 (37.5)	96
	2-3 h	23 (21.7)	16 (16.3)	9 (28.1)	11 (10.8)	13 (10.8)	1 (12.5)	73
	3-4 h	5 (4.7)	11 (11.2)	3 (9.4)	4 (3.9)	2 (1.7)	2 (25)	27
	≥4 h	51 (48.1)	34 (34.7)	6 (18.8)	70 (68.6)	82 (68.3)	2 (25)	245
Smoking	yes	57 (53.8)	44 (44.9)	16 (50)	44 (43.1)	65 (54.2)	3 (37.5)	229
	no	49 (46.2)	54 (55.1)	16 (50)	58 (56.9)	55 (45.8)	5 (62.5)	237
Alcohol	yes	42 (39.6)	17 (17.3)	6 (18.8)	15 (14.7)	37 (30.8)	2 (25)	119
	no	64 (60.4)	81 (82.7)	26 (81.2)	87 (85.3)	83 (69.2)	6 (75)	347
Substance	yes	15 (14.2)	2 (2)	2 (6.3)	2 (2)	7 (5.8)	0 (0)	28
	no	91 (85.8)	96 (98)	30 (93.7)	100 (98)	113(94.2)	8 (100)	438

PESHS: Physical Education Sports High School

There was a significant relationship between IAT total score according to faculties of the participants ($p=0.000$). IAT was found to be highest among social sciences with the score of 45.87 ± 19.95 (Table 3).

There was a significant relationship between EAT 40 total score according to faculties of the participants ($p=0.029$). EAT 40 was found to be highest among social sciences with the score of 16.10 ± 11.85 . EAT 40 was found to be minimum among health sciences with the score of 22.33 ± 15.13 (Table 3).

There was a significant relationship between OR total score according to faculties of the participants ($p=0.000$). OR was found to be highest among social sciences with the score of 17.71 ± 7.30 (Table

3). Mean, median, and std deviation of BMI and scales according to faculties of the participants was presented in Table 3.

Correlations between severity of IA and BMI, EAT-40, OR is presented in Table 4. When the IAT and BMI, EAT-40 and OR correlation were examined, only a statistically significant but weak relationship was found in OR (Table 4).

DISCUSSION

In this study, we examined the prevalence of IA; relationship between IA and eating attitudes and obesity related problems among the students from different faculties from Erzurum Atatürk University.

Table 2: The distribution of mean, median, and standart deviation of IAT according to sociodemographic data

		Mean	Median	SD	p
Gender	Female	38.35	36.00	19.52	0.484
	Male	36.90	36.00	19.64	
Smoking	Yes	37.75	36.00	18.25	0.800
	No	37.49	35.00	20.81	
Alcohol	Yes	40.97	38.00	17.3	0.016
	No	36.47	34.00	20.19	
Substance	Yes	40.61	38.00	16.11	0.274
	No	37.43	36.00	19.77	
Duration of Daily internet use	<30 min	19.88	16.00	16.63	<0.05
	30min-2 h	25.64	25.00	14.73	
	2-3 hours	29.07	29.00	15.48	
	3-4 hours	32.89	32.00	17.55	
	≥4 hours	47.07	46.00	17.74	
Student s Living Place	With Family	39.33	39.00	20.94	0.176
	Student House	35.16	33.50	17.00	
	Student Hostel	37.92	36.50	20.05	
Psychiatric history	Yes	35.62	34.50	20.98	0.18
	No	38.22	36.50	19.12	
Faculty	Engineering	32.08	34.00	13.83	0.000
	PESHHS	30.32	28.00	19.42	
	Education	29.81	29.00	19.45	
	Social Sciences	45.87	45.50	19.95	
	Health Sciences	34.33	27.50	22.45	
	Others	43.75	43.50	19.31	

PESHHS: Physical Education Sports High School

78.5% of the students were found to have IA. IA was found at mild level in 52.6% of the students, moderate level in 24.2% and severe level in 1.7%; in accordance with literature (8, 28). Similarly, in a study conducted by Chaudhari et al., in an attempt to determine the prevalence of IA in university students in Western Maharashtra, India, prevalence of IA was reported to be 58.87%, and it was reported that 51.42% had mild and 7.45% had moderate IA (28). However, in some studies the prevalence of IA was found to be lower (29, 30). There is also a study in which the prevalence of IA was found to be higher (31). This difference in prevalence may be related to some factors like the heterogeneity of the sample groups, sample size, sociocultural differences, access to internet, different diagnostic tools used in the studies (28).

There are studies like ours, showing nosignificant relationship between IA and gender as well as studies showing that IA is more frequent among males (28, 29, 32). Chou et al. suggested that males are at risk for IA due to their stereotyped use of sexual content whereas females may be asymptomatic or have limited symptoms for IA (33). Morahan-

Martin and Schumacker have described this difference between genders because of the online activities such as gaming, pornography and gambling that are more frequently used by males (34).

Although Asiri found that IA scale total scores of the students living alone were higher than the other groups and the scores of the residents were found to be lower than the other groups (35), we found no significant relationship between IA scale total score and living place consistent with the results of the study conducted by Ghamari et al. (29). Researchers have explained that this may be due to the fact that residents have fewer opportunities to connect to internet.

There is a significant relationship between IA scale total score and the participants' daily internet use periods. As the duration of internet use increased, the total score of the scale increased. This is in accordance with the other studies (28,32).

Although we determined significant relation between IA scale and alcohol use, we did not deter-

Table 3: Mean, median, and standart deviation of BMI and scales according to faculties of the participants

		Engineering	PESHHS	Education	Social Sciences	Others	Health Sciences	p
BMI	Mean	22.53	21.87	21.95	20.67	21.21	22.45	0.001
	Median	22.50	21.65	21.70	20.10	21.00	22.45	
	SD	3.42	2.91	3.26	3.22	2.79	2.78	
IA total score	Mean	32.08	30.32	29.81	45.87	43.50	34.33	0.000
	Median	34.00	28.00	29.00	45.50	19.31	27.50	
	SD.	13.83	19.42	19.45	19.95	16.82	22.45	
EAT 40	Mean	17.75	19.81	16.44	16.10	16.82	22.33	0.029
	Median	15.00	16.00	14.00	12.00	12.00	17.00	
	SD	10.18	12.79	8.25	11.85	12.19	15.13	
OR	Mean	14.87	12.20	13.44	17.71	16.81	15.67	0.000
	Median	13.50	9.00	11.50	18.00	16.00	17.00	
	SD	7.55	6.24	6.80	7.30	8.14	6.50	

PESHHS: Physical Education Sports High School, IA: Internet Addiction; BMI: Body Mass Index; EAT 40: Eating Attitudes Test 40; OR: Obesity-Related Problems Scale SD: Standart Deviation

mine such relationship between IA scale and substance use and smoking. Unlike our study, in a study conducted by Morioka et al., IA and excessive internet use were higher among smokers (36). It has been reported that problematic internet use may be associated with other risky behaviors and may be an important early predictor of substance use especially during adolescence (37,38).

Our study showed that IA varied according to faculties of the students. Our result about IA among social sciences students is an accordance with Özcan et al's study (39). Özcan and colleagues found a higher level of problematic internet use among social sciences students (39). In a study designed like our study and conducted by Çelik and colleagues found that communication and education faculty students had higher levels of problematic internet use than medical faculty students (7). Comparing with the other faculties, social sciences generally have less compact academic programs. Due to having less compact academic programs, students of social sciences usually have excessive free time out of school. This may result in excessive communicating, shopping, gambling, online gaming, information collection.

We found no significant relationship between IA and eating attitudes. However, a statistically significant relationship was found between IA and obesity related problems at weak level. When participants with BMI over 25 were assessed separately, there was no significant relationship between IA and obesity related problems. There are studies suggesting no significant relationship between IA and eating attitudes consistent with our finding (19, 20). For example, in a study conducted among 2036 Chinese students, participants were assessed with online Young IAT, EAT, Beck Depression Inventory and DSM-IV criteria for bulimia (20). Of the whole group, 61 students who had severe IA according to the Young IAT were compared with 70

Table 4: Correlations between the scales

	IAT	EAT	OR
BMI	-0.077	-0.103*	0.178**
IAT	1	-0.51	0.297**
EAT	-0.051	1	-0.89
OR	0.297**	-0.89	1

IAT: Internet Addiction Test; BMI: Body Mass Index; , EAT 40: Eating Attitudes Test; OR: Obesity-Related Problems Scale p<0.05 **p<0.01

students who did not have IA according to the same test. As a result, female students having severe IA were rated higher scores in the subscales of EAT compared to those who did not have IA. Male students also received higher scores on some subscales too. In terms of bulimia criteria, there was a significant difference between addicted and non-addicted group. It was also reported that this relation was mediated by depression. On the other hand, authors reported no correlation between Young IAT and EAT subscales (20). In another study conducted by Canan et al. among 1938 students aged between 14 and 18, 12% of the participants had IA (3.5% severe level) (19). Authors reported no correlation between Young IAT scores and EAT subscales. However, BMI, IAT, and time spending online were found to be correlated. Authors also suggested that the use of the internet mainly for academic purposes was associated with a decline in BMI (19).

Although we found no significant relationship between IA and eating attitudes among all of the participants, we determined significant findings about IA, EAT 40, OR and BMI according to faculties of the participants. EAT 40 and OR was found to be highest among social sciences as we found the highest scores of IA among this student group. The increase in the total score obtained from EAT 40 is considered to be an indicator of the deterioration in eating attitudes. So, finding the highest scores for EAT 40 and IA among social sciences was not surprising. The increase in the total score obtained from OR shows that psychosocial functionality is negatively affected in individuals. Also BMI was found to be lowest among social sciences. There are also studies showing significant relation between IA and disordered eating attitudes (7). In a study conducted by Çelik et al (2015), 315 university students were evaluated with EAT and The Problematic Internet Use Scale (7). Authors reported positive correlation between EAT and The Problematic Internet Use Scale (7). In another study conducted by Alpaslan and his colleagues (2015) among 584 students, IA was determined in 10.1% of the participants according to Young IAT. Authors revealed positive correlation between EAT and Young IAT (18). Also according to EAT, disordered eating attitude was found in 15.2% of the participants and the pre-

sence of disordered eating attitudes, male gender, and higher BMI scores were revealed to be the strongest predictors for IA (18). Also in another study conducted by Tao et al. (2009) among 1199 participants of Chinese secondary school and college students aged between 12 and 25, Young IAT had been used and the internet use patterns of the participants had been questioned (40). EAT-26 and The Eating Disorder Inventory (EDI) had also been applied to these participants. As a result of this study, 54 (4.5%) of the participants were evaluated as internet addicts. This prevalence is significantly lower than our prevalence. This may be due to the inclusion of secondary school students in this study, which is different from our study. Also in female problematic internet users diet behaviors, oral control and bulimia subscales had been found to be higher compared with non-addicts. In male internet addicts, oral control subscale had been found to be higher when male participants with BMI over 25 were excluded (40). In another study conducted among 392 participants aged between 19 and 35, were assessed with online Young IAT, EAT, and Body Image Avoidance Questionnaire (41). In this study, participants were asked about time spent online and on which web sites. 40 (10.2%) of the participants were evaluated as internet addicts. IA symptoms like spending time on social media sites like Facebook, MSN and body image avoidance were found to be significant predictors of disordered eating among only female participants. This relationship was not found on spending time online on other websites and not found among male participants. Also, all time spent online was associated with disordered eating attitudes in female participants. But, there was no significant relationship between all time spent online and body image avoidance. These relationships were not found among male participants. Authors suggested that individuals with having anxiety related to body image and individuals with disordered eating attitudes may be using social media as a way of coping rather than enter into an environment that would increase their psychopathology (41). In a nationwide study conducted among Korean adults, participants had been assessed with Korean Internet Addiction Proneness Scale for Youth-Short Form, BMI as dividing the participants into three groups: underweight, normal weight and over weight and at least weight control behavior. As a result of the

study it had been reported that adults having inappropriate weight control behavior had been found more likely to have problematic internet use. On the other hand, underweight, overweight, and obese adults had been reported to more likely to have problematic internet use (42).

There are studies suggesting significant relation between IA and obesity (43, 44). In a study conducted by Eliacik et al. (45) among obese adolescents and control groups, participants had been assessed with IA scale devolved by Günüç and Kayri (46), the Pediatric Quality of Life Inventory, the Pittsburgh Sleep Quality Index, and the Epworth Sleepiness Scale. As a result of this study, it has been suggested that obese adolescents had been more likely to have IA and lower quality of life compared to controls (45).

While there was no relationship between BMI and IA in our study, we determined a weak significant relation between IAT and OR. There are some possible reasons to explain the different results. First of all, the concept of IA which is not included in the DSM diagnostic series is not clear yet. There is also debate argues that the quality of online activity is important as well as the amount of time spent online (19). This can explain the different conclusions found in the relevant studies. Canan and colleagues (19) found that the use of the internet mainly for academic purposes was associated with a decline in BMI, and Rodgers et al. (45) found an association between avoidance and disordered eating attitudes in female participants and social media sites such as Facebook and MSN.

There are also debates that IA is a set of pathologies that vary according to online activities, as well as debates that internet is an instrument for addiction, and that behavioral addiction is through the activity on internet (like online gambling) (47, 48). Another reason for different results found in the studies is related about the scales used. Although the Young IAT is still the most frequently used scale in the IA studies, internet has changed much in our lives since the test was first set up, and there are criticisms about the update of this scale (49). Moreover, the results of having a personal computer may not have been updated with the spread of smartphones. We think that this is the most impor-

tant reason for the high IA scores in our study. In this context, we are sure that there is a need for up-to-date structured or semi-structured scales that explore the concept of IA.

Another important point of view that affects the results is related about eating attitudes. Disordered eating attitudes can be found in various pathologies such as obesity, binge eating disorder, and anorexia nervosa. Also the differences between the results of the studies may have been caused by the use of different scales and by not investigating a specific diagnosis of eating disorder.

There are some limitations of the study. First, only the self-report scale was used to determine IA in the participants. We didn't interview with the participants. Also, since there are a group of students who refuse to participate, this can reduce the power of the study. Because of the cross-sectional design of the study, it may be difficult to establish causal relationship.

In conclusion, the main finding of the present study is that IA and obesity related problems are positively correlated among university students in our country. Adolescents are particularly vulnerable to developing addictive behavioral patterns like problematic internet use and health-compromising behaviors, such as irregular dietary habits, alcohol use, and smoking habits. Adolescents can use the internet as a way of coping with their adaptation problems in early transition years, and this progression may become more permanent in the future and become a risk to the development of IA. A prospective approach should be used to confirm these results as well as establish strategies for better detection and management of IA and disordered eating attitudes when working with adolescents. Also it is clear that there is a need for follow-up studies using structured or semi-structured scales that allow the detection of specific diagnostic groups.

Correspondence address: Assis. Prof. Nermin Gunduz, Saglik Bilimleri University, Medical Faculty, Department of Psychiatry, Kutahya, Turkey ngunduz2798@hotmail.com

REFERENCES

1. Arısoy, Ö. İnternet bağımlılığı ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009;1:55-67.
2. Thatcher A, Goolam S. Defining the South African Internet "Addict": prevalence and biographical profiling of problematic Internet users in South Africa. *South African Journal of Psychology* 2005;35:766-792.
3. Durkee T, Kaess M, Carli V, Parzer P, Wasserman C, Floderus B. Prevalence of pathological Internet use among adolescents in Europe: Demographic and social factors. *Addiction* 2012;107:2210-2222.
4. Kaess M, Parzer P, Brunner R, Koenig J, Durkee T, Carli V, Wassermann C. Pathological Internet Use Is on the Rise Among European Adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2016;59:236-239.
5. Dalbudak E, Evren C, Aldemir S, Coskun KS, Ugurlu H, Yildirim FG. Relationship of Internet Addiction Severity with Depression, Anxiety, and Alexithymia, Temperament and Character in University Students. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* 2013a;16:272-278.
6. Dalbudak E, Evren C, Topcu M, Aldemir S, Coskun KS, Bozkurt M, Evren B, Canbal M. Relationship of internet addiction with impulsivity and severity of psychopathology among Turkish university students. *Psychiatry Research* 2013b;210:1086-1091.
7. Celik ÇB, Hatice Odacı H, Bayraktar N. Is problematic internet use an indicator of eating disorders among Turkish university students? *Eat Weight Disord* 2015;20:167-172.
8. Gündüz N, Timur Ö, Erzincan E, Turan H, Gökçen O, Eren F, Polat A. Internet Addiction and Excessive Daytime Sleepiness and Quality of Life Among Medical Faculty Students. *Current Addiction Research* 2017;1:56-64.
9. Kim J, Hong H, Lee J, Hyun, MH. Effects of time perspective and self-control on procrastination and Internet addiction. *Journal of Behavioral Addictions* 2017;6(2), 229-236.
10. Lam LT, Peng ZW, Mai JC, Jing J. Factors associated with Internet addiction among adolescents. *Cyber psychol Behav* 2009;12:551-555.
11. Scimeca G, Bruno A, Cava L, Pandolfo G, Muscatello MR, Zoccali R. The relationship between alexithymia, anxiety, depression, and internet addiction severity in a sample of Italian high school students. *ScientificWorld Journal* 2014;504376.
12. Kim M, Lee TH, Choi JS, Kwak YB, Hwang WJ, Kim T, Lee JY, Lim JA, Park M, Kim YJ, Kim SN, Kim DJ, Kwon JS. Neurophysiological correlates of altered response inhibition in internet gaming disorder and obsessive-compulsive disorder: Perspectives from impulsivity and compulsivity. *Sci Rep* 2017;7:41742.
13. Yayan EH, Arıkan D, Saban F, Gürarlan Baş N, Özel Özcan Ö. Examination of the Correlation Between Internet Addiction and Social Phobia in Adolescents. *West J Nurs Res* 2016;39:1240-1254.
14. Tateno M, Teo AR, Shirasaka T, Tayama M, Watabe M, Kato TA. Internet addiction and self-evaluated attention-deficit hyperactivity disorder traits among Japanese college students. *Psychiatry Clin Neurosci* 2016;70:567-572.
15. Scimeca G, Bruno A, Cava L, Pandolfo G, Muscatello MR, Zoccali R. The relationship between alexithymia, anxiety, depression, and internet addiction severity in a sample of Italian high school students. *ScientificWorld Journal* 2014;504376.
16. Tao Z, Wu G, Wang Z. The relationship between high residential density in student dormitories and anxiety, binge eating and Internet addiction: a study of Chinese college students. *Springerplus*. 2016;15;5:1579.
17. Bibbey A, Philips AC, Ginty AT, Carroll D. Problematic Internet use, excessive alcohol consumption, their comorbidity and cardiovascular and cortisol reactions to acute psychological stress in a student population. *J Behav Addict* 2015;4:44-52.
18. Alpaslan AH, Kocak U, Avcı K, Uzel Tas H. The association between internet addiction and disordered eating attitudes among Turkish high school students. *Eat Weight Disord* 2015;20:441-448.
19. Canan F, Yildirim O, Ustunel TY, Sinani G, Kaleli AH, Gunes C, Ataoglu A. The relationship between internet addiction and body mass index in Turkish adolescents. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2014;17:40-45.
20. Tao Z. The relationship between internet addiction and bulimia in a sample of Chinese college students: depression as partial mediator between internet addiction and bulimia. *Eat Weight Disord* 2013;18:233-243.
21. Canan F. The relationship between internet addiction and eating disorders. *Eat Weight Disord* 2016;21:137-138.
22. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyber Psychology & Behavior* 1998;1(3): 237-244.
23. Bayraktar, F. İnternet Kullanımının Ergen Gelişimindeki Rolü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: EÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2001.
24. Garner, DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine* 1979;9:273-279.
25. Savaşır I, Erol N. Yeme tutumu testi: Anoreksiya nevroza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi*, 1989;7:19-25.
26. Karlsson J, Taft C, Sjöström L, Torgerson JS, Sullivan M. Psychosocial functioning in the obese before and after weight reduction: construct validity and responsiveness of the Obesity-related Problems scale. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27:617-30.
27. Polat A, Turan H, Erzincan E, Tural U. Şişman Bireylerde Şişmalık İle İlgili Sorunlar Ölçeği Türkçe Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması, 50. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 2014, Poster Bildiri No:211
28. Chaudhari B, Menon P, Saldanha D, Abhinav Tewari A, Bhattacharya L. Internet addiction and its determinants among medical students. *Ind Psychiatry J* 2015;24:158-162.
29. Ghamari F, Mohammadbeigi A, Mohammad-salehi N, Hashiani AA. Internet Addiction and Modeling its Risk Factors in Medical Students. *Iran Indian J Psychol Med* 2011;33:158-162.

30. Tsimitsiou Z, Haidich AB, Spachos D, Kokkali S, Bamidis P, Dardavesis T, Arvanitidou M. Internet addiction in Greek medical students: an online survey. *Acad Psychiatry* 2015;39:300-4. 3
31. Pramanik T, Sherpa MT, Shrestha R. Internet addiction in a group of medical students: a cross sectional study. *Nepal MedColl J* 2012;14:46-8.
32. Salehi M; Khalili MN; Hojjat SK; Salehi M; Danesh A Prevalence of Internet Addiction and Associated Factors Among Medical Students From Mashhad, Iran in 2013. *Iran Red Crescent Med J* 2014;16:e17256
33. Chou C, Condrón L, Belland JC. A review of the research on Internet addiction. *Educ Psychol Rev* 2005;17:363-388.
34. Morahan-Martin JM, Schumacker P. Incidence and correlates of pathological internet use. *Comput Human Behav* 2000;16:13-29.
35. Asiri S, Fatemeh Fallahi F, Ghanbari A, Kazemnejad-leili E Internet Addiction and its Predictors in Guilan Medical Sciences Students, 2012. *Nurs Midwifery Stud.* 2013;2:234-239.
36. Morioka H, Itani O, Osaki Y, Higuchi S, Jike M, Kaneita Y, Kanda H, Nakagome S, Ohida T, Association Between Smoking and Problematic Internet Use Among Japanese Adolescents: Large-Scale Nationwide Epidemiological Study. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2016;19:557-61.
37. Lee BW, Stapinski LA. Seeking safety on the internet: relationship between social anxiety and problematic internet use. *J Anxiety Disord* 2012;26:197-205.
38. Lee YS, Han DH, Kim SM, Renshaw PF. Substance abuse precedes Internet addiction. *Addict Behav* 2013;38:2022-5.
39. Özcan NK, Buzlu S. Internet use and its relation with the psychosocial situation for a sample of university students. *Cyberpsychology Behav* 2007;10:767-772.
40. Tao ZL, Liu Y. Is there a relationship between internet dependence and eating disorders? a comparison study of internet dependents and non-internet dependents. *Eat Weight Disord* 2009;14:e77-e83.
41. Rodgers RF, Melioli T, Laconi S, Bui E, Chabrol H. Internet addiction symptoms, disordered eating, and body image avoidance. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2013;16:56-6.
42. Park S, Lee Y. Associations of body weight perception and weight control behaviors with problematic internet use among Korean adolescents. *Psychiatry Research* 2017;251:275-280.
43. Bener A, Al-Mahdi HS, Ali AI, Al-Nufal M, Vachhani PJ, Tewfik I. Obesity and low vision as a result of excessive Internet use and television viewing. *International Journal of Food Sciences & Nutrition* 2011; 62:60-62.
44. Bozkurt H, Özer S, Şahin S, Sönmezgöz E (2017) Internet use patterns and Internet addiction in children and adolescents with obesity. *Pediatr Obes* 2018;13:301-306.
45. Eliacik K, Bolat N, Koçyiğit C, Kanik A, Selkie E, Yılmaz H, Catli G, Dundar NO, Dundar BN, Internet addiction, sleep and health-related life quality among obese individuals: a comparison study of the growing problems in adolescent health, *Eat Weight Disord* 2016;21:709-717.
46. Gunuc S, Kayri M. The profile of internet dependency in Turkey and development of internet addiction scale: study of validity and reliability. *Hacet Univ J Educ* 2010;39:220-232.
47. Bell V. Online information, extreme communities and internet therapy: Is the internet good for our mental health? *J. Ment Health* 2007;16, 445-457.
48. Van Rooij A, Prause N. A critical review of "Internet addiction" criteria with suggestions for the future. *J Behav Addict* 2014;3:203-213.
49. Musetti A, Cattivelli R, Giacobbi M, Zuglian P, Ceccarini M, Capelli F, Pietrabissa G, Castelnuovo G, Challenges in Internet Addiction Disorder: Is a Diagnosis Feasible or Not? *Front Psychol* 2016;6:7:842

Bir AMATEM kliniğinde tedavi gören hastaların sosyodemografik verilerinin incelenmesi

Evaluation of sociodemographic data in patients treated in an alcohol and drug addiction treatment center (ADATC) clinic

Elif Aktan Mutlu¹, Özyıl Öztürk Sarıkaya²

¹Uzm. Dr., Bursa Devlet Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi, Bursa, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-0889-1421>

²Uzm. Dr., Muayenehane, Bursa, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-1576-8878>

ÖZET

Amaç: Madde kullanım bozuklukları ülkemizde ve dünyada giderek artan bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde madde kullanım bozukluklarının oranı yaklaşık %2.7 düzeyindedir. Tedavi gören hastaların sosyodemografik bilgilerine ait veriler kısıtlı düzeydedir. Bu kısıtlılık bağımlılık alanında politika üretme ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde engel oluşturabilmektedir. Bizler bu çalışmamızda Bursa alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezinde yatarak tedavi gören hastaların bazı sosyodemografik özelliklerini ortaya çıkarmayı amaçladık. **Yöntem:** 2016 yılında Bursa alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezinde yatarak tedavi gören 434 hastanın dosyası geriye dönük taranarak sosyodemografik bilgiler elde edilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS 23.0 programı kullanılarak elde edilmiştir. **Bulgular:** 434 hastanın %94,5 (n=410) erkek olduğu, %5,5 (n=24) hastanın kadın olduğu, yaş ortalamasının ise 31.95±11,42 yıl olduğu görülmektedir. Kullanılan madde cinsi incelendiğinde ise %74'ünün çoğul uyuşturucu (sentetik kannabis ve metamfetamin), %18,2'sinin ise alkol bağımlısı olduğu gözlenmektedir. Eğitim düzeyleri incelendiğinde ise hastalarımızın büyük çoğunluğunun (> %70) 10 yılın altında eğitim aldığı görülmüştür. Olguların %41,2'sinin ise Bursa'ya göçle gelen ailelerin çocukları olduğu tespit edilmiştir. **Sonuç:** Bağımlılık giderek artan bir halk sağlığı sorunudur. Tüm bu bilgiler göz önüne alındığında uyuşturucu ile mücadelede politikalar oluştururken bu faktörleri sağaltacak politikalar ve müdahaleler üretmek bağımlılık mücadelesindeki en büyük basamak olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Bağımlılık, sosyodemografik, alkol, uyuşturucu.

SUMMARY

Objective: Drug abuse is an increasing public health problem in our country as well as worldwide. The incidence of drug abuse is about 2.7% in our country. Sociodemographic data about the treated persons are limited. This limitation may pose an obstacle in making policies and delivery of healthcare services. In this study, we aimed to reveal some sociodemographic features of the patients treated in an alcohol and substance addiction treatment center (ADATC) clinic in Bursa province. **Method:** Files of 434 patients hospitalized and treated in an alcohol and drug addiction treatment center (ASATC) clinic in Bursa province were retrospectively screened, and sociodemographic data of the patients were obtained. Statistical analysis was carried out using SPSS v. 23 statistical software. **Results:** Of the 434 patients included in the study, 94.5% (n=410) were males and 5.5% (n=24) were female with a mean age of 31.95 ± 11.42 years. Looking to the types of drugs; 74% were addicted to multiple drugs (synthetic cannabis and methamphetamine) and 18.2% were alcohol abusers. When educational status of the patients was examined, majority (>70%) were found to be educated under 10 years. 41.2% of the patients were found to be the children of families that have migrated to Bursa province. **Discussion:** Addiction is an increasing public health. Making policies and interventions considering these sociodemographic factors would be the major step in fight against drugs.

Key Words: Addiction, alcohol, drugs, sociodemographic

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:276-285)

DOI: 10.5505/kpd.2019.96977

GİRİŞ

Madde kullanım bozuklukları dünya çapında artarak devam eden bir sorun olmaya devam ederken ülkemizde de aynı sorun giderek yaygınlaşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü dünya çapındaki erişkin popülasyonun yaklaşık %5'inin (250 milyon) en az bir kez madde kullandığını, bunların da 29,5 milyonunun madde kullanım bozukluklarından muzdarip olduğunu bildirmektedir (1).

Ülkemizdeki bağımlılık ile ilgili bilgiler TUBİM (Türkiye Uyusturucu ve uyusturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi) ve Sağlık Bakanlığının verilerine dayanarak sağlanmaktadır. Bu verilere göre ülkemizde madde kullanım bozukluğu tahminen %2,7 oranında görülmektedir ve madde bağımlılığı için ayrılan kamu harcamaları her geçen yıl artmaktadır (2).

Ülkemizde bağımlılık alanı ile ilgili istatistiki veriler kısıtlı düzeyde olmakla beraber son yıllardaki bilimsel çalışmalar bu konuda umut verici düzeydedir. Özellikle İstanbul dışındaki Anadolu şehirleriyle ilgili veriler oldukça yetersizdir.

Bursa nüfusu bakımından Türkiye'nin 4. büyük şehri olup, sosyoekonomik gelişmişlik sıralamasında Türkiye'deki 6. şehirdir. Bu özellikleri nedeniyle göç almaya müsait ve kozmopolit özellikler içeren bir sosyal dokusu mevcuttur (3). İstanbul'a yakınlığı, kişi başına düşen gelirin ülke ortalamasından fazla olması, geçiş yolları üzerinde olması gibi özellikleri madde kullanımını kolaylaştırıcı etkenler arasında sayılabilir. Çalışmamız Bursa'da bu konuda yapılan ilk çalışmadır.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığının verilerine göre 2015 sonu itibari ile toplam 39 tane yataklı AMATEM Kliniği, 6 tane ÇEMATEM Kliniği, 9 tane de ayaktan tedavi merkezi bağımlılık alanında hizmet vermektedir (4).

Bursa Devlet Hastanesine bağlı olarak 2010 yılında kurulan AMATEM kliniği ise bağımlılık alanında önemli tedavi merkezlerinden biri olarak çalışma

hayatına devam etmektedir. Kliniğimizde yılda ortalama 500 kadar hasta yatışı ve yaklaşık 20 bin poliklinik muayenesi yapılmaktadır (5).

Başvuran hastalar içinde gönüllü tedaviye başvuran hastalar, denetimli serbestlik tedbiri çerçevesinde başvuran hastalar ve diğer yasal nedenlerle gelen hastalar bulunmaktadır.

Bu çalışmamızda Bursa Devlet Hastanesi AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarımızın sosyodemografik verilerini bilim dünyası ile paylaşmayı amaçladık.

YÖNTEM

Bu çalışmada 2016 yılında Bursa Devlet Hastanesi AMATEM Kliniğinde yatarak tedavi gören 434 hastanın geçmiş kayıtları incelenmiştir. Hastaların dosyaları taranarak yazarların oluşturduğu sosyodemografik veri formuna dönüştürülmüştür. Dosyalarda sosyal görüşme formları, kimlik bilgileri kayıtları, doktor ve hemşire kayıt formları sosyodemografik veri formunun çatisını oluşturmuştur. Hazırlanan sosyodemografik veri formu SPSS 23 programına aktarılmıştır.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Kliniğinden 2011-KAEK-25 2018/01-20 numaralı etik kurul kararı alınmıştır.

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Oneway Anova Test, normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi, Fisher-Freeman-Halton testi ve Fisher's Exact test kullanıldı. Anlamlılık en az <0,05 düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmamızda kayıtlı 434 hasta bulunmaktadır. Hastalarımızın %94,5'i (n=410) erkek, %5,5'i (n=24) ise kadındır. Olguların yaşları 18 ile 76 arasında değişmekte olup, ortalama 31.95±11,42 yıldır. Çalışmaya katılanların %83,6'sı (n=363) Bursa'dan, %16,4'ü (n=71) Bursa dışındadır. Olguların %33,9'unun (n=145) eğitim süresi 1-5 yıl, %36,6'sının (n=159) 6-10 yıl, %29,5'inin (n=128) 11 yıl ve üzeridir. Olguların %47,7'si (n=207) bekar, %37,6'sı (n=163) evli, %7,1'i (n=31) boşanmış ve %7,6'sı (n=33) duldur. Olguların %87,1'i (n=378) ailesiyle, %9,7'si (n=42) yalnız, %1,6'sı (n=7) sokakta ve %1,6'sı (n=7) yakın akrabaları ile yaşamaktadır. Olguların %54,8'inin (n=238) kişi başı geliri 0-500 TL, %28,1'inin (n=122) 501-1000 TL, %15,4'ünün (n=67) 1001-2000 TL, %1,6'sının (n=7) 2000 TL

ve üzeridir. Olguların %54,1'i (n=235) apartman dairesinde, %45,9'u (n=199) gecekonduda yaşamaktadır; %36,4'ünün (n=158) konutu kira iken, %63,6'sının (n=276) kira değildir. Olguların %41,2'si (n=179) Bursa'ya göç ederek gelmiştir (Tablo 1).

Olguların %13,8'inin (n=60) annesi okur-yazar değilken, %70,7'sinin (n=307) annesinin eğitim süresi 1-5 yıl, %9,2'sinin (n=40) 6-10 yıl, %6,2'sinin (n=27) 11 yıl ve üzeridir. Annelerin %12,0'si (n=52) herhangi bir işte çalışırken, %74,7'si (n=324) çalışmıyor, %13,4'ü (n=58) ise emeklidir. Olguların %4,6'sının (n=20) babası okur-yazar değilken, %69,8'inin (n=303) babasının eğitim süresi 1-5 yıl, %12,4'ünün (n=54) 6-10 yıl, %13,1'inin (n=57) 11 yıl ve üzeridir. Babaların %41,7'si (n=181) herhangi bir işte çalışırken, %4,4'ü (n=19) çalışmıyor ve %53,9'u (n=234)

Tablo1. Demografik Özelliklerin Dağılımları

Demografik Özellikler	n	%	
Yaş (yıl)	Min-Mak (Medyan)	18-76 (29)	
	Ort±Ss	31,95±11,42	
Cinsiyet	Erkek	410	94,5
	Kadın	24	5,5
Yaşanılan yer	Bursa	363	83,6
	Bursa dışı	71	16,4
Bursa'ya göç etme durumu	Göç edilmiş	179	41,2
	Göç edilmemiş	255	58,8
Eğitim durumu	<5 yıl	147	33,9
	6-10 yıl	159	36,6
	≥11 yıl	128	29,5
Medeni durum	Bekâr	207	47,7
	Evli	163	37,6
	Boşanmış	31	7,1
	Dul	33	7,6
Yaşadığı kişiler	Aileyle	378	87,1
	Yalnız	42	9,6
	Sokakta	7	1,6
	Yakın akraba	7	1,6
Kişi başı gelir	0-500 TL	238	54,8
	501-1000 TL	122	28,1
	1001-2000 TL	67	15,5
	≥2000 TL	7	1,6
Oturlan ev türü	Apartment dairesi	235	54,1
	Gecekondü	199	45,9
Oturlan ev durumu	Konut kira	158	36,4
	Konut kira değil	276	63,6

emeklidir (Tablo 2).

Her iki ebeveynin eğitim seviyesi ile kullanılan madde türü arasında anlamlı farklılık gözlenmezken; anne eğitim düzeyi 11 yıl ve üzeri olan grupta madde kullanımının diğer gruplardan düşük olması dikkat çekicidir.

Medeni duruma göre kullanılan madde türü istatistiksel anlamlılık göstermektedir ($P<0.01$). Buna göre bekar olgularda madde kullanımı, evli olgularda ise alkol kullanımı daha yüksek orandadır (Şekil 1).

Olguların ilk kullandıkları maddeler incelendiğinde; %58.5'inin ($n=254$) esrar, %5.8'inin ($n=25$) sentetik kannabinoid/bonzai, %4.8'inin ($n=21$) uçucu maddeler ve %30.9'unun ($n=134$) alkol olduğu görülmektedir. Olguların ilk başlama yaşları incelendiğinde; %13.6'sının ($n=59$) 9-12 yaş, %32.3'ünün ($n=140$) 13-15 yaş, %32.5'inin ($n=141$) 16-18 yaş, %15.9'unun ($n=69$) 19-25 yaş, %5.8'inin ($n=25$) 25 yaş ve üzeridir. Olguların kullandıkları maddeler incelendiğinde; %74.0'ünün ($n=321$) çoğul madde, %0.5'inin ($n=2$) benzodiazepin, %0.9'unun ($n=4$) sentetik kannabinoid, %18.2'sinin ($n=79$) alkol, %2.8'inin ($n=12$) alkol+madde, %3.7'sinin ($n=16$) opiyat olduğu görülmektedir (Şekil 2). Olguların %59.2'sinde ($n=257$) aile öyküsü görülmektedir.

Olguların %43.3'ünde ($n=188$) daha önce yatış görülmektedir; %85.3'ünde ($n=370$) bir sene içerisinde toplam bir yatış, %14.1'inde ($n=61$) iki yatış, %0.7'sinde ($n=3$) üç yatış görülmektedir. Bir sene içinde tüm yatış günü sayısı 1 ile 30 gün arasında değişmekte olup, ortalama 5.88 ± 6.23 gündür. AMATEM'e ilk geliş yaşları 18 ile 71

arasında değişmekte olup, ortalama 30.08 ± 11.25 yıldır. Tedaviye başlama sebepleri incelendiğinde; %78.1'inin ($n=339$) kendi isteği, %18.9'unun ($n=82$) aile isteği, %3.0'ünün ($n=13$) yasal veya başka sebepler olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Olguların %26.5'inde ($n=115$) cezaevi öyküsü, %37.3'ünde ($n=162$) denetimli serbestlik görülmektedir. Olguların %36.9'unda ($n=160$) kendini yaralama davranışı, %0.7'sinde ($n=3$) intravenöz kullanımı görülmektedir.

Olguların taburculuk sonrası bir yıl içerisindeki kontrol sayıları incelendiğinde; %37.1'inin ($n=161$) sayısı 3'den az iken, %53.7'sinin ($n=233$) 3-5 kez, %9.0'unun ($n=39$) 6-10 kez, %0.2'sinin ($n=1$) 11 kez ve daha fazladır. Ayrıca taburculuk sonrası bir yıllık ayık kalma oranları incelendiğinde; olguların %79,5'i 1-3 ay, %16,1'i 4-6 ay, %2,3'ü 7-9 ay ve %2,1'i 10-12 ay ayık kalmıştır (Tablo 4).

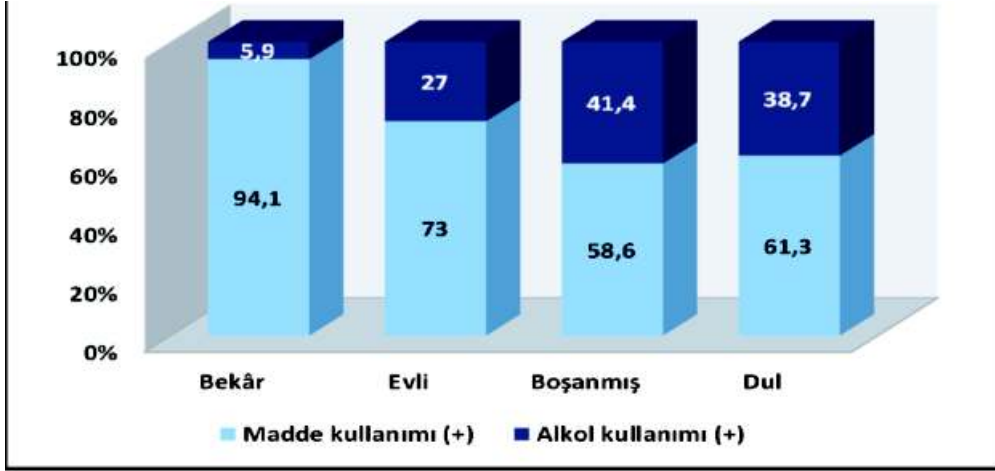
Taburculuk durumları incelendiğinde ise; kendi isteği ile taburcu olan %74; kural ihlali ile %1,8; salah ile %24,2 oranında olgu saptanmıştır. Tedaviyi terk eden ve etmeyen hastaların özellikleri incelendiğinde ise; her iki grup birbirleri ile yaş, cinsiyet, ilk kullanılan madde türü, eğitim durumu, medeni durum, göç etmiş olma, gelir düzeyi, ebeveyn eğitim seviyesi, birlikte yaşadığı kişiler, tedaviye ilk başlama yaşı ve yatış süreleri açısından farklılık göstermemektedir (Tablo 5).

TARTIŞMA

Çalışmamızda toplam hastalarımızın cinsiyet dağılımına bakıldığında erkek cinsiyetin baskın olduğu görülmektedir. Verilerimiz ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla uyumludur (6,7).

Tablo 2. Anne Babaya İlişkin Özelliklerin Dağılımları

Anne Babaya İlişkin Özellikler	n	%	
Anne eğitim durumu	Okuryazar değil	60	13,8
	1-5 yıl	307	70,7
	6-10 yıl	40	9,2
	>11 yıl	27	6,3
Baba eğitim durumu	Okuryazar değil	20	4,6
	1-5 yıl	303	69,8
	6-10 yıl	54	12,5
	>11 yıl	57	13,1
Anne çalışma durumu	Çalışıyor	52	12,0
	Çalışmıyor	324	74,7
	Emekli	58	13,4
Baba çalışma durumu	Çalışıyor	181	41,7
	Çalışmıyor	19	4,4
	Emekli	234	53,9

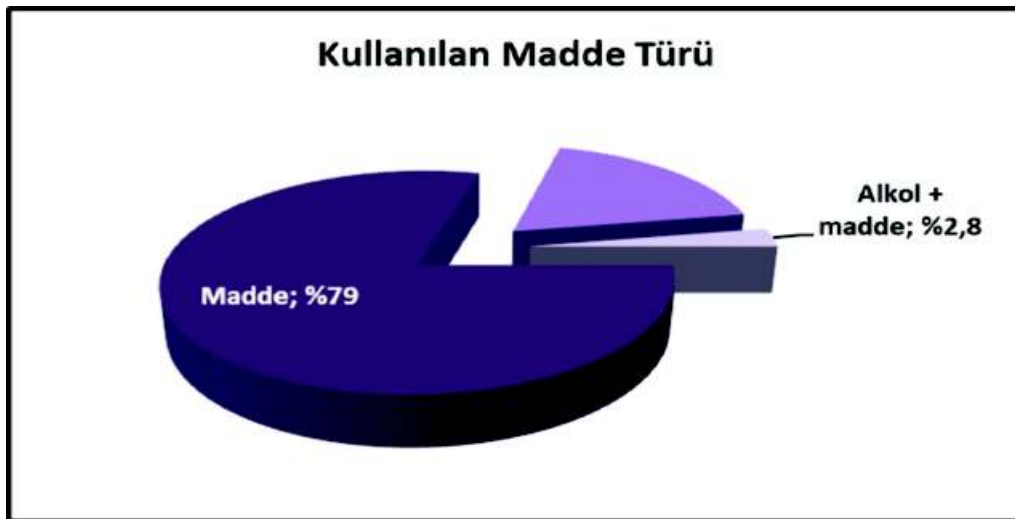


Şekil 1. Medeni duruma göre kullanılan madde türü dağılımı

Hastalarımızın çok büyük çoğunluğu madde bağımlısı hastalardan oluşmaktadır. Madde bağımlılığı olan hastalar ise çoğul madde bağımlılığı (sentetik kannabis + metamfetamin birlikteliği) %74(n=321), benzodiazepin bağımlılığı %0,5(n=2), opiyat %3,7 (n=16) ve diğerleri %0,9 (n=4) şeklinde dağılım göstermektedir. Metamfetamin ve sentetik kannabis kullanım ve olay sayısının 2014 yılından bu yana arttığı TÜBİM tarafından da 2017 raporunda yayınlanmıştır. Kliniğimizdeki sonuçlar da ilgili sonuçlarla uyumludur (2).

Diğer çalışmalarla kıyaslandığında alkol bağımlılığı ve madde bağımlılığı oranlarının madde bağımlılığı lehine artmış olduğu göze çarpmaktadır. Ülkemizdeki diğer çalışmalarda alkol bağımlısı hastalar tüm bağımlı hastaların ortalama %30'unu

oluşturmaktayken bizim çalışmamızda bu oran %20 civarındadır. Klinik kayıtlarımız incelendiğinde alkol bağımlılığı ve uyuşturucu bağımlılığı oranlarının kliniğimizde her geçen yıl uyuşturucu bağımlılığı lehine arttığını göstermektedir. Bu sonuç uyuşturucu fiyatlarının çok düşük olması, kolay ulaşılabilir olması ve alkolün pahalı olması ile açıklanabilir. Dünyadaki diğer araştırmalara bakacak olursak gelişmiş ülkelerde alkolün daha ucuz olması erişilebilirliğini artırmakta ve alkol gençler arasında bağımlılık alanında büyük bir sorun olmaya devam etmektedir (8). Ancak ülkemizde durum tersidir; alkolün özellikle sentetik kannabinoidlere göre çok pahalı olması gelir düzeyi düşük gençlerde uyuşturucuya yönelimi artırmış olabilir. Bursa'nın şehir özelinde uyuşturucunun çok fazla kullanıldığı bir büyük şehir olması da bunda etkili olabilir. Ülkenin



Şekil 2. Kullanılan madde türlerinin dağılımı

doğusuna gidildikçe başvuruların alkol bağımlılığı yoğunluğu da artmaktadır (6,7). Ayrıca merdiven altı alkol yapımı ile daha ucuza alkol edebileceken madde kullanmayı tercih etme riskli davranışların ve dürtüsel kişilik özelliklerinin alkol bağımlılarına göre madde bağımlılığında daha fazla görülmesiyle açıklanabilir (9). Bir diğer etken olarak da madde kullanan gençlerin ailelerinde ve arkadaş çevrelerinde de madde kullanımının olmasının madde kullanımı için risk faktörü olması sayılabilir (10).

Hastaların yaklaşık %80'inin madde ve alkol kullanımına 18 yaş altında yani ergenlik döneminde başladıkları tespit edilmiştir. Ergenlik dönemi çocukluktan erişkinliğe geçerken yaşanan bir ara dönemdir. Bu döneme özgü davranışsal ve duygusal değişiklikler gözlenmektedir. Bu değişikliklerin beynin yapısal gelişimini tamamlamasına bağlı olduğu bilinmekte ve heyecan arayışı, ödül arayışı, emosyonel uyarılmışlık, risk alma davranışına yatkınlık gibi durumlara yol açtığı bilinmektedir. (11). Bu riskli davranışlardan biri de alkol madde kullanımınıdır. Bu dönemde başlayan riskli davranışlar ergenin gelişim sürecini olumsuz etkilemekte, ergenin ve toplumun sağlığı için tehlike oluşturmaktadır.

Ülkemizde yapılan benzeri çalışmalar kliniğimiz bulgularıyla benzer sonuçları göstermektedir. [1,3,4,12]

Hastaların eğitim düzeyine bakıldığında ise; diğer çalışmalarla uyumlu olmakla birlikte tüm bağımlıların yaklaşık %70'nin 10 yılın altında (klinik gözlemlerimiz lise 1. sınıftan terklerin çoğunluk olduğunu göstermekte) eğitim seviyesine sahip olduğunu göstermektedir. Eğitim seviyesinin düşük olması okulu terk etme ve eğitim düzeyinin düşmesi olarak iki açıdan ele alınması gereken bir sorundur. Okulu terk eden çocuk fiziken uyuşturucunun kullanıldığı ortamlara daha kolay ulaşmakta, anne babanın kontrolünden çıkmakta, eğitim düzeyi düşük kaldığı için de eğitimi olmanın avantajlarından (yüksek sosyoekonomik düzey, sağlıklı yaşam koşulları vb) faydalanamamaktadır (13).

Anne ve baba eğitim düzeylerine bakıldığında ise her iki ebeveynin de eğitim seviyelerinin yaklaşık %70 oranında 1-5 sene aralığında olduğu görülmektedir. Anne ve babanın eğitim seviyesinin düşük olmasının bağımlılık oranının artması ile ilgili yayımlar mevcut olmakla beraber bu sonuçları kıyaslayabileceğimiz ülkemizde yapılan başka

Tablo 3. Bağımlılık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerin Dağılımları

Bağımlılık ve Tedaviye İlişkin Özellikler	n	%	
İlk kullanılan madde	Esrar	254	58,5
	Sentetik kannabis (Bonzai vb)	25	5,8
	Uçucu	21	4,8
	Alkol	134	30,9
Madde kullanımına başlama yaşı (yıl)	9-12 yaş	59	13,6
	13-15 yaş	140	32,3
	16-18 yaş	141	32,4
	19 -25 yaş	69	15,9
	>25 yaş	25	5,8
Kullanılan maddeler	Madde	343	79,0
	Alkol	79	18,2
	Alkol + madde	12	2,8
Aile öyküsü	Var	257	59,2
	Yok	177	40,8
Daha önce yatış yapma durumu	Var	188	43,3
	Yok	246	56,7
Tedaviye başlama yaşı (yıl)	Min-Mak (Medyan)	18-71 (27)	
	Ort±Ss	30,08±11,25	
Tedaviye başlama durumu	Kendi isteği	339	78,1
	Aile isteği	82	18,9
	Yasal veya başka sebepler	13	3,0
Tedavi süresi (yıl)	Min-Mak (Medyan)	0-7 (2)	
	Ort±Ss	1,86±1,57	

çalışmaya rastlanmamıştır (14). Madde bağımlılığının da içinde bulunduğu riskli davranış ve aile faktörünün incelendiği bir çalışmada ailenin eğitim düzeyinin artması ile ergende riskli davranış oranının azaldığı belirtilmiştir (15). Ülkemizle benzer kültürel yapısı olan İran'da yapılan bir çalışmada annenin eğitim düzeyinin yüksek olmasının tütün kullanımını engelleyen çok güçlü faktörlerden biri olduğu vurgulanmaktadır. Tütün kullanımının uyuşturucu kullanımına yol açan ilk kapı olduğu düşünülürse özellikle anne eğitim düzeyinin yüksek olmasının önemi ortaya çıkacaktır. Nihayetinde hastalarımızın tamamına yakını uyuşturucuyu sigara ile birlikte içmektedirler (16). Dünya literatürüne bakıldığında da benzer sonuçlar mevcuttur; ailenin eğitim düzeyinin düşmesi ile özellikle 13-16 yaş civarındaki gençlerin alkol kullanım sorunlarının daha fazla olduğu gösterilmiştir (17,18).

Göç durumu incelendiğinde hastalarımızın neredeyse yarısının Bursa dışından göçle gelen ailelerin çocukları olduğu tespit edilmiştir %41,2 (n=179). Bu rakam İzmir'de yapılan bir çalışmayla benzer yapıdadır (19). Göç çok dinamik ve karmaşık yapısı nedeniyle birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Kırsal davranışları

sürdürmek, aidiyet duygusunun gelişmemesi, beklentileri kente uyarlamaya çalışmak arada kalmış insan grubunun oluşmasına yol açmaktadır. Bu bulgular göçün klasik sonucu olarak uyum sorunları yaşayan ve aidiyet hissetmeyen gençlerin motivasyonlarının düşük olması, umutsuz kalmaları ve kent adaptasyonlarının yetersiz olması ile açıklanabilir (20). Bursa'nın göç alan bir şehir olması ve göç edenlerde bağımlılık oranlarının fazla olması göçle gelen ailelerin rehabilitasyonu ile ilgili ek müdahalelere ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Kişi başına düşen gelir düzeyi incelendiğinde hastalarımızın %54,8'inde ailede kişi başına düşen gelirin 1-500 tl arasında olduğu, bu sonucun da diğer çalışmalarla uyumlu olduğu ortaya çıkmaktadır. (21). Düşük gelirli ailelerin çocukları yeterli düzeyde eğitim alamamakta, kaliteli beslenememekte, kişisel gelişimine katkıda bulunacak okuma, spor yapma, hobi geliştirme gibi faaliyetlerden mahrum kalmaktadır. Bu durum uyuşturucu kullanımını kolaylaştırmaktadır (22).

Medeni durumları incelendiğinde hastalarımızın büyük çoğunluğunun bekar ve aileleri ile yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu veriler ülkemizdeki

Tablo 4. Kendine Zarar Verme Girişimleri ve Taburculuğa İlişkin Dağılımlar

Kendine Zarar Verme Girişimleri ve Taburculuk Özellikleri	n	%	
Cezaevi öyküsü	Var	115	26,5
	Yok	319	73,5
Kendini yaralama davranışı	Var	160	36,9
	Yok	274	63,1
Taburculuk şekli	Kendi isteği ile	321	74,0
	Kural ihlali	8	1,8
	Salah ile	105	24,2
Taburculuk sonrası poliklinik kontrol sayısı (1 yıl içerisinde)	<3 kez	161	37,1
	3-5 kez	233	53,7
	6-10 kez	39	9,0
	≥11 kez	1	0,2
Bir yıl içinde toplam yatış sayısı	1 kez	370	85,3
	≥2 kez	64	14,7
Bir yıl içinde ortalama yatış süresi (gün)	Min-Mak (Medyan)	1-30 (4)	
	Ort±Ss	5,88±6,32	
Taburculuk sonrası ayık kalma süresi	1-3 ay içmemiş	345	79,5
	4-6 ay içmemiş	70	16,1
	7-9 ay içmemiş	10	2,3
	10-12 ay içmemiş	9	2,1
Denetim serbestliği durumu	Var	162	37,3
	Yok	272	62,7
İntravenöz kullanımı	Var	461	99,3
	Yok	3	0,7

diğer çalışmalarla uyumlu olup aile desteği ve sosyal destek açısından hastalığın seyri açısından olumlu özelliklerden biridir. Bekar olgularda madde kullanım oranının, evli olgularda ise alkol kullanım oranlarının fazla olmasının istatistiksel olarak anlamlı çıkması ise alkol bağımlılarının ilk tedaviye yaşamlarının geç evresinde başvurması, gelir düzeylerinin daha iyi olması ve alkolün toplumda göreceli olarak daha kabul edilebilir olması ile açıklanabilir. Nitekim Dünya sağlık örgütü de 2014 yılında yayınladığı raporunda alkol kullanımının görece sosyoekonomisi iyi toplumlarda daha fazla bağımlılık ve ek sağlık sorunlarına yol açtığını bildirmektedir (23).

Cezaevinde kalma öykülerine bakıldığında hastalarımızın %26,5 'inin cezaevinde kaldığı görülmektedir. Bu da bize uyuşturucu kullanımının suç işleme davranışı ile iç içe geçtiğini gösteren önemli sonuçlardan biridir (24,25).

Denetimli serbestliğe tabi hasta oranı ise %37,3 (n=162) olup (bu hastalar denetimli serbestlik kapsamında değil, elektif koşullarda yatırılan hastalardır) denetimli serbestlik uygulamasının yaygınlığı konusunda fikir vericidir.

Hastaların taburculuk sonrası bir yıl içindeki kontrol muayene sayıları incelendiğinde hastaların

Tablo 5. Taburculuk Şekline İlişkin Değerlendirmeler

	Taburculuk şekli	Taburculuk şekli			
		Kendi isteği (n=321)	Kural ihlali (n=8)	Salah ile (n=105)	
Yaş (yıl)	Min-Mak (Medyan)	18-66 (29)	19-62 (26.5)	18-76 (30)	*0.997
	Ort±Ss	31.95±11.17	32.25±14.66	31.92±12.02	
Cinsiyet; n (%)	Erkek	304 (74.1)	8 (2)	98 (23.9)	*0.763
	Kadın	17 (70.8)	0 (0)	7 (29.2)	
Eğitim durumu; n (%)	<5 yıl	111 (75.5)	3 (2)	33 (22.4)	*0.984
	6-10 yıl	116 (73)	3 (1.9)	40 (25.2)	
	≥11 yıl	94 (73.4)	2 (1.6)	32 (25)	
Medeni durum; n (%)	Bekâr	150 (72.5)	5 (2.4)	52 (25.1)	*0.478
	Evli	125 (76.7)	2 (1.2)	36 (22.1)	
	Boşanmış	19 (61.3)	1 (3.2)	11 (35.5)	
	Dul	27 (81.8)	0 (0)	6 (18.2)	
Yaşadığı kişiler; n (%)	Aileyle	277 (73.3)	8 (2.1)	93 (24.6)	*0.943
	Yalnız	33 (78.6)	0 (0)	9 (21.4)	
	Sokakta	5 (71.4)	0 (0)	2 (28.6)	
	Yakın akraba	6 (85.7)	0 (0)	1 (14.3)	
Kişi başı gelir; n (%)	0-500 TL	169 (71)	5 (2.1)	64 (26.9)	*0.239
	501-1000 TL	96 (78.7)	2 (1.6)	24 (19.7)	
	1001-2000 TL	53 (79.1)	1 (1.5)	13 (19.4)	
	≥2000 TL	3 (42.9)	0 (0)	4 (57.1)	
Bursa'ya göç etme durumu; n (%)	Göç edilmiş	132 (73.7)	2 (1.1)	45 (25.1)	*0.648
	Göç edilmemiş	189 (74.1)	6 (2.4)	60 (23.5)	
Anne eğitim durumu; n (%)	Okuryazar değil	45 (75)	1 (1.7)	14 (23.3)	*0.605
	1-5 yıl	227 (73.9)	7 (2.3)	73 (23.8)	
	6-10 yıl	26 (65)	0 (0)	14 (35)	
	>11 yıl	23 (85.2)	0 (0)	4 (14.8)	
Baba eğitim durumu; n (%)	Okuryazar değil	16 (80)	0 (0)	4 (20)	*0.520
	1-5 yıl	223 (73.6)	5 (1.7)	75 (24.8)	
	6-10 yıl	43 (79.6)	0 (0)	11 (20.4)	
	>11 yıl	39 (68.4)	3 (5.3)	15 (26.3)	
İlk kullanılan madde; n (%)	Esrar	187 (73.6)	6 (2.4)	61 (24)	*0.838
	Sentetik cannabis	16 (64)	0 (0)	9 (36)	
	Uçucu	16 (76.2)	0 (0)	5 (23.8)	
	Alkol	102 (76.1)	2 (1.5)	30 (22.4)	
Tedaviye başlama yaşı (yıl)	Min-Mak (Medyan)	18-65 (27)	18-60 (26.5)	18-71 (27)	*0.935
	Ort±Ss	30.08±11.07	31.50±14.18	29.99±11.67	
Yatış süresi (gün)	Min-Mak (Medyan)	1-29 (4)	1-16 (7)	1-30 (4)	*0.667
	Ort±Ss	5.64±5.63	7.38±5.78	6.50±7.82	

*Pearson Chi-Square Test

*Oneway ANOVA Test

^bFisher's Exact Test

^cKruskall Wallis Test

^dFisher Freeman Halton Test

yarısı kadarının ortalama 4 kez poliklinik muayenesine geldiği görülmektedir. Bu rakamlar değerlendirildiğinde ortalama 3 ayda bir kontrol muayenelerine geldikleri söylenebilir. Bu ise tedavinin yeterliliği ve sürekliliği açısından tatmin edici bir sayı değildir. Ülkemizde ve dünyada tedavi sonrası kontrol başvurularına ait yeterli data bulunmamaktadır. Dünya ile karşılaştıracak olursak; Hollanda'da yapılan bir çalışmada uyuşturucu bağımlısı hastaların bir yıl içindeki takip sayılarının kliniğimiz verileri ile benzer olduğu, ayda bir kez genel pratisyen muayene yüzdesinin tüm hastaların %13 ünü oluşturduğu, son 12 ayda hastaların sadece %35 'inin psikiyatrist tarafından muayene edildiği (sağlık sisteminin çalışma farklılığı göz önüne alınmalıdır, bağımlılık hastaları ülkemizde psikiyatri uzmanı tarafından takip ve tedavi edilmektedir) görülmektedir (26). Hastaların kontrollerini aksatma nedenleri arasında bağımlılığı kendi çabaları ile iyileştirebilecekleri düşüncesi ve yatış sonrası sağladıkları kısa ayıklık sürelerini iyileşme olarak kabul etmeleri sayılabilir. Bu anlamda ülkemizde bağımlı hastaların (ve yakınlarının) bağımlılık konusundaki bilinç düzeylerinin yükseltilmesi tedavinin sürekliliği açısından bir avantajdır. Ayrıca motivasyon düşüklüğüne yol açan öz farkındalık düzeyinin düşük olması da takip sayılarını belirleyen bir faktör olabilir (27). Yatış sonrası ilk 3 aydaki relaps oranı bizim çalışmamızda %21 düzeyindeyken Norveç'te yapılan bir çalışmada %37 bulunmuştur (28). Brezilya'da yapılan başka bir çalışmada ise ergenlerin 1.ayda relaps oranları %65, 3. ayda relaps oranları ise %86 civarındadır (29). Ayaktan takip edilen hastaların izlendiği bir çalışmada ise iki yıl sonunda ayık kalma oranı %39 civarında bulunmuştur. (30). Ülkeler arasındaki bu farklar kullanılan maddenin cinsine göre, yatış sürelerine göre, hastanın motivasyonu, rehabilitasyon hizmetlerinin varlığı, sosyokültürel diğer değişkenlere göre çok fazla değişiklik gösterebilmektedir.

Yatışı terk oranlarına baktığımızda ise %74 (n=321) oranında yatışı terk (kendi isteği ile taburcu olma) gözlenmektedir. Tedaviyi terk ile ilgili yapılan çalışmalarda Savaşan ve arkadaşları %37,5 oranında tedaviyi terk bulmuşken Kayseri'de yapılan bir çalışmada ise %59,8 olarak bulunmuştur (6, 31). Kliniğimizdeki oranın yüksek olması sadece yatan hastalarla yapılan bir çalışma olmasından kaynaklanabilir. Çoğu hastamızın

kendi isteği ile tedaviye başvurması önemli bir faktör olsa da motive olmakla aynı anlamı taşımamaktadır. Birçok bağımlı hasta için tedavi kararı almak bile yeterince zordur. Bu nedenle bireylerin kliniğe kendi isteğiyle geldiklerinde bile motivasyonun hemen sağlanamama ihtimali vardır. Bu da tedaviyi terki kolaylaştıran bir faktör olabilir. Ayrıca ek psikiyatrik bulguların -özellikle anksiyete düzeylerinin yüksek olması-tedaviyi terki kolaylaştırıyor olabilir (32,33). Bu bilgiler ışığında tedaviyi terk ile ilgili yeni bilgilere ve engelleyici tedavi/rehabilitasyon modellerine ihtiyaç vardır denilebilir.

Çalışmamızın homojen bir kontrol grubu ile kıyaslanmaması kısıtlılığımız olabilir. Ancak ortaya çıkan sonuçların; örneğin ebeveyn eğitim seviyesinin düşük olması, göç durumu, ekonomik yetersizlikler gibi risk faktörlerinin bağımlılık oluşumundaki olumsuz etkileri bilinen evrensel doğrular olduğu kabul edilmektedir.

Daha önceki bilgilerimiz ve çalışmamızın sonuçlarından da ortaya çıktığı üzere bağımlılık gelişen bireylerin genel özellikleri düşük eğitim düzeyi, düşük gelir seviyesi ve düşük ebeveyn eğitim düzeyine sahip olan, göç etmiş, erkek cinsiyet olarak sıralanabilir. Bursa Türkiye'nin nüfus açısından 4. büyük şehri olmasına rağmen ortaya çıkan sonuçlar halen bir Anadolu şehri özelliklerini taşıdığını göstermektedir.

Tüm bunlar göz önüne alındığında uyuşturucu ile mücadelede politikalar oluştururken bu faktörleri sağaltacak politikalar ve müdahaleler üretmek bağımlılık mücadelesindeki en büyük basamak olacaktır.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Elif Aktan Mutlu, Bursa Devlet Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi Bursa, Türkiye aktanazer@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2017 (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, United Nations publication, Sales No. E.17.XI.6).
2. <http://www.narkotik.pol.tr>. Türkiye uyuşturucu raporu 2017.
3. Bursa Valiliği resmi internet sitesi. bursa.gov.tr. Erişim tarihi; 30.10.2018.
4. <http://www.narkotik.pol.tr> Ulusal Uyuşturucu ile mücadele eylem planı 2016-2018.
5. Bursa Devlet Hastanesi istatistik birimi verileri.
6. Karaağaç H, Usta ZE, Usta A, Yarmalı MG, Gödekmerdan A. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Retrospektif Analizi. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2017;3: 251-257.
7. Bulut M, Savaş HA, Cansel N, Selek S, Kap Ö, Yumru M. Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi* 2006; 7:65-70.
8. Connor JP, Haber PS, Hall WD. Alcohol use disorders. *The Lancet* 2016; 387:988-998.
9. Başay Ö, Yüncü Z, Başay Kabukçu B, Öztürk Ö, Aydın C. Alkol-madde kullanım bozuklukları olan ergenlerin kişilik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2016; 17.2: 127.
10. Koca B, Oğuzöncül AF. İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sigara, alkol, madde kullanımı, madde kullanımına etki eden etmenler ve aileden aldıkları sosyal desteğin etkisi. *Kocaeli Tıp Dergisi* 2015; 4.2, 4-13.
11. Paus T. Mapping brain maturation and cognitive development during adolescence. *Trends Cogn Sci* 2005; 9:70.
12. Avcı D, Tarı Selçuk K, Doğan S. Çıkrıklık Eğitimine Devam Eden Ergenlerde Madde Kullanım Sıklığı, Öfke Düzeyi-Öfke İfade Tarzı ve Bağımlılık Şiddeti İlişkisi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*. 2017; 8.1.
13. Akfert KS, Çakıcı E, Çakıcı M. Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2009; 10:40-47.
14. Avşar G, Koç F, Aslan G. Madde Bağımlısı Hastalarda Sosyal Destek ve Benlik Saygısı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016;7: 44-49.
15. Biçer BK, Özcebe H. Adolesanların riskli sağlık davranışlarını önlemek için üç yönlü bakış açısını anlamak: aile, okul ve aile hekimi. *TAF Prev Med Bull* 2016;15:478-484.
16. Jalilian F, Karami Matin B, Ahmadpanah M, Atae M, Ahmadi Jouybari T, Eslami AA, Mirzaei Alavijeh M. Socio-demographic characteristics associated with cigarettes smoking, drug abuse and alcohol drinking among male medical university students in Iran. *Journal of research in health sciences* 2015; 15: 42-46.
17. Pape H, Norström T, Rossow I. Adolescent drinking—a touch of social class? *Addiction* 2017;112:792-800.
18. Sakoman S, Kuzman M, Raboteg-Šarić Z. Risk Factors and Characteristics of Alcohol-Drinking Habits Among High School Students. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja* 1999; 8(2-3 (40-41)), 373-396.
19. Kaylı DŞ, Altıntoprak AE, Çelikay H, Babür Korkmaz Y, Kabakçı D. The relationship between migration and substance use on individuals who are routed to the substance abuse treatment due to probation act. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2016;17:376-384.
20. Akıncı B, Nergiz A, Gedik E. Uyum süreci üzerine bir değerlendirme: Göç ve toplumsal kabul. *Göç Araştırmaları Dergisi* 2015;1.2 58-83
21. Bilici R, Uğurlu GK, Tufan E, Güven T, Uğurlu M. Bir Bağımlılık Merkezinde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. *Fırat Tıp Dergisi* 2012;17:223-227.
22. Sajjadi H, Shushtari ZJ, Mahboubi S, Rafiey H, Salimi Y. Effect of socio-economic status, family smoking and mental health through social network on the substance use potential in adolescents: a mediation analysis. *Public health* 2018;157:14-19.
23. World Health Organization, & World Health Organization. Management of Substance Abuse Unit. Global status report on alcohol and health, 2014. World Health Organization.
24. Şener MM, Küçükşen K. Madde bağımlısı bireylerin rehabilitasyonunda sivil toplum kuruluşlarının rolü. *Journal of Human Sciences* 2017;14:486-495.
25. Demirel ÖF, Balcıoğlu İ. Alkol ve Madde Bağımlılığında Ceza Sorumluluğu ve Fiil Ehliyeti. *New Yeni Symposium* 2015; 53:27-33.
26. Havinga P, Velden C, Gee A, Poel A. Differences in sociodemographic, drug use and health characteristics between never, former and current injecting, problematic hard-drug users in the Netherlands. *Harm reduction journal* 2014;11:6.
27. Castine BR, Albein-Urios N, Lozano-Rojas O, Martinez-Gonzalez J M, Hohwy J, Verdejo-Garcia A. Self-awareness deficits associated with lower treatment motivation in cocaine addiction. *The American journal of drug and alcohol abuse* 2018;5:1-7.
28. Andersson HW, Wenaas M, Nordfjærn T. Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users of illicit substances. *Addictive behaviors* 2019;90: 222-228
29. Lopes-Rosa R, Kessler FP, Pianca TG, Guimarães L, Ferronato P, Pagnussat, E, Moura H, Pechansky F, von Diemen, L. Predictors of early relapse among adolescent crack users. *Journal of addictive diseases* 2017;36:136-143
30. Steffen DV, Steffen L, Steffen, S. Sociomedical outcome after outpatient withdrawal treatment: Results of a model project of integrated care. *Der Nervenarzt* 2015;86:1383-1392.
31. Savaşan A, Engin E, Ayakdaşı D. Bir Amatem Kliniğinden Taburcu Olan Bağımlı Hastaların Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve Nüks Durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi-Journal of Psychiatric Nursing* 2013;4:75-79.
32. Çakmak D, Evren C. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *İstanbul: Özgül Matbaacılık* 2006, 33-62.
33. Andersson HW, Steinsbekk A, Walderhaug E, Otterholt E, Nordfjærn T. Predictors of Dropout From Inpatient Substance Use Treatment: A Prospective Cohort Study. *Substance abuse: research and treatment* 2018; 12, 1178221818760551.

Şizofreni hastalarının bakım vericilerine uygulanan psikoeğitimin bakım vericilerin duygu dışavurumlarına ve hastaların pozitif ve negatif sendrom ölçeği puanlarına olan etkisi

The effect of psychoeducation applied to the caregivers of schizophrenic patients on the emotion expressions of the caregivers and the positive and negative syndrome

Müge Bulut¹, Hülya Arslantaş², İbrahim Ferhan Dereboy³

¹Hem., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisi, Aydın, Türkiye
https://orcid.org/0000-0003-2858-1217

²Prof. Dr, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D., Aydın, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-3018-2314

³Prof.Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D., Aydın, Türkiye
https://orcid.org/0000-0001-8155-2242

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada şizofreni tanılı hastaların bakım vericilerine verilen psikoeğitimin bakım vericilerin duygu dışavurumlarına ve hastaların pozitif ve negatif sendrom ölçeği puanlarına olan etkisini belirlemek amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya psikiyatri polikliniği kayıtlarından elde edilen telefon numaraları üzerinden toplam 107 hasta ve bakım verici çağırılmıştır. Bunlardan 17'sine ulaşılamamış ve 28 hasta ve bakım verici çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 62 hasta ve bakım vericisi ile araştırma yürütülmüştür. Kontrol grubunu oluşturan 32 bakıcıdan 2 tanesi takip değerlendirmeleri için bilgi vermeyi reddetmiştir. Hem çalışma hem de kontrol grubunda bulunan hastalar her zamanki gibi tedavi alırken, sadece çalışma grubundaki bakım vericilere bir ay boyunca haftada iki kez toplam sekiz seans psikoeğitim uygulanmıştır. Demografik bilgilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, standart sapma ve aritmetik ortalama, ön test-son test değerlendirilmesinde eşleştirilmiş iki grup arasındaki farkların testi ve katılımcıların duygu dışavurumu puanları üzerinde aile eğitiminin etkisini incelemek amacıyla tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi uygulanmıştır. **Bulgular:** Yapılan varyans analizi sonucunda aile üyelerinin duygu dışavurumu puanlarında gözlenen değişime psikoeğitimin orta boya ve anlamlı düzeyde etkisinin olduğu bulunmuştur ($F_{1.58}=20.55$; $p<0.05$; $\eta^2=0.265$). Yapılan iki yönlü karma varyans analizi sonucunda psikoeğitim alan bakım vericilerin hastalarının takip süresi boyunca, pozitif ($\eta^2=0.57$), negatif ($\eta^2=0.50$), genel psikopatoloji ($\eta^2=0.59$) ve toplam ($\eta^2=0.64$) PANSS puanlarında anlamlı bir düşüş olduğu belirlenmiştir. **Sonuç:** Araştırmada eğitime katılan bakım vericilerin duygu dışavurumu puanlarının azaldığı, herhangi bir müdahalede bulunulmayan kontrol grubundaki bakım vericilerin duygu dışavurumu puanlarının arttığı ve bakım vericilerin bakım verdikleri hastaların PANSS puanlarında azalma olduğu bulunmuştur. Bu nedenle psikoeğitim programlarının günlük psikiyatri kliniği uygulamalarına ve toplum ruh sağlığı merkezi uygulamalarına eklenmesi uygundur.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, psikoeğitim, bakım verici, duygu dışavurumu

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:286-297)

DOI: 10.5505/kpd.2019.32559

SUMMARY

Objective: In this study, it was aimed to determine the effect of the psychoeducation given to the caregivers of patients diagnosed with schizophrenia on the expressed emotion of caregivers and positive and negative syndrome scale of patients. **Method:** A total of 107 patients and caregivers were invited to the study via phone numbers obtained from psychiatric outpatient clinic records. 17 of these were not reached and 28 patients and caregivers refused to participate in the study. The research was conducted with 62 patients and caregivers who agreed to participate in the study. Two of the 32 caregivers who constituted the control group refused to provide information for follow-up evaluations. While patients in both the study and control groups were treated as usual, eight sessions of psychoeducation were administered to the caregivers in the study group for two semesters, one month. Percentage, standard deviation and arithmetic mean were calculated for evaluation of demographic information. In the pretest-posttest evaluation, the differences between the two matched groups were tested. Repeated measures variance analysis was applied to examine the effect of family education on the participants' expressed emotion scores. **Results:** As a result of the analysis of variance, it was found that the change in the expressed emotion scores of the family members was moderate and significant effect of psychoeducation ($F_{1.58}=20.55$; $p<0.05$; $\eta^2=0.265$). As a result of two-way mixed variance analysis a significant decrease in positive ($\eta^2=0.57$), negative ($\eta^2=0.50$), general psychopathology ($\eta^2=0.59$) and total ($\eta^2=0.64$) PANSS scores during the follow-up period of psychoeducation caregivers. It is determined to be. **Discussion:** In this study, it was found that the expressed emotion scores of caregivers who participating in education decreased. On the other hand it was found that the expressed emotion scores of caregivers in the study group increased and PANSS scores of patients who received care were decreased. For this reason, psychoeducation programs should be added to daily psychiatric clinic practices and community mental health center practices.

Key Words: Schizophrenia, psychoeducation, caregiver, emotion expression.

GİRİŞ

Şizofreni genç yaşta başlayan, kişinin insan ilişkilerinden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşadığı; düşünüş, duyuş ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü ağır bir hastalıktır (1). Şizofreninin sebebi kesin olarak bilinmemesine rağmen kalıtımın, biyokimyasal, ruhsal, toplumsal ve çevresel etmenlerin hastalığın ortaya çıkışında önemli rolü olduğu düşünülmektedir. Toplumsal ve çevresel etmenler içinde ailenin bireye karşı tutumu ve duygu ifade tarzı önem taşımaktadır (2).

Kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların ailelerinde korku, endişe, şaşkınlık, utanç, suçluluk, düş kırıklıkları, yas gibi duygular sık yaşanmaktadır. Bu tür duygular duygu dışavurumu (DD) (Expressed Emotion-EE) olarak tanımlanmaktadır (2,3). DD ev ortamının duygusal atmosferini yansıtan bir kavramdır. DD "Evde birisi hakkında eleştirilerde bulunulması, hastaya karşı düşmanlığın varlığı veya yokluğu ile bunun derecesi, doyumsuzluk, hastaya karşı yakınlığın/sıcaklığın değerlendirilmesi, akrabaların hastayla ilişkilerinde aşırı fedakarlık, müdahalecilik göstermeleri ve kendilerinin iç dünyalarını hastanınkinden ayıramama" şeklinde tanımlanmaktadır (4,5).

Araştırmalar yüksek DD'nin özellikle şizofreni hastalarında kötü klinik gidiş, sık hastaneye yatış, sık yinelemeler, depresyon ve intihar ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Şizofreni belirtilerinin azaltılmasında yalnızca ilaç tedavilerinin yetersiz olduğu; ilaç tedavilerine ek olarak uygulanacak çeşitli psikososyal ve psikoterapötik müdahalelerin de orta ve uzun vadede yararlı olduğu bildirilmektedir (6-10).

Şizofreninin ortaya çıkmasında ve gidişinde biyolojik etkenlerin yanında aile içi etkileşim, çevresel zorlamalar, yaşamsal ve durumsal kriz yaşantıları gibi birçok psikososyal faktörün etkili olduğunun anlaşılması sonucunda, hastalığın tedavi ve rehabilitasyonun da hastanın ailesi ile birlikte ele alınması, hasta ve ailenin günlük yaşamda karşılaştıkları zorlanmalarla başa çıkma konusunda eğitilmesi gerektiği kabul edilmektedir (11).

Ailelere verilen psikoğitimin hastalığın gidişatında da olumlu etkiye sahip olduğu, hastaların sosyal işlevselliğinde artış ve aile ilişkilerinde düzelme, ilaç tedavisini sürdürme ve buna bağlı olarak relaps oranlarında azalma olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (9-14).

Ran ve ark. (2003) şizofreni hastalarının bakım vericilerine verilen psikoğitimin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında aileleri; aile müdahalesi ve ilaç tedavisi alan birinci grup, yalnızca ilaç tedavisi alan ikinci grup ve kontrol grubu olmak üzere üç gruba ayırmışlardır. Dokuz ayın sonunda birinci gruptaki bakım vericilerin hastalarında relaps oranını % 16.3, ikinci gruptakilerin % 37.8 ve üçüncü gruptakilerin % 61.5 olarak bildirmişlerdir (15). Tomaras ve ark. (2000) yapmış oldukları bir çalışmada da aile müdahalesi sonrası hastaların relaps oranında düşme saptamışlardır (9). Kulhara ve ark. (2009) şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoğitimin etkilerini değerlendirmek amacı ile yaptıkları randomize kontrollü çalışmalarında yapılandırılmış psikoğitim alan bakım vericilerin hastalarının Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (Positive and Negative Syndrome Scale-PANSS) puanlarında kontrol grubuna göre anlamlı düşüş bildirmişlerdir (16). Arslantaş ve arkadaşları (2009) şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisini araştırmak amacı ile yaptıkları çalışmada ise hastaların başlangıç Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) puanları ile eğitim programından üç ay sonraki PANSS puanları arasında anlamlı farklılık olmadığını bildirmişlerdir (17).

Psikiyatri hasta ve ailelerine yönelik yürütülen psikoğitim müdahalesinin içeriğinde genellikle; belirti ve bulgular, hastalığın seyri, nedenleri, tanı testleri ve ölçümleri, yaşam stili değişiklikleri, tedavi seçenekleri, tedavinin olası sonuçları, ilaç etki ve yan etkileri, terapötik stratejiler, uyum sağlayıcı baş etme yöntemleri, potansiyel uyum problemleri, relapsın erken uyarı işaretleri, hastanın öz bakım sorumluluğunu geliştirme, iletişim, baş etme becerileri, sosyal beceri eğitimi, stres yönetimi, sosyal destek sağlama, problem çözme eğitimi, kriz yönetimi konuları yer almaktadır. Çalışmalarda ailelere verilen

psikoeğitimin bakım vericilerin yük algılarını ve yaşadıkları güçlükleri azalttığı, bakım vericilerin hastalarıyla olan iletişimlerini arttırdığı, duygu dışavurumlarını azalttığı bildirilmektedir (11,13, 17-27).

Bu nedenlerden dolayı şizofreni hastalarının bakım vericilerine uygulanan psikoeğitimin bakım vericilerin duygu dışavurumlarına ve hastaların PANSS puanları üzerine olan etkisini belirlemek amacı ile kontrol gruplu ön test-son test tasarım olarak yapılmış yarı-deneysel tipte olan araştırma bir müdahale çalışması olarak planlanmıştır. Araştırmanın hipotezleri;

H0: Şizofreni tanılı hastaların bakım vericilerine verilen psikoeğitimin bakım vericilerin duygu dışavurumları üzerine etkisi yoktur.

H1: Şizofreni tanılı hastaların bakım vericilerine verilen psikoeğitimin bakım vericilerin duygu dışavurumları üzerine etkisi vardır.

H0: Bakım vericilerine verilen psikoeğitimin bakım verdikleri hastalarının PANSS puanları üzerine etkisi yoktur.

H1: Bakım vericilerine verilen psikoeğitimin bakım verdikleri hastalarının PANSS puanları üzerine etkisi vardır.

olarak belirlenmiştir.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kontrol gruplu ön test-son test tasarım olarak yapılmış yarı-deneysel tipte olan bir müdahale çalışmasıdır.

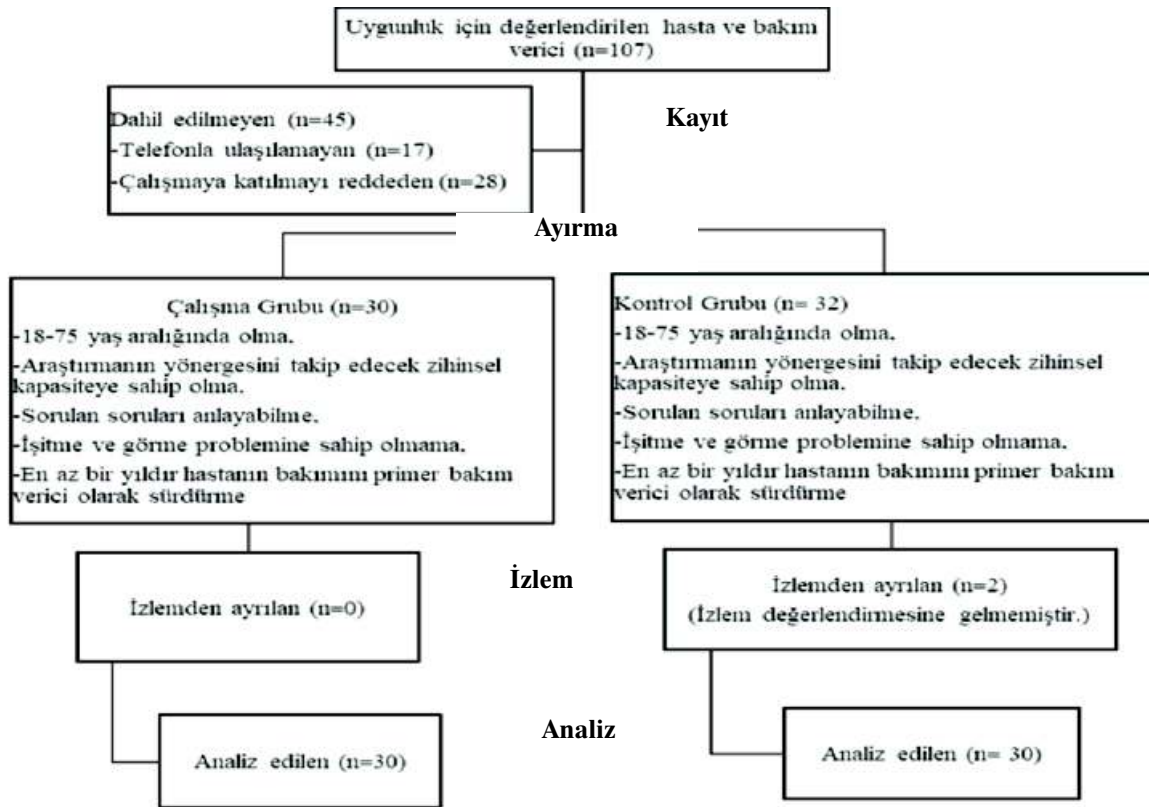
Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırma, Eylül 2012-Ekim 2013 tarihleri arasında batıda bir ilde bir üniversitenin uygulama ve araştırma hastanesi psikiyatri polikliniğinde izlenen ve psikiyatrist tarafından DSM-IV (28) kriterlerine

göre şizofreni tanısı konan hastalarla ve onların bakım vericileriyle yapılmıştır. F testi için Cohen (29) örneklem büyüklüğü tabloları kullanılarak, araştırma hipotezini 0.05'ten az Tip I hata olasılığı ile test etmek ve 0.99'dan büyük etkiyi ($\eta^2 \geq 0.14$) göstermek için 58 deneye ihtiyaç duyulacağını ileri sürmüştür. Ya da 0.80'lik bir güç ile ılımlı etkiyi ($\eta^2 \geq 0.06$) göstermek için 62 denek önermektedir. Çalışmaya olası katılımlarını görüşmek üzere psikiyatri polikliniği kayıtlarından elde edilen telefon numaraları üzerinden toplam 107 hasta ve bakım verici çağrılmıştır. Bunlardan 17'sine ulaşılamamıştır ve 28 hasta ve/veya bakım verici çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 62 hasta ve bakım vericisi ile araştırma yürütülmüştür. Kontrol grubunu oluşturan 32 bakım vericiden 2 tanesi takip değerlendirmeleri için bilgi vermeyi reddetmiştir. Bu nedenle araştırma 60 hasta ve bakım vericisi ile tamamlanmıştır. Araştırmaya alım kriterleri; bakım vericiler için 18-75 yaş aralığında olma, araştırmanın yönergesini takip edecek zihinsel kapasiteye sahip olma, sorulan soruları anlayabilme, işitme ve görme problemlerine sahip olmama, en az bir yıldır hastanın bakımını primer bakım verici olarak sürdürme, hastalar için ise DSM-IV'e göre şizofreni tanısını karşılama, remisyonda olma ve hastalığa eşlik eden alkol madde kullanım durumuna sahip olmama olarak belirlenmiştir.

Uygulama

Etik kuruldan onay, araştırmanın yapılacağı kurumdan izin ve bakım vericilerden yazılı onam alındıktan sonra bakım vericiler ve hastalar ile görüşmeler yapılmış ve DD temel değerlendirmeleri birinci yazar tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışma grubuna randomizasyon yapılmadan atanan bakım vericilere, haftada iki kez 45-60 dakikalık psikoeğitim seansları uygulanmış ve iki seans arasında on beş dakika ara verilmiştir. Psikoeğitim sekiz ile on bakım vericiye ve toplamda sekiz seans (16 saat) olarak uygulanmıştır. Psikoeğitimin içeriğinde; şizofreninin belirti ve bulguları, hastalığın seyri, nedenleri, tanı testleri ve ölçümleri, yaşam stili değişimleri, tedavi seçenekleri, tedavinin olası sonuçları, ilaç etki ve yan etkileri, terapötik stratejiler, uyum sağlayıcı baş etme yolları, potansiyel uyum problemleri, relapsın erken uyarıcı işaretleri,



öz bakım sorumluluğunu geliştirme, iletişim, baş etme becerileri, sosyal beceri eğitimi, stres yönetimi, sosyal destek sağlama, problem çözme eğitimi, kriz yönetimi konuları yer almaktadır. Psikoeğitimden önce ve üç ay sonra DD ölçeği çalışma ve kontrol gruplarındaki bakım vericilerin kendileri tarafından, PANSS ölçeği ise çalışma ve kontrol gruplarındaki hastalara araştırmanın birinci yazarı tarafından doldurulmuştur.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları, bakım vericilerin ve hastaların sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 5 soruluk sosyodemografik veri formu, Duygu Dışavurumu Ölçeği ve PANSS ölçeğidir.

Sosyodemografik Veri Formu: Hastaların ve bakım vericilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumunu sorgulayan 5 maddelik bir formdur.

Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ-Expressed Emotion Scale-EES): Cole ve Kazarian (30) tarafından geliştirilmiştir. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması Berksun (31) tarafından yapılan ve şizofrenili hastaların yakınlarına uygulanan bir ölçektir. 41 sorudan oluşan ölçek eleştirelilik/düşmanlık ve aşırı ilgi-koruyucu kollayıcı-müdahalecilik alt ölçeklerine sahiptir. Araştırmaların bazılarında alt ölçeklerle değerlendirme yapılmış bazılarında ise toplam puan üzerinden çalışılmıştır. Bu çalışmada toplam puan üzerinden çalışılmış olup ölçekten alınan yüksek puanlar duygu dışavurumunun yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.89'dur. Bu çalışma için hem kontrol grubunun hem de deney grubunun Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81 olarak bulunmuştur.

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (Positive and Negative Syndrome Scale-PANSS): Kay ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilen 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirilmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir (32). 30

psikiyatrik parametreden yedisi pozitif belirtiler alt ölçeğine, yedisi negatif belirtiler alt ölçeğine ve geri kalan on altısı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Her madde yedi puanlı şiddet değerlendirilmesini içermektedir (1: Yok, 2: Çok hafif, 3: Hafif, 4: Orta, 5: Orta/Ağır, 6: Ağır, 7: Çok ağır). Puanlama her maddenin puanlarının toplanmasıyla yapılmaktadır. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin puan aralığı 7-49, genel psikopatoloji alt ölçeğinin ise 16-112 dir. Toplam puan 30-210 arasında değişmektedir. Leucht ve arkadaşları (2005) çalışmalarında pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin klinik genel izlenim ölçeği ile yapılan çalışmada 58-74 puanın hafif, 75-94 puanın orta, 95-115 puanın belirgin, 116 ve üzeri puanın ağır hastalık şiddetiyle kesştiğini saptamışlardır (33). Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. PANSS Türkçe versiyonu için iç tutarlılık 0.71-0.75 arasında hesaplanmıştır (34). Bu çalışma için kontrol grubunun Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.85, deney grubunun ise 0.76 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için 24.05.2012 tarihli B.30.2.ADÜ.0.20.05.00/050.04-129 nolu Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurul onayı, araştırmanın yapılacağı kurumdan izin ve çalışmaya katılmayı kabul eden ailelerden sözel ve araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemlerin açıklandığı yazılı onam alınmıştır.

Veri analizi

Araştırma verilerinin analizi SPSS 17.0 paket programında yapılmıştır. Demografik bilgilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, standart sapma ve aritmetik ortalama, ön test-son test değerlendirilmesinde eşleştirilmiş iki grup arasındaki farkların testi, katılımcıların DD puanları üzerinde aile eğitiminin etkisini incelemek amacıyla tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi ve bakım vericilere verilen psikoeğitimin hastaların PANSS skorlarına etkisini incelemek için ise iki yönlü karma varyans analizi uygulanmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan şizofreni hastalarının çalışma grubunun yaş ortalaması 39.0 ± 11.8 , %63.3'ü erkek, %66.7'si bekar, %50'sinin eğitim durumu ilkökul ve altı, %96.7' si çalışmıyor ve hastalık süreleri ortalamaları 14.8 ± 11.6 yıldır. Kontrol grubundaki şizofreni hastalarının yaş ortalaması 39.0 ± 11.8 , %56.7'si erkek, %56.7'si bekar, %60'ının eğitim durumu ortaöğretim ve lise, %90'ı çalışmıyor ve hastalık süreleri ortalamaları 13.9 ± 8.7 yıldır.

Çalışma grubundaki bakım vericilerin yaş ortalaması 45.6 ± 11.5 , %83'ü kadın, %73.3'ü evli, %46.7'sinin eğitim durumu ilkökul ve altı, %76.7'si çalışmıyordu. Çalışma grubundaki bakım vericiler ortalama 13.4 ± 10.4 yıldır hastalarına bakım vermekteydiler. Kontrol grubundaki bakım vericilerin yaş ortalaması 51.6 ± 12.7 , %56.7'si erkek, %80'i evli, %50'sinin eğitim durumu ilkökul ve altı, %50'si çalışmaktaydı. Kontrol grubundaki bakım vericiler ortalama 13.3 ± 8.9 yıldır hastalarına bakım vermekteydiler (Tablo 1).

Araştırmada eğitimden önce çalışma grubunun DD puan ortalamaları 15.73, kontrol grubunun ise 15.86; eğitimden üç ay sonra çalışma grubunun DD puan ortalamaları 14.8, kontrol grubunun ise 16.03 olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Araştırmada eğitimden önce çalışma grubuna alınan bakım vericilerin hastalarının PANSS puan ortalamaları pozitif belirtiler alt ölçeği için 17.9 ± 5.77 , negatif belirtiler alt ölçeği için 19.1 ± 7.26 , genel psikopatolojik belirtiler alt ölçeği için 35.53 ± 8.29 ve toplam PANSS puanları için 72.6 ± 18.21 ; kontrol grubuna alınan bakım vericilerin hastalarının PANSS puanları pozitif belirtiler alt ölçeği için 15.0 ± 4.73 , negatif belirtiler alt ölçeği için 18.3 ± 3.47 , genel psikopatolojik belirtiler alt ölçeği için 35.56 ± 9.31 ve toplam PANSS puanları için 68.9 ± 19.84 olarak bulunmuştur. Eğitimden üç ay sonra ise çalışma grubuna alınan bakım vericilerin hastalarının PANSS puan ortalamaları pozitif belirtiler alt ölçeği için 12.1 ± 3.12 , negatif belirtiler alt ölçeği için 13.0 ± 8.33 , genel psikopatolojik belirtiler alt ölçeği için 28.26 ± 5.06 ve toplam PANSS puanları için $53,3 \pm 9.48$; kontrol grubuna alınan

Tablo 1. Deney ve kontrol grubundaki şizofreni hastalarının ve bakım vericilerinin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Şizofreni Hastaları			Bakım Vericiler			
	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	p	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	p	
	(n=30)	(n=30)		(n=30)	(n=30)		
n / %	n / %		n / %	n / %			
Cinsiyet	Kadın	n=11 %36.7	n=13 %43.3	n=25 %83.3	n=13 %43.3	0.598	0.001
	Erkek	n=19 %63.3	n=17 %56.7	n=5 %16.7	n=17 %56.7		
Medeni Durum	Evli	n=10 %33.3	n=13 %43.3	n=22 %73.3	n=24 %80.0	0.426	0.542
	Bekar	n=20 %66.7	n=17 %56.7	n=8 %26.7	n=6 %20.0		
Eğitim Durumu	İlkokul ve altı	n=15 %50.0	n=8 %26.7	n=14 %46.7	n=15 %50.0	0.063	0.842
	Ortaöğretim ve lise	n=9 %30.0	n=18 %60.0	n=13 %43.3	n=11 %36.7		
	Üniversite ve üstü	n=6 %20.0	n=4 %13.3	n=3 %10.0	n=4 %13.3		
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	n=29 %96.7	n=27 %90.0	n=23 %76.7	n=15 %50.0	0.301	0.032
	Çalışıyor	n=1 %3.3	n=3 %10.0	n=7 %23.3	n=15 %50.0		
		\bar{X} / SS	\bar{X} / SS	\bar{X} / SS	\bar{X} / SS		
Yaş		39.0±11.8	37.4 ±11.9	45.6±11.5	51.6±12.7	0.579	0.067
Hastalık Süresi (Yıl)		14.8±11.6	13.9±8.7	-	-	0.736	-
Hastaya Bakım Süresi (Yıl)		-	-	13.4±10.4	13.3±8.9	-	0.761

bakım vericilerin hastalarının PANSS puan ortalamaları pozitif belirtiler alt ölçeği için 14.6 ± 4.73 , negatif belirtiler alt ölçeği için 18.0 ± 7.90 , genel psikopatolojik belirtiler alt ölçeği için 35.16 ± 9.08 ve toplam PANSS puanları için 67.86 ± 19.21 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Yapılan varyans analizi sonucunda aile üyelerinin duygu dışavurumu puanlarında gözlenen değişime psikoeğitimin orta boyda ve anlamlı düzeyde etkisinin olduğu bulunmuştur ($F_{1,58}=20.55$; $p<0.05$; $\eta^2=0.265$) (Grafik 1).

Yapılan iki yönlü karma varyans analizi sonucunda psikoeğitim alan bakım vericilerin hastalarının takip süresi boyunca, pozitif ($\eta^2=0.57$), negatif ($\eta^2=0.50$), genel psikopatoloji ($\eta^2=0.59$) ve toplam ($\eta^2=0.64$) PANSS puanlarında anlamlı bir

düşüş olduğu belirlenmiştir (Grafik 2).

TARTIŞMA

Araştırmada şizofreni hastalarının çalışma ve kontrol grubu arasında sosyodemografik özellikler açısından fark olmadığı, bakım vericilerde ise cinsiyet ve çalışma durumu açısından fark olduğu görülmüştür. Bu farkın randomizasyon yapılmamasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Bu durum çalışmanın sınırlılıkları kapsamında değerlendirilmelidir.

Araştırmada çalışma grubu bakım vericilerinin verilen psikoeğitimden üç ay sonra duygu dışavurumu puanlarında anlamlı bir düşüş olduğu, kontrol grubu bakım vericilerinde ise DD puanlarında

Tablo 2. Bakım vericilerin duygu dışavurumu toplam puanlarının değerlendirilmesi
Duygu Dışavurumu Toplam Puanları

	Eğitimden önce	Eğitimden üç ay sonra	t	p
Çalışma Grubu	15.73	14.80	4.731	.000
Kontrol Grubu	15.86	16.03	-1.223	.232
t	0.083	0.839		
p	.934	.405		

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmasa da artış olduğu görülmüştür. Holmes ve arkadaşları 17 şizofreni hastası ve ailesi ile yaptıkları çalışmada, psikiyatri hemşiresi tarafından hastanın özellikleri dikkate alınarak yapılan bireysel psikoeğitim sonrası bir yıllık izlem gerçekleştirmişler ve hastanın hastalık konusundaki farkındalığının ve sosyal işlevselliğinin arttığını, ailenin de yüksek duygu dışavurum düzeylerinin azaldığını bildirmişlerdir (35). Benzer şekilde Cohan ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, psikososyal eğitimin kronik şizofreni hastalarının bakım vericilerinin duygu dışavurum düzeylerini azalttığını belirlemişlerdir (36). Özkan ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada deney grubundaki bakım vericilerin aile yükü, duygu dışavurumu ve depresyona ilişkin puan ortalamalarının eğitim sonrası ve telefon takiplerinden sonra azaldığını ve farkın anlamlı olduğunu bildirmişlerdir (37). Ailelere yönelik yapılan müdahaleler ile aile üyelerinin birbirlerine ve hastalarına karşı daha sabırlı oldukları, bakım vericilerin umutsuzluk, çaresizlik ve suçluluk duygularını daha az yaşadıkları, duygu dışavurumu

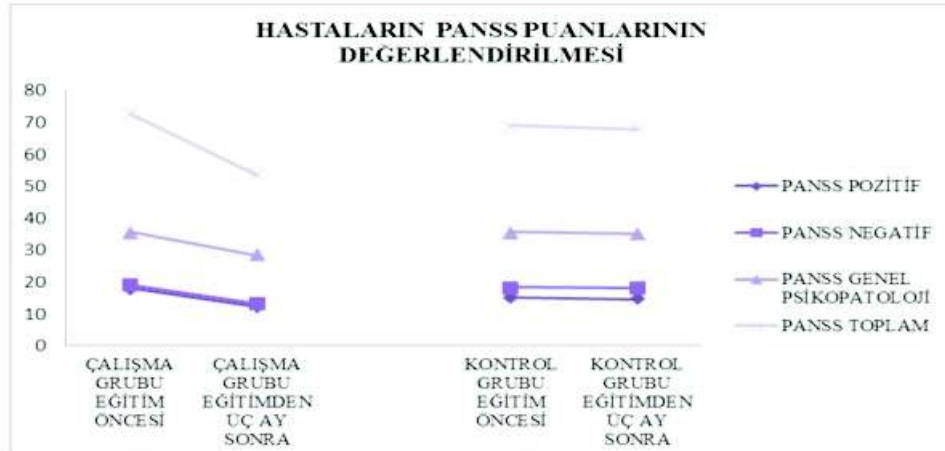
ve aile yükü düzeylerinin azaldığı saptanmıştır (38-51). Örneklem grubunu oluşturan bakım vericilerin hastalarının kronik süreçte olmalarına rağmen bakım vericilere yapılan psikoeğitimin DD'ye etkili olduğu belirlenmiştir. Oysa yapılan çalışmalarda akut dönemde olan hastaların bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin etkisinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (8,52-55). Bu durum araştırmanın güçlü yönü olarak okunabilir. Bunun bir nedeni araştırmanın birinci yazarının aynı zamanda araştırmanın yapıldığı psikiyatri kliniğinde hemşire olarak çalışıyor olması olabilir. Bu sonucun ikinci nedeni ise psikoeğitim süreçlerinde hasta yakınlarına gösterilen ilgi ve grup dinamikleri olmuş olabilir. Her ne kadar araştırma kontrol gruplu olarak yarı deneysel tipte yapılmış olsa da araştırmanın örneklem grubunun az sayıda olması ve DD'nin düzelmesinde farklı etkenlerin olabileceği de göz önünde bulundurularak araştırmanın bulguları okunmalıdır.

Çalışma bulgularımızın aksine Arslantaş ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada bakım veri-

Grafik 1. Bakım vericilerin duygu dışavurum puanlarının değerlendirilmesi



Grafik 2. Hastaların pozitif ve negatif sendrom ölçeği (PANSS) puanlarının değerlendirilmesi



cilerinin DD düzeylerinde eğitimle bir düzelme olmadığını, ancak üç ayın sonunda DD skorlarında istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmasa da bir azalma eğilimi olduğunu bildirmişlerdir (17). Sellwood ve ark. (2003) tarafından kronik şizofreni hastalarının aile üyeleriyle yapılan bir çalışmada aile müdahalesi ile bakım vericilerin DD seviyelerinde herhangi bir değişiklik olmadığı gözlenmiştir. Yine McWilliams ve ark. (2007) psikoeğitimin kronik şizofreni hastalarının aile üyelerinin DD seviyelerini az etkilediğini bildirmişlerdir (56). Sin ve Norman (2013), tarafından yapılan sistematik derlemede kronik şizofreni hastalarının aile üyelerinin DD seviyelerini psikoeğitimin az etkilediği bildirilmiştir (51). Alan yazındaki başka çalışmalarda da psikoeğitimin bakım vericilerin psikososyal iyilik ve bilgi seviyelerini arttırdığı ancak DD puanlarını etkilemediği bildirilmektedir (7,14,57-62).

Şimdiye dek yapılan çok sayıda çalışmada, şizofrenik hastalara verilen psikososyal tedavilerin klinik semptomatoloji üzerine etkisi incelenmiş ve pozitif bulgular bildirilmiştir (43,63-69). Ancak bakım vericilere yönelik psikososyal müdahalelerin hastaların semptomatolojileri üzerindeki etkilerini inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Daha önce kliniğimizde yapılan bir çalışmada, bakım vericilere yapılan psikoeğitimin hastaların PANSS puanlarına etkisi anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Ancak geriye dönük olarak bu çalışmanın güç analizini yaptığımızda araştırmanın gücünün düşük olduğu bulunmuştur (17). Aynı şekilde Merinder ve arkadaşlarının şizofrenisi olan hastalar ve bu

hastaların akrabaları ile yürüttükleri 8 seanstan oluşan kısa süreli psikoeğitim programı ile ilgili çalışmalarında programın hastalıkla ilgili bilgi düzeyini ve verilen sağlık hizmetine duyulan memnuniyeti artırmada etkili olduğu ancak hastalığın yinelemesi, ilaç uyumu, psikopatoloji, içgörü ve psikososyal işlevsellik gibi önemli alanlarda yeterli etkiye sahip olmadığı belirtilmiştir (70). Öte yandan Kulhara ve ark. (2009) şizofreni hastalarının bakım vericilerine yaptıkları psikoeğitim sonrasında hastaların aylık PANSS puanının pozitif, negatif ve genel psikopatoloji alt puan ölçümlerinde hem deney hem de kontrol grubunda başlangıç puanlarına göre azalma olduğunu ancak tekrarlayan ölçümlerde ANOVA bakıldığında bizim bulgularımıza benzer şekilde yapılandırılmış eğitim alan bakım vericilerin hastalarının PANSS puanının pozitif, negatif ve genel psikopatoloji alt puanlarında çok büyük azalmalar olduğunu bulmuşlardır (16). Çalışma bulgularımızın bazı çalışma bulgularıyla uyumlu (9,15,16,71) bazılarıyla uyumlu olmadığı görülmüştür (17,70). Bunun nedeni örneklem sayısı, izlem süresi ve eğitimin içeriği ile ilgili olabilir.

Genel olarak çalışmamızda bakım vericilere uyguladığımız psikoeğitim doğrudan hastaların aktif semptomatolojilerini düzeltmeyi hedeflemese de, literatür bilgisine uygun olarak, psikoeğitim çalışmalarıyla sağlanan, hastalığın doğası ve belirtilerini tanıma, ilaçların etki ve yan etkileri hakkında bakım vericilerin bilinçlenmesi, alevlenme habercisi olabilecek öncül belirtilerin tanınması, hastalığın kabullenilmesi ve buna yönelik iç görü

Tablo 3. Hastaların Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) Puanları	Çalışma Grubu (n:30)		Kontrol Grubu (n:30)		t	F	p*
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS			
Eğitim öncesi pozitif belirtiler alt ölçeği puanı	17.9	±5.77	15.0	±4.73	-2.152	.042	.307
Eğitimden üç ay sonra pozitif belirtiler alt ölçeği puanı	12.1	±3.12	14.6	±4.73	2.478	1.586	.213
p**	.000		.000				
Eğitim öncesi negatif belirtiler alt ölçeği puanı	19.1	±7.26	18.3	±3.47	-3.396	.212	.647
Eğitimden üç ay sonra negatif belirtiler alt ölçeği puanı	13.0	±8.33	18.0	±7.90	3.194	8.615	.005
p**	.000		.000				
Eğitim öncesi genel psikopatoloji alt ölçeği puanı	35.53	±8.29	35.56	±9.31	.015	0.42	-.839
Eğitimden üç ay sonra genel psikopatoloji alt ölçeği puanı	28.26	±5.06	35.16	±9.08	3.634	3.764	.057
p**	.000		.000				
Eğitim öncesi PANSS toplam puanı	72.6	±18.21	68.9	±19.84	-.752	.002	.965
Eğitimden üç ay sonra PANSS toplam puanı	53.3	±9.48	67.86	±19.21	3.634	5.478	.057
p**	.000		.000				

*Çalışma ve kontrol grubu farklarına ilişkin p değeri

**Grup içi başlangıç ve 3 ay sonraki p değerleri

kazanılması ve inatçı belirtilerle başa çıkma konusunda alternatif yolların öğrenilmesine katkıda bulunduğu görülmektedir. Ayrıca psikoeğitim girişimi bakım vericilerin bakım verdikleri hastalarının tedaviye uyum sağlamalarını arttırmakta, ruhsal bozukluğa ilişkin belirti ve bulgularla nasıl baş edeceklerine katkı sağlamakta gibi görülmektedir. Bütün bunların sonucu olarak psikoeğitim girişiminin; bakım vericilerin DD düzeyini azalttığı, hastaların klinik gidiş göstergelerine ve düzenli olarak kontrollerine gitmelerine olumlu katkıda bulunduğu söylenebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın belli tarihler arasında ulaşılan hastalara yapılması, tek merkezde yürütülmüş olması, hastaların sadece birinci derece yakınlarının araştırmaya alınması diğer aile üyelerinin alınmaması araştırmanın sınırlılıkları olarak düşünülmüştür. Örneklem grubunun az oluşu da araştırmanın sınırlılıklarından biri olarak sayılabilir.

SONUÇ

Araştırmada eğitime katılan bakım vericilerin DD puanlarının azaldığı, herhangi bir müdahalede

bulunulmayan kontrol grubundaki bakım vericilerin DD puanlarının arttığı ve bakım vericilerin bakım verdikleri hastaların PANSS puanlarında düşme olduğu bulunmuştur. Hastalara uygulanan tedaviler yanında bakım vericilerin de desteğe ihtiyaç duydukları, bakım vericilerin aldıkları psikoeğitimle hastalarının tedavisinde aktif rol alabilecekleri düşünülmektedir. Bu sonuca göre klinik uygulamalarda sistemli olarak psikoeğitimlerin sürdürülmesi önerilebilir.

Yazışma Adresi: Hem. Müge Bulut, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisi, Aydın, Türkiye cabukmuge@hotmail.com

*Bu çalışma "Psikoeğitimin Şizofreni Ailelerinin Yük Algılarına Olan Etkisi" konulu yüksek lisans tezi için toplanan verilerden üretilmiştir. Tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi kapsamında ASYO-12007 proje kodu ile desteklenmiştir, teşekkürlerimizi sunarız.

**Bu çalışma 10-12 Eylül 2015 tarihleri arasında Şanlıurfa'da yapılan 15. Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde poster bildiri ikinciliği almıştır.

KAYNAKLAR

1. Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 14. Baskı. Ankara, Tuna Matbaacılık, 2016, pp. 189.
2. Gülseren L. Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13:143-151.
3. Sellwood W, Tarrier N, Quinn J, Barrowclough C. The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotion. *Psychol Med* 2003; 33:91-96.
4. Brown GW, Birley JLT, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *Br J Psychiatry* 1972; 121:241-258.
5. Boye HB, Bentsen TH, Notland OG, Munkvold OG, Lersbryggen AB, Oskarsson KH, Uren G, Ulstein I, Bjørge H, Lingjaerde O, Malt UF. What predicts the course of expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34:35-43.
6. Tüzer V, Zincir S, Başterzi AD, Aydemir Ç, Kısa C, Göka E. Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duyu dışavurumunun değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri* 2003;6:198-203.
7. McDonnell MG, Short RA, Berry CM, Dyck DG. Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Fam Process* 2003;42: 91-103.
8. Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis. *Schizophrenia Research* 2012;139: 116-128.
9. Tomaras V, Mavreas V, Economou M, Ioannovich E, Karydi V, Stefanis C. The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual psychosocial treatment: a 3 year study. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2000; 35(11): 487-93.
10. Amaresha AC, Venkatasubramanian G. Expressed emotion in schizophrenia: An overview. *Indian J Psychol Med* 2012; 34: 12-20.
11. Tel H, Terakye G. Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoedütmisel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000;1:133-142.
12. Doğan O. Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3:240-248.
13. Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Başeğmez FD. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3:133-139.
14. Sellwood W, Tarrier N, Quinn J, Barrowclough C. The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotion. *Psychol Med* 2003;33:91-96.
15. Ran MS, Xiang MZ, Chan CL, Leff J, Simpson P, Huang MS, Shan YH, Li SG. Effectiveness of psychoeducation intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia a randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2003;38:69-75.
16. Kulhara P, Chakrabarti S, Avasthi A, Sharma A, Sharma S. Psychoeducational intervention for caregivers of Indian patients with schizophrenia: a randomised-controlled trial. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 472-483.
17. Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balcı V, Adana F. Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoedütmisel hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duyu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2009;10:3-10.
18. Jungbauer J, Wittmund B, Dietrich S, Angermeyer MC. The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin* 2004; 30:665-675.
19. Cheng LY, Chan S. Psychoeducation program for Chinese family carers of members with schizophrenia. *West J Nurs Res* 2005;27:583-599.
20. Chien WT, Chan WCS, Thompson DR. Effects of a mutual support group for families of Chinese people with schizophrenia: 18-month follow-up. *The British Journal of Psychiatry* 2006; 189: 41-49.
21. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, Rosa CD, Maj M. Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatric Services* 2006;57: 1784-1791.
22. Chien WT, Phill M, Wong K. A Family psychoeducation group program for Chinese people with schizophrenia in Hong Kong. *Psychiatric Services* 2007; 58:1003-1006.
23. Tanrıverdi D. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Verilen Psikoedütmisel Bakım Yüklerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. 2008.
24. Nasr T, Kausar R. Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Ann Gen Psychiatry* 2009; 8:1-6.
25. Breitborde NJK, Moreno FA, Mai-Dixon N, Peterson R, Durst L, Bernstein B, Byreddy S, McFarlane WR. Multi family group psychoeducation and cognitive remediation for first-episode psychosis: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 2011; 11:9.
26. Navidian A, Kermansaravi F, Rigi SN. The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. *BMC Research Notes* 2012;5:399.
27. Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of psych-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry* 2012;12:48.
28. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) (Çev. ed.: E Köroğlu). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995.
29. Cohen J. *Statistical Power Analysis For The Behavioral Sciences*. 2. Baskı. Hillsdale, New Jersey Lawrence Erlbaum Associates; 1988, sayfa 384.
30. Cole, JD, Kazarian SS. The level of expressed emotion scale: a new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical Psychology* 1988; 44: 392-397.
31. Berksun OE. Şizofrenide aile faktörü: expressed emotion (EE) ölçek geliştirme ve uyarılama denemesi. Ankara Üniversitesi. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. 1992.

32. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261-76.
33. Leucht S, Kane JM, Kissling W, Hamann J, Etschel E, Engel RR. What does the PANSS mean? *Schizophrenia Research* 2005; 79:231-8.
34. Kostakoğlu E, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999;14:23-32.
35. Holmes H, Ziemle J, Evans T, Williams CA. Nursing model of psychoeducation for the seriously mentally ill patient. *Issues in Mental Health Nursing* 1994;15: 85-104.
36. Cohan AN, Glynn SM, Mumay Swark AB, Barrio C, Fischer EP, McCutcheon SJ, Perlick DA, Rotondi AJ, Sayers SL, Sherman MD, Dixon LB. The family forum: directions for the implementation of family psychoeducation for severe mental illness. *Psychiatric Services* 2008;59:40-48.
37. Özkan B, Erdem E, Özsoy SD, Zararsız G. Effect of psychoeducation and telepsychiatric follow up given to the caregiver of the schizophrenic patient on family burden, depression and expression of emotion. *Pakistan J MedSci* 2013; 29:1122-27.
38. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C, Maj M, National Mental Health Project Working Group. Family burden in long term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Soc Sci Med* 2005;61:313-322.
39. McFarlane WR, Dushay RA, Stastrip D. A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 744-750.
40. Montero I, Asercio A, Hernandez I, Masanet MJ, Lacruz M, Bellver F, Iborra M, Ruiz I. Two strategies for intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophr Bull* 2001; 27:661-670.
41. Yıldırım A. Psikoeğitimsel yaklaşımın ve izleme çalışmalarının şizofreni tanılı hasta ve ailelerinin sosyal işlevlerine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. 2007.
42. Doğan S, Doğan O, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Başeğmez F, Doğan F. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Ayaktan hastalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3:69-74.
43. Yıldız M, Yazıcı A, Ünal S, Aker T, Özgen G, Ekmekçi H, Duy B, Torun F, Ünsal G, Çoşkun S, Sipahi B, Çakıl G, Eryılmaz M. Şizofreninin ruhsal-toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13:41-47.
44. Ohaeri SU. The burden of caregiving in families with a mental illness: A review of 2002. *Curr Opin Psychiatry* 2003; 16: 457-465.
45. Alptekin K, Kıvrıkcı Akdede BB, Kitiş A, Akvarda Y, Ulaş H, Orhan Z. Şizofreni ve yaşlanma: şizofrenide klinik belirtilerin ve bilişsel işlevlerin yaşla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15: 91- 97.
46. Evert H, Harvey C, Traver, Herman H. The relationship between social networks and occupational and self-care functioning in people with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:180-188.
47. Rose LE. Families of psychiatric patients: A critical review and future research directions 1999; 10: 67-76.
48. Hazel NA, McDonnell MG, Short RA, Berry CM, Voss WD, Rodgers ML, Dyck DG. Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. *Psychiatr Serv* 2004; 55:35-41.
49. Hirst M. Carer distress: a prospective, population-based study. *Soc Sci Med* 2005;61:697-708.
50. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy* 2003;29:223-245.
51. Sin J, Norman I. Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *J Clin Psychiatry* 2013;74:1145-1162.
52. McNab C, Haslam N, Burnett P. Expressed emotion, attributions, utility beliefs, and distress in parents of young people with first episode psychosis. *Psychiatry Research* 2007; 151:97-106.
53. McWilliams S, Egan P, Jackson D, Renwick L, Foley S, Behan C, Fitzgerald E, Fetherston A, Turner N, Kinsella A, O'Callaghan E. Caregiver psychoeducation for first-episode psychosis. *European Psychiatry* 2010; 25:33-38.
54. Petrakis M, Oxley J, Bloom H. Carer psychoeducation in first-episode psychosis: Evaluation outcomes from a structured group programme. *The International Journal of Social Psychiatry* 2013; 59: 391-397.
55. Öksüz E, Karaca S, Özalın G, Ateş M.A. The effects of psychoeducation on the expressed emotion and family functioning of the family members in first-episode schizophrenia. *Community Ment Health J* 2017;53:464-473.
56. McWilliams S, Hill S, Mannion N, Kinsella A, O'Callaghan E. Caregiver psychoeducation for schizophrenia: Is gender important? *European Psychiatry* 2007; 22:479-480.
57. Phillips MR, Pearson V, Li F, Xu M, Yang L. Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 488-493.
58. Heikkilä J, Karlsson H, Taiminen T, Lauerma H, Ilonen T, Leinonen KM, Wallenius E, Virtanen H, Heinimaa M, Koponen S, Jalo P, Kaljonen A, Salakangas RK. Expressed emotion is not associated with disorder severity in first-episode mental disorder. *Psychiatry Res* 2002;111: 155-165.
59. Stengard E. Educational intervention for the relatives of schizophrenia patients in Finland. *Nord J Psychiatry* 2003; 57:271-277.
60. Duman ZÇ, Aştı N, Üçok A, Kuşçu MK. Şizofreni hastalarına ve ailelerine "bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı" uygulaması, izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:91-99.
61. González-Blanch C, Martín-Muñoz V, Pardo-García G, Martínez-García O, Álvarez-Jiménez M, Rodríguez-Sánchez JM, Vázquez-Barquero JL, Crespo-Facorro B. Effects of family psychoeducation on expressed emotion and burden of care in first-episode psychosis: a prospective observational study. *The Spanish Journal of Psychology* 2010;13:389-395.
62. Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Abel MB, Oehlenschlaeger J, Christensen TØ, Krarup G, Hemmingsen R,

- Jørgensen P, Nordentoft M. Integrated treatment of first-episode psychosis: Effect of treatment on family burden: OPUS trial. *The British Journal of Psychiatry* 2005; 48:85–90.
63. Deveci A, Danacı AE, Yurtsever F, Deniz F, Yüksel EG. Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminin belirti örüntüsü, içgörü, yaşam kalitesi ve intihar olasılığı üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008;19:266-73.
64. Yıldız M, Tural Ü, Kurdoğlu S, Önder ME. Şizofreninin rehabilitasyonunda aile ve gönüllülerle yürütülen bir kulüp-ev denemesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003;14:281-7.
65. Yıldız M, Veznedaroglu B, Eryavuz A, Kayahan B. Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: a controlled study in Turkey. *Int J Psych Clin Pract* 2004;8:1-7.
66. Sönmez S. Şizofreni Hastalarında Psikoeğitim Grup Çalışmasının Pozitif Ve Negatif Belirtiler, Sosyal İşlevsellik, Yeti Yitimi, İçgörü Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması, T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 2. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul. 2009.
67. Goldman CR, Quinn FL. Effects of a patient education program in the treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 1988;39:282–286.
68. Bark N, Revheim N, Huq F. The impact of cognitive remediation on psychiatric symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2003; 63:229-35.
69. Aguglia E, Pascolo-Fabrizi E, Bertossi F, Bassi M. Psychoeducational intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in the Italian community psychiatric network. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2007; 3:7.
70. Merinder LB, Viuff AG, Laugesen HD, Clemmensen K, Misfelt S, Espensen B. Patient and relative education in community psychiatry: a randomised controlled trial regarding its effectiveness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34:287-294.
71. Shimodera S1, Inoue S, Mino Y, Tanaka S, Kii M, Motoki Y. Expressed emotion and psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia: a randomized controlled study in Japan. *Psychiatry Res* 2000;96: 141-8.

Çocuk ve ergen psikiyatrisinde özelleşmiş bir travma polikliniği deneyimi

Specialized trauma outpatient clinic experience in child and adolescent psychiatry

Hatice Ünver¹, Işık Karakaya²

¹Uzm. Dr., Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, İstanbul, Türkiye
https://orcid.org/0000-0003-2067-9770

²Prof. Dr., İstanbul Bilgi Üniversitesi, İstanbul, Türkiye https://orcid.org/0000-0001-8677-969X

ÖZET

Amaç: Çocuk ve ergenlerde travmalar; ciddi duygusal, ruhsal, bilişsel ve davranışsal bozukluklara yol açan deneyimlerdir. Travmatik yaşantılar arasında deprem, sel gibi doğal afetler, çocuklukta yaşanan ihmal ve istismarlar, zorla kaçırılma, trafik kazaları, yaşamı tehdit eden bir hastalığın tanısının konulması gibi zorlayıcı olaylar bulunmaktadır. Bu çalışmada Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ayaktan tedavi ünitesi, acil ve adli poliklinik ile çocuk koruma biriminden travmatik yaşantıları nedeniyle yönlendirilen hastalara yönelik özelleşmiş bir travma polikliniğinden elde edilen bulguların paylaşılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Temmuz 2015-Ocak 2016 tarihleri arasında travma polikliniğinde takip edilen 81 hastanın takip ve değerlendirme notları geriye dönük olarak incelenmiş; sosyodemografik veriler, cinsiyet, travma tipi ve tanı dağılımları analiz edilmiştir. **Bulgular:** Hastaların 11'i erkek (%13.5) ve 70'i kız (%86.5) olup, ortalama yaşları 13.13 ± 2.85 'tir. 65 hastanın (%80.3) cinsel istismar nedeniyle, 16 hastanın (%19.7) da uzuv kaybı, ebeveyn kaybı, araç içi trafik kazası geçirme gibi travmatik yaşantılar sonrası başvurduğu gözlenmiştir. Kızlarda cinsel istismara maruz kalma erkeklerle göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. ($\chi^2=9.72$; $p<0.05$). 10 hasta (%12.3) herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almazken, 71 hasta travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı almıştır. Travma sonrası stres bozukluğu tanısı alanların 7'si erkek, 64'ü kızdır. Kızlarda TSSB daha sık gözlenmiştir ($\chi^2=6.78$; $p<0.01$). **Sonuç:** Günümüzde çocuk ve ergenlerin travmatik yaşantılara maruz kalma riski artmakta olup, çalışmamızda bu alana yönelik takip ve tedavi yapan ayrı bir poliklinik düzenlemesinin önemi vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Çocuk, Ergen, Cinsel İstismar, Travma Polikliniği

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2019;22:298-303)

DOI: 10.5505/kpd.2019.36025

SUMMARY

Objective: Traumas are the experiences which can lead to serious emotional, psychological, cognitive and behavioral problems for child and adolescent. Traumatic events are the insistent events like natural disasters such as earthquake, floods, childhood neglect and abuse, forced abduction, traffic accidents, the diagnosis of a life-threatening illness. In this study, it was aimed to share the findings obtained from a specialized trauma outpatient clinic for patients who were referred to Kocaeli University Faculty of Medicine, Child and Adolescent Psychiatry outpatient unit, emergency and forensic outpatient clinic and child protection unit due to their traumatic experiences. **Method:** The follow-up and evaluation of 81 patients who were followed-up at the trauma outpatient clinic between July 2015 and January 2016 were retrospectively reviewed; sociodemographic data, gender, type of trauma and diagnostic distributions were analyzed. **Results:** 11 of the patients were male (13.5%) and 70 were female (86.5%) and the mean age was 13.13 ± 2.85 years. It was observed that 65 patients (80.3%) had sexual abuse and 16 patients (19.7%) were admitted to clinic after traumatic experiences such as loss of limb, parental loss, vehicle accident. Exposure to sexual abuse was significantly higher in girls than in boys ($\chi^2=9.72$; $p<0.05$). 10 patients (12.3%) were not diagnosed with any psychiatric disorder, 71 patients met the diagnostic criteria of posttraumatic stress disorder (PTSD). Of those diagnosed with post-traumatic stress disorder, 7 were male and 64 were female. PTSD was observed more frequently in girls ($\chi^2=6.78$; $p<0.01$). **Discussion:** The risk of exposure to traumatic experiences of children and adolescents is increasing nowadays; in our study, it was aimed to emphasize the importance of a specialized polyclinic setting which is followed and treated for traumatized child and adolescent patients.

Key Words: Child, Adolescent, Sexual Abuse, Trauma Outpatient Clinic

GİRİŞ

Travma sonrası stres bozukluğu; doğrudan ya da dolaylı olarak gerçek ya da göz korkutucu biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış olma ya da cinsel saldırıya uğrama sonrasında gelişen travmatik olayı yeniden yaşantılama, kaçınma ve travmayla ilişkili hipervijilatif belirtilerin gözlenmesi şeklinde tanımlanmıştır (1). Epidemiyolojik veriler travma sonrası gelişen ruhsal bozukluklar arasında en sık travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) görüldüğünü bildirmektedir. Çocuk ve ergende travma sonrası stres bozukluğu sıklığını araştıran genel toplum çalışmaları az olup, bozukluğun genel toplumda yaşam boyu yaygınlığının ise %1-%14 arasında olduğu belirtilmektedir (2).

Çocuklarda tanılanan TSSB'nin en sık nedenlerinden biri olan cinsel istismar; duygusal ve davranışsal gelişimi olumsuz yönde etkileyip, pek çok farklı ruhsal hastalığa neden olabilmektedir (3). Günümüzde çocuk ve ergen psikiyatrisi pratiğinde cinsel istismar mağduru hastalara ya da suça sürüklenen çocuklara yönelik adli bilirkişilik uygulaması sık yapılmakta olup; hastalar adli değerlendirme sonrasında gelişen ya da var olagelen psikopatolojiler için genel çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine yönlendirilmektedir. Sağlık tedbiri kararı alınan ya da sosyal hizmetlere bağlı kurumlarda kalan hastaların poliklinik şartlarında tedavi ve takipleri belirli kontrollerle belirlenmiştir. Ancak adli raporlama süreci tamamlanmış hastaların tedavi ve takip için genel polikliniğe ulaşması ve takipleri zor olabilmektedir.

Çocuk ve ergenlerde görülen travma sonrası stres bozukluğu dahil tüm ruhsal bozukluklarda belirli aralıklarla düzenlenmiş takip ve tedavi sürecinin, kurulan psikoterapötik ilişkinin iyileşmeye etkisinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle klinik pratikte özelleşmiş polikliniklere ihtiyacın olduğu akla gelmektedir. Özelleşmiş poliklinikler duygudurum polikliniği, adli poliklinik, psikoz polikliniği gibi ayaktan psikiyatrik tedavi ünitelerinde hizmet vermektedir. Özel dal poliklinikleri benzer hasta takip ve tedavilerinin yapıldığı polikliniklerdir. TSSB tedavisi de çok yönlü olup, çocuk ve ergen hastaların yaşına ve özelliklerine uygun yöntemlerin seçilmesi ve tedavi

sürecine aile üyelerinin de katılımının sağlanması önemlidir. Bilişsel davranışçı terapi ve aile tedavileri etkinliği gösterilmiş tedavilerdendir (4). İlaç tedavilerinin de yeniden yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılma belirtilerinin azaltılmasında etkili olduğu gösterilmiştir (5). Ancak tedavi edilmeyen TSSB'nin uzun yıllar devam edebileceği, çocuk ve ergenin hayatında ciddi işlevsel ve duygusal bozukluklara sebep olabileceğine de dikkat çekilmektedir (6). 2018'de yayınlanan bir çalışmada TSSB için risk altında olan göçmen çocuk ve ergen hastalara ülkemizde hizmet veren özelleşmiş bir polikliniğin verileri paylaşılmış, TSSB'nin tedavi edilmesinin uzun dönemli olumlu etkilerinin olacağını öngörüldüğü dile getirilmiştir (7).

Çocuk ve ergen psikiyatrisinde de özelleşmiş poliklinikler bulunmakta olup, bu çalışmada özellikle travma hastalarına yönelik adli poliklinik ya da çocuk koruma birimi ile koordineli çalışan özelleşmiş bir travma polikliniğinin hastalarına ait verilerin ve işleyişinin paylaşılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Örneklemi

Bu çalışmada ayaktan tedavi ünitesi, acil ve adli poliklinik ile çocuk koruma biriminden travmatik yaşantıları nedeniyle yönlendirilen hastalara yönelik travma polikliniği verileri değerlendirilmiştir. Temmuz 2015-Ocak 2016 tarihleri arasında travma polikliniğinde takip edilen 81 hastanın takip ve değerlendirme notları geriye dönük olarak incelenmiştir. Dosya bilgileri ayrıntılı incelenmiş, hastaların bakımından sorumlu aile üyeleri ya da sosyal hizmet çalışanları ile de görüşmeler yapıldığı, öğretmenlerinden bilgi alındığı, değerlendirme ölçekleri verildiği görülmüştür.

Görüşmeler travma odaklı bilişsel davranışçı terapi konusunda deneyimli bir terapist ve bir ya da iki asistan hekim eşliğinde yapılandırılmış bir şekilde düzenlenmiştir. Hastalara bilişsel davranışçı terapi ve farmakoterapi uygulanmış, aile görüşmeleri yapılmıştır. Hastalar haftalık, iki haftalık ya da aylık görüşmelerle takip edilmiştir. Travma sonrası stres bozukluğu tanısı remisyonda olan sağlık tedbirli hastalar iki ya da üç aylık sürelerde görüşmelere

çağrılmıştır.

Veri Toplama

Sosyodemografik veri formunda hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, geçirdiği travmatik yaşantının özellikleri ve yaşam koşulları değerlendirilmiştir. Hastalara Pynoos, Frederik, Nader ve Arroyo (8) tarafından geliştirilen ve TSSB'nin şiddetini değerlendirmemizi sağlayan Travma Sonrası Reaksiyon Ölçeği verilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Erden, Kılıç, Uslu ve Kerimoğlu tarafından yapılmıştır (9). Ölçekte 12-24 arasındaki puanlar hafif, 25-39 arasındaki puanlar orta, 40-59 arasındaki puanlar ciddi ve 60 puanın üzerindeki sonuçlar çok ciddi hastalık düzeyini belirtmektedir.

İstatistiksel Çözümleme

Toplanan veriler için gruplar arası karşılaştırma yapılırken niteliksel verilerin karşılaştırılması için ki kare, sayısal veriler için de t testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren nümerik değişkenler ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Hastaların 11'i erkek (%13.5) ve 70'i kız (%86.5) olup, 65 hastanın (%80.3) cinsel istismar nedeniyle, 16 hastanın (%19.7) da uzuv kaybı, ebeveyn kaybı, araç içi trafik kazası geçirme gibi travmatik yaşantılar sonrası başvurduğu gözlenmiştir. 9 hasta travmatik bir şekilde annesinin ölümüne şahit olmuş, 2 hasta çeşitli kazalarda parmak ve göz kaybı yaşamış, 4 hasta araç içi trafik kazası geçirmiş, 1 hasta da ablasının babası tarafından cinsel istismara uğradığını öğrendikten sonra takibe alınmıştır. Hastaların ortalama yaşları 13.13 ± 2.85 'tir. Cinsel istismara uğrayan 65 hastanın 5'i erkek, 60'ı kızdır ($\chi^2: 9.72; p < 0.05$). Örneklem grubumuzda cinsel istismar nedeniyle takip edilen hastaların cinsiyete göre dağılımları Tablo 1'de gösterilmiştir.

16 hasta (%19.7) sosyal hizmetlere bağlı sevgi evleri ya da kurumlarda kalmaktadır. 6 hastanın

Tablo 1: Cinsel istismara maruz kalmanın cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Cinsel istismar var		Cinsel istismar yok	
	n	%	n	%
Kız	60	92.3	10	62.5
Erkek	5	7.7	6	37.5
Toplam	65		16	

$\chi^2: 9.72; p < 0.05$

kardeşi de polikliniğimizden aynı zamanlarda takip edilmiştir. 3 hastanın cinsel istismar sonrası gelişen hamileliği sağlıklı doğumla sonuçlanmış, bu 3 hastanın ikisi bebeği ve ailesi ile yaşamaya devam ederken; bir hasta ve bebeği sosyal hizmetlere bağlı kurumda kalmaktadırlar. Yine cinsel istismar sonrası hamile kalan 1 hastanın hamileliği hasta ve ailesinin isteği ve savcılık kararıyla sonlandırılmıştır. 21 hastanın (%25.9) sağlık tedbiri bulunmaktadır. Ocak 2016 tarihi baz alındığında hastaların travma polikliniğinde takip edilme süreleri ortalama 17.25 ay olup, en uzun süre ile sağlık tedbiri bulunan hastalar takip edilmiştir.

10 hasta (%12.3) herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almazken, 71 hasta travma sonrası stres bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamıştır. Travma sonrası stres bozukluğu tanısı alanların 7'si erkek, 64'ü kızdır. Tablo 2'de görüldüğü gibi kızlarda TSSB daha sık gözlenmiştir ($\chi^2: 6.78; p < 0.01$). Travma Sonrası Reaksiyon Ölçeği'ni 52 hasta doldurmuş olup, ölçek ortalaması 46.78 ± 17.90 'dır. Hastaların 18'inde (%25.3) ek olarak dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı bulunmaktadır. TSSB hastalarının 18'inde (%25.3) ek olarak majör depresif bozukluk saptanmıştır. 27 hasta (%33.3) herhangi bir ilaç tedavisi almayıp, bilişsel davranışçı terapi ile takip edilmiştir. 54 hastanın 39'u (%72.2) tek başına antidepresan tedavi almakta olup, 15 hasta (%27.8) çoklu psiko-farmakolojik tedavi almaktadır. Takip süresince 4

Tablo 2: Travma sonrası stres bozukluğu tanısı alan hastaların cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	TSSB* var		TSSB yok	
	n	%	n	%
Kız	64	90.1	6	60
Erkek	7	9.9	4	40
Toplam	71		10	

$\chi^2: 6.78; p < 0.01$ *Travma sonrası stres bozukluğu

hasta (%4.9) yataklı servise, 2 hasta (%2.4) gündüz kliniğine yönlendirilmiş; 75 hasta (%92.7) düzenli aralıklarla ayaktan takip ve tedavi edilmiştir.

TARTIŞMA

Yazın incelendiğinde cinsel istismara maruz kalma kızlarda erkeklere göre daha sıktır (10). Benzer şekilde hasta grubumuzda en sık görülen travmatik yaşantı cinsel istismar olup, kızlarda daha sıktır. Travma sonrası stres bozukluğunun kızlarda daha sık görüldüğünü belirten çalışmalar olduğu kadar, cinsiyetler arasında fark olmadığını ileri süren çalışmalar da mevcuttur (11,12). Çalışmamızın sonuçları kızlarda travma sonrası stres bozukluğu tanısının daha sık görüldüğünü desteklemektedir. 10 hastada ise travma yaşantısı sonrası herhangi bir ruhsal bozukluk gelişmediği gözlenmiştir. Bu durum yazında travmaya hasta ve sosyal çevresi tarafından verilen anlam farklılıkları, kişinin ruhsal yapılanması ve baş etme becerileri, serotonerjik, dopaminerjik, opiaterjik sistem farklılıkları ve koşullanmanın olmaması ile açıklanmıştır. Ancak çocuk ve ergenlerin travmalara yetişkinlerden farklı tepkiler verebildikleri bilinmekte olup; travmanın yaşandığı dönemde tanı konacak düzeyde ruhsal belirtilerin ya da bozuklukların gözlenmemesinin ruhsal olarak etkilenmedikleri anlamına gelmeyeceği de vurgulanmıştır (13,14). 2012'de yayınlanan bir çalışmada cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerin ruhsal değerlendirmeleri yapılmış; çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde en sık TSSB tanısının konulduğu, herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almayan çocuk ve ergenlerin de olduğu gözlenmiştir (15). Çalışmamızda 71 hasta TSSB tanı ölçütlerini karşılamış, Travma Sonrası Reaksiyon Ölçeği'ni dolduran 52 hastanın da ölçek ortalaması 46.78 ± 17.90 olarak saptanmıştır. Ölçek ortalamasının ciddi düzeyde hastalığı ifade ettiği görülmüştür. 2003 yılında meydana gelen depremden 11 ay sonra bölgede yaşayan çocuklara Bulut tarafından çalışmamızda kullanılan ölçek doldurtulmuş, %53'ünün ciddi düzeyde hastalığı ifade eden ölçek puanlarını aldığı belirtilmiştir (16). Ölçeği Türkçe'ye uyarlayan Erden, Kılıç, Uslu ve Kerimoğlu da "ciddi" ve "çok ciddi" hastalık düzeyinde puan alanların DSM'ye göre tanı konulan TSSB hastalarının %80'ini oluşturduğunu, ölçek puanları ile TSSB tanısının örtüştüğünü

belirtmişlerdir (9).

Ebeveyn kaybı, parçalanmış ailede yaşamak, sosyal destek azlığı gibi etmenler de travmatik yaşantılara zemin hazırlayabilmekte; hastaların baş etme becerilerinin ve dayanıklılıklarının olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (17). Çalışmamızda 16 hasta (%19.7) sosyal hizmetlerde kalmakta olup, sosyal destek azlığının iki yönlü olarak hem travmatik strese yatkınlık oluşturabileceği hem de iyileşmeyi etkileyebileceği düşünülmüştür. Aksu ve arkadaşlarının 2013'te yayınlanan çalışmalarında cinsel istismara uğrayan çocuklar değerlendirilmiş, %26.3'ünün sosyal hizmetlerde kaldığı belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada ebeveyn kaybı olan ya da parçalanmış ailede yaşayan çocukların temel güven duygularının sarsıldığı, şefkat ve ilgi arayışının istismar için risk oluşturduğu, bozulan aile bütünlüğünün çocukların kontrolünü ve korunmasını güçleştirdiği dile getirilmiştir (18).

Çocuk koruma birimleri kurulmadan önce cinsel istismara maruz kalan hastalara multidisipliner bir yaklaşımın sağlanamadığı ve hastaların adli değerlendirmesinin acil poliklinik ya da genel poliklinik gibi yoğun yerlerde ve uygun olmayan koşullarda yapıldığı bildirilmiştir. Randevu alma zorluklarının, değerlendirme süresinin uzamasının hastanın ikincil örselenmesine katkıda bulunabileceğine de dikkat çekilmektedir (19). Son yıllarda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik artmış bir farkındalığın olması, çocuk koruma birimlerinin yaygınlaşması ve bu konudaki mesleki eğitimlerin artırılması önemli olup, adli değerlendirme ve raporlama sonrası tedavi ve takibe yönelik özelleşmiş bir polikliniğe de ihtiyacın olduğu düşünülmektedir. Bu alanda hizmet verecek özelleşmiş bir polikliniğin uzun süreli takip ve tedavi gerektiren TSSB tanılı hastalar için önemli olduğu açıktır.

Çocuk ve ergenlerin istismar ve ihmal dışında ruhsal travmaya neden olabilecek pek çok yaşantıya maruz kalabildiği belirtilmektedir (4). Çalışmamızın sonuçlarına göre cinsel istismara maruz kalan hastalar dışında travmatik bir şekilde annesinin ölümüne şahit olan, çeşitli kazalarda uzuv kaybı yaşayan ya da trafik kazası geçiren

çocuk ve ergenlerin travma polikliniğinde takip edildiği görülmüştür. Özelleşmiş travma polikliniğinde her hastaya bireyselleştirilmiş bir tedavi yaklaşımı uygulanmaya çalışılmış, hastaların travma öncesi işlevselliklerine dönebilmesi amaçlanmış ve işe yarar baş etme becerileri geliştirmeleri için çalışılmıştır. 2014 yılında yayınlanan bir çalışmada TSSB tanılı 42 ergenin 2 ve 5 yıllık takipleri sonrasında uzun süreli gözlenen belirtiler ve travmatik büyüme değerlendirilmiştir. Hastalara özelleşmiş bir poliklinikten verilen psikoterapötik desteğin belirtilerin azalmasında en fazla etkiye sahip olduğu ve bu tür bir takibin travma sonrası görülen olgunlaşmaya etki ettiği bildirilmiştir (20).

Çalışmamızdaki TSSB tanılı hastaların bazıları adli bir süreç sonrası ya da devam eden bir adli süreçte polikliniğimize yönlendirilmiştir. Adli süreç tamamlandıktan sonra hastanın ev ve okul şartlarının düzenlenmesinin de ayrı bir ruhsal zorluk oluşturabildiği bilinmektedir. TSSB'nin gidişinin sıklıkla anne-babanın travmaya yanıtından etkilendiği de göz önünde bulundurulmuştur. Bu nedenle polikliniğimizde ayrıntılı aile görüşmeleri yapılmış, ailelerin davranışları ve hasta ebeveyn ilişkileri ele alınmıştır, psikoeğitim verilmiştir, gerekli olgularda sosyal incelemeler istenmiştir, aile üyelerinden travma nedeniyle etkilenimi olanlar erişkin psikiyatri bölümüne yönlendirilmiştir. Hastaların hayatlarında aileleri dışında önemli bir yer tutan eğitim ve okul durumları takip edilmiş, gerekli olgularda öğretmenlerle telefon görüşmeleri yapılmış, okula devamları hakkında bilgi alınmıştır. Eğitim ve danışmanlık tedbiri istenilen hastalar olmuştur. Sosyal hizmetlerde kalan hastalar için kurum görevlileriyle görüşülmüş, sosyal aktiviteler, gün içi yapılandırılmalar konusunda bilgi verilmiştir. Benzer şekilde devam eden adli sürecin de hastaların klinik gidişlerini etkileyebileceği düşünülmüştür. Bu süreçte polikliniğimizden takipli olan hastaların zorlukları, belirti değişimleri ele alınmıştır. Hastaların ve ailelerin herhangi bir kriz anında polikliniğe ulaşmasının daha kolay olabildiği, çalışılan tüm bilişsel ve davranışçı yöntemlerin takibinin daha sık yapılabildiği gözlenmiştir. Uygulamaya çalıştığımız travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin tek tek ele alındığı yapılandırılmış bir bilişsel davranışçı terapi sürecinin çocuk ve ergen hastalarda etkili

olduğuna dair pek çok çalışmanın olduğu da gözlenmiştir (21,22).

Örneklem sayısının az olması, kontrol grubunun olmaması, değerlendirme sürecinde kullanılan ölçeklerin az sayıdaki hasta/bakımveren tarafından doldurulması nedeni ile verilerin istatistiksel analizlerinin yapılamamış olması bu çalışmanın kısıtlılıklarındandır.

Sonuç olarak çocuk ve ergen travma hastaları ile bakımverenlerine hizmet veren özelleşmiş bir polikliniğin verileri değerlendirilmiştir. Travmatik yaşantıları olan çocuk ve ergenlerin psikiyatrik takip ve tedaviye devam etmesi önemli olup, travma polikliniği gibi özelleşmiş polikliniklerin bu ihtiyacı giderebileceği düşünülmektedir. Görülme sıklığı gün geçtikçe artan bu bozukluğa yönelik takip ve tedavi politikalarının oluşturulmasının, kısa ve uzun dönemli etkilerinin takip edilmesinin önemli olduğu düşünülmüştür.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr., Hatice Ünver, Marmara Üniversitesi
Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye
drhaticeunver@gmail.com.

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, Köroğlu E(Çeviri Ed.), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2013.
2. Javidi H, Yaadollahie M. Posttraumatic stress disorder. *Int J Occup Environ Med* 2012; 3:2-9.
3. İşeri E. Cinsel İstismar. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde. Çuhadaroğlu Çetin F (Ed.), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2008: 470-478.
4. Karakaya I. Travma sonrası stres bozukluğu. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde. Çuhadaroğlu Çetin F (Ed.), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2008; 351-359.
5. Tanır Y, Günay Kılıç B. Travma sonrası stres bozukluğunda farmakolojik tedavi yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri* 2016; 2:59-63.
6. Stein DJ, Bandelow B, Hollander E, Nutt D J, Okasha A, Pollack MH, Swinson RP, Zohar J. WCA Recommendations for the long-term treatment of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectrums* 2003; 8:31-39.
7. Çeri V, Beşer C, Perdahlı Fiş N, Arman A. Findings From A Specialized Child Psychiatry Unit For Care of Refugee Children in Istanbul. *J Clin Psy* 2018; 21:113-121.
8. Pynoos RS, Frederick C, Nader K, Arroyo W. Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Arc Gen Psychiatry* 1987; 44:1057-1063. doi:10.1001/archpsyc.1987.01800240031005.
9. Erden G, Kılıç EZ, Uslu İR, Kerimoğlu E. The validity and reliability study of Turkish version of child posttraumatic reaction index. *Türk J Child Adolesc Ment Health* 1999; 6:143-149.
10. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1994;18:409-417. doi.org/10.1016/0145-2134(94)90026-4.
11. Köse S, Aslan Z, Başgül ŞS, Şahin S, Yılmaz Ş, Çıtak S, Tezcan E. Bir eğitim ve araştırma hastanesi çocuk psikiyatrisi polikliniğine yönlendirilen adli olgular. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011; 12:221-225.
12. Cohen JA, Debringer E, Mannorino AP, Steer RA. A multi-site, randomise controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psy* 2004; 43:393-402. doi.org/10.1097/00004583-200404000-00005.
13. Ünver H, Şişmanlar ŞG, Karakaya I. Çocuk ve ergenlerde travmatik stresi etkileyen faktörler: bir olgu serisi. *Yeni sempozium* 2016;54: 30-32. doi: 105455/NYS.201607021.
14. Sack WH, Clarke GN, Seeley J. Posttraumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees. *J Am Acad Psychiatry* 1995; 34:1160-1166. doi.org/10.1097/00004583-199509000-00013.
15. Ayaz M, Ayaz AB, Soylu N. Çocuk ve ergen adli olgularda ruhsal değerlendirme. *Klinik Psikiyatri* 2012; 15:33-40.
16. Bulut S. Depremden sonra çocuklarda görülen travma sonrası stres tepkilerinin yaş ve cinsiyetler açısından değerlendirilmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2009;4:43-51.
17. Burton D, Foy D, Bwanausi C, Johnson J, Moore L. The relationship between traumatic exposure, family disfunction, and posttraumatic stress symptoms in male juvenile offenders. *J Trauma Stress*. 1994; 7:83-93. doi.org/10.1002/jts.2490070109.
18. Aksu H, Karakoç Demirkaya S, Gürbüz Özgür B, Gün B. Aydın ilinde bir yıldaki çocuk ve ergen adli olguların değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2013; 14:369-377.
19. Beyazove U, Şahin F. Çocuk istismarı ve ihmaline yaklaşımda hastane çocuk koruma birimleri. *Türk Ped Arş* 2007; 42: 16-18.
20. Vloet A, Simons M, Vloet TD, Sander M, Herpertz-Dahlmann B, Konrad K. Long-term symptoms and posttraumatic growth in traumatised adolescents: findings from a specialised outpatient clinic. *J Trauma Stress*. 2014; 27:622-625. doi: 10.1002/jts.21955.
21. Cohen JA, Berliner L, Mannorino AP. Trauma-focused CBT for children with trauma and behavior problems. *Child Abuse Negl* 2010; 34: 215-224. doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.12.003.
22. Morgan Mullane A. Trauma focused cognitive behavioral therapy with children of incarcerated parents. *Clin Soc Work J* 2018; 46: 200-209.

Öz Tiksınme Ölçeği - Revize Formu: Türkçe uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması

Self-Disgust Scale-Revised: Turkish adaptation, validity and reliability

Başak Bahtiyar¹, Asiye Yıldırım²

¹Dr.Öğr. Üyesi, Maltepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-0012-4404>

²Dr.Öğr. Üyesi, Maltepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-6852-2444>

ÖZET

Amaç: Öz tiksınme, bireyin kendine ait fiziksel ya da davranışsal bir özelliğine veya genel olarak bütün benliğine yönelik tiksinti duyması olarak tanımlanmaktadır. Güncel çalışmalarda, başta depresyon olmak üzere birçok duygusal ve davranışsal probleme açıklık getirme potansiyeli vurgulanmaktadır. Bu çalışmada ise benliğe yönelik tiksınmeyi öz bildirim dayalı olarak değerlendirmeye olanak sağlayan Öz Tiksınme Ölçeği-Revize Formu'nun Türkçe'ye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Araştırma, yaşları 18 ile 29 arasında değişen 310'u kadın, 72'si erkek toplam 382 gönüllü lisans öğrencisiyle yürütülmüştür. Çalışmada öz tiksınme ölçümünün yanı sıra, Beck Depresyon Ölçeği, Pozitif Negatif Duygu Ölçeği, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Tiksınme Ölçeği-Revize Edilmiş Formu uygulanmıştır. **Bulgular:** Açıklayıcı Faktör Analizi sonucunda, ölçeğin orijinaliyle tutarlı olarak, öz tiksınmeye ilişkin davranış odaklı ve fiziksel görünüm odaklı iki alt boyut elde edilmiştir. Güvenirlik analizi sonuçları da hem ölçeğin genelinin hem de alt boyutlarının yüksek iç tutarlığa ve tekrar test güvenirliğine sahip olduğunu göstermiştir. Ölçeğin, ilgili diğer ölçeklerle beklenen yönde anlamlı ilişkiler göstermesi de geçerlik özelliklerini desteklemiştir. Bununla birlikte, öz tiksınmenin genel tiksınme hassasiyetinden bağımsız olduğu da bulgular arasında yer almıştır. **Sonuç:** Özetle, çalışma sonuçları Öz Tiksınme Ölçeği-Revize Formu'nun Türkçe uyarlamasının geçerli ve güvenirli özellikleri uygun bir ölçüm aracı olduğunu ortaya koymuştur.

Anahtar Sözcükler: Öz Tiksınme Ölçeği-Revize Formu, Geçerlik, Güvenirlik, Depresyon, Psikolojik İyi Olma

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:304-315)

DOI: 10.5505/kpd.2019.72692

SUMMARY

Objective: Self-disgust is experienced toward one's own behavioral, physical appearance or personality. Recent studies have emphasized the role of self-directed disgust in the development of several emotional and behavioral problems, especially depression. Self-disgust is also considered an important concept having potential to highlight not only many clinical but also social mechanisms. Therefore, the aim of the current study was to translate Self-Disgust Scale Revised that is a self-report tool assessing the level of self-directed disgust, into Turkish and to examine its psychometric properties. **Method:** The study was carried out with 382 volunteer undergraduate students (310 females and 72 males) between the ages 18 and 29. In addition to Self-Disgust Scale Revised, Beck Depression Inventory, Positive and Negative Affect Scale, Psychological Well-Being Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale and Disgust Scale (Revised) were administered during data collection. **Results:** The result of the explanatory factor analysis supported the original factor structure indicating that the general self-disgust consisted two dimensions, named as, behavioral and physical appearance based disgust. The reliability analyses also revealed that total scale and the subscales of behavioral and appearance self-disgust had high internal consistency and test-retest reliability. Additionally, the divergent and convergent validity of the scale were confirmed with the correlation between the scale and the other variables in the study. The results also indicated that self-disgust differed from general disgust sensitivity. **Discussion:** The overall findings of the study revealed that, Turkish version of the Self-Disgust Scale-Revised was an instrument to assess self-directed disgust with satisfactory reliability and validity values.

Key Words: Self-Disgust Scale, Validity, Reliability, Depression, Psychological Well-Being

GİRİŞ

Tiksinme, evrensel olarak kendine özgü ifade biçimi, fizyolojik aktivasyon sistemi ve belirli öncüllerle tetiklenen karakterize tepkileri içeren temel bir duygudur (1,2). Tiksinme ilk olarak zararlı bir nesnenin ağız yoluyla teması ile ortaya çıkan besin odaklı bir duygu olarak tanımlanmış (3); daha sonra bulaşıcı veya kirli nesnelere vücuda teması (4) ya da toplumsal olarak kabul görmeyen durum ve davranışlara yönelik (5) bireyi koruma amaçlı harekete geçiren bir duygu olarak tanımlanmıştır (6). Bununla birlikte, diğer duygular gibi tiksinme duygusunun duygusal ve davranışsal problemlerle ilişkisi güncel çalışmalarda, gecikmeli de olsa hız kazanmıştır (7,8). İlgili çalışmalarda, tiksinmenin birçok sosyal ve psikolojik yapıyı açıklamak için gelecek vaat eden önemli bir duygu olduğuna ve bu duyguya ilişkin görgül çalışmaların ihtiyacına vurgu yapılmaktadır (9).

Olası zararı önleme amacıyla kaçınma tepkisini tetikleyen tiksinme duygusundaki aşırı hassasiyet, kaygı bozukluklarında önemli bir konu olarak öne çıkmıştır (10,11,12). Bu konuda tiksinmenin, başta örümcek olmak üzere çeşitli hayvan fobileri (örn., 13,14,15,16) ya da kan ve iğne fobisi (örn., 17,18) ile ilişkisi detaylı olarak ele alınmıştır. Daha sonraki araştırmalar, tiksinmenin kaygı ile ilişkisinin kapsamını genişleterek, obsesif kompulsif bozukluk (örn., 19,20) ve travma sonrası stres bozukluğu (örn., 21,22) belirtilerinin çeşidi ve şiddetindeki rolünü de ortaya koymuştur.

Günümüzde tiksinme duygusunun daha karmaşık şekilde ve farklı odaklarda deneyimlenmesinden yola çıkılarak, çok daha çeşitli psikolojik bozukluklarla ilişkisine ve bu ilişkilerdeki açıklayıcı mekanizmalara odaklanılmaktadır. Örneğin, yeme bozukluklarında genel bir tiksinme hassasiyetinden ziyade, beden ve yemek odaklı tiksinti seviyesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (23,24). Benzer şekilde, zarar görme, kirlenme ya da bulaşma motivasyonundan farklı olarak, bireylerin kendi bedenlerinde kusurlu olarak algıladıkları bölgeye yönelik tiksinti duymalarının beden dismorfik bozuklukta önemli rol oynayabileceği de belirtilmektedir (25,26). Öte yandan, tiksinti ile depresyon arasında

da ilişki öne sürülmüş (7); fakat çalışma sonuçları bu ilişkiye dair tutarlı bulgulara ulaşamamıştır (ör., 27,28). Bu tutarsızlık, genel bir tiksinme hassasiyetinden uzaklaşıp, farklı bir tiksinme odağı arayışına yönelmeye, böylece öz tiksinme kavramının oluşmasına öncü olmuştur (29).

Öz tiksinme, bireyin bir dış uyaran yerine, kendine (örn., fiziksel görünümüne, davranışlarına ve/veya kişilik özelliklerine) yönelik tiksinme tepkilerine işaret etmektedir (30). Öz tiksinmenin de temel tiksinme gibi işlevsel bir yönü olduğu (kişinin kendi kirli bedeninden tiksinerken temizlenme davranışı göstermesi sonucunda, mikrop kaparak zarar görmekten korunması gibi) göz ardı edilmemiştir (31). Bununla birlikte, benliğe yönelik genellenmiş ve sürekli haliyle bir kişilik özelliği olarak deneyimlendiğinde oldukça işlevsiz bir duygu olduğu belirtilmektedir (32). Bu yıkıcı örüntünün özellikle depresyonla ilişkisini vurgulayan Overton ve arkadaşları (30), işlevsiz öz tiksinme düzeyini değerlendirmek amacıyla Öz Tiksinme Ölçeği'ni (Self-Disgust Scale) geliştirmişlerdir. 7'li Likert tipinde derecelendirilen 18 maddeden oluşan ölçek, benliğe yönelik genel tiksinme düzeyinin yanı sıra, dış görünüm odaklı ve davranış odaklı öz tiksinme alt boyutlarını da değerlendirmektedir. Powell, Overton ve Simpson (33) ölçeği, görünüş geçerliliğini iyileştirmek ve öz tiksinmeyi ilişkili, fakat temelde ayrı kavramlardan (örn., öz eleştiri) ayırmak amacıyla revize etmişlerdir. Ölçeğin revize formu da (Self-Disgust Scale-Revised) genel öz tiksinme düzeyinin yanı sıra, fiziksel öz tiksinme ve davranışsal öz tiksinme boyutlarını değerlendiren 7'li Likert tipinde toplam 22 sorudan oluşmaktadır (33).

İlgili çalışmalar, öz tiksinmenin kısa ve uzun dönemde depresif belirtiler üzerindeki yordayıcı etkisini ortaya koymuştur (30,32). Ayrıca öz tiksinmenin, işlevsiz bilişlerle depresyon arasındaki ilişkiyi de açıklayabileceği belirtilmektedir (30,34). Bununla tutarlı olarak, depresyon için bir yatkınlık faktörü olan öz eleştirel düşünce biçiminin, bireyin kendine yönelttiği tiksinme duygusu ile yakın ilişkili olduğu da öne sürülmüştür (35). Öz tiksinmenin diğer psikolojik problemlerle de ilişkisi günümüzde oldukça önem kazanmaktadır. Örneğin, öz tiksinmenin, travma sonrası stres bozukluğu ile intihar riski arasındaki ilişkide, depresyondan öte aracı bir

rolünün olduğu ortaya konmuştur (36). Ayrıca, kendine zarar verme eğilimi olan bireylerde öne çıkan özelliklerden birinin de kendine yönelik tiksinti duygusu olduğu belirtilmiştir (37). Bununla birlikte, Ille ve arkadaşlarının (38) psikiyatrik hastalarla yürüttüğü çalışmada, sınır durum kişilik bozukluğu ve yeme bozukluğunda öz tiksinsenmenin tüm boyutlarında yükselme varken; psikoz ve saldırganlıkta benliğe yönelik tikslenme, kaygı ile ilişkili bozukluklarda ise davranışlara yönelik tikslenme daha belirgin bulunmuştur.

Özetle, öz tikslenme, genel tikslenme hassasiyetinden farklı olarak birçok kavrama açıklık getirme kapasitesi taşıyan güncel bir kavram biçiminde çalışmalarda öne çıkmaktadır. Öz tiksinsenmenin duygusal ve davranışsal problemlerle ilişkisine ve bu kavramın çok boyutluluğuna yönelik bilgi ihtiyacı devam etmektedir. Ülkemizde ise, bu kavramın henüz ulusal alanyazına girmediği dikkati çekmiştir. Bu nedenle, mevcut çalışmada öz tiksinsenmedeki bireysel farklılıkların, çok boyutlu olarak değerlendirilmesine olanak sağlayan Öz Tikslenme Ölçeği-Revize Formu'nun (Self-Disgust Scale Revised, 33) Türkçe uyarlamasının yapılması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

Bu çalışmanın örneklemini Maltepe Üniversitesi'nde lisans eğitimine devam eden gönüllü 382 katılımcıdan oluşmaktadır. Yaşları 18-29 arasında değişen (Ort.=20.81, S=1.60) katılımcıların 310'u kadın (%81.2), 72'i ise erkektir (%18.8).

Veri Toplama Araçları

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PIOÖ) Diener ve arkadaşları tarafından (39), kişinin kendisine ve yaşamına yönelik memnuniyetini değerlendirmek amacıyla geliştirilen bir ölçektir. Ölçekte, 1 (Kesinlikle katılmıyorum) ile 7 (Kesinlikle katılıyorum) arasında derecelendirilen toplam 8 soru bulunmaktadır. Tek boyut içeren ölçekten alınan yüksek puanlar öz yeterlilik, iyimserlik ya da

olumlu yakın ilişkiler gibi psikolojik kaynakların fazlalığına işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının da aynı soru sayısı ve faktör yapısına sahip olduğu ortaya konmuştur (40). Orijinal ölçek için iç tutarlık değerinin .87 (39), Türkçe formu için .80 olduğu belirtilmiştir (40). Bu çalışmada ise ölçeğin iç tutarlık katsayısı .85 olarak hesaplanmıştır.

Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (PNDÖ) 10 pozitif ve 10 negatif olmak üzere toplam 20 duyguyu içeren ölçekte, her duygu 1 (Çok az veya hiç) ile 5 (Çok fazla) arasında değerlendirilmektedir (41). Orijinal ölçekte iç tutarlık değeri, pozitif duygu için .88, negatif duygu için .85 olarak belirtilmiştir (41). Ölçeğin Türkçe uyarlamasında iç tutarlık değerinin negatif duygu için .86, pozitif duygu için .83 olduğu bildirilmiştir (42). Bu çalışmada ise iç tutarlık değeri ölçeğin pozitif duygu alt boyutu için .81, negatif duygu alt boyutu için ise .79 olarak elde edilmiştir.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) Rosenberg (43) tarafından geliştirilen ölçek, benliğe yönelik değerlendirmeleri içeren 4'lü Likert tipinde derecelendirilen 10 maddeden oluşmaktadır. Tek boyutlu bir yapıda olan ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek benlik değerine işaret etmektedir (44). Ölçeğin orijinalinin iç tutarlık değeri .85, Çuhadaroğlu (45) tarafından yapılan Türkçe uyarlaması iç tutarlık değeri .82 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlık katsayısı .86 olarak hesaplanmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Ölçek depresyonla ilişkili bilişsel, duygusal ve bedensel belirtileri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (46). 4'lü Likert tipinde değerlendirilen toplam 21 maddeden oluşan ölçeğin Türkçe uyarlaması Hisli (47) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, ölçeğin iç tutarlık katsayısı .85 olarak belirlenmiştir.

Tikslenme Ölçeği-Revize Edilmiş Formu (TÖ-R) Tikslenme tepkilerindeki bireysel farklılıkları değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçek (48), farklı çalışmalarda revize edilerek günümüzde kullanılan nihai halini almıştır (49). 5'li Likert tipinde değerlendirilen 27 sorudan oluşan ölçek, temel tikslenme, ölüm/parçalanma ve bulaşma/kir-

lenme ile ilgili tikslenme olmak üzere üç alt boyut içermektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında, toplam ölçek için iç tutarlık değeri .87; test tekrar test güvenilirliği .88 olarak belirtilmiştir (50). Bu çalışmada, toplam ölçek için elde edilen iç tutarlık katsayısı .85 iken, bu değer temel tikslenme alt boyutu için .74, ölüm/parçalanma için .72 ve bulaşma/kirlenme için .55 olarak elde edilmiştir.

Öz Tikslenme Ölçeği-Revize Formu (ÖTÖ-R). Bireyin davranış ve görünüm gibi belirli özelliklerine ya da genel olarak benliğine yönelik tikslenme derecesini değerlendirme amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (30). Öz Tikslenme Ölçeği (Self-Disgust Scale) 18 maddeden oluşmaktadır ve bu maddelerden 6'sı dolgu maddesi, 9'u ise ters kodlanan maddelerdir. Ölçeğin iç tutarlık değeri .91 ve test-tekrar güvenilirliği .94 olarak belirlenmiştir (30). Ölçek, Powell ve arkadaşları (33) tarafından revize edilerek (Self-Disgust Scale-Revised) 5 madde değiştirilmiş ve 1'i dolgu maddesi olmak üzere toplam 4 madde daha eklenmiştir. Revize form davranışlara yönelik tikslenme ve fiziksel görünüme yönelik tikslenme olarak adlandırılan iki alt boyuttan ve 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin orijinal ve revize formundaki maddeler 7'li Likert tipinde değerlendirilmekte ve dolgu maddeleri puanlamaya dahil edilmemektedir. Ölçekten alınan toplam puanın artması, artan öz tikslenmeye işaret etmektedir.

Bu çalışma kapsamında ilk olarak ölçek maddeleri araştırmacılar tarafından bağımsız olarak Türkçe'ye çevrilmiştir. Sonrasında, psikoloji alanında uzman iki yargıcı ve İngiliz Dil Bilimi alanında uzman bir yargıcı tarafından çevirilerin uygunluğu değerlendirilerek, her madde için anlamı en iyi karşılayan çeviriler belirlenmiştir. Geribildirimler doğrultusunda ifadelerde gerekli değişiklikler yapılmış ve bu form psikoloji alanında uzman başka bir yargıcı tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Bu çevirilerin orijinal maddelerle karşılaştırılması sonucunda ölçeğin Türkçe formunun son hali elde edilmiştir. Ölçekte yer alan ifadeler Ek 1'de sunulmuştur.

İşlem

Çalışma için öncelikli olarak Maltepe Üniversitesi

Etik Kurulu'ndan; daha sonra Öz Tikslenme Ölçeği-Revize Formu yazarlarından gerekli onaylar alınmıştır. Sonrasında, ölçeğin uzmanlar tarafından çeviri süreci tamamlanmış ve araştırmada yer alan diğer ölçme araçları ile birlikte katılımcılara sunulmuştur. Çalışmanın amacı ve süreç hakkında bilgilendirilen gönüllü katılımcıların, bir ölçek setini doldurmaları yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Test-tekrar test için ilk ölçümün tamamlanmasından 3-4 hafta sonra, ilk örneklemede yer alan daha küçük bir gruba ÖTÖ-R'nin ikinci ölçümü uygulanmıştır. Elde edilen verilerin analizi için IBM SPSS Statistics 20 programı kullanılmıştır.

BULGULAR

Geçerlik Bulguları

Yapı Geçerliği. Öz Tikslenme Ölçeği-Revize Formu'nun faktör yapısı açıklayıcı faktör analizi kullanılarak incelenmiştir. Analizler, ölçekte yer alan 7 dolgu maddesi dışarıda tutularak, toplam 15 madde üzerinden gerçekleştirilmiştir. Öncelikle, verilerin faktör analizine uygun olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser Meyer Olkin (KMO) ile Bartlett testleri yapılmıştır. KMO değeri .85 olarak elde edilmiştir. Bu değer .60'ın üzerinde olması (51) ve Bartlett testinin anlamlı çıkması (1489.695, $p < .001$) verilere faktör analizi uygulanabileceğini göstermektedir. Varimax eksen döndürme tekniği kullanılarak maddelere uygulanan temel bileşenler analizine göre, özdeğeri 1'den büyük olan ve yamaç grafiği eğrisinin (Scree plot) de desteklediği iki faktör bulunmuştur. Orijinal ölçekle tutarlı olan bu iki faktörlü yapı, toplam varyansın %42.48'ini açıklamıştır.

Faktörler incelendiğinde, Davranış Odaklı Öz Tikslenme olarak değerlendirilen birinci faktörün varyansın %32.88'ini açıkladığı ve 8 maddeden (3,5,7,9,11,13,17 ve 21) oluştuğu gözlenmiştir. Bu boyut altında yer alan maddelerin çoğunluğunun davranışsal öz tikslenmeye karşılık gelen ifadelerden oluştuğu ve orijinal faktör ile benzerlik gösterdiği gözlenmiştir. Bununla birlikte, 5. madde (Kendim olmaya katlanamam) ve 7. maddenin (Pek çok yönden tiksindirici biriyim) her iki faktörde .30'un üstünde yüke sahip olduğu, ancak orijinalinden

farklı olarak davranışsal öz tikslenme boyutundaki yükünün daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu maddelerin faktör yükleri ve içerikleri göz önünde bulundurularak bu alt boyutta kalmasına karar verilmiştir.

Ölçekte yer alan ve Fiziksel Görünüm Odaklı Öz Tikslenme olarak adlandırılan ikinci faktör ise varyansın %9.60'ını açıklamakta ve 6 maddeden (1,2,8,14,18 ve 20) oluşmaktadır. Bu faktörü oluşturan maddeler orijinal çalışmadan elde edilen yapı ile örtüşmektedir. Bununla birlikte, orijinal ölçekte yer alan " I do not want to be seen" (Görünmez olmak isterim) içerikli maddenin .30'un altında faktör yüküne sahip olması ve görünüş geçerliğinin düşük olması nedeniyle, bu madde Türkçe formdan çıkarılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, .30'un üstünde yüke sahip olan 14 maddenin faktörlere dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Birleşen ve Ayırt Edici Geçerlik. Öz Tikslenme Ölçeği-Revize Formu'nun birleşen (convergent) geçerliğini değerlendirmek amacıyla, tikslenme duyarlılığı (TÖ-R), depresyon (BDÖ) ve olumsuz duygu (PNDÖ-negatif duygu) ölçümlerinden elde edilen puanlar ile arasındaki korelasyonlar incelenmiştir. Değişkenler arası korelasyon katsayıları Tablo 2'de sunulmuştur. Elde edilen bul-

gulara göre, öz tikslenmenin hem depresyon ($r = .49$, $p < .001$) hem de negatif duygu ile ($r = .34$, $p < .001$) beklenen yönde ve anlamlı korelasyonlara sahip olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, öz tikslenme düzeyi ile tikslenme duyarlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Ölçeğin ayırt edici (discriminant) geçerliğini değerlendirmek amacıyla ilk olarak, ölçekten elde edilen puanlar ile psikolojik iyi olma hali (PİÖÖ), benlik değeri (RBSÖ) ve pozitif duygu (PNDÖ-pozitif duygu) ölçümlerinden elde edilen puanlar arasındaki korelasyonlar incelenmiştir (Tablo 2). Beklendiği biçimde, öz tikslenmenin psikolojik iyi olma hali ($r = -.55$, $p < .001$), benlik değeri ($r = -.61$, $p < .001$) ve olumlu duygu ($r = -.35$, $p < .001$) değişkenleriyle ters yönde ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu gözlenmiştir. Ayırt edici geçerliği değerlendirmek için izlenen bir diğer yol ise, depresyon ölçümünden yüksek ve düşük puan alan katılımcıların, öz tikslenme ölçümünden aldıkları puanların uç grup analizi yoluyla karşılaştırılmasına dayanmaktadır. Buna göre, depresyon puan ortalamasından (12.54) bir standart sapma (8.25) düşük puan alanlar "depresyon düzeyi düşük" (4.29), bir standart sapma yüksek puan alanlar ise (20.79) depresyon düzeyi yüksek olarak sınıflandırılmıştır. Bağımsız gruplar için t-testi analizi sonucunda, gruplar arası farkın anlamlı

Tablo 1. Öz Tikslenme Ölçeği - Revize Formu'nun faktör yapısı

Maddeler	Faktörler	
	1	2
21. Davranışlarım insanları benden uzaklaştıracak kadar iticidir.	.72	
3. Kendi davranışlarımdan bıktım.	.71	
13. Çoğu zaman bende tiksinti uyandıran şeyler yaparım.	.63	
5. Kendim olmaya katlanamam.	.62	.38
9. İnsanlar benden uzak durur.	.59	
7. Pek çok yönden tiksindirici biriyim.	.57	.32
11. Davranışlarımdan hoşnutum.	.53	
17. Davranışlarım diğer insanlarınki kadar düzgündür.	.39	
18. Kendi görüntüme bakmak beni rahatsız eder.		.77
14. Kendi görüntüme bakmaktan kaçınırım.	.31	.75
20. Görüntüümü mide bulandırıcı bulurum.		.63
8. Kendimi çekici bulurum.		.57
1. Kendimi itici bulurum.	.32	.50
2. Kendimle gurur duyarım.		.35
Özdeğer	4.603	1.344
Açıklanan Toplam Varyans (%)	42.48	

Not: Faktör 1: Davranış Odaklı Öz Tikslenme; Faktör 2: Fiziksel Görünüm Odaklı Öz Tikslenme

Tablo 2. Değişkenler arası korelasyonlar

	1	2	3	4	5	6	Ort.	S
1. Öz tikslenme	1						28.54	10.58
2. Depresyon	.49**	1					12.54	8.25
3. Tikslenme duyarlılığı	-.04	-.11*	1				64.01	15.65
4. Olumlu duygu	-.35**	-.35**	-.11*	1			30.97	6.99
5. Olumsuz duygu	.34**	.50**	.02	-.19**	1		21.24	6.50
6. Psikolojik iyi olma	-.55**	-.42**	.06	.36**	-.27**	1	43.88	7.78
7. Benlik değeri	-.61**	-.54**	-.02	.40**	-.35**	.54**	31.79	5.06

Not: * p < .05, ** p < .001

olduğu ($t[88.50]=-8.26$, $p<.001$) ve depresyon düzeyi yüksek bireylerin (Ort.=39.01), düşük bireylere kıyasla (Ort.=22.79), öz tikslenme puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Yordayıcı Geçerlik. Öz tikslenme ve depresyon bağlantısını ele alan araştırmalar, öz tikslenmenin hem kısa hem de uzun vadede depresif belirtiler üzerinde yordayıcı etkisine işaret etmektedir (30,32). Bu bağlamda, ölçeğin Türkçe formunun yordayıcı geçerliğini değerlendirmek amacıyla, hiyerarşik regresyon analizi kullanılarak, öz tikslenmenin depresyonu yordayıp yordamadığı incelenmiştir. Tablo 2'de görüldüğü gibi depresyon, hem olumlu ($r = -.35$, $p<.001$) hem de olumsuz duygu ($r = .50$, $p<.001$) ile anlamlı ilişkilere sahip olduğu; bu değişkenler ilk basamakta kontrol değişkenleri olarak analize sokulmuş, öz tikslenme ise ikinci basamakta analize dâhil edilmiştir (Tablo 3). Elde edilen bulgular hem olumlu duygunun ($\beta = -.27$, $t[380]=-6.20$, $p<.001$) hem de olumsuz duygunun ($\beta = .45$, $t[379]=10.32$, $p<.001$) depresyon düzeyini anlamlı biçimde yordadığını ve bu modelin depresyondaki varyansın %32'sini açıkladığını göstermektedir. Bu değişkenler kontrol edildikten sonra ise öz tikslenmenin de depresyonu anlamlı olarak yordadığı görülmektedir ($\beta = .30$, $t[378]= 6.70$, $p<.001$). Öz tikslenmenin de

yer aldığı bu model depresyondaki varyansın %39'unu açıklamaktadır. Buna göre, öz tikslenme ölçümünden elde edilen puanların depresyon puanlarını yordamak açısından geçerli olduğu söylenebilir.

Güvenirlilik Bulguları

Ölçeğin güvenirliliğini belirleyebilmek amacıyla iç tutarlık katsayısı hesaplama (Cronbach Alfa) ve test-tekrar test teknikleri kullanılmıştır. İlk olarak, hem ölçekte yer alan tüm maddeler hem de faktör analizi sonucunda elde edilen 2 alt boyut için Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları hesaplanmıştır. Ölçeğin tümü için iç tutarlık katsayısı .83 olarak elde edilmiştir. Bu değer ölçekte yer alan maddelerin öz tikslenmeyi ölçmek açısından iç tutarlığının kabul edilebilir bir düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçeğin davranışsal öz tikslenme alt boyutu için iç tutarlık katsayısı .78 olarak hesaplanırken, fiziksel öz tikslenme alt boyutu için bu değer .71 olarak elde edilmiştir. Ölçeğe ilişkin madde toplam korelasyon katsayıları ile maddelerin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4'te sunulmuştur.

Ölçeğin test-tekrar test güvenirliliğini

Tablo 3. Depresyonu yordayan değişkenler

Yordanan değişken: Depresyon	F	Sd	R ²	β	t	pr
1. Basamak: Kontrol değişkenleri	87.64	1,380	.32			
Olumlu duygu				-.27	-6.20***	-.30
Olumsuz duygu				.45	10.32***	.47
2. Basamak: Yordayıcı değişken						
Öz tikslenme	80.14	1,378	.39	.30	6.70***	.33

Not: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tablo 4. ÖTÖ-R için madde toplam korelasyonu, ortalama, standart sapma ve madde çıktığında Cronbach Alfa değerleri

Maddeler	Madde toplam korelasyonu	Ort.	S	Madde silindiğinde ölçeğin α değeri
M1	.47	2.06	1.42	.814
M2	.36	2.78	1.45	.821
M3	.55	2.12	1.62	.808
M5	.61	1.65	1.28	.804
M7	.52	1.37	1.07	.812
M8	.20	3.24	1.42	.833
M9	.48	1.82	1.35	.813
M11	.43	2.45	1.41	.816
M13	.35	1.97	1.58	.823
M14	.60	1.70	1.31	.805
M17	.32	2.46	1.42	.824
M18	.54	1.99	1.42	.808
M20	.47	1.37	1.09	.815
M21	.58	1.58	1.14	.808

değerlendirmek için, ilk ölçümlerin uygulandığı katılımcılardan 135 kişiye, yaklaşık 3 hafta sonra depresyon ve öz tikslenme ölçümleri tekrar uygulanmıştır. Öz tikslenmeye ilişkin 3 hafta arayla elde edilen puanlar arasındaki korelasyon katsayısı .73 ($p<.001$) olarak elde edilmiştir. Bunun yanı sıra, tekrar ölçüm örnekleminde tüm ölçek için hesaplanan iç tutarlık katsayısı ise .84'tür ($p<.001$). Ayrıca, tekrar ölçüm aşamasında, öz tikslenme ile depresyon arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğu da gözlenmiştir ($r=.51$, $p<.001$).

TARTIŞMA

Bu çalışmada bireylerin davranış ve fiziksel görünüm gibi kişisel özelliklerine yönelik tikslenmeyi değerlendiren Öz Tikslenme Ölçeği-Revize Formu'nun (33) Türkçe uyarlamasının yapılması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla ilk olarak, Türkçe formun faktör yapısı klinik olmayan bir örnekleme incelenmiş; ve genel öz tikslenme düzeyini değerlendiren ölçeğin orijinali ile tutarlı şekilde (30,33), davranış odaklı ve fiziksel görünüm odaklı öz tikslenme olarak iki boyuttan oluştuğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, 5. ile 7. maddenin orijinalinden farklı olarak davranışsal öz tikslenme boyutunda yer aldığı; ayrıca, 1. ile 14. maddenin de her iki faktörde .30'un üstünde yüke sahip olduğu dikkati çekmiştir. Power ve arkadaşları (33) da benzer şekilde, ölçekteki beş maddenin (1,2,5,7,9) her iki alt boyutta da .40'ın üzerinde yüke sahip

olmasına rağmen, bütün ölçekle yüksek korelasyonları göz önünde bulundurarak bu maddeleri elemeliklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmada da ilgili maddelerin faktör yükleri ve madde toplam korelasyonları göz önünde tutularak, bu maddelerin öz tikslenmeyi temsil etme gücünün yüksek olduğuna, bu yüzden ölçekten çıkarılmalarına karar verilmiştir. Daha sonra, ölçeğin ve alt boyutlarının yüksek iç tutarlılığa sahip olduğu ortaya konmuş; ölçeğin güvenirlik bilgileri 3 hafta arayla yapılan tekrar ölçümle de desteklenmiştir. Fiziksel görünüm odaklı öz tikslenme ile davranış odaklı öz tikslenme arasındaki ilişki katsayısı ($r=.54$, $p<.001$), bu iki alt boyutun birbirleriyle ilişkili olduğunu, fakat farklı boyutları değerlendirdiğini gösterirken; hem fiziksel görünüm odaklı öz tikslenmenin (tüm ölçek ile korelasyonu, $r=.91$, $p<.001$) hem de davranış odaklı öz tikslenmenin (tüm ölçek ile korelasyonu $r=.84$, $p<.001$) benliğe yönelik genel tikslenmeyi temsil etme gücünün yüksek olduğu da ortaya konmuştur.

Ölçeğin geçerlik özellikleri incelendiğinde beklendiği gibi, öz tikslenme düzeyindeki artışın, psikolojik iyi olma hali, benlik değeri ve olumlu duygu düzeyindeki azalma; öte yandan depresif belirti ve olumsuz duygu düzeyindeki artış ile anlamlı olarak ilişkili olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte mevcut çalışmada, öz tikslenme ile genel tikslenme hassasiyeti arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Orijinali ile yapılmış çalışmalara bakıldığında ise, genel tikslenme duyarlılığı ile hem ölçeğin ilk versiyonu ($r [109]=.25$, $p<.01$, 30), hem

de revize versiyonu ($r [319] = .30, p < .001, 33$) arasında düşük de olsa anlamlı ilişki bulunmuş; bu anlamlı ilişki ölçeğin eş zamanlı geçerliğini destekler şekilde yorumlanmıştır. Mevcut çalışmada bu ilişkinin anlamlı olmaması, çalışmanın klinik bir özelliğe sahip olmayan örnekleme yürütülmüş olmasının getirdiği bir kısıtlılığa işaret edebilir. Öte yandan başka bir çalışmada ise, kirli bir nesne, hayvan ya da bulaşıcı durum gibi dış odaklı uyaranlara yönelik tikslenme hassasiyeti ile bireyin kendi fiziksel görünüm, davranış ve kişilik özelliğine yönelik tikslenme deneyimi arasında anlamlı ilişki olmadığı; ve bu iki kavramın davranış ve karar verme süreçlerini farklı şekilde etkilediği belirtilmiştir (52). Benzer şekilde, Muris ve arkadaşlarının (27) klinik olmayan bir örnekleme yaptıkları çalışmada da, benliğe yönelik tikslenme tepkileri veren bireylerin, dış odaklı tikslenme tepkileri vermeyebildikleri ortaya konmuştur. Bununla tutarlı olarak, genel tikslenme duyarlılığı başta bulaşma ve kirlenme içerikli obsesif ve kompulsif belirtiler olmak üzere (12), hayvan fobileri (ör. 13,16), travma sonrası stres bozukluğu tepkileri (22) gibi kaygı odaklı bozukluklarla ilişkilendirilmektedir. Öte yandan bir kişilik özelliği olarak deneyimlenen öz tikslenme ise, depresyon için bir yatkınlık faktörü olarak kavramsallaştırılmıştır (30,33). Benzer şekilde, öz tikslenme utanç ve suçluluk gibi benliğe yönelik duygularla ilişkilendirilirken; genel tikslenme duyarlılığında böyle bir ilişkiden bahsedilmemektedir (29). Mevcut çalışmada da, öz tikslenmenin depresif belirtiler, olumsuz duygu ile pozitif yönde; benlik değeri, olumlu duygu ve psikolojik iyilik hali ile negatif yönde yüksek korelasyonu varken; tikslenme duyarlılığının olumlu duygu ile negatif; depresif belirti ile pozitif yönde düşük korelasyonu dışında, diğer değişkenlerle anlamlı olarak ilişkili olmadığı gözlenmiştir. Bu bağlamda, iç odaklı benliğe yönelik tikslenmenin, dış odaklı genel tikslenme duyarlılığından farklı bir dinamiğinin olabileceği söylenebilir. Bu iki kavramın bağımsız olarak değerlendirilmesinin uygunluğuna dair, ileride yapılacak duygu odaklı deneysel çalışmaların öz tikslenme ölçeğinin geçerliğine dair de daha kapsamlı bilgi sağlayabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada son olarak, ölçeğin yordayıcı geçerlik özellikleri incelenmiş ve sonuçlar duygulanım kontrol edildikten sonra da, öz tikslenmenin depresyon

üzerinde yordayıcı etkisinin olduğunu ortaya koymuştur. Depresyondaki duygusal yapılanmada, benliğe yönelik tiksinti duygusunun varlığı Beck (53) tarafından vurgulanmıştır. Whelton ve Greenberg (35) de bu yapılanmanın gelişimini, erken dönem çocuklukta aşığılama ve küçümseme içerikli eleştirel tutumların, çocuk tarafından sadece bilişsel değil, duygusal olarak da benimsenmesi ile açıklamıştır. İçer atılan bu örüntünün yetişkinlikte, öz eleştirel bir tutumu tetiklemenin ötesinde, duygusal olarak benliğe yönelik güçlü bir tiksinti duygusunun yerleşmesine, bu duygunun da bireyin savunmalarını düşürüp depresyona yatkın hale gelmesine neden olduğu vurgulanmıştır (35). Benliğe yönelik tiksinti duygusunun değerlendirilmesini mümkün kılan bu ölçekle yapılan görgül çalışmalar da, öz tikslenmenin depresyondaki yordayıcı etkisini ortaya koymuş; işlevsiz bilişlerle depresyon arasındaki ilişkide öz tikslenmenin açıklayıcı rolüne de kanıt sunmuşlardır (30,34). Powell ve arkadaşları (32) da yapmış oldukları 12 aylık boylamsal çalışma ile bu ilişkinin sürekliliğine ve yönüne destek vermişlerdir. Mevcut çalışma bulguları, Türk örnekleme de bu ilişkiye bir destek sunmaktadır.

Öz tikslenme öncelikle depresyon için duygusal bir yatkınlık faktörü olarak kavramsallaştırılsa da (30,32), ilgili alanyazında farklı duygusal ve davranışsal problemlere de açıklık getirme potansiyeli ile dikkati çeken güncel bir kavramdır. Bu bağlamda kavram, farklı psikopatolojilerin gelişimine ışık tutmak ve duygu odaklı etkili tedavi planların gelişimine olanak sağlamak için gelecek çalışmaların önünü açmaktadır. Ayrıca, Power ve Dagleish (29) benliğe yöneltmiş bir tiksinti duygusunun psikopatoloji ile doğrudan ilişkisinin yanı sıra, özellikle depresyon, intihar ve kendine zarar verme durumlarında öne çıkan utanç ve suçluluk gibi daha karmaşık duyguların oluşumunda da öz tikslenmenin dolaylı rolünü vurgulamaktadır. Buradan hareketle öz tikslenmenin, benliğe yönelik duygulardan özellikle utanç ve suçlulukla (54) ilişkisinin incelenmesinin, bu kavramın psikolojik bozukluklarla ilişkisinin daha kapsamlı anlaşılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Öte yandan, Olatunji ve arkadaşlarının (51) öz tikslenmenin, ahlaki normların ihlali durumunda bireyin karar verme mekanizmasını ketleyebildiğini ortaya koyduğu çalışması, bu kavramın sadece

psikopatoloji ile bağlantılı değil, toplumsal ve bilişsel alanda da önemli bir konu olduğuna işaret etmektedir.

Mevcut çalışmanın bulgularına bazı sınırlılıklar eşlik etmektedir. İlk olarak, çalışma örnekleminin üniversite öğrencilerinden oluşması yaş aralığının sınırlı kalmasına neden olmuştur. Ayrıca çalışmanın büyük oranda kadın katılımcı ile birlikte yürütülmüş olması da sonuçların genellenebilirliği açısından bir kısıtlılık sunmaktadır. Geniş yaş aralığı ve eşit cinsiyet dağılımı göz önünde bulundurularak yapılacak sonraki çalışmaların ölçeğe dair özelliklerin genellenebilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca, çeşitli demografik özelliklere sahip katılımcılarla yürütülecek çalışmalar, grup karşılaştırmalarına imkan sağlayabilecek, böylece öz tikslenme farklı gelişim dönemlerindeki ve demografik özelliklerdeki görünümüne dair daha kapsamlı bilgi sunabilecektir. Bununla ilişkili olarak, ölçeğin belirli bir klinik odağı olmamakla birlikte, değerlendirdiği kavramın çeşitli psikolojik bozukluklarla ilişkisi vurgulanmaktadır. Mevcut çalışmada, klinik özellikli bir örneklem grubunun olmaması, özellikle depresyon ile öz tikslenme arasındaki ilişkinin yorumlanmasına bir sınırlılık getirmektedir. Gelecek çalışmalarda, sadece depresif özellikli değil, farklı psikolojik bozukluğa sahip gruplarda da öz tikslenme ile ilgili modellerin incelenmesi hem kavramsal hem de uygulamaya yönelik katkı sağlayabilir. Özellikle depresif bozukluğa sahip bireyler ve kaygı bozukluğuna sahip bireylerle yapılacak olan karşılaştırmaların, genel tikslenme duyarlılığı ve öz tikslenme arasındaki ilişkiye açıklık getirebileceği; ve ölçeğin geçerliğine dair daha kapsamlı bilgi verebileceği düşünülmektedir. Son olarak, mevcut çalışmada benliğe yönelik tiksinti duygusu öz bildirim değerlendirmesine dayanmaktadır. Her ne kadar öz bildirime dayalı ölçümlerin, daha örtük değerlendirmelere olanak sağlayan fizyolojik ölçümlerle ilişkisinin yüksek olduğu belirtilse de (55), içselleştirilmiş tiksinti duygusunun farkındalığı ve ifadesi ile ilgili bireysel zorluklar söz konusu olabilir. Bununla ilişkili olarak, Rüş ve arkadaşları (56) yaptıkları çalışmada, sınır durum kişilik bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğunda hem öz bildirime dayalı hem de Örtük Çağırışım Testi kullanılarak yapılan değerlendirmede, benlikle ilişkilendirilen tiksinti

duyarlılığı düzeyinin yakın olduğunu; bununla birlikte her iki ölçüm sonuçları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirtmişlerdir. Buradan hareketle, benlik odaklı tiksinti duygusunun kontrollü olduğu kadar farkındalık dışında da gelişen tepkilerini değerlendirebilmek için örtük ölçümlerin de yararı vurgulanmıştır (56). Bu nedenle, öz tikslenme duygusunu aktive eden uyarıcıları ve bu duygu ile ilişkili tepkileri çok boyutlu değerlendirebilmek amacıyla fizyolojik ölçümlerin ya da niteliksel çalışmaların da fayda sağlayabileceği düşünülmektedir.

Söz konusu sınırlılıklara rağmen mevcut çalışma sonuçları özetle, Öz Tikslenme Ölçeği-Revize Formu'nun Türkçe uyarlamasının, orijinali ile tutarlı olarak benliğe yönelik tiksintiyi fiziksel görünüm ve davranış odaklı iki boyutta değerlendiren, güvenirliği kabul edilebilir düzeyde bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir. Geçerliğe ilişkin bulgular beklenen yönde olmakla birlikte, uluslararası çalışmalarda oldukça güncel bir kavram olarak dikkat çeken öz tikslenmenin, ulusal alanyazında da incelenbilmesine olanak sağlayabilecek bu ölçüm aracının, farklı örneklerde ve farklı araştırma modelleri ile incelenmesinin ölçeğin geçerlik özelliğine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Böylece, öz tikslenme duygusunun gelişim süreci, tetikleyici mekanizmaları ve sonuçlarına ilişkin hem kavramsal açıklamalara, hem de pratik uygulamalara ilişkin bir bakış açısı geliştirilebilir.

Yazışma Adresi: Dr. Öğr. Üyesi Başak Bahtiyar, Maltepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye
basakbahtiyar@maltepe.edu.tr

REFERENCES

1. Ekman P. An Argument for basic emotions. *Cognition and Emotion* 1992;6:169-200.
2. Johnson-Laird PN, Oatley K. The language of emotions: An analysis of a semantic field. *Cognition and Emotion* 1989;3:81-123.
3. Rozin P, Fallon AE. A perspective on disgust. *Psychological Review* 1987;94:23.
4. Rozin P, Markwith M, McCauley C. Sensitivity to indirect contacts with other persons: AIDS aversion as a composite of aversion to strangers, infection, moral taint, and misfortune. *J Abnormal Psychol* 1994;103:495.
5. Rozin P, Lowery L, Imada S, Haidt J. The CAD triad hypothesis: a mapping between three moral emotions (contempt, anger, disgust) and three moral codes (community, autonomy, divinity). *J Pers Soc Psychol* 1999;76:574.
6. Izard CE. Organizational and motivational functions of discrete emotions, In *Handbook of Emotions*. Edited by Lewis M, Haviland JM. New York, The Guilford Press, 2000, pp. 631-641.
7. Phillips ML, Senior C, Fahy T, David AS. Disgust—the forgotten emotion of psychiatry. *Br J Psychiatry* 1998;172:373-5.
8. Schienle A, Schäfer A, Stark R, Walter B, Franz M, Vaitl D. Disgust sensitivity in psychiatric disorders: a questionnaire study. *J Nervous and Mental Disease* 2003;191:831-834.
9. Olatunji BO, Sawchuk CN. Disgust: Characteristic features, social manifestations, and clinical implications. *J Soc and Clin Psychol* 2005;24:932-962.
10. Davey GC, Bickerstaffe S, MacDonald BA. Experienced disgust causes a negative interpretation bias: A causal role for disgust in anxious psychopathology. *Behav Res Ther* 2006;44:1375-84.
11. Woody SR, Teachman BA. Intersection of disgust and fear: Normative and pathological views. *Clin Psychol Sci Pr* 2000;7:291-311.
12. Woody SR, Tolin DF. The relationship between disgust sensitivity and avoidant behavior: Studies of clinical and nonclinical samples. *J Anxiety Disord* 2002;16:543-59.
13. Davey GC. Self-reported fears to common indigenous animals in an adult UK population: the role of disgust sensitivity. *Br J Psychol* 1994;85:541-54.
14. Davey GC, Forster L, Mayhew G. Familial resemblances in disgust sensitivity and animal phobias. *Behav Res Ther* 1993;31:41-50.
15. Gerdes AB, Uhl G, Alpers GW. Spiders are special: fear and disgust evoked by pictures of arthropods. *Evol Hum Behav* 2009;30:66-73.
16. Mulkens SA, de Jong PJ, Merckelbach H. Disgust and spider phobia. *J Abnorm Psychol* 1996;105:464.
17. Koch MD, O'Neill HK, Sawchuk CN, Connolly K. Domain-specific and generalized disgust sensitivity in blood-injection-injury phobia: The application of behavioral approach/avoidance tasks. *J Anxiety Disord* 2002;16:511-27.
18. Sawchuk CN, Lohr JM, Tolin DF, Lee TC, Kleinknecht RA. Disgust sensitivity and contamination fears in spider and blood-injection-injury phobias. *Behav Res Ther* 2000;38:753-62.
19. Nicholson E, Barnes-Holmes D. Developing an implicit measure of disgust propensity and disgust sensitivity: Examining the role of implicit disgust propensity and sensitivity in obsessive-compulsive tendencies. *J BehavTher and Exp Psy* 2012;43:922-30.
20. Olatunji BO. Changes in disgust correspond with changes in symptoms of contamination-based OCD: A prospective examination of specificity. *J Anxiety Disord* 2010;24:313-7.
21. Engelhard IM, Olatunji BO, de Jong PJ. Disgust and the development of posttraumatic stress among soldiers deployed to Afghanistan. *J Anxiety Disord* 2011;25:58-63.
22. Power MJ, Fyvie C. The role of emotion in PTSD: two preliminary studies. *Behav Cogn Psychother* 2013;41:162-72.
23. Davey GC, Buckland G, Tantow B, Dallos R. Disgust and eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 1998;6:201-11.
24. Troop NA, Treasure JL, Serpell L. A further exploration of disgust in eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2002;10:218-26.
25. Neziroglu F, Hickey M, McKay D. Psychophysiological and self-report components of disgust in body dysmorphic disorder: the effects of repeated exposure. *International J Cognit Ther* 2010;3:40-51.
26. Neziroglu F, Khemlani-Patel S. Therapeutic approaches to body dysmorphic disorder. *Brief Treat Crisis Interv* 2003;3:307.
27. Muris P, Merckelbach H, Nederkoorn S, Rassin E, Candel I, Horselenberg R. Disgust and psychopathological symptoms in a nonclinical sample. *Personal Individ Differ* 2000;29:1163-7.
28. Power MJ, Tarsia M. Basic and complex emotions in depression and anxiety. *Clin Psychol Psychother* 2007;14:19-31.
29. Power MJ, Dalgleish T. *Cognition and Emotion: From Order to Disorder*. Hove, United Kingdom, Psychology Press, 1997.
30. Overton PG, Markland FE, Taggart HS, Bagshaw GL, Simpson J. Self-disgust mediates the relationship between dysfunctional cognitions and depressive symptomatology. *Emotion* 2008;8:379.
31. Curtis V, De Barra M, Aunger R. Disgust as an adaptive system for disease avoidance behaviour. *Philos Trans Royal Soc B: Biological Sciences* 2011;366:389-401.
32. Powell PA, Simpson J, Overton PG. When disgust leads to dysphoria: A three-wave longitudinal study assessing the temporal relationship between self-disgust and depressive symptoms. *Cognition and Emotion* 2013;27:900-913.
33. Powell PA, Overton, PG, Simpson J. Reflections on the revolting self: a commentary and further directions, In *The Revolting Self: Perspectives on the Psychological, Social, and Clinical Implications of Self-Directed Disgust*. Edited by Powell PA, Overton, PG, Simpson J. London, Karnac Books, 2015, pp. 243-255.
34. Simpson J, Hillman R, Crawford T, Overton PG. Self-esteem and self-disgust both mediate the relationship between dysfunctional cognitions and depressive symptoms. *Motivation and Emotion* 2010;34:399-406.
35. Whelton WJ, Greenberg LS. Emotion in self-criticism.

Personal Individ Differ 2005;38:1583-95.

36. Brake CA, Rojas SM, Badour CL, Dutton CE, Feldner MT. Self-disgust as a potential mechanism underlying the association between PTSD and suicide risk. *J Anxiety Disord* 2017;47:1-9.

37. Klonsky DE, Muehlenkamp JJ. Self injury: A critical review for the practitioner. *J Clin Psychol* 2007; 63:1045-1056.

38. Ille R, Schögl H, Kapfhammer HP, Arendasy M, Sommer M, Schienle A. Self-disgust in mental disorders symptom related or disorder-specific? *Compr Psychiatry* 2014;55:938-43.

39. Diener E, Wirtz D, Tov W, Kim-Prieto C, Choi DW, Oishi S, Biswas-Diener R. New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Soc Indic Res* 2010;97:143-56.

40. Telef BB. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği: Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2013;28:374-384.

41. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol* 1988;54:1063-1070.

42. Gençöz T. Pozitif ve negatif duygu ölçeği: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 2000;15:19-26.

43. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*. New Jersey, Princeton University Press, 1965.

44. Greenberger E, Chen C, Dmitrieva J, Farruggia SP. Item-wording and the dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale: do they matter? *Personal Individ Differ* 2003 1;35:1241-54.

45. Çuhadaroğlu F. *Adolesanlarda Benlik Saygısı*. H.Ü. Tıp Fakültesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. 1986.

46. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen psychiatry* 1961;4:561-71.

47. Hisli N. Beck depresyon envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1989;7:3-13.

48. Haidt J, McCauley C, Rozin P. Individual differences in sensitivity to disgust: A scale sampling seven domains of disgust elicitors. *J Pers Soc Psychol* 1994;16:701-13.

49. Olatunji BO, Haidt J, McKay D, David B. Core, animal reminder, and contamination disgust: Three kinds of disgust with distinct personality, behavioral, physiological, and clinical correlates. *J Res Pers* 2008;42:1243-59.

50. İnöz M, Eremsoy CE. Tikslenme ölçeği ile bulaşma/kirlenme bilişleri ölçeği'nin Türkçe versiyonlarının psikometrik özellikleri. *Türk Psikoloji Yazıları* 2013;16:1-10.

51. Worthington RL, Whittaker TA. Scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. *Couns Psychol* 2006;34:806-38.

52. Olatunji BO, David B, Ciesielski BG. Who am I to judge? Self-disgust predicts less punishment of severe transgressions. *Emotion* 2012;12:169-173.

53. Beck AT. *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*, New York, Harper & Row, 1967.

54. Lewis M. The emergence of human emotions. In *Handbook*

of Emotions. Edited by Lewis M, Haviland JM. New York, The Guilford Press, 2000, pp. 265-280.

55. Lang PJ, Greenwald MK, Bradley MM, Hamm AO. Looking at pictures: Affective, facial, visceral, and behavioral reactions. *Psychophysiology* 1993;30:261-73.

56. Rüşch N, Schulz D, Valerius G, Steil R, Bohus M, Schmahl C. Disgust and implicit self-concept in women with borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2011;261:369-76.

EK 1: Öz Tikslenme Ölçeği – Revize Formu

Lütfen aşağıdaki ifadeleri dikkatlice okuyunuz ve her bir ifadenin sizin için ne derece uygun olduğunu yanındaki rakamları kullanarak değerlendiriniz.

	Kesinlikle katlıyorum	Çoğunlukla katlıyorum	Kısmen katlıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Çoğunlukla katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Kendimi itici bulurum. (T)	1	2	3	4	5	6	7
2. Kendimle gurur duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
3. Kendi davranışlarımdan bıktım. (T)	1	2	3	4	5	6	7
4. Bazen yorgun hissederim.*	1	2	3	4	5	6	7
5. Kendim olmaya katlanamam. (T)	1	2	3	4	5	6	7
6. Başkalarıyla bir arada olmaktan hoşlanırım.*	1	2	3	4	5	6	7
7. Pek çok yönden tiksindirici biriyim. (T)	1	2	3	4	5	6	7
8. Kendimi çekici bulurum.	1	2	3	4	5	6	7
9. İnsanlar benden uzak durur. (T)	1	2	3	4	5	6	7
10. Dışarıda zaman geçirmekten hoşlanırım.*	1	2	3	4	5	6	7
11. Davranışlarımdan hoşnutum.	1	2	3	4	5	6	7
12. Sosyal bir insanım.*	1	2	3	4	5	6	7
13. Çoğu zaman bende tiksinti uyandıran şeyler yaparım. (T)	1	2	3	4	5	6	7
14. Kendi görüntüme bakmaktan kaçınırım. (T)	1	2	3	4	5	6	7
15. Kendimi bazen mutlu hissederim.*	1	2	3	4	5	6	7
16. İyimser bir insanım.*	1	2	3	4	5	6	7
17. Davranışlarım diğer insanlarınki kadar düzgündür.	1	2	3	4	5	6	7
18. Kendi görüntüme bakmak beni rahatsız eder. (T)	1	2	3	4	5	6	7
19. Bazen üzgün hissederim.*	1	2	3	4	5	6	7
20. Görüntüşümü mide bulandırıcı bulurum. (T)	1	2	3	4	5	6	7
21. Davranışlarım insanları benden uzaklaştıracak kadar iticidir. (T)	1	2	3	4	5	6	7

Not: * Puanlamaya dahil edilmeyen dolgu maddeleri; (T) Ters kodlanan maddeler

Özgül fobilerde sanal gerçeklik teknolojisi uygulamaları ile tedaviye yardımcı araç geliştirme: Bir etkililik çalışması

Developing an auxiliary tool for treatment of specific phobias via virtual reality technology applications: An effectiveness study

Sedat Işıklı¹, Zeynel Baran², Selçuk Aslan³

¹Doç. Dr., ²Dr. Öğr. Üyesi Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, 06800, Çankaya, Ankara, Türkiye
https://orcid.org/0000-0003-0455-7458-https://orcid.org/0000-0001-7088-4241

³Prof. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Bilimler Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D., 06500, Beştepe, Ankara, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-8706-1265

ÖZET

Amaç: Özgül fobi tanısı almış yetişkin bireylere verilecek psikolojik destek sürecinde kullanılmak üzere alandaki uzmanların kullanabileceği yardımcı bir aracın geliştirilmesi, bu kapsamda geliştirilen cihazın etkinliğinin davranışsal ve fizyolojik ölçümlerle belirlenmesidir. **Yöntem:** Ruh sağlığı uzmanı tarafından özgül fobi tanısı almış ve ilaç kullanmayan 11 katılımcı (7 kadın \bar{X} yaş=38.57, Ss=8.89; 4 erkek \bar{X} yaş=41.75, Ss=13.07), fobi içeriklerine yönelik oluşturulan sanal gerçeklik senaryolarına aşamalı olarak maruz bırakılmışlardır. Maruz bırakma aşamaları sırasında galvanik deri tepkisi (GSR) ve kalp atım hızı (KAH) gibi fizyolojik ölçümlerle birlikte her aşama öncesi ve sonrasında alınan öznel sıkıntı bildirimleri bağımlı değişken ölçümü olarak alınmıştır. En çok korku/kaygı uyandıran uyarıcıya ilk ve son maruz kalma sırasında alınan öznel bildirimler (ön test-son test) ile ilk ve son maruz kalma sonrası verilen fizyolojik tepkilere ilişkin minimum, maksimum ve tepeden tepeye genlik değerleri Wilcoxon İşaretli Sıralar Testiyle analiz edilmiştir. **Bulgular:** Öznel sıkıntı bildirimi, GSR ve KAH ölçümlerinde en korku verici uyarıcı için elde edilen ön test-son test karşılaştırmaları, son ölçümlerde anlamlı derecede bir azalmaya işaret etmektedir. **Sonuç:** Katılımcılardan elde edilen davranışsal ve fizyolojik ölçümlerle yapılan analizler öğrenilmiş korku tepkilerinin ilgili uyarıcı sanal olarak maruz kalmaları sonrasında bir sönme eğilimine girdiğini göstermektedir. Sanal gerçeklik uygulamaları özgül fobi tedavisinde etkin bir şekilde kullanılabilir.

Anahtar Sözcükler: Fobik Bozukluklar, Sanal Gerçeklikle Maruz Bırakma Terapisi, Galvanik Deri Tepkisi, Kalp Atım Hızı

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:316-328)

DOI: 10.5505/kpd.2019.43660

SUMMARY

Objective: Purpose of the study is to develop an auxiliary tool that can be used by experts working in the clinical settings for psychological support processes to adults diagnosed with simple phobia. In that realm, one another related aim is also to evaluate the effectiveness of the developed tool via behavioral and physiological measurements. **Method:** Eleven participants diagnosed with specific phobia (7 females \bar{X} age=38.57, SD=8.89; 4 males \bar{X} age=41.75, SD=13.07) by mental health specialist were exposed to virtual reality scenarios in a systematic desensitization manner. There were 6 person with cynophobia, 2 with arachnophobia, 1 with acrophobia and 2 with claustrophobia. Each of four phobia scenario sessions consisted of different number of stages to be completed. None of the participants were received any drug medication for phobia before and also during the study. In addition to physiological measurements like galvanic skin response (GSR) and heart rate (HR), subjective units of distress scale (SUDS) measurements were also taken before and after exposure to each stage as dependent variables. To compare different phobia scenarios, minimum, maximum and peak-to-peak amplitude values of the first and last exposure to the most feared stimuli for physiological records and first and last exposure SUDS values again for the most feared stimuli were analyzed with Wilcoxon Signed Rank Test. **Results:** The most fear/anxiety producing stimuli comparisons for the first (pre-test) and the last (post-test) exposures in SUDS, GSR and HR measurements indicated that there was significant decrements in post-test measurements with respect to the ones for pre-tests. **Discussion:** Analyses of behavioral and physiological measurements obtained from the participants showed that the learned-fear-responses have a tendency to extinct after being exposed to the relevant stimuli virtually. Thus, virtual reality applications can be effectively usable in the treatment of specific phobias.

Key Words: Phobic Disorders, Virtual Reality Exposure Therapy, Galvanic Skin Response, Heart Rate

GİRİŞ

Özgül fobi, kişinin belirli durum veya nesne ile karşılaşması sonucu aşırı ve mantıksız bir korku yaşamasıdır (1). Özgül fobi tanımının içine, yalnız kalma ve yardım alamama korkusunu ifade eden “agorafobi” ve sosyal ortamlarda yaşanan kaygıyı ifade eden “sosyal fobi” dâhil değildir. Biyolojik temelleri incelendiğinde korku tepkisinin, canlının yaşamını sürdürmesi için kendiliğinden harekete geçen, gerekli bir duygu olduğu anlaşılmıştır. Kaygı tepkisi gibi korku da limbik sistemde bulunan amigdalanın ve hipokampusun belirli uyarılar altında etkinleşmesi ile otomatik biçimde ortaya çıkmaktadır (2,3). Kaçınma davranışı ise, önceden ortaya çıkmış olumsuz bir duygunun yeniden oluşmaması için o duyguyu tetikleyen uyarandan uzak durma çabasıdır. Bu davranış canlının varlığını, yaşamını sürdürmesine hizmet etmek için geliştirdiği savunma sistemlerinin bir parçasıdır. Özgül fobide yaşanan olumsuz duygu, yoğun bedensel ve bilişsel anksiyete tepkilerini içerir. Korku, uyararla karşılaşıldığında istemsiz bir şekilde otomatik olarak gelişir, dolayısıyla kişi olumsuz duyguları otomatik olarak tetikleyen bu belirli nesneden ya da durumdan kaçınmak ister (4). Özgül fobide kişinin uyarana verdiği korku tepkisi ve kaçınma eğilimi, o uyarının kişinin hayatına gerçekte oluşturduğu tehdit göz önünde bulundurulduğunda orantısız biçimde fazladır (5). Psikiyatri ve klinik psikoloji uygulamalarında mantık dışı ve aşırı düzeyde korku klinik bir çalışma alanı olarak kabul edilir ve anksiyete bozuklukları altında ele alınır (6).

Özgül fobi, önceki adı ile basit fobi, belirli bir duruma (kapalı bir yere girmek gibi) ya da nesneye (kedi veya kan gibi) karşı duyulan aşırı ve mantık dışı korkunun, bireyin gündelik yaşamını olumsuz yönde etkilemesi olarak tanımlanabilir. Özgül fobide birey, uyarıcı durum ya da nesnenin kendisinden ve bunların yol açacağı kötü sonuçlardan korkmaktadır (1-6). Özgül fobi korkulan nesne veya duruma göre belirli tiplere ayrılarak ele alınabilir. Kişinin korktuğu nesne, örümcek, böcek, köpek, kedi ve benzeri gibi hayvanlarsa, hayvan tipi olarak adlandırılır. Korkuyu tetikleyen, yükseklik, fırtına, su gibi bir doğal oluşumsa, bu doğal çevre tipi fobidir. Kan, enjeksiyon ya da yaralanma tipi ise iğne, kan ve tıbbi girişimler gibi durumlarla

karşılaşıldığında ortaya çıkan kokuyla alakalıdır. Uçuş, araba kullanma, köprü, tünel, kapalı yerlere girmek gibi durumlardan korkma, durumsal tip olarak adlandırılırken boğulma, kusma, yüksek ses veya kostümlü karakterler gibi korkular, sınıflandırılmayan alt tipler olarak geçer (6).

Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan anket araştırmalarında, özgül fobinin en yaygın ruhsal bozuklardan biri olduğu görülmüştür. Kadınlarda en sık görülen ereklerde ise ikinci en yaygın ruhsal bozukluktur. Kadınlarda %14-16 oranında, erkeklerde ise %5-7 oranında görülür. Ancak kan, enjeksiyon ya da yaralanma tipi söz konusu olduğunda kadın ve erkek arasındaki bu oran farkı kaybolur (5).

Aşırı korku tepkilerinin çoğunlukla sonradan edinilmiş davranışlar olduğu yönünde genel bir kabul söz konusudur. Fobik tepkilerin ortaya çıkmasında, davranış repertuarında varlıklarını sürdürmelerinde ve tedavilerinde bilişsel ve davranışsal etkenlerin önemi sıkça vurgulanmıştır (7).

Fobiler biyolojik etkenler, bilişsel ve davranışsal etkenlerin karşılıklı etkileşimi sonucu ortaya çıkarlar. Birçok olguda hiçbir koşullanma olmaksızın, belirli bir nesne ya da duruma karşı aşırı korku gelişebilir. Bu durumda belli nesne ve durumlar gerçekten tehlike içerdikleri için diğer nesne ve durumlara kıyasla korkutucu olabilir. Özgül fobi, kişi korktuğu durumla karşılaşmadıkça ve günlük hayatında işlerini görmesine engel olmadıkça klinik bir sorun haline gelmez ve kişi bu konuda yardım aramaz. Kişiler korktukları durumun tehlikesini olduğundan fazla görür yani risk algıları yüksektir ve kendi başa çıkma güçlerini de olduğundan az görürler. Genellikle fobik uyarandan kaçındıkları için gerçek anlamda iç sistemler (viseral) düzeyinde korkularının gerçek dışı olduğunu öğrenemezler (8).

Çoğu fobinin de klasik koşullanmayla ortaya çıktığı kabul edilir. Bu koşullanma erken yaşlarda ortaya çıkabilir ve yıllarca derinlerde uykuda bekleyebilir. Yeniden bir tetikleyici ile karşılaşıldığında etkin hale geçer. Fobik kişilerin dış tehlikeleri içeren tehlike şemaları etkin hale gelir. Fobinin bilişsel

modelinde, otomatik düşünceler ve varsayımlardan çok bilgi-işleme yanlılıkları üzerinde daha fazla durulmaktadır. Seçici dikkat, değerlendirme, hatırlama ve korkulan uyaranla başa çıkma stratejileri şemaların sürmesinde rol oynar (9).

Fobilerin tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), etkililiği bilimsel olarak kanıtlanmış bir psikoterapi yaklaşımıdır (4). Bu yaklaşımda öncelikle fobik durumları ve belirtileri izlemek ve sıralamak önemlidir. Dolayısıyla öncelikle, fobinin yeri, sıklığı, yol açtığı kaçınmalar ile fizyolojik, bilişsel ve davranışsal bileşenleri gözlemlenerek saptanır ve sıralanır. Bu süreçte “Belirti ne zaman oluyor? “Kiminleyken, neredeyken daha iyi/daha kötü oluyor?”, “Neler şiddetini artırıyor/neler azaltıyor?” gibi sorulara yanıt aranır. Bilişsel yöntemde fobik nesne ve durumlarla ilgili inançlar saptandıktan sonra bilişsel düzeyde kişinin korkusunun altında yatan inançları ve varsayımları ele alınarak incelenir. Bu işlevsiz varsayımların kanıt inceleme ile ele alınması ve sonuçta daha işlevsel olan alternatifleri ile değiştirilmesi psikoterapinin temelidir (1).

BDT'nin bir yöntemi olarak maruz bırakma uygulanır. Fobilerde psikoterapi sürecinde en etkili tedavi yöntemi kişiyi korktuğu nesne veya duruma sistematik bir biçimde maruz bırakmak yani onu korkusuyla yüzleştirmektir. Kişinin aşamalı bir biçimde korkulan nesne veya durumlarla yüzleşmesi ve sıkıntı azalana ya da yok olana dek o durumda kalmaya devam etmesi önerilir. Maruz bırakma (exposure), gerçek yaşamda (kişiyi gerçekten korktuğu uyarana maruz bırakarak) ya da imgesel (kişiyi korktuğu durumu hayal ettirerek) yapılabilir (10). Tekrarlayan alıştırma ile olumsuz beklentilerin gerçekleşmediği, fobik durumlarla baş edilebileceğine ilişkin güven artar. Amaç o durumla anksiyete arasındaki oluşmuş bağlantıyı kırmaktır (11).

Maruz bırakma terapisinde yüzleşme hayali de olsa gerçek de yapılırsa etkili olabilir. Hayali maruz bırakmada, kişi fobik nesnenin veya durumun kendi korkusunu tetikleyecek şekilde görselleştirir. Bu durumdaki asıl amaç kişinin nesneye karşı duyarsızlaşmasını sağlayarak fobik reaksiyonun oluşmasını engellemektir. Bir kısım olguda özgül

fobiye eşlik eden anksiyete fobisini yenmede de maruz bırakma tedavisi işe yarar (4).

Duyguların birtakım fizyolojik değişikliklerle birlikte meydana geldiği çok uzun süredir bilinmektedir. Duygularla ilişkili fizyolojik değişiklikleri düzenleyen sistem otonom sinir sistemidir. Bu sistem içerisindeki sempatik sinir sistemi özellikle ortaya çıkan bu tepkilerin büyük bir kısmını ve bu tepkilerin şiddetini düzenler (3,12). Duygularla, özellikle de korku ve dolayısıyla kaygıyla, ilişkilendirilen bu fizyolojik tepkiler çok çeşitli olmakla beraber (göz bebeklerinin büyümesi ve kas gerginliğinin artması vb gibi) araştırmacılar çoğunlukla kardiyovasküler (kalp atım hızı, solunum hızı) ve elektrodermal tepkilere (3) odaklanmaktadır. Alanda bu tepkilerin fobilerde iyileşme indeksi olarak kullanıldığı birçok çalışma mevcuttur (9, 13-16). Craske ve arkadaşlarının (17) yaptığı çalışmada, klostrofobi (kapalı alan korkusu), yılan ve örümcek fobilerini tedavi etmede kalp atım hızını iyileşme indekslerinden (kaygının azalması) birisi olarak kullanılmış ve bu fobilerde bedenden gelen uyarıların abartılı değerlendirilmesinin önlenmeye çalışıldığı tedavi türü sadece kapalı alan fobisi için etkili olmuştur. Yine kaygının azaltılmasında iki farklı tedavinin etkinliğinin değerlendirildiği Davies ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada (18), birçok davranışsal ölçümle birlikte alınan temel düzey kalp atım hızı, terapi öncesi ve sonrası ölçümlerinde anlamlı düzeyde değişiklik göstermiştir. Bu çalışmada ayrıca sadece kalp atım hızının değil, aynı zamanda kalp atım hızındaki değişkenliğin izlenmesinin terapi etkililiğini değerlendirmede daha etkili olduğu ortaya konmuştur. Benzer şekilde Busscher ve arkadaşları da (19) Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin uçak korkusunu tedavi etmede en etkin göstergelerinden birisinin kalp atım hızındaki değişiklikler olduğunu, kalp atım hızındaki değişkenliğe bakarak kaygı düzeyinin değerlendirilebileceğini göstermişlerdir. Tüm bu çalışmalarda kalp atım hızı korku ve kaygı sırasında artış eğilimi gösterirken, uyarıcılara alışma ve tolerans geliştiğinde azalma eğilimindedir (20,21).

Dış uyarıcılara karşı ve duygular sırasında deri iletkenliğinde değişimlerin olduğu Féré tarafından (22) gösterildiğinden beri, Galvanik Deri Tepkisi

ölçümleri de (GSR veya deri iletim düzeyi, elektro-dermal aktivite) duygular sırasında ortaya çıkan fizyolojik tepkileri gözlemlemek için sıklıkla kullanılmaktadır (23-26). Alanyazında GSR'yi fobileri tedavi etmede etkili bir iyileşme indeksi olarak kullanan araştırmalardan bazılarının sonuçları şu şekildedir: Heeren ve arkadaşları (27) sosyal fobisi olan bireylerde; Alpers ve arkadaşları (28) araba sürme fobisinde; Wangelin ve Tuerk (29) travma sonrası stres bozukluğunda; Knopf ve Possel (15) örümcek fobisinde GSR tepkisinde iyileşmeyle birlikte tedavi öncesi döneme göre anlamlı değişiklikler bildirmiştir.

Sanal gerçeklik, gerçek veya hayali mekânların bilgisayar ortamında üç boyutlu olarak canlandırılması ve kullanıcıya fiziksel olarak yaratılan mekânda bulunma hissini çeşitli çevre birimler kullanarak üst düzeyde yaşatılmasını hedefleyen bir teknolojidir (30). Günümüzde sanal gerçeklik teknolojisinin en önemli bileşenlerinden biri kişinin görüş alanının tamamına sanal obje ve mekân modellerinin yansıtılmasına imkân tanıyan sanal gerçeklik gözlükleridir (31).

Fobilerin tedavisinde maruz bırakma yöntemini sanal gerçeklik uygulamasıyla birlikte kullanma teknolojisindeki ilerlemeler ve bunlara erişimin kolaylaşması nedeniyle giderek yaygınlaşmaya başlamıştır (32-35). Sanal gerçeklik uygulamaları, fobik durumu gerçeğe en yakın biçimde oluşturmayı kolaylaştırarak, fobik nesne veya durumla alıştırma tedavisinde karşı karşıya bırakmanın güçlüklerini aşmanın en etkili yöntemlerinden birisidir. Bu yöntemde birey fobik duruma benzetilen bir odada, fobisiyle yüz yüze bırakılmaktadır. Fobik durumla ilgili sesler ve görüntüler odaya yansıtılmakta ve birey korkuya alışmaya veya korkusunu kontrol edinceye kadar odada kalmaktadır. Bu yöntemde bilgisayar yardımıyla oluşturulan görüntüler kişinin taktığı özel gözlüklere yansıtılmakta ve aynı zamanda kulaklıktan da ortamla ilgili sesler verilmektedir (32,33).

Sanal gerçekliğin özgül fobilere uygulanmasında olumlu sonuçlar ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Rothbaum ve arkadaşları (34) yükseklik korkusu olan 12 üniversite öğrencisini 8

sağlıklı kontrolle karşılaştırmışlardır. Tedavi alanlar kontrol grubundan anlamlı olarak daha fazla düzelmişlerse de, bu grubun tedavi süresince gerçek hayatta da fobik ortama girme denemeleri yaptığı ve bunun sonuçları etkileyebileceği belirtilmiştir. Emmelkamp ve arkadaşları (36), sanal gerçeklik ve klasik alıştırma tedavisini karşılaştırdıkları iki çalışmada, sanal gerçeklik tedavisini klasik davranışçı tedavi kadar başarılı bulmuşlardır. Krijn ve arkadaşlarının (37) çalışmasında iki tür sanal gerçeklik uygulaması karşılaştırılmış; her ikisi de kontrol grubundan daha başarılı bulunmuştur. Sunulan araştırmalarda tedavi süresi birer saatlik 2-3 seanstan oluşmaktadır. Düzelmenin 6 aylık izlemde sürdüğü de gösterilmiştir. Garcia-Palacios ve arkadaşları (38) örümcek fobisini tedavi etmede sanal gerçeklik maruz bırakma terapisinin, hiçbir terapi almayan bekleme listesindeki katılımcılardan oluşan kontrol grubuna göre daha etkili olduğunu göstermiştir. Sanal gerçeklik maruz bırakma terapisinin fobi tedavisinde (uçma fobisi) kullanılan diğer terapilerden (otomatikleşmiş duyarsızlaşma) daha etkili olduğunu gösteren bulgular da mevcuttur (32). Sanal gerçeklikle birlikte gerçek objelerin kullanılması fobi tedavisinde daha etkili olmaktadır (39). Parsons ve Rizzo'nun toplamda 300 katılımcıyı içeren ve özgül fobilerde sanal gerçeklik maruz bırakma terapisini kullanan 21 çalışma üzerinde yaptığı meta analizden de ulaştığı sonuç, sanal gerçeklik uygulamalarının özgül fobilerin tedavisinde etkili olduğudur (33). Kaygı bozukluklarıyla ilgili rahatsızların tedavisinde sanal gerçeklik maruz bırakma terapisinin etkili olduğunu Powers ve Emmelkamp da (40) toplamda 397 katılımcının bulunduğu 13 çalışmayı analiz ederek ortaya koymuşlardır.

Tüm bu bulguların ışığında bu çalışmanın amacı: (i) Özgül fobi tanısı almış yetişkin bireylere verilecek psikolojik destek sürecinde kullanılmak üzere alandaki uzmanların kullanabileceği bir yardımcı aracın geliştirilmesi ve (ii) bu kapsamda geliştirilen cihazın etkinliğinin davranışsal ve fizyolojik ölçümlerle belirlenmesidir.

Bu amaçlar ışığında çalışmanın hipotezleri şunlardır:

i) Fobi tanısı almış yetişkin bireylerde, fobiyle ilgili uyarıcılara ilk defa maruz kalma sırasında ölçülen deri iletkenliği tepkisi genlik değerleri, uygulama boyunca katılımcı bu uyarıcılara maruz kaldıkça azalacaktır. ii) Fobi tanısı almış yetişkin bireylerde, fobiyle ilgili uyarıcılara ilk defa maruz kalma sırasında ölçülen kalp atım hızı değerleri, uygulama boyunca katılımcı bu uyarıcılara maruz kaldıkça azalacaktır. iii) Katılımcıların fobileriyle ilgili uyarıcılara maruz kaldıktan sonra yaptıkları, uyarıcının şiddetiyle ilgili öznel sıkıntı ölçeği ile ölçülen rahatsızlık değerlendirmeleri, maruz bırakma terapisinin sonlarına doğru, terapinin başlarında olduğundan daha düşük olacaktır.

YÖNTEM

Örneklem

Çalışma özgül fobisi (hayvan, böcek ve durumsal fobiler) olan 26-56 yaş aralığında 11 katılımcı (7 kadın \bar{X} yaş= 38,57, Ss=8,89 yıl; 4 erkek \bar{X} yaş=41,75, Ss=13,07 yıl) üzerinde yürütülmüştür. Katılımcıların 6'sında köpek, 2'sinde örümcek, 1'inde yükseklik ve 2'sinde kapalı alan fobisi bulunmaktadır. Özgül fobi düzeyinin belirlenmesi klinisyen tarafından ve öz bildirim ölçekleriyle yapılmıştır. Katılımcıların daha önce fobi tanısı almamış ve bu amaçla ilaç veya diğer tedavi yöntemlerini kullanmıyor olmalarına dikkat edilmiştir. Özgül fobi dışında psikiyatrik ve nörolojik başka rahatsızlıkları olma durumu dışlama kriteri olarak kullanılmıştır. Tüm katılımcılardan çalışma öncesinde imzalı bilgilendirilmiş onam formları alınmıştır. Çalışma için etik kurul izni alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmacıların geribildirimleri üzerinden geliştirilen özgül fobi senaryoları yazılımcı grup tarafından bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Geliştirilen bu senaryolar sanal gerçeklik gözlüğü (Oculus Rift DK2) yardımıyla fobisi olan katılımcılara aşamalı olarak uygulanmıştır.

Geliştirilmiş Özgül Fobi Senaryoları: Özgül fobi tedavisi alanında uzman bir psikiyatrist ve klinik psikolog danışmanlığında, mühendislik ekibince

köpek, örümcek, kapalı alan (metro) ve yükseklik (teleferik ve teras) korkusuyla ilişkili senaryolar oluşturulmuştur. Her senaryo içerisinde korku uyarıcısının şiddeti aşama aşama arttırılmıştır. Örneğin ilk aşamalarda köpeğin sesi uzaktan duyulurken, sonraki aşamalarda köpek kişinin yanına kadar gelip oturmuştur. Bu senaryolar gözlük üzerinden verilirken, her bir uyarıcının verilmiş anı fizyolojik veri üzerinde eş zamanlı olarak kodlanmıştır.

Fizyolojik Tepki Ölçüm Cihaz ve Aparatları: Çalışmada maruz bırakma aşamalarındaki korku şiddetindeki azalma sadece katılımcının öznel değerlendirmeleri yoluyla değil, aynı zamanda otonom sinir sisteminin aktivitelerini yansıtan birtakım fizyolojik ölçümler aracılığıyla nesnel olarak da değerlendirilmiştir. Bu amaçla sanal gerçeklik gözlüğüyle birlikte veri alabilecek şekilde galvanik deri tepkisi (GSR) sensörleri ve kalp atım hızı sensörleri, katılımcıların başat olmayan el parmakları üzerine yerleştirilmiştir.

Kayıtların harekete dayalı olumsuz etkilerden en az etkilenmesi için GSR sensörleri başat olmayan eldeki işaret ve orta parmağın orta boğumundaki iç kısmına yerleştirilmiştir. Bağımlı değişken ölçümü senaryodaki uyarıcılara kilitli deri iletkenliği tepkisini yansıtan mikrosiemens cinsinden genlik değişimleridir. Kalp atım hızını belirlemek için kullanılan sensör ise başat olmayan eldeki küçük parmak ucuna, sensörün ışık veren kısmı parmağın altına gelecek şekilde yerleştirilmiştir. Bu sensörün doğru kayıt alabilmesi için katılımcılardan çekim öncesinde, varsa, tırnaklarındaki oje veya tırnak cilasını temizleyerek çalışmaya gelmeleri istenmiştir. Her iki ölçüm için örnekleme hızı ise 100 Hz olarak ayarlanmıştır. Katılımcılardan çekim öncesinde ellerini musluk suyu ile yıkamaları ve havlu ile kurulamaları; çekim boyunca mümkün olduğunca sensör bağlı kollarını az hareket ettirmeleri istenmiştir.

Davranışsal Ölçekler: Katılımcıların fobisinin olup olmadığı klinisyen tarafından yapılan görüşmeyle belirlenmiştir. Sanal gerçeklik maruz bırakma terapisinin etkililiği ise klinisyen değerlendirmesi ile birlikte fizyolojik ölçümlerdeki (GSR ve kalp atım hızı) değişimler analiz edilerek değerlendirilmiştir.

Klinisyen değerlendirmesinde yardımcı olmak amacıyla iki kısa ölçek katılımcılara uygulanmıştır.

Özgül Fobi Şiddeti Ölçeği (ÖFŞÖ, Severity Measure for Specific Phobia—Adult). Çalışmada Amerikan Psikiyatri Derneği'nce Craske ve arkadaşları (41) tarafından geliştirilen 10 maddelik özgül fobi şiddeti ölçeği formu hekim tarafından uygulanmıştır. Bu ölçekte toplam puanın ortalaması alınarak oluşturulan ortalama puan 0 ile 4 arasında değişmektedir (0 puan fobi yok ve 4 puan uç düzeyde fobi). Ölçekte üç ve daha fazla madde cevaplanmamışsa toplam puan hesaplanmamaktadır. Bilindiği kadarıyla ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması henüz yapılmamıştır. Söz konusu ölçek, DSM-5 tanı ve sınıflama sistemi içerisinde olan bir ölçektir.

Bu ölçekle ilgili Beesdo-Baum ve arkadaşları (42) tarafından Alman örnekleminde (N=102) yapılan çalışmada, ölçeğin yetişkin formunun Raykov yöntemine (43) göre elde edilmiş güvenilirlik katsayısı $r=0.93$ 'dir. Ölçeğin geçerli olduğunu göstermek için daha önce fobi için kullanılan ve geçerli olduğu bulgularan ölçeklerle korelasyonuna bakılmıştır. Buna göre FQ-BI (Fear Questionnaire-Blood/Injury: Korku Anketi-Kan/Yaralanma) ile arasındaki korelasyon $r=0.49$ 'dur. Ölçeğin DSM-4 tanı kriterlerine göre duyarlılığı %57.9 ve özgüllüğü %71.9'dur.

Öznel Sıkıntı Ölçeği (ÖSÖ, Subjective Units of Distress Scale-SUDS). Wolpe (44) tarafından kaygı bozukluklarında uygulanan terapilerin etkililiğini değerlendirmek için kullanılan ve uygulama esnasında kişinin beyanına dayanan bir ölçektir. Maruz bırakma çalışması esnasında katılımcı uygulanan yöntemin yol açtığı sıkıntı derecesini 0 ile 100 arasında bir değer vererek kendisi değerlendirmektedir. Maruz bırakma süresince bir sonraki aşamaya geçebilmek için her aşamada ortaya çıkan rahatsızlık düzeyinin, kişinin beyanına göre, %50 azalması beklenir.

İşlem

Klinisyen tarafından belirlenmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerden öncelikle imzalı aydınlatılmış onam formu alınmış, demografik bilgi

toplama formu ve ÖFŞÖ doldurulmuştur. Katılımcı çalışma günü öncesinde fizyolojik ölçümleri etkileyebileceği düşünülen konularda (çalışma gününden bir önceki akşam alkol alınmaması, her zamanki uyuma zamanında yatması; çalışma gününde çalışma saati öncesinde kafein içeren içecekler tüketmemesi gibi) çalışmaya gelmeden önce uyarılmıştır. Çalışma öncesinde sanal gerçeklik gözlüğünün bazı kişilerde nadir de olsa baş dönmesine yol açabileceği, böyle bir durumda klinisyeni bilgilendirmeleri ve istedikleri anda çalışmayı sonlandırabilecekleri bilgisi verilmiştir.

Katılımcılara çalışma hakkında gerekli bilgiler klinisyen tarafından verildikten sonra fizyolojik ölçümler için gerekli sensörler ile senaryoların verilebilmesi için sanal gerçeklik gözlüğü takılmıştır. Fizyolojik ölçümlerin temel düzeye ulaşabilmesi için 1-2 dakika beklenmiştir. Daha sonra klinisyen, kişinin fobisiyle ilgili en hafif kaygı düzeyini oluşturan aşamadan, en yoğun kaygıyı oluşturan aşamaya doğru hiyerarşik bir yapıda oluşturulan senaryoları uygulamıştır. Klinisyen her bir senaryo içerisindeki bir sonraki aşamaya geçebilmek için o aşamadaki yaşanan kaygının yaklaşık olarak %50 azalmış olmasını ölçüt olarak belirlemiştir. Bu azalmayı tespit edebilmek için de önündeki monitörden izlediği fizyolojik ölçümleri değerlendirmiş ve aşama sonunda Öznel Sıkıntı Ölçeği'ni (tek soruluk) uygulamıştır. ÖSÖ'ye ilişkin sorunun cevabı bu iş için belirlenen bir tuşa basılarak değerlendirme zamanı ve değerlendirme sonucu olarak fizyolojik kayıt üzerine aktarılmıştır. Tüm kayıtlar, bu iş için hazırlanmış sessiz ve normal ışıklandırılmış bir odada, teras senaryosu haricinde, katılımcının oturduğu durumda alınmıştır.

Verilerin analizi

Alınan verilerin istatistik analizi öncesinde birtakım önışleme aşamaları uygulanmıştır (AcqKnowledge- Biopac Systems Inc., USA). Kayıtlarda aşırı hareketin olduğu kısımlar analizlere dâhil edilmemiştir. Öncelikle bazı katılımcılarda tepe noktası genlik değerlerinin eksi değere düştüğü gözlemlendiği için eğilim ayırıştırması (trend removal) algoritması uygulanmamıştır. Verideki hızlı frekanslardan kay-

naklanan artefaktları yok etmek için kayan ortalama (moving average) yöntemiyle düzleştirme (smoothing) işlemi uygulanmıştır (tepe noktalarının yerlerini değiştirdiği için filtreleme yöntemi tercih edilmemiştir). Daha sonra her bir katılımcı ve uyarıcı için uyarıcı sonrasında minimum, maksimum, tepeden tepeye (peak to peak: PP) genlik değerleri ile bir uyarıcıdan, sonraki uyarıcıya kadar olan kayıt için eğri altında kalan alan değerleri GSR ve kalp atım hızı (KAH) ölçümleri için ayrı ayrı oluşturulmuştur.

Katılımcı sayısının kısıtlı olması ve hepsinin aynı fobi türünden olmamaları nedeniyle her bir fobi için analizler klinisyen tarafından incelenerek katılımcı için en çok tepkiye yol açan uyarıcılar (dolayısıyla her senaryo içerisinde en korku uyandıran uyarıcılar) belirlenmiştir (bakınız Tablo 1). Bu uyarıcılara “ilk” defa maruz kalma sırasında oluşan fizyolojik tepkilerle en “son” maruz kalma sonrasında oluşan fizyolojik tepkiler için yukarıda bahsedilen metriklerin (minimum, maksimum ve PP gibi) ortalamaları analizlere dâhil edilmiştir.

Örneğin yukarıdaki tabloda “komut no” satırında belirtilen 7 nolu uyarıcıya ilk defa maruz kalındığındaki fizyolojik veri metrikleri (min, max ve PP) hem GSR hem de kalp atım hızı ölçümleri için oluşturulduktan sonra, aynı uyarıcıya en son maruz kalma durumunda da benzer şekilde oluşturulmuştur. Dolayısıyla bu uyarıcı için bir ön ölçüm bir de son ölçüm değeri elde edilmiştir. Bu işlem 11,12 ve 13 nolu uyarıcılar için de oluşturulduktan sonra köpek fobisi için her katılımcının 7,11,12 ve 13 nolu ilk ve son ölçümlerinin ortalaması alınarak, o kişi için bir “ortalama-ilk” ve bir “ortalama-son” değeri elde edilmiştir. Bu ilk ve son ölçümlere ilişkin ortalamalar diğer senaryolar için de benzer şekilde

oluşturulmuştur. Önleme aşamalarından sonra elde edilen örnek bir GSR ve KAH için bakınız Şekil 1 ve Şekil 2.

Bu kayıtlar incelenirken dikkat edilmesi gereken bir husus, her uyarıcı öncesinde ne tür bir uyarıcıyla karşı karşıya kalınacağı hakkında bir bilginin maruz bırakma akışı sırasında klinisyen tarafından katılımcıya verilmesidir. Dolayısıyla, örneğin köpek hastaya yaklaşacaksa bu bilgi katılımcıya hemen öncesinde sözel olarak verilmekte ve sonrasında klinisyen ilgili tuşlara basarak uyarıcıyı görsel olarak yollamaktadır (köpek sanal gerçeklik uygulamasında katılımcıya yaklaşmaktadır). Bu nedenle kayıtlarda uyarıcı gelmeden bu sözel bilgilendirmeye bağlı bir genlik artışı olmaktadır. Görsel uyarıcı verildiğindeyse çoğu zaman sözel bilgilendirmeye dayalı bir artış nedeniyle uyarıcının verilme anını yansıtan sayısal kod, genlik değeri artmaya başladıktan sonra kayıt üzerine aktarılmaktadır.

Fizyolojik (deri iletkenliği ve kalp atım hızı) ve davranışsal (ÖSÖ) verilere ilişkin ön ve son ölçüm değerleri arasındaki değişimin anlamlılığı, katılımcı sayısının az olmasından dolayı Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile analiz edilmiştir.

BULGULAR

Nesnel ölçümler (fizyolojik ölçümler) ile öznel değerlendirmeler (davranışsal, ÖSÖ) arasındaki ilişki örüntüsü Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2 incelendiğinde, en korku verici uyarıcıya ilk maruz kalma nesnel ile öznel ölçümleri arasında ve aynı uyarıcıya son maruz kalma nesnel ile öznel ölçümleri arasındaki ilişki katsayıları (Spearman

Tablo 1. Farklı özgül fobi senaryolarında katılımcıda en çok fizyolojik değişikliklere yol açan uyarıcılar

Fobi Türü	Komut No	Komut Açıklaması
Hayvan-Köpek	7	Köpek hastaya iyice yaklaşır
	11	Köpek hastaya yakın konumda oturur
	12	Köpek hastaya yakın konumda havlar
	13	Köpek hastaya yakın konumda hırlama sesi çıkarır
Hayvan-Örümcek	6	Örümcek hastanın yakınına gelir ve belli bir mesafede durur
	8	Örümcek sayısı artırılır
Kapalı alan-Metro	6	Tren panik noktasına doğru ilerler
	7	Tren aydınlanması vamp söner/Düzelir
Yükseklik-Teras	4	Korkuluk kaldırılır/geri getirilir
Yükseklik-Teleferik	4	Teleferiğin hareketi başlatılır
	5	Teleferiğin hareketi durdurulur

Tablo 2. En korku verici uyarıcıya ilk ve son maruz bırakılma sırasında alınan fizyolojik ve davranışsal ölçümler arasındaki korelasyon katsayıları (Spearman Rho)

N=11	Maksimum GSR (İlk Maruz Kalma)	GSR PP (İlk Maruz Kalma)	Maksimum KAH (İlk Maruz Kalma)	KAH PP (İlk Maruz Kalma)
Öznel Sıkıntı Ölçeği (İlk Maruz Kalma)	0.39	0.21	0.43	0.36
N=11	Maksimum GSR (Son Maruz Kalma)	GSR PP (Son Maruz Kalma)	Maksimum KAH (Son Maruz Kalma)	KAH PP (Son Maruz Kalma)
Öznel Sıkıntı Ölçeği (Son Maruz Kalma)	0.26	0.05	0.31	0.52

*Galvanic Skin Response (Galvanik Deri Tepkisi): GSR. Peak to Peak (Tepeden Tepeye): PP. Kalp Atım Hızı: KAH
Hiçbir ikili ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir.

rho) anlamlı olmadığı görülmektedir. Öznel değerlendirme (ÖSÖ) ile en yüksek ilişkili fizyolojik parametre (hem ilk hem de son maruz kalma için) deri iletkenliğinden ziyade kalp atım hızı olarak ortaya çıkmaktadır.

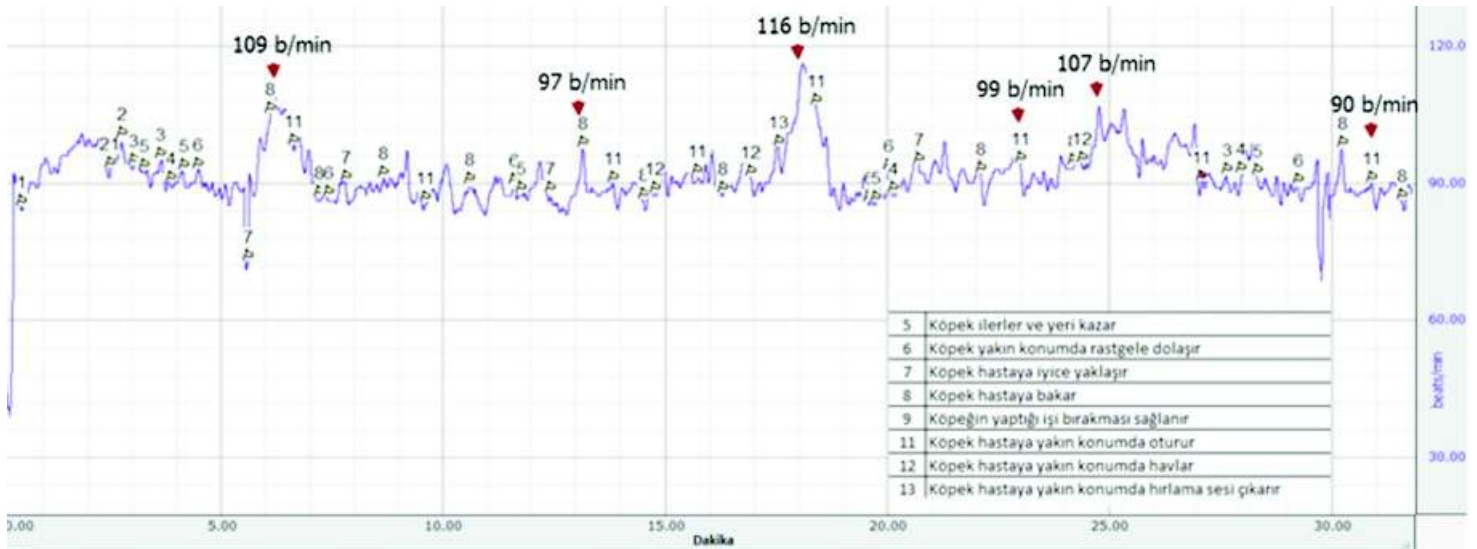
En korku verici uyarıcıya ilk defa maruz kalma ve en son maruz kalma sonrasında ölçümlenen maksimum ve PP deri iletkenliği tepkilerine ilişkin ortalama, standart sapma ve ortanca değerleri Tablo 3'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde ilk maruz kalma ve en son maruz kalma sonrasında ölçülen maksimum genlik ve PP değerlerinde bir düşme gözlemlenmektedir.

Deri iletkenliği maksimum genlik ölçümleri incelendiğinde, en korku verici uyarıcıya ilk defa maruz kalma (Mdn=3.48) ile en son maruz kalma (Mdn=2.94) sonrasında oluşan maksimum genlik değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı (T=19.00, z=-1.25, p=0.107 (tek-yönlü)) bir fark olmamakla beraber, farka ilişkin etki büyüklüğü orta düzeyde yakındır (r=0.27).

Öte yandan, aynı analiz verideki trendden daha az etkilenen tepeden tepeye (PP) genlik değerleri için yapıldığında, en korku verici uyarıcıya en son maruz kalma sonrasında oluşan tepeden tepeye genlik değeri (Mdn=0.25), ilk defa maruz kalma sonrasında oluşan tepeden tepeye genlik değerinden (Mdn=0.77) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür (T=11.00, z=-1.96, p=0.025 (tek-yönlü)). Bu fark orta düzeyde bir etki büyüklüğüne (r=0.42) işaret etmektedir.

Aşağıdaki Tablo 4'te ise yine en korku verici uyarıcıya ilk defa maruz kalma ve en son maruz kalma sonrasında ölçümlenen maksimum KAH ve tepeden tepeye (PP) KAH genlik değerlerine ilişkin ortalama, standart sapma ve ortanca değerleri verilmiştir. Tablo incelendiğinde en korku verici uyarıcıya tepki olarak ölçümlenen maksimum kalp atım hızı genlik değerleri ile tepeden tepeye (PP) genlik değerlerinde, uyarıcıya ilk maruz kalma ile en son maruz kalma sonrasında ölçümlenen değerlerde bir azalma gözlemlenmektedir.

En korku verici uyarıcıya en son maruz kalma



Şekil 1. Köpek fobisi olan 51 yaşında kadın katılımcıya ait maruz bırakılma seansı GSR kaydı. X ekseninde zaman (dakika), Y ekseninde ise mikrosiemens (μ S) türünden genlik değerleri yer almaktadır.

Tablo 3. En korku verici uyarıcılara ilk ve son maruz bırakılma sonrasında ölçümlenen maksimum GSR ve tepeden tepeye (peak to peak: PP) genlik değerlerine ilişkin istatistikler

N=11	İlk Maruz Kalma	Son Maruz Kalma	p (tek yönlü)	Etki büyüklüğü (r)
Maksimum GSR	\bar{X} =3.44 SS=1.29 Mdn=3.48 ÇAU=1.39	\bar{X} =3.11 SS=1.50 Mdn=2.94 ÇAU=1.02	0.107	0.27
GSR PP	\bar{X} =0.65 SS=0.53 Mdn=0.77 ÇAU=0.88	\bar{X} =0.33 SS=0.29 Mdn=0.25 ÇAU=0.18	0.025	0.42

*Galvanic Skin Response (Galvanik Deri Tepkisi): GSR, Peak to Peak (Tepeden Tepeye): PP, Ortalama: \bar{X} , Standart Sapma: SS, Medyan: Mdn, Çeyrekler Arası Uzaklık: ÇAU, Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi

sonrasında oluşan maksimum kalp atım hızı genlik değeri (Mdn=84.50), bu türden uyarıcılara ilk defa maruz kalma sonrasında oluşan maksimum kalp atım hızı genlik değerinden (Mdn=87.99) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür (T=7.00, z=-2.31, p=0.009 (tek-yönlü)). İki ölçüm ortalamaları arasındaki bu fark, yüksek düzeyde bir etki büyüklüğüne (r=0.49) işaret etmektedir.

Yine, KAH'a ilişkin tepeden tepeye (PP) genlik değerleri için de yukarıdaki analiz yapıldığında, en korku verici uyarıcıya en son maruz kalma sonrasında oluşan KAH tepeden tepeye genlik değeri (Mdn=12.00), bu türden uyarıcılara ilk defa maruz kalma sonrasında oluşan kalp atım hızı tepeden tepeye genlik değerinden (Mdn=17.21) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşüktür (T=5.00, z=-2.49, p=0.005 (tek-yönlü)). PP değerleri ilk ve son ölçüm ortalamaları arasındaki fark, yüksek düzeyde bir etki büyüklüğünü (r=0.53) göstermektedir.

Tablo 5'te ise katılımcıların en korku verici uyarıcılara maruz kaldıktan bir süre sonra, bir sonraki aşamaya geçmek için buldukları aşamanın ne kadar sıkıntı verdiğini değerlendirmelerine (ÖSÖ) ilişkin ortalama, standart sapma ve ortanca değerleri verilmiştir. Tablo incelendiğinde uyarıcıya ilk maruz kalmaya göre en son maruz kalmada, öznel sıkıntı değerlendirme puanlarında bir azalma gözlemlenmektedir. Dolayısıyla en korku verici uyarıcıya en son maruz kalma sonrasında katılımcının kendini ne kadar sıkıntıda hissettiğini yansıtan değerlendirme puanları (Mdn=40.00), o türden uyarıcılara ilk defa maruz kaldıklarında yaptıkları sıkıntı değerlendirme puanlarından (Mdn=53.33) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür (T=7.50, z=-2.27, p=0.01 (tek-yönlü)). İki sıkıntı değerlendirme puan ortalamaları arasındaki fark, yüksek düzeyde bir etki büyüklüğüne (r=0.48) işaret etmektedir.



Şekil 2. Köpek fobisi olan 29 yaşında kadın katılımcıya ait maruz bırakma seansı KAH (kalp atım hızı) kaydı. X ekseninde zaman (dakika), Y ekseninde ise dakikadaki kalp atım hızı (beats per minute, b/min) türünden genlik değerleri yer almaktadır.

Tablo 4. En korku verici uyarıcılara ilk ve son maruz bırakılma sonrasında ölçümlenen maksimum KAH ve tepeden tepeye (Peak to Peak: PP) genlik değerlerine ilişkin istatistikler

N=11	İlk Maruz Kalma	Son Maruz Kalma	p (tek yönlü)	Etki büyüklüğü (r)
Maksimum KAH	\bar{X} =93.38 SS=11.39 Mdn=87.99 ÇAU=17.46	\bar{X} =85.62 SS=9.76 Mdn=84.50 ÇAU=11.88	0.009	0.49
KAH PP	\bar{X} =22.41 SS=11.98 Mdn=17.21 ÇAU=15.69	\bar{X} =13.00 SS=4.95 Mdn=12.00 ÇAU=6.62	0.005	0.53

Kalp Atım Hızı: KAH, Peak to Peak (Tepeden Tepeye); PP, Ortalama: \bar{X} , Standart Sapma: SS, Medyan: Mdn, Çeyrekler Arası Uzaklık: ÇAU, Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

TARTIŞMA

Mevcut çalışmanın amacı özgül fobi tanısı almış yetişkin bireylere verilecek psikolojik destek sürecinde kullanılmak üzere alandaki uzmanların kullanabileceği sanal gerçeklik teknolojisine dayalı yardımcı aracın etkililiğinin davranışsal ve fizyolojik ölçümlerle belirlenmesidir.

Katılımcılardan elde edilen fizyolojik ölçümlerle (GSR ve KAH) yapılan analizler öğrenilmiş korku tepkilerinin ilgili uyarıcı ile belli bir süre maruz kaldıktan sonra sönme eğilimine girdiği yönünde olmuştur. Kısaca, katılımcı kendisi için ürkütücü olan uyarıcıya belli bir süre sanal gerçeklik teknolojisi yardımı ile maruz kalabildiğinde aşırı korku tepkileri belirgin bir biçimde azalmaya başlamıştır. Öte yandan, katılımcıların tüm uygulama süresince bildirdikleri öznel sıkıntı düzeyi verilerine göre de bu azalma belirgin bir biçimde olmuştur.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda mevcut çalışmanın üç hipotezi, belli sınırlılıklar içinde, doğrulanmıştır. Yani, (a) fobiyle ilgili uyarıcılara ilk defa maruz kalma sırasında ölçülen deri iletkenliği tepkisi genlik değerleri, uygulama boyunca katılımcı bu uyarıcılara maruz kaldıkça azalmıştır; (b) fobiyle ilgili uyarıcılara ilk defa maruz kalma sırasında ölçülen kalp atım hızı değerleri, uygulama boyunca katılımcı bu uyarıcılara maruz kaldıkça azalmıştır ve (c) katılımcıların fobileriyle ilgili uyarıcılara maruz kaldıktan sonra yaptıkları, uyarıcının şiddetiyle ilgili öznel sıkıntı ölçeği ile ölçülen öznel rahatsızlık değeri, maruz bırakma seansının sonlarına doğru, seansın başlarında olduğundan daha düşük olmuştur. Özetle, sanal gerçeklik gözlüğü yardımı ile senaryolara maruz kalan kişilerin aşırı korku tepkileri hem objektif hem de subjektif ölçümlere göre belirgin bir

biçimde azalmıştır.

Çalışmanın sonuçları üç temel sınırlılık bilgisi ışığında ele alınmalıdır. Bu sınırlılıklardan ilki, çalışmada az sayıda katılımcının olmasıdır. Katılımcı sayısının az olması birtakım istatistik analizlerin anlamlı çıkmamasında etkili olmuş olabilir. Örneğin, en korku verici uyarıcıya ilk defa maruz kalma ile en son maruz kalma sonrasında oluşan maksimum GSR genlik değerleri arasındaki farkın anlamlı olmaması katılımcı azlığıyla ilgili olabilir. Zira farka ilişkin etki büyüklüğünün orta düzeye yakın olması bu görüşü kısmen desteklemektedir. Benzer şekilde nesnel (fizyolojik) ile öznel (davranışsal) ölçümler arasında ilk maruz kalma ve son maruz kalma ölçümleri arasındaki ikili ilişkilerin anlamlı olmaması da katılımcı azlığıyla ilişkilendirilebilir. Zira parametrik olmayan testlerin güçleri (power) parametrik testlerden daha azdır (dolayısıyla Tip II hata yapma olasılıkları daha fazladır). Öte yandan, öznel sıkıntı ölçeği ölçümleriyle en ilişkili fizyolojik ölçümler kalp atım hızı değişkeniyle ilgili ölçümler olarak ortaya çıkmıştır. GSR'ye ilişkin sistemin işleyişinin daha yavaş ve bu sistemdeki değişimin daha örtük olması (kişi tarafından farkına daha varılması) bu sonuçla ilgili olabilir.

Bir diğer kısıtlılıksa, çalışmanın yapıldığı gruba ek olarak terapinin uygulanmadığı bir kontrol grubunun olmayışıdır. Bir kontrol grubu olsaydı ve fobi tanısı almış katılımcılar bu iki gruba seçkisiz olarak atanabilseydi, geliştirilen sistemin tedavi bakımından faydalı olduğu yönündeki çıkarım daha kuvvetli bir şekilde yapılabilirdi. Seçkisiz atamanın olmaması neden-sonuç içeren çıkarımların yapılmasını engellemekte ve bu yöndeki çıkarımların dikkatli bir biçimde yapılmasını gerektirmektedir. Bu nedenle, ileride yapılacak benzer

çalışmalarda gözetilmesi gereken en temel nokta araştırmanın deneysel bir desene sahip olması gerektiği yönünde olacaktır. Son olarak, klinisyen tarafından yapılan psikiyatrik değerlendirme görüşmesine ek olarak kullanılan Özgül Fobi Şiddeti Ölçeği'nin psikometrik özelliklerinin Türkiye'de sınınamamış olması bir diğer sınırlılık olarak değerlendirilmelidir.

Öte yandan, çalışmanın veri analizine dayalı sonuçları ile veri toplama sürecinde etkin bir biçimde rol alan her iki klinisyenin öznel gözlemleri sanal gerçeklik teknolojisinin özgül fobilerin tedavisinde etkin bir biçimde kullanılabileceği yönünde olmuştur. Nitekim, öğrenilmiş aşırı korku tepkilerinin (örn., özgül fobi) maruz bırakma (yüzleştirme) teknikleri ile etkin bir biçimde tedavi edildiği gerçeği yeni bir durum değildir. İnsan doğasını anlamada etkin bir yaklaşım olan Davranışçı Kuram'ın davranışa ilişkin elde ettiği bilgiyi kullanarak bu konuda ilk sistematik tedavi protokolü geliştiren kişi Wolpe (44) olmuştur. Sistematik Duyarsızlaştırma ismiyle de bilinen tedavi protokolünde amaç bireyde sıkıntıya neden olan öğrenmenin tersine çevrilmesi ve bireye yeni bir davranışın öğretilmesidir. Aşırı korku tepkilerini doğuran uyaranlara belli bir süre ve belli bir sistemle maruz kalan (yüzleşen) kişide korku tepkilerinin sönmeye başladığı bilinmektedir. Bu temel teknik günümüzde birçok kaygı bozukluğunun tedavisinde (ör., TSSB, Özgül Fobi, Sosyal Fobi gibi) etkin bir biçimde kullanılmaktadır. Korku yaratan uyarıcıya iki şekilde maruz bırakmak mümkündür: uyarıcıya gerçekten maruz bırakmak (in-vivo) ya da uyarıcıya imgesel maruz bırakma (in-vitro). Uyarıcının doğasına ve ulaşılabilirliğine göre hem gerçek ortamda hem de imgesel maruz bırakma artık bu tür tedavilerde klasikleşmiş durumdadır. Geleneksel yöntemde korku verici uyarıcıya maruz bırakmanın çeşitli maliyetleri olmaktadır. Öğrenilmiş korku tepkilerine neden olan uyarıcılara maruz bırakmada sanal gerçeklik

teknolojisi (VR) kullanımını tetikleyen en önemli değişken geleneksel yöntemlerin içerdiği birtakım maliyetler olmuştur.

Sanal gerçeklik teknolojisinin başta özgül fobi olmak üzere diğer tüm kaygı bozukluklarının tedavisinde kullanılması çalışmaları son yıllarda giderek artmaktadır. Gerek deneysel gerekse de meta analitik çalışmalar yaygınlaşmaya başlamıştır. McCann ve arkadaşları (11) sanal gerçeklik teknolojisi kullanılarak yapılan çalışmaları derledikleri makalelerinde, VR kullanılarak yapılan maruz bırakma tedavilerinin etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Cardoso ve arkadaşları (45) tarafından VR'nin uçuş fobisi üzerindeki tedavi edici etkisinin araştırıldığı meta analiz çalışmasına göre de uçuş korkusunun tedavisinde VR etkili bir yöntemdir.

Sanal gerçeklik teknolojisinin genelde kaygı bozukluklarının özelde ise fobilerin tedavisinde etkili bir yöntem olduğunu ortaya koyan çalışmalardan yazının giriş kısmında söz edilmişti (ör., 29, 31, 32, 33 ve 35). Mevcut çalışmanın sonuçları ilgili literatürde ortaya konan sonuçlarla paraleldir. Yani, sanal gerçeklik teknolojisi fobilerin tedavisinde, en az geleneksel tedavi yöntemleri oranında etkili bir yöntemdir. Ayrıca, sanal gerçeklik teknolojisi kullanımı ile fobilerin tedavi etmenin çeşitli avantajları mevcuttur: (i) Sanal gerçeklik teknolojisi hem fobisi olan kişiye hem de uzmana korkulan nesne ya da durum üzerinde bir hâkimiyet kurmasını sağlamaktadır. Örneğin, geleneksel tedavilerde kullanıldığı biçimiyle gerçek bir durumda köpeğin, örümceğin ya da yılanın bir sonraki davranışını tahmin ve kontrol etmek güç olabilir. Oysa sanal gerçeklik teknolojisinde korkulan nesneyi her durumda kontrol altında tutulmasına olanak vermektedir. (ii) Sanal gerçeklik teknolojisi yolu ile her türlü durum ya da nesne düşük maliyetle yaratılabilmektedir. Geleneksel yöntemlerde kullanıldığı gibi kimi fobik nesneye ulaşmak ve bu nesneyi tedavi ortamına getirmek

Tablo 5. En korku verici uyarıcılara ilk ve son maruz bırakılma sonrasında ölçümlenen öznel sıkıntı ölçeği değerlerine ilişkin istatistikler

N=11	İlk Maruz Kalma	Son Maruz Kalma	p (tek yönlü)	Etki büyüklüğü (r)
Öznel Sıkıntı Ölçeği	\bar{X} =49.21	\bar{X} =38.62		
Değerlendirmesi	SS=21.41 Mdn=53.33	SS=22.00	0.01	0.48
	ÇAU=15.84	Mdn=40.00		

*Ortalama: \bar{X} , Standart Sapma: SS, Medyan: Mdn, ÇAU: Çeyrekler Arası Uzaklık, Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi

(örn., yılan, arı gibi) ve/veya durumu yaratmak (örn., uçak, yükseklik gibi) çok maliyetli hatta bazen imkansız olabilir. Örneğin, uçuş fobisi olan bir hastayla gidiş-dönüş biletleri almanız, havaalanına gitmeniz ve hastanızla birlikte uçuş deneyimi yaşamanız gerekmektedir. (iii) Sanal gerçeklik teknolojisi bundan faydalanacak kişilerin mahremiyetinin de daha iyi sağlandığı bir tedavi imkânı sunmaktadır. Geleneksel maruz bırakma tedavilerinde diyelim ki kişinin asansör ya da metroya binme korkusu varsa söz konusu kamusal alanlara gidilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Oysa kişi kendi durumunun başkalarının görülmesini istemeyebilir. (iv) Sanal gerçeklik teknolojisi ile gerçek durumların izin verdiğinin ötesine geçmek mümkün olabilmektedir. (v) Sanal gerçeklik teknolojisi kişiye kendini güvende hissedebileceği bir tedavi ortamı sunabilmektedir. Bu da kişinin tedaviye yönelik isteğini artırmaktadır ve son olarak, (vi) Sanal gerçeklik teknolojisi geleneksel tedavi biçimlerine göre hem süre hem de maliyet açısından çok daha ekonomiktir.

Mevcut çalışmanın sonuçları sanal gerçeklik teknolojisinin fobilerin tedavisinde etkili bir yöntem olarak kullanılabilirliğini göstermiştir. Bu teknoloji yıllardır etkili bir biçimde hem kaygı bozukluğunun hem de fobilerin tedavisinde etkili bir biçimde kullanılan geleneksel yüzleştirme tekniğinin yeni bir biçimi olma potansiyeli

taşımaktadır.

SONUÇ

Fobilerin tedavisinde korkulan uyarıcıya maruz bırakmanın etkili bir tedavi yöntemi olduğu uzun süredir bilinmektedir. Sanal gerçeklik teknolojisinin gelişmesiyle birlikte bu teknoloji genelde kaygı bozukluklarının özelde ise fobilerin tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. Yukarıda da aktarıldığı gibi söz konusu teknolojinin geleneksel tedavilerle karşılaştırıldığında birçok avantajının olabileceği açıkça görülmektedir. Mevcut çalışmanın bulgularına göre, yarattığı sahicilik hissi nedeniyle, sanal gerçeklik teknolojisinin fobilerin tedavisinde etkili bir araç olarak kullanılabilirliği açıktır. Bu çalışmada kullanılan fobi senaryoları ileride yapılacak çalışmalarda çeşitlendirilebilir. Örneğin uçak fobisine yönelik bir senaryonun oluşturulması iyi olabilir. Var olan senaryolara ise hastanın fobi şiddetine göre farklı alt senaryolar eklenebilir.

Yazışma Adresi: Doç. Dr., Sedat İşıklı, Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye psysedat@hacettepe.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Antony MM, Barlow DH. Specific phobia. In: Caballo V, editor. International handbook of cognitive and behavioural treatments for psychological disorders. 1st ed. The Netherlands: Pergamon; 1998. p. 1-22.
2. LeDoux J. The emotional brain, fear, and the amygdala. Cell Mol Neurobiol. 2003;23:727-38.
3. Kreibig SD. Autonomic nervous system activity in emotion: a review. Biol Psychol. 2010;84:394-421.
4. Choy Y, Fyer AJ, Lipsitz JD. Treatment of specific phobia in adults. Clin Psychol Rev. 2007;27:266-86.
5. Sadock BJ, Sadock VA, Pedro R. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. New York: Wolters Kluwer; 2015.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
7. Fyer AJ. Current approaches to etiology and pathophysiology of specific phobia. Biological psychiatry. 1998;44:1295-304.
8. Poulton R, Menzies RG. Non-associative fear acquisition: a review of the evidence from retrospective and longitudinal research. Behaviour research and therapy. 2002;40:127-49.
9. Hermann C, Ziegler S, Birbaumer N, Flor H. Psychophysiological and subjective indicators of aversive pavlovian conditioning in generalized social phobia. Biological psychiatry. 2002;52:328-37.
10. Tükel R, Alkın T. Anksiyete bozuklukları. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2006.
11. McCann RA, Armstrong CM, Skopp NA, Edwards-Stewart A, Smolenski DJ, June JD, et al. Virtual reality exposure therapy for the treatment of anxiety disorders: An evaluation of research quality. Journal of Anxiety Disorders. 2014;28:625-31.
12. Ekman P, Levenson R, Friesen W. Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. Science. 1983;221:1208-10.
13. Busscher B, van Gerwen LJ, Spinhoven P, de Geus EJ. Physiological reactivity to phobic stimuli in people with fear of flying. Journal of psychosomatic research. 2010;69:309-17.
14. Klumbies E, Braeuer D, Hoyer J, Kirschbaum C. The reaction to social stress in social phobia: discordance between physiological and subjective parameters. PloS one. 2014;9:e105670.

15. Knopf K, Pospel P. Individual response differences in spider phobia: comparing phobic and non-phobic women of different reactivity levels. *Anxiety, stress, and coping*. 2009;22:39-55.
16. Raudenbush B, Capiola A. Physiological responses of food neophobics and food neophilics to food and non-food stimuli. *Appetite*. 2012;58:1106-8.
17. Craske MG, Mohlman J, Yi J, Glover D, Valeri S. Treatment of claustrophobias and snake/spider phobias: fear of arousal and fear of context. *Behaviour research and therapy*. 1995;33:197-203.
18. Davies CD, Niles AN, Pittig A, Arch JJ, Craske MG. Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2015;46:35-43.
19. Busscher B, Spinhoven P, van Gerwen LJ, de Geus EJ. Anxiety sensitivity moderates the relationship of changes in physiological arousal with flight anxiety during in vivo exposure therapy. *Behaviour research and therapy*. 2013;51:98-105.
20. Jerath R, Crawford MW. How Does the Body Affect the Mind? Role of Cardiorespiratory Coherence in the Spectrum of Emotions. *Advances in mind-body medicine*. 2015;29:4-16.
21. Lang PJ, Melamed BG, Hart J. A psychophysiological analysis of fear modification using an automated desensitization procedure. *Journal of Abnormal Psychology*. 1970;76:220-34.
22. Dawson ME, Schell AM. Principles of Psychophysiology: Physical, social, and inferential elements. In: Cacioppo JT, Tassinari LG, editors. *The Electrodermal System*. Cambridge: The Cambridge Press; 1990.
23. Dawson ME, Schell AM, Courtney CG. The skin conductance response, anticipation, and decision-making. *Journal of Neuroscience, Psychology, and Economics*. 2011;4:111-6.
24. Hare RD, Blevings G. Defensive responses to phobic stimuli. *Biological Psychology*. 1975;3:1-13.
25. Öhman A, Soares JJ. On the automatic nature of phobic fear: Conditioned electrodermal responses to masked fear-relevant stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*. 1993;102:121-32.
26. Wolitzky-Taylor KB, Horowitz JD, Powers MB, Telch MJ. Psychological approaches in the treatment of specific phobias: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2008;28:1021-37.
27. Heeren A, Reese HE, McNally RJ, Philippot P. Attention training toward and away from threat in social phobia: effects on subjective, behavioral, and physiological measures of anxiety. *Behaviour research and therapy*. 2012;50:30-9.
28. Alpers GW, Wilhelm FH, Roth WT. Psychophysiological assessment during exposure in driving phobic patients. *J Abnorm Psychol*. 2005;114:126-39.
29. Wangelin BC, Tuerk PW. Taking the pulse of prolonged exposure therapy: Physiological reactivity to trauma imagery as an objective measure of treatment response. *Depression and anxiety*. 2015;32:927-34.
30. Baus O, Bouchard S. Moving from Virtual Reality Exposure-Based Therapy to Augmented Reality Exposure-Based Therapy: A Review. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2014;8:112.
31. Sanchez-Vives MV, Slater M. From presence to consciousness through virtual reality. *Nature Reviews Neuroscience*. 2005;6:332-9.
32. Muhlberger A, Herrmann MJ, Wiedemann GC, Ellgring H, Pauli P. Repeated exposure of flight phobics to flights in virtual reality. *Behaviour research and therapy*. 2001;39:1033-50.
33. Parsons TD, Rizzo AA. Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2008;39:250-61.
34. Rothbaum BO, Hodges LF, Kooper R, Opdyke D, Williford JS, North M. Effectiveness of computer-generated (virtual reality) graded exposure in the treatment of acrophobia. *The American journal of psychiatry*. 1995;152:626-8.
35. Wiederhold BK, Jang DP, Kim SI, Wiederhold MD. Physiological monitoring as an objective tool in virtual reality therapy. *Cyberpsychology & behavior : the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*. 2002;5:77-82.
36. Emmelkamp PM, Bruynzeel M, Drost L, van der Mast CA. Virtual reality treatment in acrophobia: a comparison with exposure in vivo. *Cyberpsychology & behavior : the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*. 2001;4:335-9.
37. Krijn M, Emmelkamp PM, Biemond R, de Wilde de Ligny C, Schuemie MJ, van der Mast CA. Treatment of acrophobia in virtual reality: the role of immersion and presence. *Behaviour research and therapy*. 2004;42:229-39.
38. Garcia-Palacios A, Hoffman H, Carlin A, Furness TA, 3rd, Botella C. Virtual reality in the treatment of spider phobia: a controlled study. *Behaviour research and therapy*. 2002;40:983-93.
39. Hoffman HG, Garcia-Palacios A, Carlin A, Furness Iii TA, Botella-Arbona C. Interfaces That Heal: Coupling Real and Virtual Objects to Treat Spider Phobia. *International Journal of Human-Computer Interaction*. 2003;16:283-300.
40. Powers MB, Emmelkamp PMG. Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008;22:561-9.
41. Craske M, Wittchen U, Bogels S, Stein M, Andrews G, Lebeu R. Severity Measure for Specific Phobia—Adult 2013 [Available from: <http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/dsm-5/online-assessment-measures>].
42. Beesdo-Baum K, Klotsche J, Knappe S, Craske MG, Lebeau RT, Hoyer J, Strobel A, Pieper L, Wittchen HU. Psychometric properties of the dimensional anxiety scales for DSM-V in an unselected sample of German treatment seeking patients. *Depression and anxiety*. 2012;29:1014-24.
43. Raykov T. Behavioral scale reliability and measurement invariance evaluation using latent variable modeling. *Behavior Therapy*. 2004;35:299-331.
44. Wolpe J. *The Practice of Behavior Therapy*. New York: Pergamon Press; 1969.
45. Cardoso RAI, David OA, David DO. Virtual reality exposure therapy in flight anxiety: A quantitative meta-analysis. *Computers in Human Behavior*. 2017;72:371-80.

Ergenlerde internet bağımlılığı ve psikopatoloji ile ilişkisi: Kesitsel bir çalışma

*Internet addiction and its relation with psychopathology in adolescents:
A cross-sectional study.*

Özlem Hekim¹, Zeynep Göker², Hilal Aydemir², Esra Çöp³, Gulser Dinç², Özden Üneri⁴

¹Uzm. Dr., Ankara Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-7446-7805>

²Uzm. Dr., ³Doç. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-6489-3800>

<https://orcid.org/0000-0001-9492-9440>-<https://orcid.org/0000-0001-8451-0099>-<https://orcid.org/0000-0001-5556-3175>

⁴Doç. Dr., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-7869-5338>

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada klinik örnekleme mevcut ergenlerin psikiyatrik tanı dağılımı ile internet kullanımı arasındaki ilişkinin araştırılması ve internet kullanım örüntülerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışma örneklemini çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine çeşitli duygusal ve davranışsal sorunlar ile ilk kez başvuran, 13-17 yaş aralığında, ergenler oluşturmuştur. Ergenlerde psikopatoloji, klinik görüşme yapılarak değerlendirilmiştir ve ergenlerden sosyodemografik bilgi formu ve internet bağımlılığı ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde ikili karşılaştırmalarda $p < .05$, üçlü karşılaştırmalarda $p < .017$, dördü karşılaştırmalarda $p < .012$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir. **Bulgular:** Örneklem %64'ü ($n=103$) kız, 161 ergenden oluşmaktadır. İnternet kullanım özellikleri ile internet bağımlılık ölçeğine göre belirlenen gruplar arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, internette geçirilen süre ve yaş ortanca dağılımları açısından gruplar arasında internet bağımlılığı lehine anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik bozukluklar açısından gruplar arası dağılım oranları incelendiğinde ergenlerin, %73,9'unda en az bir psikiyatrik bozukluk varlığı saptanmış ve bu tanılar arasında major depresif bozukluk tanısının bağımlı ve riskli grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. **Sonuç:** Çalışmamızın sonuçlarına göre ergenlerde internet bağımlılığı ile psikiyatrik bozukluklar ve özellikle major depresif bozukluk arasında yakın bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgularının, ergenlik dönemi psikiyatrik tanı alan hasta popülasyonunda internet bağımlılığını değerlendirme açısından ilgili yazına önemli bir katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Ergen, internet bağımlılığı, psikopatoloji

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:329-337)

DOI: 10.5505/kpd.2019.80488

SUMMARY

Objective: This study aimed to evaluate the relation between psychiatric diagnoses and internet usage in a clinical sample of adolescents and determine the pattern of internet use. **Method:** Adolescents aged 13-17 years who admitted to a child-adolescent psychiatry outpatient clinic for some emotional or behavioral problems were included. Psychopathologies were evaluated via clinical interview and sociodemographic form and internet addiction scale were applied to be fulfilled. $p < .05$ was accepted to be significant for dual comparisons, $p < .017$ for triple and $p < .012$ for quadruple comparisons.. **Results:** There were 161 adolescents with 64% ($n = 103$) of all were girls. Internet usage and internet addiction scale variables pointed out that there was a relation between age, internet usage duration and internet addiction. Psychiatric diagnoses distribution was significantly higher among adolescents as 73.9% of all had at least one psychiatric disorder. Major depressive disorder was found to be significantly higher in addictive and risky groups. **Discussion:** Findings point out that there is a relation between internet addiction and psychiatric disorders especially major depressive disorder. These results could support the studies in this field as adolescents who have any psychiatric disorders ought to be evaluated for internet addiction.

Key Words: Adolescent, internet addiction, psychopathology

GİRİŞ

İnternet modern yaşamın ayrılmaz bir unsurudur. İnternetin akademik kullanımı öncelikli olarak öğrenme ve araştırma amaçlı iken günümüzde çocuk ve ergenler için internet kullanımı neredeyse hayatın vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir. İnternetin sayısız faydasının yanı sıra olumsuz etkilerinin olduğu da kaçınılmaz bir gerçekliktir. Bu olumsuz etkilerden biri de bağımlılık yaratması olarak düşünülmektedir. İnternet bağımlılığı (İB), internetle aşırı uğraş, interneti kullanmaya ihtiyacı olduğu hissi, interneti kullanmayı durdurmaya yönelik tekrarlayan çabalar, internetten uzakta geçirilen zamanın önemini kaybetmesi, internette planlanandan daha fazla zaman geçirme, internetten uzak kalındığında aşırı huzursuzluk ve bu durumun sosyal problemlere yol açması gibi belirtilerle seyredebilecek bir sorun olarak tanımlanmıştır (1). İB tarif edilmeye başlandığı dönemden bugüne farklı adlarla literatüre geçmiştir. İnternet bağımlılığı teriminin yanı sıra “patolojik internet kullanımı” (2), “aşırı internet kullanımı” (3), problemlili internet kullanımı” (4) gibi tanımlamalarla bu sorun tarif edilmeye çalışılmıştır. Bu yazıda patolojiyi tanımlamak için internet bağımlılığı terimi kullanılacaktır. Davranışsal bağımlılıklar başlığı altında incelenen İB henüz tanımlanmış bir tanı olarak DSM-5’te yer almamış olup, yalnızca “internet oyun oynama bozukluğu, daha fazla çalışmaya gereksinim olan konular” arasında gösterilmiştir (5).

İnternet kullanımı hızla yaygınlaşırken, fiziksel ve psikolojik gelişimlerini henüz tamamlamamış olan çocuk ve ergenlerde İB ciddi bir sorun haline gelmektedir (6). Ülkemizde internet kullanımı tüm yaş gruplarında yaygın olmakla birlikte, interneti en fazla 16-24 yaş arası bireylerin kullandığı, TÜİK tarafından bildirilmiştir (7). Ergenlerdeki İB sıklığı Avrupa’da %1-9, Ortadoğu’da %1-12 gibi benzer oranlarda iken; Asya’da %2-18 arasında değişen daha yüksek oranlarda bildirilmektedir (8). Türkiye’de yapılan çalışmalarda gençlerde İB sıklığının %1.2-%24.2 arasında değiştiği bildirilmiştir (9-14).

İB ile ilgili yazın değerlendirildiğinde, ergen İB olgularının yarıdan fazlasına en az bir psikiyatrik

bozukluğun eşlik ettiği bildirilmiştir (15,16,17). İB özellikle ergenlerde depresyon, sosyal anksiyete bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), patolojik kumar bağımlılığı ve madde kullanım bozuklukları gibi diğer psikiyatrik bozukluklar ile sıklıkla birlikte görülmektedir (18,19,20). Ergenlerde İB ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki eş tanı ilişkili yapılan mevcut çalışmaların birçoğunda klinik olmayan örneklem kullanılmıştır. Mevcut örneklemelerde psikiyatrik eş tanıların, öz-bildirim ölçekleri, ebeveyn ve öğretmen formları ile değerlendirilmiş olması dikkat çekmektedir (18,19,20,21,22). Psikiyatrik bozukluklar ile İB arasındaki ilişkinin önemi göz önünde bulundurulduğunda, klinik görüşmeye dayalı değerlendirmeler yapılması verilerin geçerliliği açısından daha uygun olacaktır.

Çalışmamızda kliniğimize çeşitli duygusal ve davranışsal sorunlarla başvuran ergen yaş grubundaki olguların internet kullanımı ile ilgili özelliklerin belirlenmesi ve psikiyatrik tanı dağılımı ile internet kullanımı arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

Bu çalışmanın örneklemini Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine Ocak 2018-Mart 2018 tarihleri arasında çeşitli duygusal ve davranışsal sorunlarla ebeveynleri eşliğinde ilk kez başvuran 13-17 yaş aralığında 161 ergen oluşturmuştur. Araştırmacılar tarafından ayrı ayrı tüm ergen ve ebeveynleri ile Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukları Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-5 (DSM-5) tanı ölçütlerine dayalı klinik görüşme yapılarak ergenlerdeki psikopatoloji değerlendirilmiştir. Ergenlerden sosyo-demografik bilgi formu ve internet bağımlılığı ölçeğini doldurmaları istenmiştir. İşlem sonrası ölçekler kontrol edilip, eksik doldurulmaları durumunda, ergenlere eksiklerini tamamlamaları için ek süre verilmiş, tamamlanan ölçeklerin geçerliliği klinik görüşme esnasında görüşmeci tarafından da teyit edilmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterleri normal zekâ düzeyinde

olma, ek tıbbi patolojinin olmaması ve çalışmaya katılmaya gönüllü olma olarak belirlenmiş, zekâ geriliği, psikotik bozukluk, yaygın gelişimsel bozukluk ya da herhangi bir nörolojik veya metabolik bozukluk tanısı olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya katılmadan önce tüm ergen ve ebeveynleri bilgilendirilerek kendilerinden çalışma ile ilgili onam alınmıştır. Çalışma, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Karar no: 2017/11/08).

Örneklemin “güç” analizi: Kliniğimize bir yılda çeşitli nedenlerle başvuran 13-17 yaş arası ergen sayısı 5000 civarındadır. Örneklem grubunun evreni temsil gücünü hesaplamada güven aralığı %1; hata payı ise %5 olarak kabul edilmiştir. Çeşitli çalışmalardan İB sıklığı %10 olarak değerlendirildiğinde bu çalışmanın 5000 birimlik olan evrenini temsil edecek olan asgari örneklem sayısı 139 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen bu sonuca göre 161 ergenden oluşan bu örneklemin, çalışma evrenini temsil gücünün yeterli olduğu düşünülmüştür.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Bilgi Formu: Çalışmacılar tarafından hazırlanan form ergenlerin yaşı, cinsiyeti, sınıfı, anne babanın yaşı, eğitimi, çalışma durumu, kardeş sayısı, evinde internet erişimi olup olmadığı, odasında bilgisayar olup olmadığı, internet başında geçirilen süre, interneti hangi amaçla kullandıklarını belirleyen soruları içermektedir.

İnternet Bağımlılık Ölçeği: Günüş (23) tarafından 2009 yılında, Türkçe olarak geliştirilen ölçek, 35 maddeden oluşmaktadır. Ölçek geliştirilirken, bağımlılık ve bağımlılığa yol açabilecek unsurların belirlenmesi için bir madde havuzu oluşturulmuş, bu havuzdan uzman görüşleri alınarak denemelik bir ölçek geliştirilmiştir. Oluşturulan ölçek pilot uygulama ile denenip geçerliliği sınılandıktan sonra, ölçek geliştirme çalışmasında yer alan yedi ilde, 754 orta öğretim öğrencisi ile geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçekte tutum düzeyleri beşli Likert dereceleme ile ölçeklendirilmiştir. Likert tipindeki derecelmeler; “Tamamen Katılıyorum”, “Katılıyorum”, “Kararsızım”, “Katılmıyorum”,

“Kesinlikle Katılmıyorum” şeklindedir. Ölçek maddeleri 5’ten 1’e doğru puanlandırılmıştır. “Tamamen Katılıyorum” derecesine 5 puan karşılık gelirken “Kesinlikle Katılmıyorum” derecesine 1 puan karşılık gelmektedir. Ölçek puanları 35-175 arasında değişmektedir. Yapılan değerlendirmelerde ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği yüksek olarak saptanmıştır (Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı=0.94).

İstatistiksel Analiz: Çalışmamızda elde edilen veriler SPSS 17.0 (Chicago Inc., 2008) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Simirnov testi ile test edilmiş ve normal dağılım göstermedikleri saptanmıştır. Bu nedenle tablolarda sürekli değişkenleri ifade etmek için ortanca (medyan) ve minimum-maksimum değerleri, kategorik değişkenleri ifade etmek için gözlem sayısı (n) ve yüzde (%) kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin gruplar arasındaki karşılaştırmalarında Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi, kategorik değişkenlerin analizinde Ki-kare ve Fisher’s exact testleri kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi dörtdü karşılaştırmalarda $p < .012$, üçlü karşılaştırmalarda $p < .017$, ikili karşılaştırmalarda $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen toplam 161 ergenin yaş ortanca düzeyi 15 yaş (minimum-maksimum: 13-17 yaş) olup %64’ünün (n = 103) kız, %36’sının (n = 58) erkek ergenlerden oluştuğu saptanmıştır. Anne ve babaların yaş ortancaları sırasıyla 40 (30-60 yaş) ve 45 (32-65 yaş); anne eğitim süresi ortancası 5 yıl (0-15 yıl); baba eğitim süresi ortancası 8 yıl (5-16 yıl) olarak bulunmuştur (Tablo 1).

Örneklemin %82,6’sının (n = 133) evinde bir bilgisayar olduğu, %47,8’inin (n = 77) odasında kendisine ait bir bilgisayarın bulunduğu, %84,5’inin (n = 136) evinden internet erişimine sahip olduğu, günlük internet kullanım süresi ortanca değerinin 4 saat/gün (0-20 saat/gün) olduğu saptanmıştır. Ergenlerin interneti kullanım amaçlarına bakıldığında, tüm ergenler interneti birden fazla amaç için kullandıkları; %68,9’unun (n=111) sosyal medya, %39,8’inin (n = 64) eğlence (müzik,

Tablo 1. Ergenlerde internet kullanımı ile ilişkili demografik bulgular (n=161)

	Medyan	Minimum-Maximum
Yaş (yıl)		
Ergen yaş	15	13-17
Anne yaş	40	30-60
Baba yaş	45	32-65
NET süre (saat/gün)	4	0-20
	Sıklık (n)	%
Cinsiyet		
Kız	103	64,0
Erkek	58	36,0
Bilgisayar & internet varlığı		
Evde bilgisayar varlığı	133	82,6
Odasında kişisel bilgisayar varlığı	77	47,8
Evde internet varlığı	136	84,5
İnternet kullanımında amaçlar		
Sosyal etkileşim	111	68,9
Eğlenme (oyun vb.)	64	39,8
Çevre ile iletişim	57	35,4
Bilgiye ulaşmak	48	29,8

bilgisayar oyunları), %35,4'ünün (n=57) iletişim kurmak ve %29,8'inin (n=48) bilgiye ulaşmak amacı ile interneti kullandığı saptanmıştır (Tablo 1).

Örnekleme, internet bağımlılık ölçeği puanları açısından dört gruba ayrılarak değerlendirildiğinde, bağımlılık puanı 81'in üzerinde olanlar bağımlı grupta, 67-81 puan arasında olanlar bağımlılık riski taşıyan grupta, 53-66 puan arasında olanlar eşik grubunda ve 53 puanın altında olanlar bağımlı olmayan grupta yer almıştır. Buna göre örneklemin %40,4'ünün bağımlı grupta (n=65), %18'inin riskli grupta (n=29), %18,6'sının eşik grubunda (n=30), %23'ünün ise bağımlı olmayan grupta (n=37) yer aldığı gözlenmiştir. Örneklemin internet bağımlılık ölçeği (İBÖ) ortanca değeri 74 puan, minimum değeri 0 puan, maksimum değeri 174 puan olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Ergenlerin sosyodemografik ve internet kullanım özellikleri ile İBÖ puanlarına göre belirlenen gruplar arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, yaş ortanca dağılımlarının dört grup arasında farklı dağıldığı ($\chi^2=9.150$, $p=.027$), bu farklılığın bağımlı grup ile riskli grup arasındaki farktan kaynaklandığı ($z = -2.788$, $p=.005$) saptanmıştır. Buna göre riskli

grubun yaş ortanca değerinin bağımlı grubun yaş ortanca değerinden anlamlı düzeyde yüksek olduğu (15 vs. 16 yaş, $z=-2.788$, $p=.005$) görülmüştür (Tablo 3). Benzer bir farklılığın, ergenlerin internette geçirdikleri süre değişkeni açısından bulunduğu ($\chi^2=31.382$, $p < .001$), bağımlı gruptaki ergenlerin diğer diğer üç gruptaki ergenlerden anlamlı düzeyde daha yüksek sürelerde internette zaman geçirdikleri görülmüştür (Bağımlı vs. riskli grup için $z = -2.788$, $p=.005$; Bağımlı vs. eşik grup için $z=-3.732$, $p<.001$; Bağımlı vs. bağımlı olmayan grup için $z=-4.082$, $p<.001$). Gruplar arasında diğer sosyodemografik ve internet kullanım özellikleri açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (tüm değişkenler için $p > .012$) (Tablo 3).

Örnekleme psikiyatrik bozukluk dağılımı açısından değerlendirildiğinde, örneklemin %73,9'unda DSM-5 tanı ölçütlerini karşılayan en az bir psikiyatrik bozukluk varlığı saptanmıştır. Psikiyatrik bozukluk varlığı ile İBÖ puanlarına göre ayrılmış gruplar arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuştur ($\chi^2=0.409$, $p=.024$). Bu farklılığın bağımlı olmayan grup ile riskli grup arasındaki karşılaştırmadan (%56,8 vs. %86,2; $\chi^2=6.676$, $p=.010$) kaynaklandığı, ayrıca bağımlı olmayan grup ile bağımlı grup karşılaştırıldığında

Tablo 2. İnternet bağımlılık ölçeği (İBÖ) puanlarına göre gruplar ve puanları

	Sıklık (n)	%
İBÖ'ye göre gruplar		
Bağımlı grup (İBÖ skoru >81 puan)	65	40,4
Riskli grup (İBÖ skoru 67-81 puan)	29	18,0
Eşik grup (İBÖ skoru 53-66 puan)	30	18,6
Bağımlı-olmayan (İBÖ <53 puan)	37	23,0
	Medyan	Minimum-Maximum
İBÖ gruplarında ölçek puanları		
Bağımlı grup (İBÖ >81)	99	82-174
Riskli grup (İBÖ = 67-81)	75	67-81
Eşik grup (İBÖ = 53-66)	61,5	53-66
Bağımlı-olmayan (İBÖ <53)	41	35-52
Toplam İBÖ ölçek skoru	74	35-174

Tablo 3. İnternet bağımlılık ölçeğine göre 4 grubun verilerinin karşılaştırılması

	Bağımlı (n=65)	Riskli (n=29)	Eşik grup (n=30)	B-değil (n=37)	İstatistik		İkili karşılaştırmalar	
	M (aralık)	M (aralık)	M (aralık)	M (aralık)	χ^2	p	z	p
Yaş (yıl)								
Ergen yaş	15 (13-17)	16 (13-17)	15.5 (14-17)	15 (13-17)	9.150	.027	Bağımlı vs. Riskli -2.788	.005
Anne yaş	40 (31-60)	42 (32-55)	40 (30-47)	39 (30-48)	7.545	.056		
Baba yaş	44 (32-65)	47 (34-60)	45 (34-51)	44 (36-58)	4.875	.181		
NET (s/g)	6 (0-20)	4 (0-12)	2 (0-10)	2 (0-15)	31.382	.000	Bağımlı vs. Riskli -2.788 Bağımlı vs. Eşik -3.732 Bağımlı vs. B-değil -4.082	.005 .000 .000
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	χ^2	p		
Cinsiyet								
Kız	42 (64.6)	20 (69.0)	19 (63.3)	22 (59.5)	0.658	.883		
Erkek	23 (35.4)	9 (31.0)	11 (36.7)	15 (40.5)				
B & NET								
Evde B var	54 (83.1)	24 (82.8)	26 (86.7)	29 (78.4)	0.815	.846		
Odada KB	34 (52.3)	15 (51.7)	11 (36.7)	17 (45.9)	2.249	.522		
Evde NET	58 (89.2)	25 (86.2)	24 (80.0)	29 (78.4)	2.840*	.403		
Amaçlar								
Sosyal	49 (75.4)	21 (72.4)	18 (60.0)	23 (62.2)	3.338	.342		
Eğlenme	28 (43.1)	13 (44.8)	9 (30.0)	14 (37.8)	1.860	.602		
İletişim	27 (41.5)	12 (41.4)	7 (23.3)	11 (29.7)	3.955	.266		
Bilgilenme	18 (27.7)	12 (41.4)	6 (20.0)	12 (32.4)	3.496	.321		

M: medyan, aralık: minimum-maksimum değerler, NET: internet, s/g: saat/gün (kullanım süresi), B: bilgisayar, KB: kişisel bilgisayar

sınır düzeyde anlamlılığın olduğu saptanmıştır (%56,8 vs. %80, $\chi^2 = 6.260$, $p = .012$) (Tablo 4).

DSM 5'e göre psikiyatrik tanı alan grubun %36,6'sının (n=59) major depresif bozukluk, %26,7'sinin (n=43) anksiyete bozuklukları, %16,8'sinin (n=27) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanı kriterlerini karşıladığı saptanmıştır. Üç ergende (%1,9) obsesif kompulsif bozukluk (OKB), bir ergende (%0,6) travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) saptanmıştır, bu tanıları Tablo 4'de diğer tanıları başlığı altında yer almıştır. Psikiyatrik tanı dağılımı ile İBÖ puanlarına göre ayrılmış gruplar arasındaki olası ilişki açısından yapılan değerlendirmede major depresif bozukluk (MDB) tanı dağılımının dört grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur ($\chi^2 = 10.160$, $p = .017$). Bu farklılığın bağımlı grup ile bağımlı olmayan grup (%46,2 vs. %16,2; $\chi^2 = 9.253$, $p = .002$) ve riskli grup ile bağımlı olmayan grup (%44,8 vs. %16,2; $\chi^2 = 6.492$, $p = .011$) arasındaki ikili karşılaştırmalardan kaynaklandığı saptanmıştır (bakınız: Tablo 4). Bu sonuçlara göre ergenler açısından bağımlı grupta ve özellikle riskli grupta olmak psikiyatrik tanı varlığı açısından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

TARTIŞMA

Kesitsel nitelikte olan çalışmamızda, kliniğimize

başvuran 13-17 yaş grubundaki ergenlerin psikiyatrik tanı dağılımı ile internet bağımlılığı ölçek puanı ve internet kullanım özellikleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada ölçek puanlarına göre katılımcıların %40,4'ünün İB grubunda, %18'inin ise riskli grupta yer aldığı saptanmıştır. Çalışmamızda saptanan yüksek İB oranı, çeşitli duygusal ve davranışsal problemler nedeni ile çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine ilk kez başvuran ve herhangi bir psikiyatrik tedavi almayan ergenlerin dahil edildiği bir klinik örneklem grubu olması ile açıklanabilir. İlgili yazın incelendiğinde ergenlerde klinik örneklemede İB ve psikiyatrik bozukluklar arasında ilişkiyi değerlendiren çalışmalar son derece sınırlıdır. Ülkemizde Bozkurt ve arkadaşları (2013) tarafından internet bağımlılığı olan ergenlerde yapılan bir klinik çalışmada, psikiyatrik eş tanı oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır (24). Bu çalışmada öz-bildirim ölçeklerine göre İB tanısı konan 60 ergenin kapsamlı psikiyatrik değerlendirmesi sonucunda örneklemin tümünde en az bir psikiyatrik eş tanı, %83'ünde ise en az iki psikiyatrik eş tanı varlığı bildirilmiştir. Yine ergenlerde İB ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlayan başka bir klinik çalışma Yunanistan'da Floros ve arkadaşları (2014) tarafından yapılmıştır (25). Bu çalışmada psikiyatri servisine problemlerle internet kullanım sorunları ile başvuran ve İB tanısı konan 50 üniversite öğrencisinin psikiyatrik değerlendirmesinde,

Tablo 4. İnternet bağımlılık ölçeğine göre 4 grubun DSM-5 tanı varlığı ve tanı dağılımlarının karşılaştırılması

	Bağımlı	Riskli	Eşik grup	B-değil	İstatistik		İkili karşılaştırmalar	
	(n=65)	(n=29)	(n=30)	(n=37)	χ^2	p	χ^2	p
DSM-5 tanı								
Var (n=119)	52 (80,0)	25 (86,2)	21 (70,0)	21 (56,8)	9.409	.024	Riskli vs. B-değil	
Yok (n=42)	13 (20,0)	4 (13,8)	9 (30,0)	16 (43,2)			6.676	.010
							Bağımlı vs. B-değil	
							6.260	0.012
Tanılar								
MDB (n=59)	30 (46,2)	13 (44,8)	10 (33,3)	6 (16,2)	10.160	.017	Riskli vs. B-değil	
							6.492	.011
							Bağımlı vs. B-değil	
							9.253	.002
Anksiyete (n=43)	18 (27,7)	11 (37,9)	7 (23,3)	7 (18,9)	3.220	.359		
DEHB (n=27)	14 (21,5)	2 (6,9)	6 (20,0)	5 (13,5)	3.590	.309		
Diğer tanı (n=4)	0	1 (3,4)	0	3 (8,1)	5.744*	.038	NS	

B-değil: bağımlı-değil, MDB: majör depresif bozukluk, DEHB: dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, NS: not-significant (anlamlılık düzeyi>0.012). *Fisher's exact test

örneklem %50'sinde psikiyatrik eş tanı oranı saptanmıştır Aynı amaçla erişkin klinik örnekleme Almanya'da Müller ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan bir diğer çalışmada İB tanısı konan erişkin örneklemin yarısından fazlasının en az bir psikiyatrik bozukluk sergilediği bildirilmiştir (26). Libertore ve arkadaşları (16) tarafından farklı olarak psikiyatrik tedavi gören ergenlerin oluşturduğu bir klinik örnekleme yapılan çalışmada ise ergenler arasında İB yaygınlık oranı diğer çalışmalar ile kıyaslandığında düşük oranlarda bulunmuştur (%11,3). Bu düşük yaygınlık oranı, farklı sorunlarla kliniğe başvuran ergenlerin çeşitli tanıları için aldıkları psikiyatrik tedavilerin İB açısından koruyucu olabileceği ile açıklanmıştır. Benzer şekilde psikiyatrik tedavi alan çocuk ve ergenlerin katıldığı Almanya'da yapılan bir diğer klinik çalışmada İB yaygınlık oranı %11,6 olarak bulunmuştur (27). Çalışmamızda İBÖ puanlarına göre bağımlı ve riskli gruba dahil olan ergenler ile psikiyatrik eş tanı varlığı arasında yüksek oranda saptanan anlamlı ilişki mevcut yazın bilgisi ile uyumlu bulunmuştur. Çalışmalar yüksek düzeyde psikiyatrik belirtilere sahip ergenlerin interneti, duygusal sorunları ile baş etmek için kullanabileceklerini belirtmektedir (28). Ancak İB'nin birincil bir bağımlılık sorunu mu yoksa ikincil bir sorun olarak mı değerlendirilmesi gerektiği halen belirsizdir.

İB'ye eşlik eden psikiyatrik bozukluklar açısından ilgili yazın incelendiğinde, ergen İB'de duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve madde kötüye kullanım bozukluklarının en sık

görülen psikiyatrik eş tanıları olduğu bildirilmektedir (29,30). Carli ve arkadaşlarının (2011) patolojik internet kullanımı (PİK) ve psikiyatrik bozukluklar arasında mevcut ilişkiyi değerlendirdikleri sistematik bir tarama çalışmasında PİK olan bireylerin %75'inin depresyondan, %57'sinin anksiyeteden ve %100'ünün DEHB'den muzdarip olduğu bildirilmiştir (29). İlgili alanda 1641 İB olan hasta ve 11210 kişiden oluşan kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir metanaliz çalışmasında İB olan bireylerde alkol kötüye kullanımı, DEHB, depresyon ve anksiyeteden oluşan psikiyatrik eş tanı varlığının %13,3 ile %26,3 arasında değişen oranlarda olduğu gösterilmiştir (30). Kaess ve arkadaşlarının (2014) Avrupada yaşayan ergenlerde PİK ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri bir çalışmada, depresyon, anksiyete, davranım problemleri, dikkat eksikliği/hiperaktivite belirtileri ve suicidal girişimlerin PİK için önemli ve bağımsız öngörücüler olduğunu bildirmişlerdir (31). Bizim çalışmamızda da bağımlı ve riskli gruba yüksek oranlarda eşlik eden depresyon, DEHB ve anksiyete belirtileri mevcut yazın bilgisini destekler niteliktedir. Çalışmalarda İB ve psikiyatrik eş tanı birlikteliğinin, çeşitli etiyolojik faktörler arasındaki kompleks etkileşimin bir sonucu olarak ortaya çıkabileceği ifade edilmektedir. Ergenlerde İB ve psikiyatrik bozukluklar arasında gözlenen güçlü ilişki, ergenlerin var olan ruhsal sıkıntılarından kaçmak veya kaçınmak için interneti bir baş etme mekanizması olarak kullanıyor olmaları ile açıklanabilir. Diğer taraftan ergenlerde işlevsel olmayan internet kullanımının bir sonucu olarak ergenlerde artan psikopatoloji oranları da diğer

olası nedenlerden biri olabilir. Bu alanda yapılacak olan boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır.

İB ye eşlik eden psikiyatrik bozukluklar açısından diğer bağımlılıklarda olduğu gibi İB ile depresif bozukluk arasında yakın ilişki bildiren birçok çalışma dikkat çekmektedir (20,22,29-33) Ha ve arkadaşları (22) tarafından Kore'de ergen yaş grubu ile yapılan bir çalışmada depresyon ile İB arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir. Ergenlerde, toplum bazlı iki yıllık ileriye dönük olarak yapılan bir izlem çalışmasında (20), depresyonu olan ergenlerin İB tanısı alma olasılığının, depresyon tanısı olmayan gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yine Kore'de Kim ve arkadaşlarının (32), yaptıkları çalışmada İB tanısı konan ergenler arasında depresyon ve suicidal düşüncelerin daha yüksek oranlarda olduğu kaydedilmiştir. Tsitsika ve arkadaşlarının (33) İB tanısı alan 83 ergen ile yaptıkları vaka kontrollü bir çalışmada bağımlı grupta 3,8 kat daha fazla psikiyatrik eş tanı olduğu saptanmış ve internet bağımlılığının artmış depresyon oranları ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda, bağımlı ve riskli gruba eşlik eden anlamlı derecede yüksek MDB oranları, ergen örnekleme yapılan bu çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur. Depresyonun mevcut belirtilerinden düşük benlik saygısı, zayıf motivasyon, reddedilme korkusu ve onaylanma ihtiyacı ergenlerin sağlıklı yaşitlarına oranla interneti daha sık kullanımına itebileceği ve İB' nin gelişimine katkıda bulunabileceği belirtilmektedir (34).

Davranışsal bağımlılıklar başlığı altında incelenen İB, bir dürtü kontrol bozukluğu olarak kavramsallaştırılmıştır (5). Son zamanlarda yapılan bir araştırma, dürtüsellik gibi belirli özelliklerin, çeşitli ruh sağlığı sorunlarının potansiyel endofenotipleri olabileceğini ileri sürmektedir (35). Dürtüsellik, İB gelişiminde altta yatan temel karakteristik özelliklerden biri olabilir ve dürtüsellik ile ilişkili DEHB, anksiyete, madde kullanım bozukluğu, suicidal davranış gibi bir çok duygusal ve davranışsal problemler ile İB arasındaki gözlenen güçlü ilişkiyi açıklayabilir. Mevcut yazın değerlendirildiğinde anksiyete bozuklukları ve DEHB tanılı olgular ile İB arasında anlamlı ilişki bildiren çalışmalar mevcuttur. Kratzer ve Hegerl (36), PİK olan bireylerin yaklaşık %50'sinin başta

anksiyete bozukluğu olmak üzere başka bir psikiyatrik bozukluğa sahip olduğunu belirtmişlerdir. Yen ve arkadaşlarının (17) 2114 ergenin katılımıyla gerçekleştirdikleri bir çalışmada, internet bağımlılığı ile depresyon ve DEHB belirtilerinin ilişkili olduğu saptanmıştır. Müller ve arkadaşları (2014) İB tanılı erişkin grubun depresyon ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere en az bir psikiyatrik bozukluk sergilediğini bununla birlikte İB hastaları ve klinik kontrol grubu arasında sadece depresif bozukluklar açısından istatistiksel anlamlı fark olduğunu belirtmişlerdir (26). Bernardi ve Pallanti (21) tarafından klinik örnekleme yapılan çalışmada İB tanılı hastaların klinik kontrollere göre depresyon ve depersonalizasyon belirtileri ile yakın ilişkisi bildirilmiştir ancak gruplar arasında anksiyete belirtileri ve stres düzeyleri ile ilgili bir farklılık bulunmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızda da anksiyete bozuklukları ve DEHB açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışma sonuçlarımızdan olan internette kalma süresi ile İBÖ puanları arasında ilişki ilgili yazında diğer çalışmaları destekler niteliktedir (37-42). İnternet bağımlılığının, internette geçirilen süre ile ilişkili çıkması beklenen bir durumdur. İnternette geçirilen süre arttıkça günlük hayatta iş, okul, aile hayatı gibi diğer alanların ihmal edilmesi gibi etkenler, bağımlılığa neden olan işlevsellikte bozulma ile sonuçlanması beklenir.

Çalışmamızda, yaş olarak daha küçük yaş grubunda olmanın bağımlı grup lehine yordayıcı olduğu görülmüştür. İlgili yazında İB'de yaş değişkeni açısından farklı sonuçlara ulaşılmıştır. İB ile yaş arasında anlamlı ilişki olduğunu bildiren çalışmalara karşın, yaş açısından anlamlı farklılık saptamayan çalışmalar da mevcuttur (43-47). Çalışmamızda bağımlı gruptaki ergenlerin yaş ortalamasının riskli gruptaki ergenlerin yaş ortalamasından daha küçük olduğu saptanmıştır. İnternet bağımlılığı ile yaş arasındaki ilişkiyi incelemek için daha geniş yaş aralığını kapsayan çalışmalara gereksinim vardır.

İnternetin henüz yeni yayılmaya başladığı yıllarda, internet kullanımı erkek cinsiyet lehine daha fazla iken (23), son yıllarda internet kullanımının

giderek yaygınlaşmasıyla cinsiyetler arasındaki farkın azaldığı bilinmektedir. Çalışmamızda cinsiyet açısından İB grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamasının bir nedeni de bu durum ile açıklanabilir.

Çalışmamızda bazı sınırlıklar mevcuttur. Çalışmanın deseni gereği İB ile psikiyatrik tanımlar arasındaki ilişkinin nedensel bir ilişki olup olmadığı veya hangisinin diğerini etkilediği belirlenememiştir. Çalışmanın klinik örnekleme yapılmış olması nedeniyle elde edilen sonuçlar toplumun tamamına genellenemez. Çalışmamızda ergenler değerlendirilirken DSM-5'e göre klinik görüşme yapılmış ancak yapılandırılmış klinik görüşme tekniği uygulanmamış olması çalışmamızın diğer bir kısıtlılığıdır.

SONUÇ

Mevcut yazın ile uyumlu olarak çalışmamızda ergenlerde internet bağımlılığı ile psikiyatrik

bozukluklar ve özellikle depresif bozukluk arasında yakın bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmanın, ergenlik dönemi psikiyatrik tanı alan hasta popülasyonunda İB'yi değerlendirme açısından ilgili yazına önemli bir katkı sağlayabileceğini düşünüyoruz. Çeşitli duygusal ve davranışsal problemlerle çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine başvuran ergenlerde İB'yi psikiyatrik değerlendirmenin bir parçası haline getirmek ergen ruh sağlığı açısından son derece yararlı olacaktır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçların, ergenlerde İB ve ruh sağlığı arasında sebep-sonuç ilişkilerinin kurulabilmesini sağlayacak çok merkezli, boylamsal yeni çalışmalar ile desteklenmesi ilgili yazına katkı sağlayacaktır.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr., Özlem Hekim, Ankara Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği., Türkiye hekimozem@yahoo.com.

KAYNAKLAR

1. Young KS. Internet addiction: a new clinical phenomenon and its consequences. *Am Behav Sci* 2004; 48:402-415.
2. Young KS. Psychology of computer use: XL addictive use of the internet: A case that breaks the stereotype. *Psychol Rep* 1996; 9:899-902.
3. Griffiths MD. Excessive internet use: Implications for sexual behavior. *Cyberpsychol Behav* 2000; 3:537-552.
4. Beard K, Wolf E. Modification in the proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Cyberpsychol Behav* 2001; 4:377-383.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington D.C: American Psychiatric Association 2013.
6. Tsai CC, Lin SSS. Internet addiction of adolescents in Taiwan: an interview study. *Cyberpsychol Behav* 2003; 6:649-652.
7. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13569>. BAK Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2013. Accessed: 09.12.2018.
8. Metin Ö, Saraçlı Ö, Atasoy N, Şenormancı Ö, Çakır-Kardeş V, Ozan-Açıkgöz H, Demirci E, Beşiktepe-Ayan Ü, Atik L, Yolga-Tahiroğlu A. Lise Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığının DEHB ve Tütün-Alkol Kullanma ile İlişkisi. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2015; 28:204-212.
9. Şenormancı Ö, Saraçlı Ö, Atasoy N, Şenormancı G, Köktürk F, Atik L. Relationship of internet addiction with cognitive style, personality, and depression in university students. *Compr Psychiatry* 2014; 55:1385-1390.
10. Batıgün AD, Hasta D. İnternet bağımlılığı: Yalnızlık ve
11. Batıgün AD, Kılıç N. İnternet bağımlılığı ile kişilik özellikleri, sosyal destek, psikolojik belirtiler ve bazı sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. *Türk Psikoloji Dergisi* 2011; 26:1-10.
12. Üneri ÖŞ, Tanırdır C. Bir grup lise öğrencisinde internet bağımlılığı değerlendirilmesi: Kesitsel bir çalışma. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2011; 24:265-272.
13. Canbaz S, Sunter AT, Peksen Y, Canbaz M. Prevalence of pathological internet use in a sample of Turkish school adolescents. *Iran J Public Health* 2009; 38:64-71.
14. Aktepe E, Olgaç-Dündar N, Soyöz Ö, Sönmez Y. Possible internet addiction in high school students in the city center of Isparta and associated factors: a cross-sectional study. *Turk J Pediatr* 2013; 55:417-425.
15. Griffiths M. Internet gambling: issues, concerns, and recommendations. *Cyberpsychol Behav* 2003; 6:557-68.
16. Liberatore KA, Rosario K, Colón-De Martí LN, Martínez KG. Prevalence of Internet addiction in Latino adolescents with psychiatric diagnosis. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2011; 14:399-402. doi: 10.1089/cyber.2010.0252.
17. Yen JY, Ko CH, Yen CF, Wu HY, Yang MJ. The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. *J Adolesc Health* 2007; 41:93-98.
18. Black DW, Belsare G, Schlosser S. Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. *J Clin Psychiatry*

1999; 60: 839-844.

19. Shapira N, Goldsmith T, Keck P Jr, Khosla UM, McElroy SL. Psychiatric features of problematic Internet use. *J.Affect. Disord* 2000; 57: 267-272.

20. Ko CH, Yen JY, Chen CS. Psychiatric comorbidity of Internet addiction in college students: An interview study. *CNS Spectr* 2008; 13: 147-153.

21. Bernardi S, Pallanti S. Internet addiction: A descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms. *Compr. Psychiatry* 2009; 50: 510-516.

22. Ha JH, Yoo HJ, Cho IH, Chin B, Shin D, Kim JH. Psychiatric comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for Internet addiction. *J. Clin. Psychiatry* 2006; 67: 821-826.

23. Günüş S. İnternet bağımlılık ölçeğinin geliştirilmesi ve bazı demografik değişkenler ile internet bağımlılığı arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van, 2009.

24. Bozkurt H, Coskun M, Ayaydin H, Adak I, Zoroglu SS. Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with Internet addiction *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2013; 67: 352-359.

25. Georgios Floros, Konstantinos Siomos, Ariadni Stogiannidou, Ioannis Giouzevas, Georgios Garyfallos Comorbidity of psychiatric disorders with Internet addiction in a clinical sample: The effect of personality, defense style and psychopathology. *Addictive Behaviors* 2014; 39:1839-1845.

26. Müller KW, Beutel ME, Wölfling K. Contribution to the clinical characterization of Internet addiction in a sample of treatment seekers: Validity of assessment, severity of psychopathology and type of co-morbidity. *Compr Psychiatry* 2014; 55:770-777.

27. Müller KW, Ammerschlager M, Freisleder FJ, Beutel ME, Wölfling K. Addictive internet use as a comorbid disorder among clients of an adolescent psychiatry- Prevalence and psychopathological symptoms. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2012;40:331-339.

28. Yen JY, Ko CH, Yen CF, Chen SH, Chung WL, Chen CC. Psychiatric symptoms in adolescents with Internet addiction: comparison with substance use. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62: 9-16.

29. Carli V, Durkee T, Wasserman D, Hadlaczky G, Despalins R, Kramarz E, Wasserman C, Sarchiapone M, Hoven CW, Brunner R, Kaess M. The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review. *Psychopathology* 2013; 46:1-13.

30. Ho RCM, Zhang MWB, Tsang TW, Toh AH, Pan F, Lu Y, Cheng C, Yip PSF, Lam LT, Lai CM, Watanabe H, Mak KK. The association between internet addiction and psychiatric co-morbidity: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2014; 14:183.

31. Kaess, M, Durkee T, Brunner R, Carli V, Parzer P, Wasserman C, Sarchiapone M, Hoven C, Apter A, Balazs J, Balint M, Bobes J, Cohen R, Cosman D, Cotter P, Fischer G, Floderus B, Iosue M, Haring C, Kahn JP, Musa GJ, Nemes B, Postuvan V, Resch F, Saiz PA, Sisask M, Snir A, Varnik A, Zibera J, Wasserman D. Pathological Internet use among European adolescents: Psychopathology and self-destructive behaviours. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2014;23:

1093-1102.

32. Kim K, Ryu E, Chon MY, Yeun EJ, Choi SY, Seo JS, Nam BW. Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: A questionnaire survey. *Int. J. Nurs. Stud.* 2006; 43: 185-192.

33. Tsitsika A, Critselis E, Louizou A, Janikian M, Freskou A, Marangou E, Kormas G, Kafetzis D. Determinants of Internet addiction among adolescents: a case-control study. *Scientific World Journal* 2011; 11: 866-874.

34. Ceyhan E. Ergen ruh sağlığı açısından bir risk faktörü: İnternet bağımlılığı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2008; 15: 109-116.

35. Robbins TW, Gillan CM, Smith DG, de Wit S, Ersche KD. Neurocognitive endophenotypes of impulsivity and compulsivity: towards dimensional psychiatry. *Trends Cogn Sci* 2012; 16:81-91.

36. Kratzer S, Hegerl U. Is "Internet addiction" a disorder of its own? A study on subjects with excessive internet use. *Psychiatr Prax* 2008; 35: 80-83.

37. Derin S, Bilge F. Ergenlerde internet bağımlılığı ve öznel iyi oluş düzeyi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2016; 6: 35-51.

38. Canan F. Üniversite Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı, Disosiyatif Belirtiler ve Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki. *Tıpta Uzmanlık Tezi. Düzce Üniversitesi. Düzce. 2010.*

39. Günay O, Öztürk A, Ergun-Arsantaş E, Sevinç N. Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı ve Depresyon Düzeyleri Dusunen Adam *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2018; 31:79-88.

40. Taş İ. Ergenlerde internet bağımlılığı ve psikolojik belirtilerin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Muş Alparlan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2018; 6(1): 31-41.

41. Boonvisudhi T, Kuladee S. Association between Internet addiction and depression in Thai medical students at faculty of medicine, Ramathibodi Hospital. *PLoS ONE* 2017; 12: e0174209.

42. Tahiroglu AY, Celik GG. Psikiyatrik Bozukluğu Olan ve Olmayan Ergenlerde Problemlı İnternet Kullanımı. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2010; 47: 241-246.

43. Doğan A. İnternet Bağımlılığı Yaygınlığı. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi. İzmir. 2013.

44. Ni X, Yan H, Chen S, Liu Z. Factors influencing Internet addiciton in a sample of freshmen university students in China. *Cyberpsychol Behav* 2009; 12:327-330.

45. Yen JY, Ko CH, Yen CF, Chen SH, Chung WL, Chen CC. Psychiatric symptoms in adolescents with Internet addiction: comparison with substance use. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62:9-16.

46. Şahin, M. İlköğretim Okulu Öğrencilerindeki İnternet Bağımlılığı. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul. 2011.

47. Şaşmaz T, Öner S, Kurt AÖ, Yapıcı G, Yazıcı AE, Buğdaycı R, Şiş M. Prevalence and risk Factors of internet addiction in high school students. *European Journal of Public Health.* 2013; doi:10.1093/eurpub/ckt051.

Bir eğitim-araştırma hastanesinde istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi ve psikiyatrik hastalıkların doğru tanınma oranları

Assessment of psychiatric consultations in an educational-research hospital and accuracy rates of recognition of psychiatric diseases

İrem Ekmekci Ertek¹, Hayriye Mihrimah Öztürk²

¹Öğr. Gör. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-7529-7123>

²Dr.Öğr. Üyesi, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Ankara, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-4857-931X>

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada bir eğitim- araştırma hastanesinde yatan hastalar için istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi ve psikiyatrik hastalıkların diğer hekimler tarafından doğru tanınma oranlarının incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** 01/04/2016 – 01/10/2016 tarihleri arasında Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi acil servis dışındaki bölümlerde yatarak tedavi gören ve psikiyatri konsültasyonu istenen hastalar geriye dönük olarak taranmıştır. **Bulgular:** Bu süre içinde Ankara Numune Hastanesi'ne acil servis ve psikiyatri servisi dışında 27457 hasta yatmış ve toplamda 544 (% 1.9) psikiyatri konsültasyonu istenmiştir. Psikiyatri konsültasyonları en sık ajitasyon nedeni ile istenmiş olup (%17.5); %16.9'unda ise herhangi bir neden belirtilmemiştir. Anksiyete (%8.3), ilaç tedavisinin düzenlenmesi (%6.1), deliryum (%5.5), uyku sorunları (%5.3) ve nakil öncesi değerlendirme (%4.4) de sık görülen diğer konsültasyon nedenleri arasındadır. En yüksek psikiyatrik konsültasyon isteme oranı kemik iliği transplantasyon ünitesinde olup (%21) onu enfeksiyon hastalıkları (%9.6), yoğun bakım (%9.5) ve fizik tedavi (%9.0) izlemektedir. Konsültasyon istenen hastaların %29.4'ünde ruhsal hastalık bulunmamıştır. 149 hastaya (%27.4) anksiyete bozukluğu, 70 hastaya (%12.9) deliryum, 37 hastaya (%6.8) depresyon, 22 hastaya (%4) alkol/ madde kullanım bozukluğu, 20 hastaya psikotik bozukluk (%3.7), 15 hastaya travma ile ilişkili bozukluklar (%2.8), 2 hastaya ise (%0.4) somatizasyon bozukluğu tanısı konmuştur. Psikiyatri tarafından doğrulanma oranı en yüksek olan hastalık deliryum olup (%89.5), ikinci sırada anksiyete bozukluğu (55.6) ve alkol-madde kullanım bozuklukları (%53.3) gelmektedir. **Sonuç:** Bu çalışmada psikiyatri konsültasyonu isteme oranlarının düşük olduğu, deliryumun psikiyatri dışı hekimlerce iyi tanınmasına karşın psikotik bozukluklar ve somatizasyon bozukluklarının yeterince tanınmadığı bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Konsültasyon, psikiyatrik tanı, yatan hastalar

SUMMARY

Objective: In this study, it was aimed to evaluate the psychiatric consultations required for inpatients in an education-research hospital and to examine the correct recognition rates of psychiatric diseases by other physicians. **Method:** Psychiatric consultations for patients who were hospitalized at Ankara Numune Training and Research Hospital except psychiatry and emergency department had been retrospectively screened between 01/04/2016 - 01/10/2016. **Results:** During this period, 27457 patients were hospitalized in Ankara Numune Hospital apart from the emergency department and psychiatric services, and a total of 544 (1.9%) psychiatric consultations were requested. Psychiatric consultations were most frequently requested with the reason of agitation (17.5%); 16.9% did not specify any reason. Anxiety (8.3%), drug treatment regulation (6.1%), delirium (5.5%), sleep problems(5.3%) and pre-transplant evaluation (4.4%) are other common causes of consultation. The highest rate of psychiatric consultation was in the bone marrow transplant unit (21.0%) followed by infectious diseases (9.6%), intensive care (9.5%) and physical medicine and rehabilitation (9.0%). There was no psychiatric disease in 29.4% of the requested consultations. 149 patients (27.4%), were diagnosed with anxiety disorder, 70 patients (12.9%) with delirium, 37 patients (6.8%) with depression, 22 patients (3.7%) with alcohol / substance use disorder, 20 (3.7%) patients with psychotic disorder, 15 patients (2.8%) with trauma related disorders, and 2 patients (0.4%) were diagnosed with somatization disorder. Delirium had the highest rate of recognition by primary medical care providers (89.5%), followed by anxiety disorders (55.6) and alcohol-substance use disorders (53.3%). **Discussion:** In this study, psychiatric consultation rates were found to be low, psychotic disorders and somatization disorders are not well recognized even though delirium is well known by primary medical care providers.

Key Words: Consultation, psychiatric diagnose; inpatients

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:338-346)

DOI: 10.5505/kpd.2019.75046

GİRİŞ

Psikiyatrik belirtiler; doğrudan organik bir hastalığın işareti, kronik fiziksel hastalıkların dolaylı etkileri (depresyon ya da anksiyete belirtileri gibi) olabilir ya da fiziksel hastalıktan tamamen bağımsız bir şekilde hastanede yatış ile ilgili olarak ortaya çıkabilir. Somatoform bozukluklarda ise hastaneye yatışın asıl nedeni psikiyatrik patolojidir (1). Toplumda ruhsal hastalıkların bir aylık prevalansının %16 olduğu belirtilen bir çalışmada fiziksel hastalığı olanlarda bu oranın %21 ila %26 arasında olduğu bildirilmiştir (2). Kronik fiziksel hastalığı olanlarda ise bu oran %40'lara çıkmaktadır (3). Fiziksel hastalığı olanlarda en sık gözlenen psikiyatrik hastalıklar affektif bozukluklar, organik mental bozukluklar, somatoform bozukluklar ve alkol kötüye kullanımı olarak sıralanabilir (4,5). Farklı hasta popülasyonları ile yapılan çeşitli araştırmalarda bu sıralamalar değişebilmektedir. Örneğin, uyum bozukluğu, bilişsel bozukluk, psikotik bozukluk gibi tanılarının sık konulduğunu bildiren çalışmalara literatürde rastlanmaktadır (6,7)

Psikiyatrik ve fiziksel hastalıkların birlikteliğinin hastaneye yatış oranlarında artışla ilişkili olduğu bildirilmiştir (8). Yatan hastalarda görülen psikiyatrik komorbidite, daha uzun yatış süreleri ve artan sayıda girişimlerle ilişkili olarak sağlık harcamalarını arttırmaktadır (9). Bu durum ek olarak işlevselliğin bozulması (10) ile morbidite ve mortalite oranlarının da artmasına neden olmaktadır (11). Konsültasyon- liyezon psikiyatrisinin gelişimi ile hastalara etkili ve zamanında psikiyatrik bakım sağlanmasının, hastanede kalış süresi, tedaviye uyum ve takip sonuçları dahil olmak üzere çeşitli tıbbi ve sosyoekonomik parametreler açısından yararlı olduğu gösterilmiştir (12,13). Bir çalışmada, femur kırığı olan ileri yaş hastalardan psikiyatri konsültasyonu istenenlerin, istenmeyenlere göre hastanede kalma sürelerinin daha kısa olduğu saptanmıştır (14). Benzer şekilde koroner yoğun bakım ünitesinde psikiyatriden konsültasyon istenen hastaların istenmeyenlere göre ölüm oranlarının üç kat daha az olduğu bildirilmiştir (15). Tüm bu bulgular konsültasyon liyezon psikiyatrisinin etkinliğini desteklemesine rağmen; yatan hastalardan psikiyatri konsültasyonu istenme oranı halen 0.72 ile 5.8 arasında

değişmektedir (16).

Psikiyatri dışı hekimler psikiyatrik tanı koyma açısından incelendiğinde; bilişsel bozukluklar ve madde kullanım bozukluklarının büyük oranda doğru tanınmasına karşın, depresyonun %50 oranında doğru tanınmadığı gösterilmiştir (6). Ülkemizde 2008 yılında yapılan bir çalışmada psikiyatri dışı hekimlerce tanınma oranı en yüksek ilk üç hastalığın sırasıyla depresyon, kognitif bozukluklar ve alkol-madde kullanım bozuklukları olduğu belirtilmiştir (17). Yine ülkemizde yakın zamanlı yapılan bir çalışmada ise madde kullanımı, deliryum ön tanısı ya da psikotik belirtiler nedeniyle istenen konsültasyonların tanınma oranının yüksek olduğu; bunun yanında ajitasyon, depresif belirti ve bulgular, anksiyete ve konversiyon belirtileri ile konsültasyon istenen hastaların yarısından fazlasında bu istem nedenlerinin karşılığı olması beklenebilecek ruhsal bozukluk tanılarının tespit edilmediği belirtilmiştir (18). Liyezon psikiyatrisinin önemli işlevlerinden biri olan eğitimin, hekimlerin ruhsal sorunlara karşı farkındalığının artması ve psikiyatrik belirtileri doğru tanınması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (19).

Bu çalışmada bir eğitim araştırma hastanesinde istenen psikiyatri konsültasyonlarının hastaların sosyodemografik özelliklerine, konsültasyon isteyen bölümlere, istem nedenlerine göre dağılımları incelenmiş olup ön tanılar, konsültasyon sonucu konulan psikiyatrik tanılar ve bunların birbiri ile olan tutarlılığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Böylelikle bir durum saptaması yapılarak buradan hareketle ileriye dönük, konsültasyon- liyezon hizmetlerinin ve gereksinim duyulacak eğitimlerin planlanması hedeflenmiştir.

YÖNTEM

01/04/2016 – 01/10/2016 tarihleri arasında 1140 yatak kapasiteli Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi'nin acil servis dışındaki bölümlerinde yatarak tedavi gören ve psikiyatri konsültasyonu istenen vakalar hastane bilgi işlem sistemi üzerinde geriye dönük olarak tarandı. Konsültasyon hizmeti psikiyatri bölümünün konsültasyon biriminde çalışan iki psikiyatri uzmanı tarafından verildi. Tanısal değerlendirme, DSM 5 tanı ölçütlerine

dayanan klinik görüşme ile yapıldı (20). Araştırmada; konsültasyon isteyen bölüm, konsültasyon isteme nedeni, konsültasyon isteyen hekimin ön tanısı, psikiyatri uzmanı tarafından konulan tanı ve bunların tutarlılığı açısından değerlendirmeler yapıldı. Çalışma için Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan onay alındı (sayı: E-17-1345).

İstatistiksel Analiz

Elde edilen verilerin bilgisayar ortamında "SPSS 15.0 for Windows" programı ile istatistiksel analizi yapılarak sosyodemografik değişkenler, konsültasyon isteme nedenleri, konsültasyonların kliniklere göre dağılımı ve psikiyatrik tanımlayıcı analizlerle (ortalama, standart sapma ve frekans hesaplamaları) belirtilmiştir. Psikiyatri konsültasyonlarında tanı doğruluğu psikiyatri hekiminin doğruladığı tanıların o tanı için istenen tüm konsültasyonlara oranlanmasıyla hesaplanmıştır.

BULGULAR

Çalışmada 01/04/2016- 01/10/2016 tarihleri arasındaki 6 aylık süre boyunca hastane bilgi işlem sistemindeki notlarına ulaşılabilen 544 konsültasyon araştırma kapsamına alındı. Bu süre içinde Ankara Numune Hastanesi'ne acil servis ve psikiyatri servisi dışında 27457 hasta yatmış ve toplamda 544 hasta için (%1.9) psikiyatri konsültasyonu istenmiştir. Konsültasyon istenen hastaların 245'i (%45) kadın, 299'u (%55) erkekti. Hastaların yaş ortalaması ve standart sapması 51.9 ± 19.1 yıl olarak saptandı. Konsültasyonların hastaların yatışından itibaren ortalama 6.69 gün sonra istendiği tespit edildi. Konsültasyon istenen

hastaların 203'ünün (%37.3) daha önce psikiyatri başvurusu bulunmaktayken 312'sinde (%57.4) geçmiş psikiyatri başvurusu bulunmadığı saptanmıştır. Yirmi dokuz hastanın (%5.3) ise çeşitli nedenlerle geçmiş psikiyatrik öyküsü hakkında bilgi edinilememiştir. Elli beş hasta (%10.1) taburculuk sonrası psikiyatri takibine aynı hastanede devam etmiş ancak 489 hastada (%89.9) hastane kayıtlarında ayaktan ya da yatarak psikiyatri tedavisine ilişkin kayıt bulunmamıştır. Psikiyatri konsültasyonları en sık ajitasyon nedeni ile istenmiş olup (%17.5; n=95); %16.9'unda (n=92) ise herhangi bir neden belirtilmemiştir. Anksiyete (%8.3; n=45), ilaç tedavisinin düzenlenmesi (%6.1; n=33), deliryum (%5.5; n=30), uyku sorunları (%5.3; n=29) ve nakil öncesi değerlendirme (%4.4; n=24) de sık görülen diğer konsültasyon nedenleri arasındadır. Ek olarak; çalışmanın yapıldığı süre içerisinde 15 Temmuz terör saldırısı gerçekleşmiş olup fiziksel yaralanma nedeniyle hastanede yatmakta olan 14 hasta için (%2.6) psikiyatrik değerlendirme ve destek sağlanmıştır (Tablo1).

Konsültasyon isteyen bölümlerin dağılımına bakıldığında 335 (%61.6) hastanın dahili bölümler tarafından, 209 (%38.4) hastanın ise cerrahi bölümler tarafından psikiyatrik muayene için yönlendirildiği görülmektedir. En sık psikiyatri konsültasyonu isteyen bölüm dahiliye olup 6 ay boyunca 135 hastadan psikiyatri görüşü istemiştir. Dahiliyeyi ise sırasıyla yoğun bakım (79), diğer bölümler (üroloji, göz, kardiyovasküler cerrahi, plastik cerrahi) (64), ortopedi (62), genel cerrahi (43), enfeksiyon hastalıkları (37) izlemektedir (Tablo 2). Ek olarak; çalışmanın yapıldığı süre boyunca o bölümde yatan toplam hasta sayısı ve yatan hasta başına istenen psikiyatri konsültasyon oranları da Tablo 2'in son iki sütununda gösterilmiştir. Buna göre en yüksek psikiyatrik konsültasyon isteme oranı kemik iliği transplantasyonu ünitesinde olup yatan her 100 hastanın 21'ine psikiyatri konsültasyonu istendiği görülmektedir. Enfeksiyon hastalıkları (%9.6), yoğun bakım (%9.5) ve fizik tedavi (%9.0) de sırasıyla yatan hasta başına en yüksek psikiyatri konsültasyonu isteyen bölümler arasındadır. Bu oran en az olarak kardiyoloji (%0.4), beyin cerrahisi (%0.8) ve genel cerrahi (%0.7) bölümlerinde izlenmektedir.

Tablo1. Konsültasyon isteme nedenleri

Konsültasyon isteme nedeni	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ajitasyon	95	17.5
Neden belirtilmemiş	92	16.9
Ameliyat öncesi	66	12.1
Anksiyete belirtileri	45	8.3
Tedavi düzenlenmesi	33	6.1
Deliryum	30	5.5
Uyku sorunları	29	5.3
Nakil öncesi	24	4.4
Suisid girişimi	23	4.2
Depresif belirtiler	20	3.7
15 Temmuz sonrası	14	2.6
Yeni tanı HIV	13	2.4
Diğer	60	11
Toplam	544	100

Tablo 2. Bölümlere göre konsültasyon isteme oranları

Konsültasyon isteyen bölüm	Sayı (n)	Yüzde (%)	Toplam yatan hasta sayısı	Konsültasyon oranı (%)
Dahiliye	135	24.8	6697	2.0
Yoğun bakım	79	14.5	829	9.5
Ortopedi	62	11.4	2774	2.2
Genel cerrahi	43	7.9	5446	0.7
Enfeksiyon Hastalıkları	37	6.8	383	9.6
Kemik iliği transplantasyon	20	3.7	95	21.0
Nöroloji	20	3.7	718	2.7
Fizik Tedavi Reh.	17	3.1	187	9.0
Dermatoloji	16	2.9	403	3.9
Kulak Burun Boğaz	16	2.9	1256	1.2
Yanık Ünitesi	12	2.2	163	7.3
Beyin Cerrahisi	12	2.2	1360	0.8
Kardiyoloji	11	2	2507	0.4
Diğer	64	11.8	4639	1.3
Toplam	544	100	27457	1.9

*Diğer: Göz, Kadın hastalıkları ve Doğum, Plastik Cerrahi, Üroloji, Radyasyon Onkolojisi, Kalp Damar Cerrahi ve Göğüs Cerrahisi

Tablo 3'te konsültasyon sonucunda psikiyatri uzmanı tarafından konulan tanılar belirtilmiştir. Buna göre konsültasyon istenen hastaların %29.4'ünde (n=160) ruhsal hastalık bulunmamıştır. 149 hastaya (%27.4) anksiyete bozukluğu, 70 hastaya (%12.9) deliryum, 37 hastaya (%6.8) depresyon, 22 hastaya (%4) alkol/madde kullanım bozukluğu, 20 hastaya psikotik bozukluk (%3.7), 15 hastaya travma ile ilişkili bozukluklar (%2.8), 2 hastaya ise (%0.4) bedensel belirti bozukluğu tanısı konmuştur.

Tablo 4'te konsültasyon isteminde bulunan hekimin ön tanısı ile psikiyatrik tanı arasındaki ilişkiye ait veriler gösterilmektedir. Buna göre psikiyatri tarafından doğrulanma oranı en yüksek olan hastalık deliryum olup (%89.5) onu sırasıyla anksiyete bozuklukları (55.6) ve alkol-madde kullanım bozuklukları (%53.3) takip etmektedir. Depresyon ön tanısı konulan hastaların %22.4'ünün tanısı psikiyatri hekimi tarafından doğrulanmış, bunların %46'sına anksiyete bozukluğu, %5.2'sine deliryum tanısı konulmuş, %13.8'inde ise herhangi bir ruhsal hastalık bulunmamıştır. Anksiyete bozukluğu ön tanılı hastaların %55.6'sında tanı doğrulanırken, %38.9'unda ruhsal hastalık tespit edilmemiştir. Psikotik bozukluk olduğu düşünülen hastaların %23.1'inde psikiyatrik patoloji düşünülmemiş, %15.4'üne ise deliryum tanısı konulmuştur. Bedensel belirti bozukluğu düşünülen hastaların %57.1'inde ruhsal hastalık bulunmamış, %28.6'sında ise anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir. Herhangi bir ön tanı belirtilmeyen hastaların %80.6'sında psikiyatrik değerlendirme sonucunda da psikiyatrik hastalık bulunmamıştır. Bu hastaların %27.2'sine anksiyete bozukluğu; %12.3'üne deliryum, %6'sına ise depresyon tanısı konulmuştur. Yukarıdaki ön tanı kategorilerine

girmeyen hastalarda ise %27.3 oranında psikotik bozukluk düşünülmüş, %28.6'sında ise ruhsal hastalık bulunmamıştır. Ön tanı ile psikiyatrik tanı arasındaki genel tutarlılık oranı %34.5 bulunmuştur. Bölümler arasındaki tutarlılık oranlarına bakıldığında ise en yüksek tutarlılık oranı %45.5 ile yoğun bakımda, en düşük tutarlılık ise %10 ile nöroloji bölümündedir.

TARTIŞMA

Çalışmamızda yatan hastalardan psikiyatri konsültasyonu isteme oranı %1.9 bulunmuştur. Sonuçlar ülkemizde ve Avrupa'da bildirilen oranlarla uyumludur (21,22). Yatan hastalarda görülen ruhsal hastalık prevalansının %26.1 ile %38.7 arasında değiştiğini bildiren çalışmalar düşünüldüğünde bu oranların çok düşük olduğu görülmektedir (7, 23-25).

Konsültasyon oranlarının düşük seyretmesinin nedenlerinin araştırıldığı bir derleme çalışmasında; yapılandırılmış bir KLP biriminin olmaması, stigmatizasyon, hasta tercihi, iletişim zorlukları ve ruhsal hastalıkların yeterince tanınmaması gibi faktörlerin etkili olduğu belirtilmiştir (16).

Çalışmamızda, dahili bölümlerden (%61.6) istenen konsültasyonların, cerrahi bölümlerden (%38.4) daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu bulgu ülkemizde yapılan iki çalışmada da benzerdir (22, 26). Dahili bölümlerde yatış süresinin uzun olması, hastalıkların kronik seyir göstermesi, uygulanan tedavilerin psikiyatrik belirti ortaya çıkarma potansiyelleri ya da psikiyatrik hastalığa sahip kişilerde fiziksel komorbiditelerin sık görülmesi (27), cerrahi bölümlerden daha fazla psikiyatri konsültasyonu istenmesine yol açmış olabilir.

Tablo 3. Konsültasyon sonucu koyulan psikiyatrik tanıları

Konsültasyon sonucu koyulan psikiyatrik tanıları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ruhsal hastalık bulunmayanlar	160	29.4
Anksiyete bozukluğu	149	27.4
Deliryum	70	12.9
Diğer	69	12.7
Depresyon	37	6.8
Alkol-madde kullanım bozukluğu	22	4.0
Psikotik bozukluk	20	3.7
Travma ile ilişkili bozukluklar	15	2.8
Bedensel belirti bozukluğu	2	0.4
Toplam	544	100

Yatan hasta başına en çok konsültasyon isteme oranı çalışmamızda kemik iliği transplantasyon bölümünde (%21) bulunmuştur. Bunun nedeni kemik iliği nakli öncesi tüm hastalar için psikiyatri onayı gerekmesidir. Enfeksiyon hastalıkları, yoğun bakım üniteleri ve fizik tedavi bölümlerinde de konsültasyon isteme oranları yüksekken en az konsültasyon isteyen bölümlerin kardiyoloji, beyin cerrahisi ve genel cerrahi olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında araştırmaların yapıldığı dönem ve hastane türüne göre bu sıralamaların oldukça değişkenlik gösterdiği görülmektedir (28,29). Çalışmamızda yüksek oranda psikiyatri konsültasyonu isteyen bölümlerdeki uzun yatış süreleri ve deliryumun sık görülmesi konsültasyon oranlarını arttırmış olabilir. Ek olarak hastanemiz enfeksiyon hastalıkları bölümünde yeni tanı koyulan tüm HIV(+) hastalara rutinde psikiyatri konsültasyonu istenmesi de bu bölümdeki oranların artmasına neden olmuş olabilir. Cerrahi bölümlerde ise hasta sirkülasyonunun hızlı olması nedeniyle psikiyatri konsültasyon oranları düşük seyretmiş olabilir.

Çalışmamızdaki psikiyatri konsültasyonları en sık ajitasyon nedeni ile istenmiş olup (%17.5); %16.9'unda ise herhangi bir neden belirtilmemiştir. Anksiyete belirtileri, ilaç tedavisinin düzenlenmesi, deliryum, uyku sorunları ve nakil öncesi değerlendirme de sık görülen diğer konsültasyon nedenleri arasındadır. Konsültasyon isteme nedeninin, gruplandırması kolay olmayan bir değişken olmasından ötürü, çalışmada çok çeşitli sonuçlar gözlenmektedir. Göktaş ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada psikiyatri konsültasyonlarının %31.8'inde herhangi bir neden belirtilmediğini bildirmişlerdir (30). Bunu depresif yakınmalar (%15.2), intihar girişimi (%14), anksiyete yakınmaları (%7.2) takip etmiştir. Ülkemizde yapılan iki çalışmada ise bizim çalışmamıza benzer şekilde en sık konsültasyon

istenme nedenlerini ajitasyon ve depresif yakınmalar olduğu belirtilmiştir (26,31).

Çalışmamızda konsültasyon sonucu konulan tanıları bakıldığında %29.4 hastada ruhsal hastalık bulunmadığı görülmektedir. Diğer bir deyişle, %70.6 hastada ruhsal hastalık tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda bu oranın %75.8 ile %96 arasında olduğu bildirilmektedir (26,31).

Konsültasyon sonucunda ruhsal hastalık tanısı konulanlar arasında en sık tanı anksiyete bozukluğu (%27.4) olup bunu deliryum (%12.9), depresyon (%6.8), alkol / madde bağımlılığı (%4), psikotik bozukluk (%3.7), travma ile ilişkili bozukluklar (%2.8) ve bedensel belirti bozukluğu (%0.4) takip etmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada; konsültasyon sonucu en sık konulan tanıların; anksiyete bozuklukları (%29.5), depresif bozukluklar (%18) ve uyum bozuklukları (%14) olduğu belirtilmiştir (32). Başka bir çalışmada ise, somatoform bozukluklar (%33.1), duygudurum bozuklukları (%19.4) ve organik mental bozukluklar (%10.7) en sık görülen tanılarıdır (33). Avusturya'da yapılan bir çalışmada, en sık konulan tanıların uyum bozukluğu (%21.4), deliryum (%18.1) ve depresif bozukluklar (%14.3) olduğu bulunmuştur (34). Bizim çalışmamızdaki deliryum tanısının diğer çalışmalara oranla sık görülmesinin nedeni yoğun bakımdan gelen konsültasyon oranlarının fazla olması ile açıklanabilir. Dikkat çeken diğer bir nokta da travma ile ilişkili bozuklukların (akut stres tepkisi, travma sonrası stres bozukluğu) %2.8 gibi bir oranla en sık konulan 6. tanı olmasıdır. Çalışmanın yapıldığı dönemde 15 Temmuz terör saldırısı sonucu yaralananların hastanemizde tedavi görmesi ve bu hastaların tümüne psikiyatrik destek sağlanmasının sonuçlar üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Ek olarak; bu alanda yapılan çalışmalarda yöntemsel farklılıklar, tanısız görüşmedeki değişkenler ve farklı örneklem sayıları sonuçların değişken olması üzerinde etkili olmaktadır.

Konsültasyonların %72'sinde ön tanı belirtilmemiştir. Bunların büyük oranında psikiyatrik tanı bulunmazken (%80); %27.2'sinde anksiyete bozuklukları, %12'sinde deliryum, %6'sında ise depresyon tespit edilmesi bu hastalıkların psikiyatri dışı hekimler tarafından tanınmasında yetersizliklerin olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızın sonuçlarına göre

Tablo 4. Konsültasyonda belirtilen ön tanı ile psikiyatrik tanının doğrulanma oranları			
Ön tanı	Ön tanının psikiyatri uzmanı tarafından doğrulanma oranı		Yanlış tanı alan hastaların psikiyatrik dağılımı
	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Belirtilmemiş (n=397)	129	32.5	Anksiyete n=108 %27.2 Diğer n=51 %12.9 Deliryum n=45 %11.3 Depresyon n=24 %6 Psikoz n=14 %3.5 Alkol-madde n=13 %3.3 Travma n=13 %3.3
Deliryum (n=19)	17	89.5	Alkol-madde n=1 %5.3 Diğer n=1 %5.3
Depresyon (n=58)	13	22.4	Anksiyete n=27 %46.6 Ruhsal hast yok n=8 %13.8 Diğer n=7 %12 Deliryum n=3 %5.2
Anksiyete (n=18)	10	55.6	Ruhsal hast yok n=7 %38.9 Diğer n=1 %5.6
Psikotik bzk (n=13)	3	23.1	Diğer n=5 %38.5 Ruhsal hast yok n=3 %23.1 Deliryum n=2 %15.4
Alkol /madde (n=15)	8	53.3	Ruhsal hast yok n=4 %26.7 Deliryum n=3 %20
Bedensel belirti bozukluğu (n=7)	1	14.3	Ruhsal hast yok n=4 %57.1 Anksiyete n=2 %28.6
Diğer (n=17)			Diğer n=7 %41.2 Anksiyete: n=2 %11.8 Psikotik bzk n=3 %17.6 Ruhsal hast yok n=5 %29.4

psikiyatri tarafından doğrulanma oranı en yüksek olan hastalığın deliryum olduğu görülmektedir, ikinci sırada anksiyete bozuklukları, üçüncü sırada ise alkol - madde kullanım bozuklukları gelmektedir. Sertöz'ün yaptığı çalışmada ise en sık doğrulanmış tanı alkol-madde kullanım bozuklukları iken bunu depresyon ve bilişsel bozukluklar izlemektedir (17). Ülkemizde benzer çalışma tasarımı ile yapılan diğer araştırmada da doğrulanma oranı en yüksek konsültasyon nedenlerinin alkol-madde kullanım bozuklukları, deliryum ve psikotik belirtiler nedeniyle istendiği belirtilmiştir (18). İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise psikiyatri dışı hekimlerin madde kullanım bozukluğu ve bilişsel bozukluklarda tanı koymada daha başarılı iken, depresyon, anksiyete ve psikotik bozukluk tanılarında doğruluk oranlarının düşük olduğu belirtilmektedir (6). Bu çalışmaların tümüne ortak bir çerçeveden bakıldığında; alkol-madde kullanım bozukluklarının ve deliryumun psikiyatri dışı hekimler tarafından tanınmasında önemli ölçüde sorun olmadığı söylenebilir. Alkol- madde kullanımının hastanın beyanına dayanması; deliryumun ise genellikle aşikar klinik tablolarla kendini göstermesi ve klinik işleyişinde sorun yaratabilmesi bu sonuca yol açmış olabilir. Doğrulanma oranı yüksek diğer hastalıkların ise araştırmanın yapıldığı merkez, çalışma koşulları, konsültasyon isteyen hekimlerin bilgi ve deneyim düzeyine göre değişebildiği düşünülmektedir. Çalışmamızda konsültasyon sonucu en sık konulan ikinci tanının deliryum olması, yoğun bakımdan

istenilen konsültasyonların fazla olması ve deliryum sıklığının fazla olması nedeniyle psikiyatri dışı hekimlerin deliryum belirtilerini tanıma konusunda deneyimli oldukları yorumu yapılabilir. Depresyon ön tanısı konulan hastaların %22.4'ünün tanısı psikiyatri hekimi tarafından doğrulanmış, bunların %46'sına anksiyete bozukluğu, %5.2'sine deliryum tanısı konulmuş, %13.8'inde ise herhangi bir ruhsal hastalık bulunmamıştır. Anksiyete bozukluğu ön tanı hastaların %55.6'sında tanı doğrulanırken, %38.9'unda ruhsal hastalık tespit edilmemiştir. Psikiyatri dışı hekimlerce depresyon ya da anksiyete bozukluğu düşünülen hastaların bir kısmında (sırasıyla %13.8 ve %55.6) ruhsal hastalık saptanmaması, hastalığa ya da hastaneye yatışa karşı verilen doğal emosyonel tepkilerin psikiyatrik hastalık lehine yorumlanma eğilimi ya da bu tür tepkilerin nasıl ele alınacağı ile ilgili bilgi ve deneyim eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir (35). Hastanede yatan hastalarda psikiyatrik komorbiditelerin atlanması kadar, altta yatan fiziksel hastalığa ya da tedavi yan etkilerine bağlı gelişen emosyonel tepkilerin ya da bilişsel çarpıtmaların psikiyatrik hastalık çerçevesine sokulma eğilimi de konsültasyon-liyezon psikiyatrisi alanında önem taşıyan bir konudur. Altta yatan hastalık ya da durum düzeldiğinde kendiliğinden gerileyebilecek olan ruhsal belirtilere fazlasıyla odaklanmanın esas hastalığın göz ardı edilmesi ve gereksiz psikiyatrik tedavilere yol açma riski akılda tutulmalıdır (36). Nitekim; çalışmamızda bedensel belirti bozukluğu düşünülen hastaların %57.1'inde ruhsal hastalık

bulunmamıştır. Bu da fiziksel belirtilerle prezante olan hastalarda organik nedenler dışlanmadan psikiyatrik tanıların düşünülmesinin esas hastalıkların tanısını geciktirme potansiyeli açısından önemlidir. Eser'in çalışmasında, konversiyon belirti ve bulguları ile konsültasyon istenen olguların dörtte birinde; ajitasyon nedeniyle konsültasyon istenenlerin ise %13.3'ünde ruhsal hastalık bulunmadığı belirtilmiştir (18). Bizim çalışmamızda psikotik bozukluk olduğu düşünülen hastaların %23.1'inde psikiyatrik patoloji bulunmamış, %15.4'üne ise deliryum tanısı konulmuştur. Deliryumda görülebilen ajitasyon, halüsinasyon, paranoid sanrı gibi belirtiler bu hastaların psikotik bozukluk olarak düşünülmesine neden olabilir (37). Deliryumun sık görülen, ölümcül seyredabilen ve asıl tedavisinin altta yatan nedenin ortadan kaldırılması olan bir hastalık olduğu düşünüldüğünde doğru tanınmasının önemi açıktır (38).

Çalışmamızda konsültasyon isteyen bölümlerin koydukları ön tanı ile psikiyatrik tanı arasındaki genel tutarlılık oranı %34.5 olup en yüksek tutarlılık oranı %45.5 ile yoğun bakımda, en düşük tutarlılık ise %10 ile nöroloji bölümündedir. Bu farklılığın nedeninin yatan hasta başına konsültasyon isteme oranları ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Ülkemizde yapılan bir çalışma ile uyumlu olarak nöroloji bölümünde görece daha az oranda psikiyatri konsültasyonu istenmiş bu da nöroloji hekimlerinin psikiyatri rotasyonu yapmaları nedeniyle psikiyatrik hastalıklar konusunda kendilerini daha yetkin görmeleri ile ilişkilendirilmiştir (30).

Bu çalışmanın kısıtlılıklarından biri tanısal değerlendirmenin yapılandırılmış bir yöntemle yapılmamış olmasıdır. Ayrıca psikiyatri konsültasyonu istenen yatan hastalar değerlendirilmeye alınmış olup acil servis ve poliklinikten istenen konsültasyonlar çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmanın tasarımının geriye dönük olması ve değişkenlerin gruplandırılmasındaki zorluklar da bu alandaki çalışmaların ortak kısıtlılıklarındandır. Bununla birlikte; psikiyatri konsültasyonlarının bölümlere göre oranlarının, psikiyatrik hastalıkların doğru tanınma oranlarının incelenmesi ve bunların nedenlerinin ortaya konması açısından güçlü yanlara sahiptir. Bu çalışmada vurgulanmak istenen en önemli iki bulgu; herhangi bir ruhsal hastalığı

bulunmayan kişiler için istenen psikiyatri konsültasyonlarının fazlalığı ile psikiyatri dışı hekimlerce belirtilen ön tanıların düşük doğrulanma oranlarıdır. Her iki bulgu da psikiyatrik hastalıkların tanınmasında yetersizlik olduğunu düşündürmektedir. Tıp eğitiminde psikiyatrik hastalıkların belirti ve bulgularına yönelik pratik eğitimlere ağırlık verilmesi, doğru konsültasyon isteme beceri ve tutumunun kazandırılması ve bunun mezuniyet sonrası eğitimlerle pekiştirilmesinin bu sorunların aşılmasına yönelik adımların başında geldiği düşünülmektedir. Ek olarak literatürde de belirtildiği üzere; konsültasyon-liyezon psikiyatrisinin liyezon kısmına verilen önemin arttırılarak hem hastanın hem de tüm tedavi ekibinin biyopsikososyal model doğrultusunda eğitim ihtiyacının karşılanması gerekmektedir (39).

SONUÇ

Sonuç olarak bu çalışmada toplam yatan hasta sayısına göre yetersiz oranda psikiyatri konsültasyonu istendiği ve en sık konsültasyon isteme nedeninin ise ajitasyon olduğu görülmüştür. Dahili bilimler ve yoğun bakım ünitelerinde yatan hasta başına psikiyatri konsültasyonu oranı yüksekken, cerrahi branşlarda bu oran düşük seyretmektedir. Konsültasyon sonucunda büyük oranda ruhsal hastalık bulunmazken en sık konulan tanımlar anksiyete bozukluğu, deliryum ve depresyondur. Psikiyatri dışı hekimlerin deliryumu iyi tanıdıkları, anksiyete ve alkol kullanım bozukluklarını da yaklaşık yarı yarıya oranda doğru öngördükleri; ancak depresyon, psikotik bozukluklar ve bedensel belirti bozukluğu tanımlarının doğrulanma oranlarının düşük olduğu bulunmuştur. Literatürde fiziksel hastalıklarda bildirilen yüksek psikiyatrik komorbidite oranları ve bunların morbidite, mortalite ve sağlık harcamaları üzerine olan etkileri psikiyatrik ek tanımların doğru tanınmalarının ve konsültasyon-liyezon biriminin önemini göstermektedir.

Yazışma Adresi: Öğr. Gör. Dr. İrem Ekmekci Ertek, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Ankara, Türkiye
irem.ekmekci@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Fink P, Hansen MS, Sondergaard L. Somatoform disorders among first-time referrals to a neurology service. *Psychosomatics* 2005;46:540-8.
2. Ito H, Kishi Y, Kurosawa H A preliminary study of staff perception of psychiatric services in general hospitals. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21:57-61.
3. Hochlehnert A, Niehoff D, Herzog W, Löwe B. Elevated costs of treatment in medical inpatients with psychiatric comorbidity are not reflected in the German DRG-system. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2007; 57:70-75.
4. Wolf M, Arolt V, Burian R, Diefenbacher A. Psychiatric and psychosomatic consultation-liaison. An overview. *Der Nervenarzt*. 2013;84:639-47. Quiz 648-639.
5. Nielsen J, Hansen MS, Fink P. Use of complementary therapy among internal medical inpatients. Prevalence, costs and association with mental disorders and physical diseases. *J Psychosom Res* 2003;55:547-52.
6. Dilts SL, Mann N, Dilts JG. Accuracy of referring psychiatric diagnosis on a consultation-liaison service: *Psychosomatics* 2003; 44: 407-411
7. Silverstone PH. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J Ment Dis* 1996; 184: 43-51
8. Himelhoch, S, Weller WE, Wu AW, Anderson GF, Cooper LA. Chronic medical illness, depression, and use of acute medical services among Medicare beneficiaries. *Medical care* 2004; 512-521
9. Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF. Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of services. *Am J Psychiatry*. 1990; 147:1498-503.
10. Alaja R, Tienari P, Seppa K, Tuomisto M, Leppävuori A, Huyse FJ et al. Patterns of comorbidity in relation to functioning (GAF) among general hospital psychiatric referrals. *European Consultation-Liaison Workgroup. Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 135-140.
11. Goulia P, Mantas C, Hyphantis T Delirium, a 'confusing' condition in general hospitals: The experience of a consultation liaison psychiatry unit in greece. *Int J Gen Med* 2009; 29:201-207.
12. Wood R, Wand AP. The effectiveness of consultation-liaison psychiatry in the general hospital setting: a systematic review. *J Psychosom Res*. 2014; 76:175-92.
13. Abrams TE, Vaughan-Sarrazin M, Rosenthal GE. Psychiatric comorbidity and mortality after acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2009; 2:213-20.
14. Levitan SJ, Kornfeld DS. Clinical and cost benefits of liaison psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1981;138:790-3.
15. Cassem NH, Hackett TP. Psychiatric consultation in a coronary care unit. *Ann Intern Med*. 1971;75:9-14.
16. Chen KY, Evans R, Larkins S. Why are hospital doctors not referring to consultation-liaison psychiatry?-a systemic review. *BMC psychiatry* 2016; 16: 390
17. Sertöz ÖÖ, Doğanavşargil GÖ, Noyan MA, Altıntoprak E, Elbi H. Bir Üniversite Hastanesi Konsültasyon Liyezon Servisinde Psikiyatrik Hastalıkların Psikiyatri Dışı Hekimlerce Doğru Tanınma Oranları. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni* 2008; 18.
18. Eser, B., Batmaz, S., Songur, E., Yıldız, M., & Aslan, E. A . Bir üniversite hastanesinde yatan hastalar için ve acil servisten istenilen ruh sağlığı ve hastalıkları konsültasyonlarının incelenmesi: Türkiye'den çalışmalarla bir karşılaştırma. *Klinik Psikiyatri*, 2018;21:278-289
19. Diehl A, Nakovics H, Croissant B, Reinhard I, Kiefer F, Mann K. Consultationliaison psychiatry in general hospitals: Improvement in physicians' detection rates of alcohol use disorders. *Psychosomatics* 2009; 50:599-604.
20. Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Çeviri Editörü Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013
21. Huyse FJ, Herzog, T, Lobo A, Malt F, Opmeer BC, Stein, B et al. Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *General Hospital Psychiatry* 2001;23: 124-132.
22. Aslan S, Candansayar S, Coşar B, Işık E. Bir üniversite hastanesinde bir yıl süresince gerçekleştirilen psikiyatri konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Yeni Sempozyum* 2003; 41:31-38.
23. Arolt V, Driessen M, Dilling H. The Lübeck general hospital study. I: Prevalence of psychiatric disorders in medical and surgical inpatients. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 1997;1:207-16.
24. Martucci M, Balestrieri M, Bisoffi G, Bonizzato P, Covre MG, Cunico L et al. Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: a two-phase epidemiological survey. *Psychol Med*. 1999;29:823-32.
25. Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, Oxhøj ML, Søndergaard L, Munk-Jørgensen P. Mental disorders among internal medical inpatients: prevalence, detection, and treatment status. *J Psychosom Res*. 2001;50:199-204.
26. Koroğlu A, Helvacı Çelik F, Aslan M, Hocaıglu Ç. Bir eğitim hastanesinde psikiyatri konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi *Klinik Psikiyatri* 2011; 14:44-50
27. Brown S, Inskip H, Barrowclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000; 177:212-217.
28. Karşıdağ Ç, Aksoy UM, Yüksel G, Alpay N, Uysal A. Yataklı tedavi hizmeti sunan psikiyatri kliniklerinde ektanılar. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2013; 16:47-52.
29. Uyar B, Gürgen F. Bir Üniversite Hastanesinde Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2015; 18: 24-28.
30. Göktaş K, Yılmaz E, Kaya N, Akman C. Bir eğitim hastanesinde istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006;7: 27-32.
31. Canan F, Koçer E, İçmeli C, Özçetin A, Ataoglu A. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalar için istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 2008; 1:22-27.
32. Kuloğlu M, Çayköylü A, Akyol ES. Bir eğitim hastanesinde istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. *Kriz*

Dergisi 2008; 16:19-23.

33. Gala C, Rigatelli M, De Bertolini C, Rupolo G, Gabrielli F, Grassi L. A multicenter investigation of consultation-liaison psychiatry in Italy. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21:310-317.

34. Rothenhäusler HB, Stepan A, Kreiner B, Baranyi A, Kapfhammer HP. Patterns of psychiatric consultation in an Austrian tertiary care center- results of a systematic analysis of 3,307 referrals over 2 years. *Psychiatr Danub* 2008; 20:301-309.

35. Lederberg MS. Making a situational diagnosis: psychiatrists at the interface of psychiatry and ethics in the consultation-liaison setting. *Psychosomatics* 1997; 38:327-338.

36. Slavney PR. Diagnosing demoralization in consultation psychiatry. *Psychosomatics* 1999;40:325-329.

37. Yang FM, Marcantonio ER, Inouye SK. Phenomenological subtypes of delirium in older persons: patterns, prevalence and prognosis. *Psychosom.* 2009;50:248– 54

38. Leslie DL, Marcantonio ER, Zhang Y, Leo-Summers L, Inouye SK. One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. *Archives of internal medicine* 2008; 168:27-32.

39. Leentjens, A. F., Rundell, J. R., Diefenbacher, A., Kathol, R., & Guthrie, E. . Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry: Scope of Practice, Processes, and Competencies for Psychiatrists or Psychosomatic Medicine Specialists: A Consensus Statement of the European Association of Consultation-Liaison Psychiatry and the Academy of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics*, 2011; 52: 19-25.

Pika, geri çıkarma bozukluğu nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları

What is pica and rumination disorder? diagnosis and treatment approaches

Murat Kaçar¹, Çiçek Hoccoğlu²

¹Dr.Öğr. Üyesi, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Rize, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-8887-2991

²Prof., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Rize, Türkiye
https://orcid.org/0000-0001-6613-4317

ÖZET

Pika ve geri çıkarma bozukluğu (ruminasyon bozukluğu), Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5.baskısında beslenme ve yeme bozuklukları başlığı altında tanımlanmıştır. Çocuklarda ve ergenlerde her iki bozukluk için de sınırlı epidemiyolojik veriler vardır. Etiyolojide psikososyal ve biyokimyasal faktörler öne çıkmaktadır. Özellikle düşük sosyoekonomik düzey, ihmal, istismar, yetersiz anne-çocuk etkileşimi ile bozuklukların güçlü ilişkisi gösterilmiştir. Demir, kalsiyum ve çinko dahil olmak üzere pika ve mikrobesein eksiklikleri arasındaki ilişki iyi tanımlanmıştır. Gelişimsel engelli çocuklar birçok problem davranış biçimi için daha fazla risk altında olsa da pika özellikle yaşamı tehdit eden tıbbi sonuçlarla sonuçlanabilmesi nedeniyle önemlidir. Ruminasyon bozukluğunda kendiliğinden remisyon sık görülmesine rağmen ilerleyici beslenme bozukluğu, dehidratasyon, hastalıklara direncin düşmesi gibi sekonder komplikasyonlar da gelişebilir. Günümüzde pika ve ruminasyon bozukluğu için spesifik olarak kanıta dayalı tedavi protokolü bulunmamaktadır. Tedaviler psikososyal, çevresel, davranışsal ve aile rehberliği yaklaşımlarını öne çıkarmaktadır. Bu bozuklukların tedavisine yönelik güçlü klinik önerilerin geliştirilmesini sağlamak için randomize kontrollü çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır. Gelecekteki araştırmalar için öneriler, beslenme ve yeme bozukluklarının erken belirleyicileri üzerinde odaklanmış, desteklenen tedavileri ve önleme programlarını tanımlamayı içermektedir. Son yıllardaki araştırmalar dikkate alınarak yapılan bu gözden geçirme, her iki bozukluk için tanı ölçütlerini, klinik özelliklerini ve tedavi seçeneklerini özetlemektedir.

Anahtar Sözcükler: Pika, geri çıkarma bozukluğu, tanı, tedavi

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:347-354)

DOI: 10.5505/kpd.2019.50570

SUMMARY

Pica and rumination disorder are described under the heading of nutrition and eating disorders in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed. In children and adolescents there is limited epidemiological data for both disorders. Psychosocial and biochemical factors come to the forefront in etiology. Particularly low socioeconomic level, neglect, abuse, inadequate maternal-child interaction and strong association of disorders have been shown. The relationship between pica and micronutrient deficiencies, including iron, calcium and zinc, is well defined. Children with developmental disabilities are more at risk for many problem behaviors, but pica is especially important because it can result in life-threatening medical consequences. It is thought that oesophageal reflux may be a predisposition to ruminating behavior but is the main cause of psychosocial problems and / or impairment of operant conditioning. Even though spontaneous remission is frequent in rumination disorder, secondary complications such as progressive malnutrition, dehydration and resistance to diseases may develop. Currently, no evidence-based treatment protocol exists specifically for pica and rumination disorders. The treatments emphasize psychosocial, environmental, behavioral and family guidance approaches. There is a need for randomized controlled trials to develop strong clinical recommendations for the treatment of these disorders. Suggestions for future research include identifying supported therapies and prevention programs focused on early determinants of nutrition and eating disorders. This review, based on recent research, summarizes diagnostic criteria, clinical features and treatment options for both disorders.

Key Words: Pica, rumination disorder, diagnosis, treatment

GİRİŞ

Pika besleyici değeri olmayan veya besin olmayan maddelerin düzenli ve aşırı miktarda yenmesi ile karakterize bir yeme bozukluğudur. Pika terimi Latince'de 'saksağan' anlamına gelmekte olup saksağan gıda dışı ürünler ile benzer şekilde beslenmekle tanınan bir kuştur. Pika ilk olarak M.Ö. 400'de Hipokrat tarafından tanımlanmıştır (1). Pika DSM IV'te Genellikle İlk kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı konan bozukluklar kategorisinin altında yer almaktaydı. Fakat pika, DSM-V'te bu kategorinin kaldırılması sonrası beslenme ve yeme bozuklukları bölümünde yerini aldı ve kriterleri daha açıklanır hale getirildi. Bununla birlikte bozukluğun her yaş grubunda kişilerde tanımlanabilmesine izin verildi (2).

Pika çocukluk yaş grubunda daha fazla olmak üzere tüm toplumlarda ve yaş gruplarında görülebilir. Kültürel pika, birçok ülkenin geleneklerinde bulunur ve tüm dünyada bazı toplumlarda ortak bir uygulama olarak devam etmektedir. Kültürel olarak pika davranışı (özellikle jeofajiler, toprak ya da kil yutulması) hamilelik, çocuk sahibi olma ve emzirme ile ilişkilidir (3,4,5). Tipik olarak, küçük çocuklar boya, sıva, iplik, saç ve kumaş parçaları yiyebilir, büyük çocuklar toprak, hayvan dışkısı, taş, silgi ve kağıt yiyebilirler (6). Günümüzde son bilgiler pikanın çok nedenli olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda pikanın etiyojisi, tanısı ve tedavisi ile ilgili güncel bilgilerin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Epidemiyoloji

Pikanın potansiyel olarak ciddi tıbbi sonuçlarına rağmen, çocuklukta prevalansı ve diğer psikopatolojilerle ilişkisi hakkında çok az şey bilinmektedir. DSM-5 kriterlerini kullanan epidemiyolojik çalışmalar yetersizdir. İsviçre'de 7-13 yaş arası 1430 çocukla yapılan çalışmada, klinik olarak anlamlı pika davranışı % 3.8 oranında bulunmuştur (7). Almanya'da 7-14 yaş arası 804 çocukla yapılan toplum temelli bir çalışmada pika sıklığı % 4,98 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada erkeklerde sıklık anlamlı olarak kızlardan daha fazla bulunmuştur (8). Çalışmalar ayrıca, pikanın dünya genelinde heterojen olduğunu ve Afrika'da diğer

kıtalarla kıyasla daha yüksek bir prevalans olduğunu belirtmiştir (9).

Hamilelik sırasında pika davranışı dünya çapında bildirilmiştir ve en yaygın olarak kırsal ülkelerde ve düşük gelirli ailelerde bulunur (10). Hamile ve postpartum dönemde olan kadınların araştırıldığı bir meta analizde pika prevalansı %27.8 saptanmıştır. Aynı çalışmada Avrupa, Asya ve Amerika'da hamilelik ve postpartum sırasında pika davranışı sıklık oranları Afrika'ya kıyasla oldukça düşük bulunmuştur (11). Örneğin Danimarka'da yapılan bir çalışmada, gebe kadınlarda % 0.02 pika yaygınlık oranı tanımlanmıştır (12). Bir başka çalışmada kesitsel ve prospektif olarak yüksek riskli gebeliği olan 913 kadın araştırılmıştır. Hamilelerin % 5.7'sinde pika tanısı saptanmış olup pikanın en sık tipi % 57.7 oranla jeofaji bulunmuştur (13). Brezilya'da yapılan bir araştırmada, hamile kadınların % 14.4'ünde pika saptanmıştır (14). Mental retardasyonlu bireylerde pika prevalansı %5.7 ila %25.8 arasında değişmektedir (15). Pika, gelişimsel engelli bireylerde en sık gözlenen yeme bozukluklarından biri olmasına rağmen, kliniğe başvuru sık olmamaktadır (16).

Etiyoloji

Etiyolojisi yeterince anlaşılmamıştır ve muhtemelen çok faktörlüdür. Psikososyal ve biyokimyasal faktörler ön plandadır. Pikanın, özellikle uyaran azlığı ve ebeveyn ihmalinin olduğu ortamlardan öğrenilmiş bir davranışın sonucu olarak ortaya çıkabileceği öne sürülmektedir (17). Düşük sosyoekonomik düzey, ihmal, istismar, yetersiz anne-çocuk etkileşimi ile pikanın güçlü ilişkisi gösterilmiştir (6,18).

Pika olan çocuklar, eksik oldukları besin maddelerinden zengin maddeleri yiyebilir. Yeni bir meta-analizde anemi, mikrobesein eksiklikleri ve pika arasındaki ilişki ortaya konulmuştur. Toprak ve buz açlığı demir ve çinko eksikliği ile ilişkili bulunmuştur (19). Erişkinlerde pika özellikle demir eksikliğinin en fazla görüldüğü gebelik dönemi ile ilişkilidir. Gebelikteki pika, azalmış demir depoları ya da düşük hemoglobin değerleri ile ilişkili bulunmuştur (11).

Pika sıklıkla mental retardasyon ve gelişimsel sorunlarla ilişkilidir. Genel popülasyona nispeten zeka geriliği olan çocuklarda daha sık görülmekte olup zeka düzeyi düştükçe pikanın sıklığı da artmaktadır (6). Dünyada pikanın çok farklı tipleri görülmekte olup ülkemizde anemi ve primer hipotiroidi tanısı ile kömür yeme alışkanlığı olan farklı bir olgu bildirilmiştir (20).

Klinik Özellikler

Klinik görünümü oldukça değişkendir. Pika davranışları sıklıkla 12-24 aylıkken başlamaktadır. Mevcut yeme sorununun şiddeti ve tüketilen maddenin doğasına göre sekonder zehirlenme, enfeksiyon, gastrointestinal bulgular ve dental sorunlar ortaya çıkmaktadır. Birçok olgu ciddi bir komplikasyon gelişene kadar tanı konamamaktadır (21,22). Gelişimsel engelli çocuklar birçok problem davranış biçimi için daha fazla risk altında olsa da pika özellikle yaşamı tehdit eden tıbbi sonuçlarla sonuçlanabilmesi nedeniyle önemlidir. Ciddi ve potansiyel olarak ölümcül olan tıbbi komplikasyonlar arasında barsak tıkanıklığı ve perforasyon, boğulma, paraziter enfeksiyonlar ve zehirlenme sayılabilir. Daha az tehlikeli tıbbi konular ise beslenme yetersizliği, ağız ve diş sağlığı sorunları, irritabl bağırsaklar, genişlemiş kolon ve kabızlıktır (23). Pika aynı zamanda sosyal damgalanmaya da yol açabilir, bunun ardından sosyal izolasyon potansiyel olarak pika maddelerini arama ve alma davranışını arttırabilir (6).

Tanısal Değerlendirme

Pika, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5.baskısında (DSM-5) gelişimsel düzey olarak uygun olmayan, kültürel ve toplumsal olarak normal olmayan, gıda dışı ve besleyici olmayan maddelerin 1 ay veya daha uzun süre boyunca sürekli tüketilmesi olarak tanımlanmıştır. Pika için DSM-5 tanı ölçütleri tablo-1'de verilmiştir (2). Tanı, DSM-5 kriterlerine dayanan

yapılandırılmamış klinik görüşmeler yoluyla veya standart bir değerlendirme kullanılarak konulabilir. DSM-5 için Yeme Bozukluğu Değerlendirmesi (EDA-5) klinisyenlerin veya araştırmacıların DSM-5 beslenme ve yeme bozukluklarını belirleme amaçlı, iyi psikometrik özellikleri olan kısa bir "uygulama" tabanlı görüşmedir (24). Pika, Kaçınan/Kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu ve Ruminasyon Bozukluğu Görüşmesi (PARDI), pika tanısı için klinik olarak kullanılabilen ve 2 yaş ve üstü bireyler arasında şiddet ve ilgili bozukluğun daha ayrıntılı değerlendirildiği yarı yapılandırılmış bir görüşmedir (25). PARDI, pika ciddiyetinin sürekli bir ölçüsünü sağlayan tek standartlaştırılmış klinik değerlendirme aracıdır. Pika sıklıkla otizm spektrum bozukluğu ve mental retardasyonda ortaya çıkmakta olup klinik açıdan dikkat çekecek şiddete ise pika tanısı konulmaktadır. Kapsamlı gelişim öyküsü, yaşam çevresi, mevcut tıbbi durum, yenilen maddeler sorgulanmalıdır. Tam kan sayımı, demir düzeyi incelenmelidir. Pikası olan olgular değerlendirilirken çocuğun fiziksel ve zihinsel durumuyla birlikte aile işlevselliği de değerlendirilmelidir (23).

Pikanın ayırıcı tanısında diğer beslenme bozuklukları, demir eksikliği ya da çinko eksikliği akla gelmelidir. Pika eğer ciddi boyutta değilse ve otizm spektrum bozukluğu, mental retardasyon, erken başlangıçlı şizofreni ya da Kleine Levin Sendromu tanısını karşılıyorsa; pika tanısından uzak durmak gerekmektedir.

Tedavi

Günümüzde pika için spesifik olarak kanıt dayalı tedavi protokolü bulunmamaktadır. Tedavilerde psikososyal, çevresel, davranışsal ve aile rehberliği yaklaşımları öne çıkmaktadır. Çalışmalarda çeşitli davranışsal tedavi yöntemlerinin pikayı azalttığı ve tedavi başarısının %80'lere yaklaştığı gösterilmiştir (26). Bu yöntemlerden bazıları; pozitif ve negatif

Tablo 1. Pika için DSM-5 tanı kriterleri

- En az bir ay süreyle, sürekli olarak, besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme.
- Besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme tutumu, kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumlu değildir.
- Bu yeme davranışı, kültürel dayanağı olan ya da toplumsal olarak olağan kabul edilebilecek bir uygulama değildir.
- Bu yeme davranışı, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. entelektüel yeti-yitimi [entelektüel gelişimsel bozukluk], otizm açılımı kapsamında bozukluk, şizofreni), ayrıca klinik değerlendirilmeyi gerektirecek denli ağırdır.

pekiştirme, yenebilir olmayan maddelere erişimin fiziksel olarak kısıtlanması, alışkanlığı tersine çevirme, sistematik duyarsızlaştırma olarak sıralanabilir (21,23). Tedavide pikaya yönelik psikoeğitimin önemli yeri vardır. Çocuğa bakım verenler, pikanın kurşun zehirlenmesine varan komplikasyonları hakkında uyarılmalıdır. Ailenin olgunun ne yediğini denetlemesi, boya gibi kurşun içeren maddeleri yemesini önlemek açısından olguyu izlemeleri gerektiği aktarılmalıdır. Ailenin sosyal desteğinin artırılması, güçlüklerini gidermelerine yardımcı olunması ve böylelikle anne-çocuk ilişkisini iyileştirmek tedavinin önemli bir parçasıdır (27). Besin takviyeleri genellikle gelişimsel geriliği olan veya olmayan bireylerde pikayı azaltmak için kullanılır.

Pika diğer hastalıklara sekonder ise, altta yatan hastalığın tedavisi gereklidir. Demir eksikliği olan olgularda demir tedavisi sıklıkla önerilmekte olup bir çok olguda pikayı azalttığı gösterilmiştir (28). Tedavide nadiren acil cerrahi girişime ihtiyaç duyulur.

Pikanın farmakoterapisine yönelik şimdiye kadar yapılan çalışmalarda, impulsif ya da obsesif-kompulsif davranışlarla karakterize olan diğer psikiyatrik bozuklukların pika ile ortak özellikler gösterdiği öne sürülmüştür. Bazı çalışmalarda obsesif kompulsif bozuklukta olduğu gibi pikanın da seçici serotonin gerilim inhibitörleri (SSGİ) tedavisine yanıt verebileceği öne sürülmektedir (18,29). Ayrıca komorbid dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun stimulanla tedavi edildiği olgularda pikanın da azaldığı saptanmıştır (30).

Ruminasyon bozukluğu (Geri çıkarma bozukluğu)

Giriş ve tarihçe

Ruminasyon bozukluğu (Geri çıkarma bozukluğu) sıklıkla istem dışı veya alışkanlık olarak tanımlanan yineleyici tekrarlayan gıda regürjitasyonu ile karakterize bir yeme bozukluğudur. “Ruminasyon” kelimesi, “geviş getirmek” anlamına gelen Latince “ruminare” sözcüğünden türetilmiştir. Ruminasyon bozukluğu (Geri çıkarma bozukluğu) DSM IV’te Genellikle İlk kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı konan bozukluklar ka-

tegorisinin altında yer almaktaydı. Ruminasyon bozukluğu (Geri çıkarma bozukluğu), DSM-5’te bu kategorinin kaldırılması sonrası beslenme ve yeme bozuklukları bölümünde yerini aldı. Kriterler daha açıklanır hale getirildi ve bu bozuklukların her yaş grubunda tanımlanabilmesine izin verildi (2).

Ruminasyon, sindirilen gıdaların sindirilebilirliğinin arttırılmasına yardımcı olan sığır, koyun ve keçiler gibi geviş getiren hayvanlar tarafından gerçekleştirilen normal fizyolojik bir süreçtir. Ancak, ruminasyon insanlarda tekrarlı olarak meydana gelirse patolojik olarak kabul edilir ve bu durum ruminasyon bozukluğu olarak bilinir. Tarihsel olarak ruminasyon bozukluğunun, özellikle çocuklarda ve bebeklerde ve gelişim geriliği olan hastalarda ortaya çıkan bir durum olduğu düşünülmüştür. Bununla birlikte ruminasyon, sağlıklı ergenlerde ve yetişkinlerde ortaya çıkabilen bir bozukluk olarak da bilinmektedir. Çalışmamızda Ruminasyon bozukluğunun etiolojisi, tanısı ve tedavisi ile ilgili güncel bilgilerin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Epidemioloji

Ruminasyon nadiren görülmektedir. İnsidans ve prevalansa ilişkin epidemiyolojik veriler çok sınırlıdır (31). Ruminasyon gelişim geriliği olanlarda herhangi bir yaşta görülebilirken gelişimi normal olan çocuklarda başlangıç zamanı 3-12 ay arasındadır. Erkeklerde daha sık olduğu bildirilmiştir (32). Kolombiya’da 0-48 aylık 1231 çocuktan oluşan kesitsel bir çalışmada, ruminasyon prevalansı % 4.7 olarak bulundu (33). Ruminasyon bozukluğunun mental retarde küçük çocuklarda %6 -%10 sıklığında olduğu bildirilmiştir (34).

Ruminasyon bozukluğu sadece Bebeklik veya Erken Çocukluk Dönemi Beslenme Bozukluğu değildir; yetişkinler de bu tanıyı DSM-5 altında alabilirler ve yetişkin vakaları literatürde bildirilmiştir (35). Avustralya ve Meksika’da yapılan popülasyona dayalı iki çalışmada, erişkinlerde prevalansı sırasıyla % 0.8 ve % 0.9 olarak bulunmuştur (36,37). Erişkinlerin bir çoğunda diğer yeme bozuklukları ile birliktelik gösterir (38). Yeme bozukluğu ve fibromiyalji gibi özel popülasyonlarda, ruminasyon bozukluğu hastaların % 7 ila % 8’i gibi daha yüksek

bir sıklıkta olduğu bildirilmiştir (39). Kadınlarda daha sık görülme sebebi, kadınların fonksiyonel gastrointestinal bozukluklar için sağlık hizmeti arama olasılıklarının daha yüksek olması ile ilgili olabilir (40).

Etiyoloji

Ruminasyon bozukluğunun etiyojisi multifaktöriyeldir. Kültürel, sosyoekonomik, organik ve psikodinamik faktörler ön plandadır. Özellikle olumsuz psikososyal çevre ve stresli yaşam olaylarının ruminasyon bozukluğu ile ilişkisi gösterilmiştir (41). Anne-çocuk ilişkisindeki yetersizlik, uyarıcı eksikliği ve ihmal çocuğun kendini rahatlatma davranışına gitmesine neden olabilir (42). Mide içeriğini tekrar ağza getiren çocuk yeme sürecini tekrar başlatır ve kendini yatıştırarak gerginlikten kurtulmaya çalışır.

Ruminasyon bozukluğu sıklıkla zeka geriliği ile beraber görülmektedir. Ruminasyonun bebeklerde ve gelişimsel geriliği olan bireylerde kendiliğinden yatıştırıcı bir davranış olarak işlev görebileceği düşünülmektedir (43). Ruminasyonda medikal/fiziksel faktörlerin rolü henüz çok iyi bilinmemektedir. Gastroözefageal reflü hastalığı ile ruminasyonun başlangıcı arasında bir ilişki bulunmasına rağmen, mide bulantısı ve kusma gibi belirtilerin diğer bir çok mide rahatsızlıklarında ruminasyondan önce gelebileceği veya eşlik edebileceği düşünülmektedir. Özafageal reflünün ruminasyon davranış için bir yatkınlık oluşturabileceği ancak psikososyal sorunların ve/veya edimsel koşullanmanın bozukluğun ortaya çıkmasına temel neden olduğu düşünülmektedir (44).

Klinik Özellikleri

Bu bozukluğun en önemli özelliği yeme fonksiyonları normal iken yineleyen regürjitasyon ve yiyeceklerinin tekrar çiğnenmesidir. Ruminasyon sırasında; bebek, dil ile emme hareketleri yaparken kafasını geriye yaslar, sırtını gererek pozisyon alır ve kendi kendini yatıştırıyor ya da uyarıyor gibi görünür. Ruminasyon bozukluğunda kusma, öğürme veya yiyecekten hoşlanmama davranışları olmaz. Öğünler arasında

bebek aç ve huzursuz olabilir.

Ruminasyonun ana semptomu, mide bulantısı olmadan kusma olarak tarif edilmesine rağmen, ağızdan alınan yutulmuş gıda ve sıvının tekrarlayan yetersizliğidir. Regürjitasyon tipik olarak bir yemekten 10 ila 15 dakika sonra ortaya çıkabilir fakat 1 ila 2 saate kadar sürebilir. Gıdalar tekrar yutulabilir veya ağza çıkarılabilir. Bazı hastalarda semptomlar aralıklı olabilir veya yemeğin büyüklüğüne ve içeriğine bağlı olarak değişebilir. Ancak, hastaların çoğunda, ruminasyon, yemek türünden bağımsız olarak, yemeklerden sonra her zaman meydana gelir. Ruminasyon sadece sıvı yutulduktan sonra bile gerçekleşebilir. Karakteristik olarak, sıvıların yutulması katı gıdaların ruminasyonunu kolaylaştırır. Regürjitasyon genellikle ekşi ve acı bir tada sahip değildir ve sıklıkla yeni alınan yemeğe benzer bir tat olarak tanımlanmaktadır (45).

Kendiliğinden remisyon sık görülmesine rağmen ilerleyici beslenme bozukluğu, dehidratasyon, hastalıklara direncin düşmesi gibi sekonder komplikasyonlar da gelişebilir. Ruminasyon kilo kaybı, malnütrisyon, özefajit, elektrolit dengesizliği ve dış minesinde erozyon gibi durumlara neden olabilmektedir (38). Ruminasyon bozukluğunun klinik özelliklerinin bilinmemesi bireylerin sıklıkla yanlış tanı almasına veya geniş, maliyetli, invaziv tıbbi tedavilerin uygulanmasına neden olabilmektedir.

Tanısal Değerlendirme

Ruminasyon bozukluğunun için DSM-5 tanı ölçütleri tablo-2'de verilmiştir (2). DSM-5 için Yeme Bozukluğu Değerlendirmesi (EDA-5) klinisyenlerin veya araştırmacıların DSM-5 beslenme ve yeme bozukluklarını belirleme amaçlı kullandığı kısa bir ölçektir (24). Pika, Kaçınan/Kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu ve Ruminasyon Bozukluğu Görüşmesi (PARDI), ruminasyon bozukluğunun tanısı için klinik olarak kullanılabilen yarı yapılandırılmış bir görüşmedir (25). Klinisyenin gastrointestinal anomalileri, enfeksiyonları ve başka tıbbi rahatsızlıkları dışlaması gerekir. Ruminasyon davranışının, kusma veya asit reflüsünden ayırt edilmesi gereklidir. Tanı için gastrointestinal bir durum dışlama olarak kabul edilse

Tablo 2. Ruminasyon bozukluğu için DSM-5 tanı kriterleri

- A. En az bir ay süreyle, sık sık yediği yiyeceği geri çıkarma. Çıkanlan yiyecek yeniden çiğnenebilir, yeniden yutulabilir ya da dışarı tükürülebilir.
- B. Sık sık geri çıkarma, eşlik eden bir mide-bağırsak hastalığına ya da başka bir sağlık durumuna (örn. gastroözefageal reflü, pilor stenozu) bağlanamaz.
- C. Bu yeme bozukluğu, yalnızca anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tokmırcasına yeme bozukluğu ya da kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.
- D. Bu belirtiler, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. entelektüel yeti-yitimi [entelektüel gelişimsel bozukluk] ya da başka bir nörogelişimsel bozukluk) ayrıca klinik değerlendirilmeyi gerektirecek denli ağırdır

de özafageal reflü ile ruminasyon bozukluğu arasında yüksek bir birliktelik vardır.

Tedavi

Ruminasyon bozukluğu büyük oranda kendiliğinden iyileşen bir sorundur. Erişkinlerde genelde daha kronik bir gidiş vardır (46). Günümüzde, randomize kontrollü çalışmalar ruminasyon bozukluğu için tercih edilen tedavileri belirlememiştir. Tedavide öncelikli olarak ruminasyon davranışına neden olan altta yatan mekanizmaları kapsamlı bir şekilde araştırmak gerekmektedir (32). Gerek düşük prevalans oranları gerek klinikte heterojen bir görünüm sergilemesinden dolayı tedavi seçeneğine yönelik bilgiler olgu serileriyle sınırlı kalmıştır. Genellikle tedavi seçeneği komorbid durumlar ve bozukluğun şiddetine göre değişiklik göstermektedir (21).

Davranışçı tedaviler yeme davranışının farkındalığını arttırmak amaçlı kendi kendini gözlemlenme, fizyolojik uyarıların azaltılması için gevşeme egzersizleri, dikkati farklı yöne çekme, sistematik duyarsızlaştırma ve alışkanlığı tersine çevirme protokollerini içerir (47). Bununla birlikte birkaç vaka raporu, diyafragma solunumu kullanılarak semptomların azaldığını göstermiştir (35). Diyaframatik solunum egzersizlerinin ruminasyonu başlatan abdominal basınç artışını sağlayan dürtüyle yarıştığı ve ruminasyon davranışının tersine dönmesine katkıda bulunduğu düşünülmektedir (46). Ruminasyon bozukluğu olan bireyler arasında ruminasyon, yemeğin başlaması veya sonlanması veya yemek yerken doluluk hissi gibi dış ipuçlarına cevap olarak öğrenilmiş bir alışkanlık olarak hizmet edebilir. Bireyler, bu davranışın öğrenilmiş bir cevap olduğunun farkında olmayabilir. Bu gibi durumlar-

da, regürjitasyon davranışının sürdürülmesinde bireyin kendi rolüne dair bakış açısı geliştirmek genellikle tedavinin önemli bir bileşenidir. Ergenler ile yapılan davranışsal tedavinin uzun dönem sonuçlarının araştırıldığı bir çalışmada davranışçı tedavinin, ruminasyonda, somatik semptomlarda ve yaşam kalitesi de dahil olmak üzere diğer ilgili faktörlerde uzun vadeli iyileşmeye yol açtığı saptanmıştır (48).

Prokinetik aktiviteye sahip selektif bir dopamin D2-reseptör antagonisti olan antipsikotik levosulpirid, 8 aylık bir süre boyunca destekleyici psikoterapi ile kombine edilerek ruminasyon bozukluğu olan 21 erişkinde incelenmiştir. Bu çalışmada, tedavi edilen hastaların % 38'i semptomlarda bir iyileşme bildirirken, % 48'i değişiklik olmadığını ve % 14'ü semptomların kötüleştiğini bildirmiştir (49).

Erişkinlerle yapılan plasebo kontrollü randomize çift kör bir çalışmada Baklofenin alt özofagus sfinkteri basıncı üzerindeki etkisiyle ruminasyon sendromu olan hastalar için etkili bir tedavi seçeneği olduğu gösterilmiştir (50).

Bununla birlikte, kanıtların sınırlı olması nedeniyle medikasyonun, ruminasyon bozukluğunda yalnızca davranış terapisine yanıt vermeyen hastalar için geçerli olduğu düşünülebilir. Son olarak, literatürde medikal ve davranışsal tedaviye cevap vermeyen vakalarda cerrahi tedavinin de bir seçenek olarak uygulanabileceği öne sürülmüştür.

Sonuç

Yetişkinlere göre, çocuk ve ergenlerde beslenme ve yeme bozukluklarının epidemiyolojisi, etiolojisi, komorbiditeleri, önlenmesi ve tedavisini inceleyen

araştırmalar sınırlıdır. Davranışsal, psikiyatrik ve tıbbi bakış açılarını birleştirmek için bireysel ihtiyaçların değerlendirilmesi önerilmektedir. Tedavilerin belirlenmesine ek olarak, klinik araştırmacıların beslenme ve yeme bozukluklarının erken belirteçleri üzerine odaklanmaları önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hippocrates. Oeuvres Complètes d'Hippocrate, Vol. 8, Littré E, transl. Paris: Baillière. 1839.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Abrahams, P. W., & Parsons, J. A. Geophagy in the tropics: A literature review. *The Geographical Journal* 1996; 162(1) 63–72.
4. Edwards CH, Johnson AA, Knight EM, Oyemade UJ, Cole OJ, Westney OE, Jones S, Laryea H, Westney LS.. Pica in an urban environment. *Journal of Nutrition* 1994; 124, 954S–962S.
5. Grigsby, R. K., Thyer, B. A., Waller, R. J., & Johnston, G. A. Chalk eating in middle Georgia: A culture-bound syndrome of pica? *Southern Medical Journal* 1999; 92(2), 190–192.
6. Stiegler, L.N. Understanding pica behavior: A review for clinical and education professionals. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities* 2005; 20, 27–38.
7. Murray, H. B., Thomas, J. J., Hinz, A., Munsch, S., & Hilbert, A. Prevalence in primary school youth of pica and rumination behavior: The understudied feeding disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2018.
8. Hartmann, A. S., Poulain, T., Vogel, M., Hiemisch, A., Kiess, W., & Hilbert, A. Prevalence of pica and rumination behaviors in German children aged 7–14 and their associations with feeding, eating, and general psychopathology: A population-based study. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2018; 1–10.
9. Young SL, Sherman PW, Lucks JB, Pelto GH. Why on earth?: Evaluating hypotheses about the physiological functions of human geophagy. *Q Rev Biol.* 2011 Jun; 86:97-120.
10. Boatın, A., Wylie, B., Singh, M. P., Singh, N., Yeboah-Antwi, K., & Hamer, D. Prevalence of and risk factors for pica among pregnant women in Chhattisgarh, India. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2012; 206: S299.
11. E.J. Fawcett, J.M. Fawcett, D. Mazmanian A meta-analysis of the worldwide prevalence of pica during pregnancy and the postpartum period *Int. J. Gynecol. Obstet.* 2016;133:277–83
12. Mikkelsen TB, Andersen AMN, Olsen SF. Pica in pregnancy in a privileged population: myth or reality. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85:1265–1266.
13. Santos AM, Benute GRG, Nomura RMY, Santos NO, Lucia MCSD, Francisco RPV. Pica and Eating Attitudes: A Study of High-Risk Pregnancies. *Matern Child Health J* 2016; 20: 577–582
14. Saunders, C., Padilha, P. C., L'bera, B. D., Nogueira, J. L., Oliveira, L. M., & Astulla, A. Pica: Epidemiology and association with pregnancy complications. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2009; 31: 440–446.
15. Ashworth M, Hirdes JP, Martin L. The social and recreational characteristics of adults with intellectual disability and pica living in institutions. *Res. Dev. Disabil.*; 2009; 30: 512–520
16. Ali, Z. Pica in people with intellectual disability: A literature review of aetiology, epidemiology and complications. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 2001; 26: 205–215.
17. Rose, E. A., Porcerelli, J. H., & Neale, A. V. Pica: Common but commonly missed. *Journal of the American Board of Family Practice* 2000; 13: 353–358.
18. Matson, J. L., Hattier, M. A., Belva, B., & Matson, M. L. Pica in persons with developmental disabilities: Approaches to treatment. *Research in Developmental Disabilities* 2013; 34: 2564–2571
19. Miao D, Young SL, Golden CD. A meta-analysis of pica and micronutrient status. *Am J Hum Biol* 2014; 27: 84–93.
20. Cadırcı, K. Anemi ve Primer Hipotiroidi Birlikteliği Olan İğınç Bir Pika Sendromu Odu Tıp Derg 2015; ek:32-35
21. Kelly NR, Shank LM, Bakalar JL, Tanofsky-Kraff M. Pediatric feeding and eating disorders: Current state of diagnosis and treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2014;16:446.
22. Tucker MH, Holmes J, Harley S, Garcia MR, Custodio H. Fever and Ataxia in a Toddler with Pica. *Pediatr Rev.* 2017 Sep; 38:435-436
23. Williams, D. E., & McAdam, D. Assessment, behavioral treatment, and prevention of pica: Clinical guidelines and recommendations for practitioners. *Research in Developmental Disabilities*, 2012; 33: 2050–2057
24. Sysko R, Glasofer DR, Hildebrandt T, Klimek P, Mitchell JE, Berg KC, Peterson CB, Wonderlich SA, Walsh BT. The eating disorder assessment for DSM-5 (EDA-5): development and validation of a structured interview for feeding and eating disorders. *Int J Eat Disord* 2015; 48:452–463.
25. Bryant-Waugh R, Cooke L. Development of the pardi (pica, arfid, rumination disorder interview): a structured assessment measure and diagnostic tool for feeding disorders *Archives of Disease Childhood* 2017;102:A29
26. Hagopian, L. P., Rooker, G. W., & Rolider, N. U. Identifying empirically supported treatments for pica in individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 2011; 32, 2114–2120
27. Blinder B., Salama C. An update on pica: prevalence, contributing causes, and treatment. *Psychiatric Times* 2008; 25: 66, 72–73
28. Asma S, Erdoğan FA, Abacı K. Demir eksikliği anemisi ve

farklı bir pika maddesi: Olgu sunumu. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 2009; 13: 159-6

29. Hergüner S, Ozyildirim I, Tanidir C. Is Pica an eating disorder or an obsessive compulsive spectrum disorder?. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2008; 32: 2010-2011

30. Hergüner S, Hergüner AS. Pica in a child with attention deficit hyperactivity disorder and successful treatment with methylphenidate. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2010; 34:1155-6

31. Halland M, Pandolfino J, Barba E. Diagnosis and treatment of rumination syndrome. Clin Gastroenterol Hepatol. 2018;16:1549-55.

32. Tack J, Blondeau K, Boecxstaens V, Rommel N. Review article: The pathophysiology, differential diagnosis and management of rumination syndrome. Aliment Pharmacol Ther 2011; 33:782-788.

33. Chogle A, Velasco-Benitez CA, Koppen IJ, Moreno JE, Ramirez Hernández CR, Saps M. A populationbased study on the epidemiology of functional gastrointestinal disorders in young children. J Pediatr 2016; 179:139-143.e1

34. Olden KW. Rumination. Curr Treat Options Gastroenterol 2001;4: 351-8.

35. Thomas JJ, Murray HB. Cognitive-behavioral treatment of adult rumination behavior in the setting of disordered eating: A single case experimental design. Int J Eat Disord. 2016; Oct;49:967-972.

36. Koloski NA, Talley NJ, Boyce PM. Epidemiology and health care seeking in the functional GI disorders: a population-based study. Am J Gastroenterol 2002; 97:2290-2299.

37. López-Colombo A, Morgan D, Bravo-González D, Montiel-Jarquín A, Méndez-Martínez S, Schmulson M.. The epidemiology of functional gastrointestinal disorders in Mexico: a population-based study. Gastroenterol Res Pract 2012; 2012:606174

38. Delaney CB, Eddy KT, Hartmann AS, Becker AE, Murray HB, Thomas JJ. Pica and rumination behavior among individuals seeking treatment for eating disorders or obesity. Int. J. Eat. Disord. 2015; 48: 238-248.

39. Almansa C, Rey E, Sánchez RG, Sánchez AA, Díaz-Rubio M. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in patients with fibromyalgia and the role of psychologic distress. Clin Gastroenterol Hepatol 2009; 7:438-445.

40. Absah I, Rishi A, Talley NJ, Katzka D, Halland M. Rumination syndrome: pathophysiology, diagnosis, and treatment. Neurogastroenterol Motil 2017; 29

41. Kessing BF, Smout AJ, Bredenoord AJ. Current diagnosis and management of the rumination syndrome. J Clin Gastroenterol. 2014; 48:478-83.

42. Hergüner S. Bebeklerde ve küçük çocuklarda beslenme ve yeme sorunları. Çetin-Çuhadaroğlu F, Pehlivan Türk B, Ünal F, İşeri E, Miral S, Uslu R, Motovalli N (editör). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2008, s.394-406.

43. Hartmann AS, Becker AE, Hampton C, Bryant-Waugh R. Pica and rumination disorder in DSM-5. Psychiatr Ann 2012;42:426-430.

44. Chatoor, I., Getson, P., Menvielle, E., Brasseaux, C., O'Donnel, R., Rivera, Y., Mrazek DA. A feeding scale for research and clinical practice to assess mother-infant interactions in the first three years of life. Infant Ment. Health J. 1997; 18, 76-91.

45. Barba E, Accarino A, Soldevilla A, Malagelada JR, Azpiroz F. Randomized, placebo controlled trial of biofeedback for the treatment of rumination. Am J Gastroenterol 2016;111:1007-1013.

46. Hejazi RA, McCallum RW. Rumination syndrome: a review of current concepts and treatments. Am J Med Sci. 2014; 348:324-9.

47. Green AD, Alioto A, Mousa H, Di Lorenzo C. Severe pediatric rumination syndrome: successful interdisciplinary inpatient management. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2011; 52:414-8.

48. Alioto A, Di Lorenzo C. Long-term Follow-up of Adolescents Treated for Rumination Syndrome in an Inpatient Setting. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2018; 66:21.

49. Lee H, Rhee PL, Park EH, Kim JH, Son HJ, Kim JJ, Rhee JC. Clinical outcome of rumination syndrome in adults without psychiatric illness: a prospective study. J Gastroenterol Hepatol 2007;22:1741-1747.

50. Pawels A, Broers C, Van Houtte B, Rommel N, Vanuytsel T, Tack J. A randomized double-blind, placebo-controlled, cross-over study using baclofen in the treatment of rumination syndrome. Am J Gastroenterol. 2018;113:97-104.

Psikiyatri hizmetleri ve moral distres

Psychiatry services and moral distress

Mustafa Sabri Kovancı¹, Azize Atlı Özbaş²

¹Araş. Gör., Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği AD, Ankara, Türkiye
<https://orcid.org/0000-0002-9656-7858>

²Dr. Öğr. Üyesi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği AD, Ankara, Türkiye
<https://orcid.org/0000-0001-7614-6354>

ÖZET

Psikiyatri hizmetlerinde etik konuların sık sık gündeme geldiği bilinmektedir. Etik sorunlarla karşılaşan sağlık profesyonelleri yasa, yönetmelik ve kurumsal düzenlemeler yardımıyla bu durumların üstesinden gelmeye çalışmaktadır. Fakat bu sistemler karşılaşılan her zaman sorunların çözümünde etkili olamamakta ve kişilerde moral bütünlükleri zarar görmektedir. Bir sağlık personelinin yapılacak doğru eylemi bilmesine rağmen, kurumsal kısıtlamalar nedeniyle doğru eylem sürecini takip etmenin neredeyse imkânsız olduğu durumlarda yaşadığı sıkıntı olarak adlandırılan moral distres psikiyatri alanı uygulamalarında sıklıkla karşılaşılan bir olaydır. Moral Distres, sağlık hizmet sistemine, sağlık çalışanına ve hizmet alan grubun özelliklerine göre dışsal (kurumsal), klinik ve bireysel faktörden etkilenmektedir. Ayrıca, moral distres, sağlık personellerinin sağlığını, bakım kalitesini, hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Hem sağlık çalışanın sağlığı hem de hizmetin kalitesi üzerine önemli etkileri olan moral distres kavramına dikkat çekmek ve moral distres kavramının psikiyatri alanına özgü olarak ele almak amacıyla bu derleme yazılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Ahlak, sıkıntı, etik konular, sağlık çalışanları, akıl sağlığı hizmetleri

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2019;22:355-363)

DOI: 10.5505/kpd.2019.05706

SUMMARY

It is known that ethical issues frequently become the main topic of conversation in psychiatry services. Healthcare professionals, who face ethical problems, seek to overcome them via laws, regulations and institutional legislations. However, these systems are not always influential in solving the problems and moral integrity of the individuals are negatively affected. Moral distress was originally defined as occurring when a healthcare personnel knows the right thing to do, but institutional constraints make it nearly impossible to pursue the right course of action and it is common event in psychiatric field. Moral distress is affected by external (institutional), clinical and individual factors depending on the characteristics of healthcare service system, healthcare personnel and service receiver group. Furthermore, moral distress negatively affects the health, care quality of the healthcare personnel and patient safety. This review has been prepared with a view to drawing attention to the concept of moral distress, which has significant effects on the health of healthcare personnel and service quality, analyzing it specifically in psychiatry field.

Key Words: Moral, distress, ethical issues, medical staff, mental health services

GİRİŞ

Pek çok etik konuyu bünyesinde barındıran sağlık hizmetleri, tarih boyunca etik kaygıların ve tartışmaların süregeldiği bir alan olmuştur. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan birey ve sağlık çalışanları arasındaki ilişki, etik kaygıları gündeme getirmiş, bu kaygılar sonucunda da toplumsal ve akademik çevrelerde farklı tartışmalar yürütülür hale gelmiştir. Tıbbi uygulamaların ve tutumların iyi ya da kötü, doğru ya da yanlış olarak değerlendirilmesi ve bu değerlendirmelerin belirli ilkelere oturtulması girişimi ise “tıp etiği” olarak kavramlaştırılmış ve sağlık hizmetlerini büyük ölçüde etkilemiştir (1). Tıp etiği, tıp etiğinin kurucusu sayılan Yunanlı hekim Hippokrates zamanından beri (M.Ö. 5. yüzyıl), tıbbın bir parçası olarak kabul edilmekle birlikte (2), bu alanda daha bilinçli söylemlerin ortaya çıkması 18. ve 19. yüzyıllara dayanmaktadır.

Tıp etiği, günümüze değin çok ilerleme kaydetmiş, bazı etik ilke, kural ve kodlarda büyük ölçüde anlaşma sağlanmıştır. Ancak, henüz tüm alanlarda, bir fikir birliğine varılabildiğini söylemek mümkün değildir. Sağlık hizmet uygulamalarının incelenmesinde, çatışmalı durumların çözümlenmesinde ve çözüm basamaklarının uygulanmasında halen “değerler” sorununu yaşamaktadır (3). Etik konular sağlık hizmetlerinin hemen hemen tüm alanlarında görülmekle birlikte, bazı alanlarda görüş farklılıkları, tartışmalar ve etik sorunlar daha yoğun yaşanmaktadır. Psikiyatri etik konuların özelleştiği bu alanlardan biridir (6).

Sağlık hizmetlerinde etik ilkelerin saptanması ve bu ilkelerin uygulamaya geçirilmesinde yaşanan zorluklara ek olarak, ilkeleri belirlemek ve bu ilkeleri uygulamak psikiyatri hizmetlerinde daha zordur. Çünkü hizmet verdikleri bireylerin özellikleri, verilen hizmetin doğası ve hizmetin uygulanma şekli psikiyatri hizmetlerini özellikli kılmaktadır (3,4). Psikiyatrik bakım ve tedavi, hasta, toplum ve sağlık çalışanlarının büyük bir bölümü tarafından tartışılan, kabul edilebilirliği hem hasta hem de hasta yakını için sorgulanabilir müdahaleleri içermektedir. Dahası bu hizmeti alan/alacak grup ise kendine özgü özellikleri olan, istismar ve ihmale uğrama riski taşıyan, incinebilirliği yüksek

bireylerdir (5). Dolayısıyla psikiyatri hizmeti sunan sağlık profesyonelleri, çalışma ortamlarında belki de hemen her gün etik durumlarla karşılaşabilmektedirler (5,6). Bu etik durumların büyük bir bölümünde de sağlık çalışanının ciddi kararlar alması gerekmektedir.

Etik karar alma süreci ise şüphesiz çalışanların oldukça zorlandığı, bir karar verebildikten sonra bile, kararlarına yönelik içsel sorgulamalarının devam ettiği bir süreçtir. Bu güçlüklerin üstesinden gelmede, etik teoriler, etik yönelimler, etik ilkeler, mesleki etik kodlar, hasta hakları vb. yasal ve etik düzenlemeler sağlık çalışanlarına yol gösterici olmaktadır. Ancak, sağlık çalışanlarının, benzer eğitime, aynı kurum kültürüne ve sosyal çevreye sahip oldukları, aynı etik kılavuzları kullandıkları durumlarda bile, aynı düşünceleri ve hissetmeleri her zaman mümkün olmayabilir (7). Tüm sağlık çalışanlarının, aynı değerleri, aynı öncelik ile kabul etmeleri mümkün değildir. Benimsemiş oldukları değer farklılıkları, benzer durumları farklı değerlendirmelere yol açabilir. Sağlık çalışanları, etik durumlara yönelik hem kendi içlerinde hem de diğer çalışanlarla yaşadıkları çatışmalara rağmen bir karar almış olsalar bile, bu kararın tüm ekip tarafından benimsenmesi her zaman mümkün değildir. Çalışanlar zor da olsa bir kararda uzlaşmış olsalar bile, bu kararın uygulanması, kurumsal ve yasal koşullara bağlıdır. Bazı durumlarda, çevresel faktörler ekip tarafından alınan kararın uygulanmasını zor, hatta imkânsız hale getirebilmektedir. Çalışanların aslında sıklıkla deneyimledikleri bu durum, literatürde “moral distress” olarak karşılık bulmuştur (7, 8). “Moral distress” kavramının, Türkçe literatürde hem “ahlaki sıkıntı” hem de “moral distress” olarak kullanıldığı görülmektedir (9, 10). Ancak distress kavramının sıkıntı yaşantısından çok daha geniş bir anlam barındırması (50) nedeniyle yazarlar tarafından, bu çalışmada kavramın “moral distress” olarak ifade edilmesi uygun bulunmuştur.

1980’li yıllardan beri ve literatürde tartışılır hale gelen, tükenmişlik (11,12) işi bırakma (10,13,14), iş memnuniyetinde azalma (15-17) ile yakından ilişkili bulunan moral distress kavramı maalesef ülkemizde çok fazla gündeme gelmemiştir (6,9,10, 17). Moral distress kavramı sağlık alanında çok da eski olmayan bir tarihi olmakla birlikte psikiyatri

alanında ise son 10-15 yıldır tartışılmaya başlanmıştır. Bu derleme, hem sağlık çalışanlarının sağlığı (18-20) hem de verilen hizmetin kalitesi (21) üzerine önemli etkileri olan moral distres kavramına dikkat çekmek ve moral distres kavramının psikiyatri alanına özgü olarak ele almak amacıyla yazılmıştır.

Moral Distres

Moral distres (MD) ilk olarak, 1984 yılında Jameton tarafından “Bir kişinin yapılacak doğru eylemi bilmesine rağmen, kurumsal kısıtlamalar nedeniyle doğru eylem sürecini takip etmesinin neredeyse imkânsız olduğu durumlarda yaşadığı sıkıntı” olarak tanımlanmıştır (9,14,22). Hamric (2014) ise, Jameton’un bu tanımını daha da genişleterek, moral distresi; “Bireyin ahlaki bütünlüğünün ciddi bir şekilde tehlikeye girmesi ya da temel değerler ve yükümlülükler göre hareket edememe ya da eylemlerinin istenilen sonuca ulaşmada başarısız olmasından dolayı ortaya çıkan sıkıntı” olarak tanımlamıştır (23). Sağlık hizmetlerinde yapılan çalışmalarda, sıklıkla Jameton ve Hamric’in tanımları kullanılmaktadır. Her iki tanım da, çalışanların etik bir durum ile karşılaştıkları zaman, doğru olduğuna inandıkları girişimleri uygulamada karşılaştıkları bireysel, kurumsal ve dış engeller vurgulanmaktadır (10,16,21).

Moral distres kavramı ilk olarak yetişkin yoğun bakım servislerinde ve sağlık çalışanı olarak da hemşirelerle çalışılan bir kavramdır. Zaman içerisinde bu kavramın, sağlık hizmetlerinin pediatri (13,24), acil servis (25), psikiyatri (12, 26) ve onkoloji (8,27) gibi pek çok farklı alanını ve hekim (8, 27-29), eczacı (30), psikolog (31) ve ebe (32) gibi farklı disiplinlere mensup sağlık çalışanlarını da etkilediği görülmüştür. Moral distres kavramı psikiyatri alanında 2000’li yılların başlarından beri ilgi odağı olmaya başlamıştır.

Moral distres kavramını inceleyen araştırmacılar, bu durumun anlık ortaya çıkan ve kaybolan bir durum olabileceği gibi, yaşanan durum üzerinden uzun bir süre geçse dahi kişi üzerindeki etkisini koruyan, bazı kırılma noktaları ile karşılaştığı zaman ise etkilerini tekrar gösterebilen bir durum

olabileceğini de vurgulamaktadır. Jameton, moral distres sürecini “initial moral distres” ve “reaktif moral distres” olarak ikiye ayırmaktadır. Jameton’a göre, kişi kendinde moral distres yaşatan bir durumla ilk karşılaştığında başlangıç (initial) moral distresi yaşamaktadır. Fakat kişi bu duruma herhangi bir şekilde müdahale etmediğinde, moral distres kişi üzerinde pasif (reaktif) moral distres denilen bir etki bırakmaktadır. Bu etkiye göre moral distrese neden olan durumun üzerinden zaman geçse bile bu etkinin kalıntısı devam etmektedir. Epstein ve Hamric, bu durumu “moral kalıntı” olarak adlandırmıştır (20). Bu kavram doğrultusunda, kişi ilerleyen zaman içinde moral distresi tekrar deneyimlediğinde, moral kalıntı “kreşendo etkisi” adı verilen bir modelde hızla ivme kazanır. Bu durum ise, kişide etik duyarsızlaşmaya kadar giden bir döngüyü başlatabilmekte, kişilerde zor vakalarda geri çekilme, vicdani red yaşama, işlerinden ayrılma ve iş doyumunda azalma gibi durumlarla sonuçlanabilmektedir (20).

Psikiyatri Hizmetleri ve Moral Distres

Psikiyatri hizmetlerinde etik konuların sık sık gündeme geldiği bilinmektedir. Psikiyatri hizmetlerinde etik konuların gündeme gelme sıklıkları incelendiğinde, yapılan çalışmaların büyük ölçüde tedavi edici hizmetlerde yöneldiği hemşireleri hedef aldığı görülmektedir. Grace ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, 162 psikiyatri hemşiresinin %41’inin, günlük klinik uygulamalarında etik sorunlarla karşı karşıya kaldıkları ve hasta haklarıyla ilgili güçlük yaşadıkları bulunmuştur (33). Eren tarafından 2014 yılında 5 psikiyatri hastanesinde gerçekleştirilen bir çalışmada, hemşireler, yetersiz personelle çalışmak, aşırı iş yükü, olumsuz çalışma koşulları, danışmanlık alacak birimlerin ve hizmet içi eğitim eksikliği gibi faktörlerin varlığından bahsetmiş ve bu faktörlerin etik olmayan davranışlara yol açtığını ifade etmiştir (5). Literatürde, hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının, psikiyatrik hizmetleri yürütürken etik sorunlarla ne oranda karşı karşıya kaldıklarını değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak psikiyatri alanında görülen pek çok etik konunun spesifik olarak incelendiği çalışmalara rastlamak mümkündür (4,6,34-37). Bu durum hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının da

psikiyatri alanında yaşanan etik konulara maruz kaldıkları ve bu konuları gündeme alan çalışmalara ihtiyaç duyulduğu şeklinde yorumlanabilir.

Literatür incelendiğinde psikiyatri hizmetlerinde karşılaşılan etik konular; hastayı ihmal etme, damgalama, kısıtlama, hastaya kaba davranma, otoriter tutum sergileme, insan haklarına ve onuruna saygı çerçevesinde yer almayacak davranışlar sergileme, olaylara seyirci kalma, hastayla uygun şekilde iletişim kurmama, kısıtlama uygulamalarında hastalara fiziksel müdahalede bulunulması, izin istememe, hasta mahremiyetine özen göstermeme, açık ve dürüst davranmama, fiziksel olarak sağlıksız ve güvenlik ihmalinin olduğu fiziksel koşullar olarak sıralanabilir (3,4,6, 28,31,34,37,38). Sağlık çalışanları tarafından sıklıkla dile getirilen etik problemler hastanın özerkliğine saygı, gizlilik, yararlılık, adalet ilkeleri ile ilişkilendirilmiştir (5,37).

Psikiyatri hizmetlerinde moral distrese yol açan durumlar

Literatürde, psikiyatri alanında moral distresi odak alan çalışmalar, diğer sağlık bakım alanlarında yapılan çalışmalara benzer şekilde, çoğunlukla tedavi edici hizmetler ve hemşireler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Aynı zamanda bu çalışmalarda, nitel modelin sıklıkla tercih edildiği görülmektedir (13,17,21,39). Çalışmalar, moral distresin, sağlık hizmet sisteminin, sağlık çalışanının ve hizmet alan grubun özelliklerine göre pek çok faktörden etkilendiğini ortaya koymaktadır. Bu faktörler, dışsal (kurumsal), klinik ve bireysel faktörler olmak üzere üç ana kategoride toplanabilir (14,22). Dışsal faktörler moral distresin ortaya çıkmasına zemin hazırlayan, politik, idari ve kurumsal faktörleri işaret ederken, klinik faktörler orada yürütülen sağlık hizmetlerinin doğası ile ilişkilidir. Bireysel faktörler ise, hizmet vericiler ve hizmet alıcılara yönelik bireysel, kültürel, değer ve kişilik farklılıklarını tarif etmektedir.

Dışsal faktörler: Dışsal faktörlerin moral distres ile ilişkisi, 1984 yılında, Jameton tarafından yapılmış olan tanımında açıkça ortaya konmuştur. Hatta Jameton moral distrese yol açan birincil faktörü “politik, idari ve kurumsal yapının, duruma uygun

eylemin uygulanmasını engellemesi” olarak belirtmiştir (40). Literatürde, moral distresin politik, idari ve kurumsal yapının, hasta ve çalışanların isteklerine yanıt vermediği, finansal kaygının ön planda olduğu, kurumun ihtiyaçlarının öncelikli olarak ele alındığı, güç dağılımının dengesiz ve görev tanımının belirsiz olduğu, yeterli sağlık çalışanının istihdamının yapılmadığı, dolayısıyla da bakımda niteliğin sağlanamadığı sağlık sistemlerinde yaşanma olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (10,15,41,42). Ayrıca, sağlık sistemi içinde bulunan hiyerarşi, meslek içi ve meslekler arası çatışmaların da moral distres nedeni olabileceği bilinmektedir (12, 14-16, 18, 24, 41, 43). Özetle, belirtilen bütün bu olumsuz durumlar sonucunda, bakımından sorumlu olduğu kişilerin gerekli bakımı alamadığını ve acı çektiğini görmek de sağlık çalışanlarının moral distres yaşamasına neden olmaktadır (16,17,22).

Sağlık çalışanlarının, mevcut uygulamadan hasta adına rahatsızlık duymaları ve bunu ifade etmeleri, bu alanda kaygı duyduklarının bir göstergesi olabilir. Samancı, Türkiye’deki sağlık sigortalarını psikiyatri hastaları bağlamında incelemiş ve psikiyatri hastalarının özel sağlık sigortası kapsamı dışında tutulmasının eşitlik ilkesine aykırı bulmuştur (36). Austin (2003), gerçekleştirdiği çalışmada, psikiyatri hemşirelerinin, hastalarının ihtiyaçlarına cevap veremedikleri zaman moral distres hissettiklerini belirtmiştir (38). Deady ve McCarthy (2010), İrlanda’da yine psikiyatri hemşireleri ile gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların, mevcut hiyerarşik yapı ve mevzuat kaynaklı yaşanan çatışmalar, mesleki özerkliklerini koruyamama, hastanın otonomisinin göz ardı edilmesi ve bakım standartlarını istedikleri düzeyde sürdürememe nedenleri sonucunda moral distres yaşadıklarını bulmuştur (19).

Klinik faktörler: Bakım alan hasta grubunun özellikleri, yürütülen sağlık bakım uygulamaları, uygulanan tedaviler ve kliniğin yapısı, sağlık çalışanlarındaki moral distres düzeyini etkilemektedir (14,16). Özellikle pediatrik onkoloji ve pediatri yoğun bakım kliniklerinde hizmet veren, sağlık çalışanları, diğer kliniklerde çalışanlara oranla daha yüksek moral distres yaşamaktadır (44). Literatür incelendiğinde, agresif tedavi yöntemleri ile hayatı uzatmak (10,29,41,45), ekip içi yetersiz

iletişim (10,41), gereksiz/faydasız tedavi (10,14,41, 45), bakım için yetkin olmayan kişiler ile çalışmak (10), görevlerde çatışma (12,15,41), hastaları yeter-siz bilgilendirme (12,14,15,45), hasta otonomisini göz ardı etme (12,15,41), hasta ve ailelere yersiz umut verme (24) vb. durumların moral distresle ilişkili olduğu görülmektedir. Ohnishi ve ark.'nın gerçekleştirdiği çalışmada, uzun zamanlı hasta yatışı, psikiyatrik tablosu hastane bakımını gerektirecek şiddette olmayan hastaların, uzun süre boyunca hastanelerde tutulması, hasta otonomisine yeterince saygı duyulmaması ve sorun çıkarmayan hastaları dinlemek için zaman ayrılmaması durumları psikiyatri hemşireleri tarafından moral distres nedeni olarak belirtilmiştir (12).

Psikiyatrik bozukluğu olan bazı hastaların, gönül-süz olarak hatta zorla hastaneye yatırılmaları ve aydınlatılmış onam alınmadan tedavi edilmeleri günlük uygulamada sıklıkla karşımıza çıkan durumlardır. Hastalığın doğası gereği, hastanın psikiyatri kliniğine yatırılması, tecrit ve/veya tespit edilmesi, EKT (Elektrokonvülf Tedavi) uygulanması, grup çalışmalarına dahil edilmesi ve ilaç tedavisi uygulanması gibi pek çok uygulama, hastanın onamı olmadan da gerçekleştirilebilmektedir (42). Hastanın bireysel özgürlüğünün kısıtlanmasına, aydınlatılmış onam hakkının engellenmesine, otonomisinin göz ardı edilmesine ve tedavide yarar sağlama ilkesinin sarsılmasına neden olan bu durumlar, sağlık çalışanlarının bu uygulamaları gerçekleştirme konusunda karar vermede güçlük yaşamasına yol açmaktadır (37). Her ne kadar, yasa ve yönetmelikler, etik ilkeler ve meslek etik kodları gibi düzenlemeler, yaşanan etik durumların yönetiminde yol gösterici olsa da zorla tedavi konusu etik bir sorun olmaya devam etmektedir.

Deady ve ark. tarafından yapılan çalışmada (2010), psikiyatri kliniğinde hastalarının aydınlatılmış onam hakkının bazen göz ardı edilebildiği, psikiyatri hastalarına ve ailelerine erişebilecekleri tedaviler veya hizmetler konusunda nadiren seçenekler sunulduğu sonucuna ulaşılmıştır (19). Uzun ve ark. (2015), tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise psikiyatri kliniklerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tespit uygulamasının yasal ve etik yönüne ilişkin birbirine yakın cevap verdikleri ancak, hasta ve hasta yakınından onam alınması

konusunda çekimser oldukları belirlenmiştir (35). Benzer şekilde, Balcıoğlu da EKT ve psikiyatrik tedavilerin, bu tedaviyi uygulayan psikiyatri çalışanlarında, bazı çekince ve sıkıntılara yol açtığını ifade etmiştir (34).

Psikiyatri hizmetlerinde özelleşen diğer bir etik durum ise gizlilik ilkesinin sınırları konusunda yaşanan zorluktur. Gizlilik hasta ile güven ilişkisi oluşturmada son derecede önemli bir yere sahiptir ve tedavinin de bir parçasıdır. Fakat bazı özel durumlar gizlilik ilkesinin sürdürülmesini imkânsız hale getirmektedir. Hastanın, üçüncü bir kişinin ve/veya toplumun güvenliğini riske atacak durumlar söz konusu olduğunda etik ikilemlerin yaşanması kaçınılmazdır. Hastanın gizliliği ihlal edildiğinde ise hasta tedaviyi reddedebilmekte, sağlık personeliyle olan güven ilişkisi bozulabilmekte ve planlanan tedavinin başarısını olumsuz yönde etkilenebilmekte, kısaca hasta zarar görebilmektedir. Bu nedenle gizlilik, psikiyatri çalışanları için etik bakımdan rahatsızlık oluşturan başlıca durumlardan biridir (4).

Bireysel faktörler: Psikiyatri alanında yapılan çalışmalarda, özellikle yaş ve çalışma yılı faktörlerine odaklanılmıştır. Fakat araştırma sonuçlarının farklılık gösterdiği görülmüştür (12, 15, 16, 26). Ohnishi ve ark. (2010), çalışma yılı ile moral distres arasında bir ilişki bulamazken, Hamaideh'in psikiyatri hemşireleri ile yaptığı çalışmada ise yaş ve tecrübe arttığında moral distres düzeyinde azalma olduğu sonucuna ulaşmıştır (12, 15).

Subjektif özellikler ise literatürde, sağlık çalışanlarının değerleri, problem çözme becerileri, baş etme becerileri, kendilerini bir birey ve bir sağlık profesyoneli olarak algılama şekilleri olarak yer almaktadır (7). Sağlık çalışanının dünya görüşü, bakım algısı, kültürü, ahlaki duyarlılık düzeyi, etik algısı gibi kişiden kişiye değişim gösteren faktörler moral distres seviyesini etkilemektedir (7,20). Austin (2005), moral distresin öznel bir yaşantı olduğunu belirtmiştir. Austin (2005)'e göre, bir birey belirli bir eylem, eyleminin sonucu veya aldığı kararlardan dolayı moral distres yaşarken, başka bir bireyin aynı süreçte moral distres yaşamayabilir (31). Moral distres yaşantısı kadar, moral distrese verilen tepkiler de kişiden kişiye farklılık göster-

mektedir.

Moral Distres Sonuçları

Moral distresin, sağlık kurumunu sağlık çalışanlarını ve bakım alan bireyleri olumsuz etkilediği çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur (27,45,46). Moral distresin sağlık çalışanları üzerindeki etkileri fiziksel, psikolojik ve sosyal ve manevi seviyelerde görülmektedir. Bu etkiler, kavramının doğası gereği birdenbire ortaya çıkan ya da kaybolan nitelikten ziyade, aşamalı olarak ilerleyen, moral distresi tetikleme potansiyeli olan durumlarda ise artarak, patlak verir tarzda ortaya çıkmaktadır (20). Moral distres, ilk olarak bireyde hayal kırıklığı, öfke, suçluluk ve endişe, korkma, yas çökkünlük gibi görülebilmektedir (16,20,38,46). Fiziksel olarak, kalp atışında artış, uykusuzluk, baş ağrısı, GİS problemleri gibi problemler oluşabilmektedir (16). Bunlar dışında, çaresizlik (19), stres, tükenmişlik (12), iş tatminsizliği (15), manevi (11) ve işten ayrılma isteği (14,15) gibi durumlarla sonuçlanmaktadır. Moral distres yaşayan kişinin iş doyumunun düşmesi ve tükenmişlik yaşaması ise bakım kalitesinde düşmeye yol açmakta ve hem hastaya hem de kuruma zarar vermektedir (16,21,24).

Moral Distresin Değerlendirmesi

Moral distresi değerlendirmek için ilk gereç Corley (2001) tarafından, yoğun bakım hemşireleri üzerinde geliştirilmiştir (43). Bu ölçek yine Corley tarafından 2005 yılında ağrı yönetimini, sağlık personelinin bakımını ve yetkinliğini içeren 6 madde daha eklenerek yeniden oluşturulmuştur (47).

Hamric ve ark. (2012) tarafından, moral distres ölçeği zamana uygun olmadığı düşünülen bazı maddeler çıkarılarak ve diğer maddelerde de düzenlemeler yapılarak yenilenmiştir (14). Ayrıca bu çalışma ile birlikte ölçeğin, hemşire, doktor ve diğer sağlık çalışanları ve bunların pediatri uyarlamalarını içeren, altı paralel formu geliştirilmiştir. Ohnishi ve ark. (2010) ise, Corley (2005) tarafından geliştirilen ölçeği temel alarak psikiyatri hemşirelerinin moral distres düzeylerini belirlemek amacıyla bir ölçek geliştirmiştir (12). Ülkemizde ise, Karagözoğlu ve ark. (2017)

tarafından Hamric ve ark. (2012) tarafından yenilenen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve ölçek geçerli ve güvenilir bulunmuştur (10). Moral distresin ölçülmesini de içeren hemen hemen tüm çalışmalarda Corley ve ark. (2005) tarafından geliştirilen moral distres ölçeği ya da Hamric ve ark. tarafından oluşturulmuş sağlık profesyonelleri moral distres ölçekleri kullanılmaktadır.

Moral Distresi Önleme

Son dönemde literatürde moral distresi azaltmaya ve önlemeye yönelik öneriler sunan çalışmalara rastlamak mümkündür. Moral distresin tanımı ve neden olan faktörleri düşünüldüğünde, mücadelede hem bireysel hem de kurumsal yaklaşımların bir arada yürütülmesi gerektiği görülmektedir (17, 20, 27). Moral distres genellikle, konuşulmayan, konuşulamayan, hatta kişinin kendi kendine bile itiraf etmesi zor bir durum olduğu için moral distresi, açığa çıkarmak hatta konuşulabilir kılmak bile oldukça zordur. Bu nedenle moral distresin önlenmesinde ilk adım, yaşanan durumun ifade edilmesi ve konuşulabilir hale gelmesidir.

Yaşanılan moral distresin ifade edilebilmesi için kurumsal boyutta bir zemin hazırlanması gerekmektedir. Bireylerin kendilerini ifade edebileceği bir ortam hazırlanmalı ve çözüm üretilebilecekleri multidisipliner bir yaklaşım ön plana çıkmaktadır. Bu doğrultuda, Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği, moral distresin önlenmesini öncelikli bir hedef kabul ederek, moral distresi ele alma konusunda öneriler sunmaktadır. Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği tarafından dört aşamalı bir yaklaşım olan 4A (ask, affirm, assess, act) modeli önerilmektedir (20). İlk basamak olan “sormak” (ask), moral distresin tanımlaması ve durum isimlendirilirken bu konunun konuşulması ve diyalogun sürdürülmesi konusunda ısrarcı olunmasıdır. İkinci basamak olan “doğrulamak”, “beyan etmek” (affirm), tanımlanan moral distresin tüm boyutları ile konuşulduğu aşamadır. Bu aşamada, moral distrese neden olan faktör veya faktörler belirlenerek konu tartışılır ve detaylandırılır. Bir diğer basamak olan “değerlendirme” (assess) basamağında ise, tanımlanan, konuşulan ve bütün açılımları ile

değerlendirilen moral distresi önlemeye yönelik çözüm yolları düşünülür, tartışılır ve en uygun çözüm yoluna karar vermeye odaklanılır. Çözüme ulaşabilmek için, ortamda çalışan tüm multidisipliner ekip üyeleri ve kurumsal yapıda bulunan yöneticiler değerlendirme basamağına katılabilmektedir. Son basamak olan “harekete geçme” (act) basamağında ise, belirlenen çözüm için gerekli adımlar atılmaya başlanır. Bu modelde göz önünde bulundurulması gereken en önemli olan nokta, bulunan çözümün geçici bir çözüm olmamasıdır. Bu model, kurum temelli yeni politika ve uygulamalar geliştirerek, gelecekte moral distrese neden olabilecek, yaşanması muhtemel durumların önüne geçme potansiyeli açısından son derece önemlidir (16,18,21,27).

Moral distresi önlemede amacıyla, geniş kapsamlı bir politika ve uygulamalar geliştirmek her zaman mümkün olmamaktadır. Mümkün olduğunda ise bu önlemlerin hayata geçirilmesi hem zaman almakta hem de bazı uygulamalar bürokratik engellere takılabilmektedir. Bu nedenle, moral distresi önlemede, kurum temelli çözümler ön plana çıkmaktadır. Etik komisyonlar, kurum temelli çözümlerin en yaygın örneğidir ve moral distres çözümünde etkili olabilmektedir. Bu komisyonlar, özellikle gerekli politikaların geliştirilemediği ya da çözümün süreç gerektirdiği durumlarda, kurum bazlı müdahaleler moral distresin çözümü üzerinde etkili olması açısından önemlidir. Bu komisyonların en iyi örneklerinden biri, Amerika Virginia’da bulunan Moral Distres Danışma Merkezi (Moral Distress Consult Service) dir. Merkez, etik komisyon şeklinde çalışmakta fakat burada etik sorunlardan daha çok kişilerin yaşadığı moral distres üzerine odaklanılmaktadır. Merkez temel olarak moral distresin konuşulabilmesi ve çözümleri üzerine çalışmaktadır. Bu nedenle merkezde bireysel ve grup odaklı görüşmeler yapılmaktadır. Gerekli görüldüğü zaman ise konu, birim yöneticileri ile birlikte kurumun etik komisyonuna gönderilmekte ve çözüm yolu aranmaktadır (20). Bu merkez sayesinde moral distrese neden olan sorunlar açığa çıkmakta ve yaşanan sorunlar incelenmektedir. Bu şekilde bireylerde oluşan ve oluşabilecek moral distres sorunlarının önüne geçilebilmektedir.

Kurumsal boyutta gerçekleştirilen müdahaleler, moral distresin önlenmesi ve azaltılmasında önemli

bir etkindir. Ancak kurumsal müdahalelerin, bireysel müdahalelerle desteklenmesi çok daha etkili sonuçlara yol açmaktadır. Bireysel müdahaleler, kendini tanıma, moral distrese neden olan olayı ve kendi üzerindeki etkilerini tanımlayabilmedir. Ayrıca duruma yönelik baş etme mekanizması geliştirilmeye odaklanılmalıdır (22,48). Bireysel olarak, mesleki bilgi ve becerinin geliştirilmesi yoluyla yaşanan moral distresin azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (27). Ayrıca çalışanların, moral distres ile ilgili eğitim alması ve etik konulara yönelik yeterliliklerinin artırılması da moral distres ile bireysel baş etmede önemli bir faktör olarak görülmektedir (15,27). Konuyla ilgili olarak Beumer (2008), moral distresi azaltmaya yönelik yaptığı workshop çalışmasının sonucunda, katılımcıların moral distres seviyelerinde azalma olduğunu belirtmiştir (49). Hamaideh (2014), psikiyatri hemşireleri ile yaptığı çalışmada, moral distres workshopuna ve eğitimlere katılan hemşirelerin, eğitim sonrası daha az moral distres yaşadıklarını ifade etmiştir (15).

Sonuç olarak; sağlık çalışanları psikiyatrik hizmetleri yürütürken sıklıkla etik konularla karşı karşıya kalmakta ve moral distres yaşayabilmektedir. Yapılan çalışmalarda, psikiyatrik hizmet sunan çalışanlarda moral distres yaşantısının, orta düzeyin üzerinde bir sıklıkta ortaya çıktığı ve distresin yüksek yoğunlukta yaşandığı bulunmuştur. Ayrıca yaşanan moral distres sağlık profesyonelleri, sağlık bakım kalitesinde olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Psikiyatri alanında özellik gösteren moral distresin yaşanma durumu, ilişkili faktörler ve etkin bir şekilde çözümü üzerine odaklanan çalışmaların, bu alanda hizmet veren sağlık çalışanlarının sağlığının korunması, geliştirilmesinde ve sunulan hizmetlerin niteliğinin arttırılmasında önemli olduğu düşünülmektedir.

Yazışma Adresi: Araş. Gör. Mustafa Sabri Kovancı, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye sabri.kovanci@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Etik Tanimi ve Tarihi. <https://tr.wikipedia.org/wiki/Etik>. Erisim Tarihi: Agustos 20, 2018.
2. Tip etigi el kitabı. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tip_etigi_2017.pdf. Erisim Tarihi: Agustos 18, 2018.
3. Arslantas H. Ruh Sagligi ve Psikiyatri Hemsireliginde Etik Konular, Kodlar ve Standartlar. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*. 2015;6(1): 47-56.
4. Caykoylu A. Psikiyatride Gizlilik Ilkesi. *Klinik Psikiyatri*. 2002;5: 248-56.
5. Eren N. Nurses' attitudes toward ethical issues in psychiatric inpatient settings. *Nurs Ethics*. 2014;21: 359-73.
6. Yildirim S, Dulgerler S. Psikiyatride Etik ve Psikiyatri Hemsireligi Uygulamasina Yansimasi. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*. 2010;18: 103-8.
7. Wallis L. Moral distress in nursing. *AJN*. 2015;115: 19-20.
8. Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and haematology units. *Nurs Ethics*. 2012;19: 183-95.
9. Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care*. 2004;13: 202-8.
10. Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, Fujii H, Tanaka H, Kitaoka K, Nakahara J, Narita Y. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nurs Ethics*. 2010;17: 726-40.
11. Dyo M, Kalowes P, Devries J. Moral distress and intention to leave: a comparison of adult and paediatric nurses by hospital setting. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016;36: 42-8.
12. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and Testing of an Instrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals. *AJOB Primary Research*. 2012;3: 1-9.
13. Karagozoglu S, Yildirim G, Ozden D, Cinar Z. Moral distress in Turkish intensive care nurses. *Nurs Ethics*. 2017;24: 209-24.
14. Hamaideh SH. Moral distress and its correlates among mental health nurses in J ordan. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23: 33-41.
15. McCarthy J, Gastmans C. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nurs Ethics*. 2015;22: 131-52.
16. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is "moral distress" A narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics*. 2017;26(3): 646-662: Doi: 0969733017724354.
17. Yildirim D, Ozden D, Karagozoglu S. Moral distress: An issue not on the agenda in the field of health in Turkey. *Cumhuriyet Tip Dergisi*. 2013;35: 318-25.
18. Burston AS, Tuckett AG. Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions. *Nurs Ethics*. 2013;20: 312-24.
19. Deady R, McCarthy J. A study of the situations, features, and coping mechanisms experienced by Irish psychiatric nurses experiencing moral distress. *Perspect Psychiatr Care*. 2010;46: 209-20.
20. Epstein EG, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *J Clin Ethics*. 2009;20: 330.
21. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nurs Ethics*. 2015;22: 15-31.
22. Ozbas AA. Onkoloji Hemsireliginde Etik Ikilem ve Moral Distres. *Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing/Special Topics*. 2017;3: 19-26.
23. Hamric AB. A case study of moral distress. *J Hosp Palliat Nurs*. 2014;16: 457-63.
24. Af Sandeberg M, Wenemark M, Bartholdson C, Lutzén K, Pergert P. To change or not to change-translating and culturally adapting the paediatric version of the Moral Distress Scale Revised (MDS-R). *BMC medical ethics*. 2017;18: 14.
25. Wolf LA, Perhats C, Delao AM, Moon MD, Clark PR, Zavotsky KE. "It's a burden you carry": describing moral distress in emergency nursing. *J Emerg Nurs*. 2016;42: 37-46.
26. Ohnishi K, Kitaoka K, Nakahara J, Välimäki M, Kontio R, Anttila M. Impact of moral sensitivity on moral distress among psychiatric nurses. *Nurs ethics*. 2018: 0969733017751264.
27. Lievrouw A, Van Belle M, Benoit DD, editors. Coping with moral distress in oncology practice: nurse and physician strategies. *Oncology Nursing Society* 2016: 43: 505-512.
28. Austin WJ, Kagan L, Rankel M, Bergum V. The balancing act: psychiatrists' experience of moral distress. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2008;11: 89.
29. Lusignani M, Gianni ML, Re LG, Buffon ML. Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. *J Nurs Manag*. 2017;25: 477-85.
30. Sporrang SK, Høglund AT, Arnetz B. Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nurs ethics*. 2006;13: 416-27.
31. Austin W, Rankel M, Kagan L, Bergum V, Lemermeyer G. To stay or to go, to speak or stay silent, to act or not to act: Moral distress as experienced by psychologists. *Ethics Behav*. 2005;15: 197-212.
32. Oelhafen S, Monteverde S, Cignacco E. Exploring moral problems and moral competences in midwifery: A qualitative study. *Nurs ethics*. 2018;1-14: Doi: 0969733018761174.
33. Grace PJ, Fry ST, Schultz GS. Ethics and human rights issues experienced by psychiatric-mental health and substance abuse registered nurses. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2003;9: 17-23.
34. Balcioglu I, Balcioglu YH. Elektrokonvulzif Terapi ile Ilgili Turkiye'deki ve Dunyadaki Yasal Uygulamalar ve Sorunlar. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2018;11: 80-4.
35. Ucu Y, Gurhan N, Kaya B. Psikiyatri Kliniginde Calisan Hemsirelerin ve Hekimlerin Hasta Kisitlama Yontemleri ile Ilgili Gorusleri. *Hemsirelikte Arastirma Gelistirme Dergisi*. 2015;17: 10-20.
36. Samanci A. Psikiyatride Saglik Sigortalarinda Yasanan Etik Problemler. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, Law*

and History-Special Topics. 2015;1: 32-6.

37. Er Aydın R, Sehrialti M. Cozumlenmemis Bir Konu: Psikiyatrik Bozuklugu Olan Hastanın Gonulsuz/Zorla Tedavi Edilmesi. Psikiyatri Hemsireligi Dergisi. 2010;1: 39-42.

38. Austin W, Bergum V, Goldberg L. Unable to answer the call of our patients: mental health nurses' experience of moral distress.

Nurs Inq. 2003;10: 177-83.

39. Wilson MA. Analysis and evaluation of the moral distress theory. Nursing forum; 2018;53(2): 259-266.

40. Jameton A. What moral distress in nursing history could suggest about the future of health care. AMA journal of ethics. 2017;19: 617.

41. Shorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F. Iranian intensive care unit nurses' moral distress: A content analysis. Nurs Ethics. 2012;19: 464-78.

42. Kertchok R. Ethical Issues and Moral Distress in Psychiatric and Mental Health Nursing: a Literature Review. J Health Res. 2015; 29: 227-34.

43. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. J Adv Nurs. 2001;33: 250-6.

44. Sweeney CD. A DAISY Nurse: Moral Distress and End-of-Life Decisions in the Pediatric Setting. Can J Nurs Adm. 2017;47: 82-4.

45. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. CCE. 2007;35: 422-9.

46. Hamric AB. Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. HEC Forum. 2012;24: 39-49.

47. Corley MC, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. Nurs ethics. 2005;12: 381-90.

48. Green MM, Wicclair MR, Wocial LD, Kondrat A, Mukherjee D. Moral Distress in Rehabilitation. PM&R. 2017;9: 720-6.

49. Beumer CM. Innovative solutions: The effect of a workshop on reducing the experience of moral distress in an intensive care unit setting. Dimens Crit Care Nurs. 2008;27: 263-7.

50. The National Comprehensive Cancer Center Network (Nccn) guidelines for patients. Distress 2017. <https://www.nccn.org/patients/guidelines/distress/files/assets/common/downloads/files/distress.pdf>. Erisim tarihi: Ekim 20, 2018.

Ergenlerde intihar bulaşı: Olgu sunumu

The contagion of suicidal behavior in adolescents: Case report

Selma Çilem Kızılpınar¹, Burçin Çolak², Bedriye Öncü³

¹Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Ankara, Türkiye 0000-0002-4176-9719

²Öğr. Gör., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Ankara, Türkiye 0000-0002-1691-2886

³Prof., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Ankara, Türkiye 0000-0002-8466-4909

ÖZET

İntihar davranışı için birçok risk etmeni tanımlanmıştır. Ancak intihar bulaşı ve intihar kümelenmesi fenomenlerinin üzerinde son yıllarda durulmaya başlanmıştır. İlk olarak 'Werther etkisi' olarak adlandırılan intihar bulaşı tanınmış kişilerin intiharından sonra genç bireylerde görülen intihar girişimi anlamına gelir. İntihar kümelenmesi ise belli bölgelerde, benzer dönemlerde intihar miktarında beklenmedik artış anlamına gelir. Yakın bir arkadaşının intiharı veya medyada intihar ile ilişkili içeriklere maruz kalma, özellikle ergenlerde ve hassas kişilerde intihar davranışı için tetikleyici bir faktör olabilmektedir. Bu makalede arkadaşının intiharından üç hafta sonra intihar girişiminde bulunan bir ergen tartışılacak, intihar bulaşı ve kümelenmesi ile ilgili alanyazın gözden geçirilecektir.

On dokuz yaşında kadın hasta mutsuzluk, isteksizlik, uyku ve iştah problemleri sebebi ile kliniğimize başvurdu. Yakınmaları yaklaşık 1 ay önce erkek arkadaşı ile yaşadığı ilişki sorunlarından sonra başlamıştı. Depresyon tanısıyla tedavisi düzenlenen olgu tedavi sürecindeyken en yakın kız arkadaşı evinde bulunan ilaçlardan aşırı dozda alarak intihar etti. Hasta bu intihardan yaklaşık 1 ay sonra ilaçla intihar girişiminde bulundu. Depresyon ve geçmişte intihar girişimi öyküsü gibi intiharla ilgili risk faktörleri olmakla birlikte arkadaşının ölümünden önceki görüşmelerde, intihar düşüncelerinden hiç söz etmemişti. Bu nedenle arkadaş intiharının önemli bir tetikleyici olduğunu düşünüldü.

Bu vaka sunumunun amacı intihar bulaşı ile ilgili farkındalığı arttırmak ve alınacak önlemleri tartışmaktır.

Anahtar Sözcükler: İntihar davranışı, İntihar Bulaşı, Ergen, Medya Etkisi

SUMMARY

Many risk factors have been identified for suicidal behaviors however suicidal contagion and suicide clustering phenomenon have been focused only in recent years. Suicidal contagion has been defined as 'Werther effect' which refers to the suicidal attempts of young individuals after exposure to suicides of famous people. Suicide cluster means an unexpected increase in suicidal behaviours at certain periods in certain regions. The suicide of a close friend or exposure to suicide-related contents in the media can be a precipitating factor for suicidal behavior particularly in adolescents and vulnerable individuals. In this case report, an adolescent who attempted suicide 3 weeks after her friend's suicide, will be discussed and the literature related to the suicide contagion and clustering will be reviewed.

19-year-old female patient was admitted to our clinic with complaints of unhappiness, unwillingness, sleep and appetite problems. Her complaints started approximately 1 month ago after having relational problems with her boyfriend. When she was under treatment in our clinic, her close friend committed suicide. She attempted suicide about 1 month later after the suicide of her friend. Although she had some suicidal risk factors such as the presence of depressive symptoms, history of suicide attempts, she never enounced suicidal ideation in previous sessions. The suicide of her friend was considered as an important trigger for her suicidal attempt. The aim of this case report is to raise awareness about suicide contagion and to discuss the precautions.

Key Words: Suicidal behavior, Suicidal Contagion, Adolescence, Media Effect

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:364-368)

DOI: 10.5505/kpd.2019.74946

GİRİŞ

İntihar davranışının hem bireysel hem de toplumsal yönleri bulunur. İntihar davranışı için birçok risk faktörü belirlenmiş olmasına rağmen intihar kümelenmesi, intihar bulaşı gibi fenomenler üzerinde son yıllarda durulmaya başlanmıştır. İntihar kümelenmesi belli bölgelerde, benzer dönemlerde, beklenmedik şekilde intihar sayılarındaki artıştır. İntihar davranışına doğrudan veya dolaylı olarak maruz kalınması sonucu intihar kümelenmelerinin olabileceğine dair kanıtlar mevcuttur (1,2). Yaşanan maruziyet, intihar davranışı için hassas kişileri etkileyerek intihar girişimlerine sebep olmaktadır (1). Günümüzde “intihar bulaşı” veya “taklit intihar” olarak tarif edilen bu durum ilk olarak ‘Werther etkisi’ adı ile sosyolog David Philips tarafından 1974’te tanımlanmıştır (2,3). Adını Alman yazar Goethe’nin 1774 yılında yayınlanan ilk romanı olan ‘Genç Werther’in Acıları’ isimli kitaptan alan bu fenomen, kitabın yayınlanmasından sonra Avrupa’da özellikle gençler arasında bir salgın gibi yayılan intiharları tanımlamak için kullanılmıştır. Kitapta aristokrat bir ailenin kızı olan Lotte’ye aşık olan Werther’in imkansız aşkı konu edilmiştir. Hem sınıf farklılıkları hem de sevdiği kadının nişanlı olması bu aşkı imkansız hale getirmiştir. Bu acılara dayanamayan Werther son bir mektup yazarak intihar etmiştir. İntihara özendirici etkisi kitabın edebi değeri, duygu yüklü anlatımı sebebi ile mi yoksa kişilerin yatkınlıkları sebebi ile mi bilinmez, kitap yayımlandıktan sonra Avrupa’da oldukça geniş alanlarda birçok gencin benzer şekilde intihar ettikleri görülmüştür (4). Sonrasında kitabın birçok ülkede yayınlanması yasaklanmıştır.

2017 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir çalışmada ‘Ölmek İçin 13 Sebep’ isimli dizinin galasından sonra internet arama motorlarında intiharla ilişkili arama miktarının, on dokuz günde %19’dan fazla artış olduğu saptanmıştır (5). Aynı çalışmada en çok yapılan sorgulamaların ‘nasıl intihar ederim’, ‘intihar etmek’, ‘nasıl kendimi öldürürüm’ gibi intihar düşüncelerine yönelik aramalar olduğu gösterilmiştir. Aynı dönemde intihar danışma hatlarına yapılan aramalar da artmış, bu da intihara yönelik farkındalığın arttığı şeklinde değerlendirilmiştir (5).

Araştırmalar, ergenlerin intihar davranışını taklit etmeye daha eğilimli olduğuna işaret etmektedir (6). İntihar bulaşı ağırlıklı olarak 15-24 yaş grubundaki kişilerde görülmekte, intihar maruziyetinin ek intiharlar için risk faktörü olduğu bilinmektedir (7). 15-19 yaş grubunda intihara maruz kalmanın intihar girişimi üzerine etkisi, diğer gruplara göre 2-4 kat daha yüksek olarak bulunmuştur (8). Türkiye’de yapılan bir çalışmada, intihar davranışına maruz kalmanın, intihar girişimi ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (9). Berman ve Jobes intihar bulaşı sonrası intihar eden kişilerin intihar risklerinin topluma göre yüksek olduğunu, ancak maruziyet ile bu riskin yükseldiğini belirtmişlerdir (10). Bir grubun üyesi olmayan, izole kişilerin, ergenlerin, intihar edene benzer yaş, cinsiyet, sosyal statüde olan bireylerin intihar bulaşı açısından daha riskli oldukları bildirilmiştir (2,11).

Bu olgu sunumunda, intihar için risk faktörlerinin bulunduğu bir olguda intihar bulaşı fenomeni alanyazın eşliğinde tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

On dokuz yaşında, üniversite 2. sınıf öğrencisi, annesi ve 12 yaşında olan kız kardeşi ile birlikte Ankara’da yaşamakta olan kadın hasta olan P. hastanemize annesinin önerisi ve kendi isteği ile başvurdu. Yaklaşık 2 ay önce erkek arkadaşından ayrıldıktan sonra şikayetleri başlamıştı. Oldukça mutsuz keyifsiz olduğunu, içinden hiçbir şey yapmak gelmediğini ifade etti. Enerjisi eskisine göre çok düşmüştü. Uykuları sık sık bölünüyordu ve iştahı azalmıştı. İki ayda yaklaşık 2 kg kilo kaybetmiş olduğunu belirtti.

Kendisini genel olarak güçsüz taraflarını kimseye göstermek istemeyen, diğer insanlardan farklı görünmeye çalışan biri olarak tarif ediyordu. ‘Sıradan ve diğerleri tarafından görünmez olmak benim için dayanılmaz bir şey, herkes beni iyi veya kötü herhangi bir özelliğimle hatırlamalı’ diyordu. Ancak bunun yanında sıklıkla insanların kendisini terk edeceği korkusu yaşıyor, bu sebeple yalnız kalmamak adına zaman zaman hisleri ve düşünceleri ile uyumlu olmayacak kadar neşeli görünüyordu. Arkadaşları olumsuz yorum yaptıklarında sevilmediği, değer verilmediği

düşünceleri ağır basıyor ve bu kişilerden uzak duruyordu. Arkadaşlarından beklentisi onu hiç yalnız bırakmamaları, onun söylediklerini anlayışla karşılama iddi. Bu olmadığında ise bu kişilerle ilişkisini bitirebilecek olaylar yaşıyordu. Tek kalmaya dayanmadığını ifade etti. Romantik partnerleri ile yaşadığı ilişkiler uzun süreli olmuyor, ilişkilerin bitiminde yeni erkek arkadaşlar ediniyordu. İlişkilerinin başında erkek arkadaşlarını yüceltiyor, sonrasında onlardan nefret ediyordu. Bu yüceltme ve aşığılamalar, partnerlerinin özelliklerinden bağımsız geliyordu.

On dört yaşında iken, bir erkek arkadaşından ayrıldığında ilaçla intihar girişimi olduğunu belirtti. Bunu öfkeyle ve düşünmeden yaptığını ve ölüm amaçlı olmadığını, intihar girişimi sırasında yanında kız arkadaşları olduğunu ifade etti.

Babasının mesleği sebebi ile yaklaşık iki yılda bir defa şehir değiştirmek zorunda olduğundan, öğrenim hayatı süresince yaklaşık beş okul değiştirmiş olduğunu, okul değişikliklerinde en başta yalnızlık çektiğini, daha sonra çalışkanlığı sayesinde popüler olduğunu, ancak ilköğretim ve lise dönemlerinden devam eden yakın ilişkisi olmadığını ifade etti.

P. 5 yaşındayken, 12 yaşında olan ablasında beyin tümörü tespit edilmiş, yaklaşık 1 yıl süren tedaviler ve hastane yatışları sonrası ablasını kaybetmişti. Ablasının hastane yatışlarının olduğu dönemde halasında kalması gerekmiş, haftada 1-2 kere anne ve babasını görebilirdi. Ablasının kaybından bir süre sonra altına kaçırmaya başlamıştı.

Soygeçmiş

Anne 42 yaşında, ev hanımı, ortaokul mezunu. Baba 47 yaşında, lise mezunu. Gelir düzeyi düşük bir aileden geldiğini, müdahaleci, kontrolcü, şüpheli, duygularını belli etmeyen ve eleştiriye tahammülsüz biri olduğunu belirtti Kız kardeş 13 yaşında, başarılı bir öğrenci. Ablanın ölümünden yaklaşık 2 yıl sonra doğan kardeşine ölen ablanın adı verildiğini, annesinin kardeşini ölen ablası yerinde koyduğunu belirtti.

Ruhsal Muayene

İlk başvurusunda yapılan ruhsal durum muayenesinde yaşında gösteren, öz bakımı iyi olan, bilişsel kusuru olmayan hastanın çağrışımları düzenli idi. Düşünce içeriğinde erkek arkadaşının kendisine haksızlık ettiği, ayrılmak istemediği ile ilgili düşünceleri yoğundu. Duygudurumu hafif depresifti, duygulanımı elemli idi.

Depresif duygudurum, isteksizlik, enerji kaybı, uyku ve iştah sorunları, kendisi ile ilgili olumsuz düşünceleri olan hastaya DSM-5 tanı kriterlerine göre major depresyon tanısı konularak Fluoksetin 20 mg/gün başlandı.

P.'nin ilk başvurusundan 2 hafta sonra, yakın arkadaşı yüksek dozda Propranolol içerek intihar etmişti. Kayıp sonrası başvurusunda arkadaşının intiharı ile ilgili şaşkın olduğunu, arkadaşının sorunlarını anlayamadığını, bu yüzden kendisine kızdığını söylüyordu. 'O hep beni dinlerdi, kendisi hiç anlatmazdı, demek ki sorunları varmış' diyordu. Arkadaşı ile ilgili idealizasyonu belirgindi. Kendisini yalnız hissettiğini, ilk defa böyle yakın bir arkadaşı olduğunu, ama onu da kaybettiğini, bir daha böyle bir arkadaşı olamayacağından korktuğunu ifade ediyordu. 'Biri intihar edince düşmanları değil, dostları üzülyormuş' diyordu. Kendisinin intihar düşüncesi olmadığını belirtti.

Arkadaşının kaybından üç hafta sonra kendisinin ilaçla intihar girişimi oldu. Arkadaşının ölümü sırasında nasıl bir ruh hali içinde olduğunu ve neden ölmek istediğini anlayabilmek için 'Ölmek İçin 13 Sebep' isimli diziyi izlemiş olduğunu, ölmek için haklı sebepler olduğunu düşünmeye başladığını ifade etti. Bu sürede arkadaşının ölümüne üzüldüğü için kendisine kızan annesi ve amcasına çok sinirlendiğini, kendisine inanmadıkları için onlara ders vermek istediğini ve sonuçta intihar etmeye karar verdiğini ifade etti. İntiharı sırasında arkadaşının yaptıklarını da düşünerek onu anlamak için arkadaşının ölmesinden önceki gün yaptığı şeylerin benzerini tekrar etmişti -alışveriş yapmak, makyaj ve saçlarla ilgili değişiklikler yapmak, güzel kıyafetler giyinmek vb.- İnternette ilaçların öldürücü dozlarına bakıp o dozlarda Parasetamol ve Fluoksetin almış

olduğunu, arkadaşı gibi ilacı gece içip sabah uyanamayacağını düşündüğünü belirtti. Sabah uyanığında annesine haber vermiş ve acil servise başvurmuşlardı. ALT-AST yüksekliği sebebi ile hastanemiz yoğun bakımında yaklaşık 2 gün takip edildikten sonra taburcu edilmişti. Taburculuk sonrası intihar düşünceleri gerileyen, intiharı ile ilgili pişmanlık ifade eden hastaya ayaktan haftalık bireysel psikoterapi başlandı.

P. ile yapılan görüşmeler ve aile görüşmelerinin sonucunda yoğun bir şekilde yetersizlik ve sevilme düşüncelerinin olduğu ve narsistik savunmalarla baş etmeye çalıştığı, ancak telafi edemeyince depresyonun tabloya hakim olduğu düşünüldü. Ablasının hastalığı sürecinde anne ve babasından ilgi göremeyen P. ablasının ölümü sonrası ailesinin ilgisini yeniden kazanmış, ancak kısa bir süre sonra kardeşinin doğumu ile bu ilgiyi yeniden kaybetmişti. Bu travmalardan köken alan yarışmacılığı, şimdi yakın ilişkilerinde yarışmacılık olarak ortaya çıkıyordu. Bir yandan tek kalmaktan çok korkuyor, bir yandan arkadaşları kendisinden daha ön plana çıkmasını diye onları aleni veya üstü kapalı olarak aşağılıyordu. Bu sorunların temellerinin ablasının hastalığı ve kaybı döneminde yaşadığı terk edilme ve yalnızlık hissi ile atıldığı sonucuna varıldı. Ablasının kaybindan sonra altına kaçırma şeklinde prezente olan regresyon savunması aileden uzak kalmasının yaşattığı travmanın şiddetinin göstergesi gibidir. Ergenlik döneminde sık sık okul değiştirmesi ve grup içine sonradan dahil olmak zorunda olması, yalnızlık düşüncelerini ve terk edilme korkularını arttırmıştı. Sıklıkla yakın ilişki kurduğunu düşündüğü anlarda ya okul değiştirerek ya da büyük bir tartışma sonrası genelde bu kişileri kaybetmişti. Arkadaşının ölümü de bunun bir örneği idi. P.'nin aynı dönemde erkek arkadaşıyla da ayrılmış olması baş etmekte güçlük çekmesine ve yas sürecinin komplike hale gelmesine sebep olmuştu. Halihazırda intihar davranışı için riskleri bulunan hastada arkadaşının intiharı tetikleyici olmuştu. Takiplerde hastanın yas deneyimleri ve arkadaşı ile kurduğu özdeşimin üzerinde duruldu. Hasta öncelikle kız arkadaşının okuldaki görevlerini üstlendi, daha sonra zorlandığı bu görevlerden vazgeçerek kendisine daha hoşlandığı yeni hedefler belirledi.

TARTIŞMA

P.'de intihar girişiminden önce mevcut depresif belirtilerin varlığı, daha önceki intihar girişimi, ergenlik döneminde olması, akut stresörlerinin olması vb. gibi intiharla ilgili risk faktörleri mevcut olsa da, kayıptan önceki takiplerde intihar düşüncelerinden bahsetmemiş olması, intiharı için arkadaşı ile benzer yöntem seçmesi ve benzer ritüelleri tekrarlamış olması, P.'nin intihar girişiminde arkadaşının intiharının tetikleyici olduğunu düşündürmüştür. Bunun dışında izlemiş olduğu dizinin intihara yönelik özendirici etkileri olmasının hastamızın intiharında etkili olduğu düşünülmüştür. İntihar riskini arttıran risk faktörlerinin varlığında tetikleyicilerin önceden tanınması ve müdahale planı önemlidir.

İntihar maruziyeti, intihar bulaşına sebep olabilecek önlenilebilir sebepler arasında olması sebebi ile klinik önem arz eder. Özellikle kitle iletişim araçlarının geniş toplulukları etkileyebileceği göz önünde bulundurulduğunda, bu konuda yapılan müdahaleler önem kazanmaktadır. 1995 yılından bu yana Amerika'da ve Avrupa'nın birçok ülkesinde intihar bulaşını önlemek için hem ruh sağlığı profesyonellerine hem de risk altındaki gruplara yönelik çeşitli rehberler yayımlanmıştır (12). Dünya Sağlık Örgütü 2000 yılında medyada intihar haberleri yayımlanırken dikkat edilmesi gereken noktaları belirttiği bir rehber yayınlamıştır. Yapılan haberlerde kullanılan ifadelerin daha dikkatli seçilmesi, içeriğin ve intihar kurbanına dair bilgilerin daha kısa tutulması, fotoğraf eklenmemesi, haberlerin ön sayfaya yerleştirilmemesi ve duygusal içeriğin kısıtlanması gibi öneriler bulunmaktadır (13,14). Türkiyede basında yer alan intihar haberlerinin etik açıdan incelendiği bir çalışmada, intihar haberlerinin uygun şekilde yayımlanmamasının toplum ruh sağlığını olumsuz etkilediği bildirilmiş ve haberlerin yayımlanış şekli ile ilgili benzer önerilerde bulunulmuştur(15). Bu kurallara dikkat edilmesinin intihar bulaşı üzerine olumlu etkisine yönelik araştırmalar vardır (14).

Günümüzde sosyal medya kullanımı giderek artmaktadır ve özellikle ergenler arasında en önemli iletişim araçlarından birisidir. Bu sebeple ergenlerin internette bulunan olumsuz içeriğe

maruziyetleri daha fazla olmaktadır. Bu açıdan, maruz kalınan paylaşımların düzenlenmesi ve çeşitli yasal düzenlemeler yapılması önerilmektedir (16). İnternetin olumsuz etkileri üzerine yapılan birçok çalışma olsa da, intihar eden bireylerin ilişki kurabilecekleri toplulukları bulmalarına, deneyimlerini paylaşmalarına ve tedavi kaynaklarını bulmalarına yardımcı olabilmesi bakımından bireyleri destekleyici, intiharı önleyici faydaları da olduğu gösterilmiştir (17).

Sonuç olarak, ruh sağlığı profesyonellerinin intihar riski değerlendirmelerinde ve intiharı önlemeye

yönelik yaptıkları müdahalelerde bu fenomeni akılda tutmaları gerekmektedir.

Yazışma Adresi: Dr. Selma Çilem Kızılpınar, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Ankara, Türkiye
uygurcilem@gmail.com

*Bu çalışma 2-6 Ekim 2018 tarihli Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde yayınlanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Schmidtke A, Schaller S, Wasserman D. İntiharlar ve Medya Gündeminde İntihar, *Kriz Dergisi*, 2005; 3: 33-36. Çeviren: SA Cengiz.
2. Philips DP. The Influence of Suggestion on Suicide: Substantive and Theoretical Implications of the Werther Effect, *American Sociological Association*, 1974;39: 340-354.
3. Niederkrotenthaler T, Herberth A, Sonneck G. The "Werther-effect": legend or reality? *Neuropsychiatr* 2007;21:284-90.
- 4-Jack B. Goethe's Werther and its effects, *Lancet Psychiatry*, 2014;1:18-19.
5. Ayers JW, Althouse BM, Leas EC, Dredze M, Allem JP. Internet Searches for Suicide Following the Release of 13 Reasons Why, *Jama Intern Med*, 2017;177:1527-1529.
6. Swanson SA., Colman I. Association Between Exposure to Suicide and Suicidality Outcomes in Youth, *CMAJ*, 2013;185:870-877.
7. Robertson L, Skegg K, Poore M, Williams S, Taylor B. An Adolescent Suicide Cluster and the Possible Role of Electronic Communication Technology, *Crisis* 2012;33:239-245.
8. Gould MS, Wallenstein S, Kleinman M. Time-space Clustering of Teenage Suicide, *American Journal of Epidemiology* 1990;131:71-78.
9. Yıldız M, Orak U, Walker MH, Solakoglu O. Suicide Contagion, Gender, and Suicide Attempts Among Adolescents. *Death Studies*, 2018. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1478914>
10. Berman AL, Jobes DA. Adolescent Suicide: Assessment and Intervention, *American Psychological Association*, 1991, Washington, DC, US.
11. Palabıykoğlu R. İntihar Davranışı ve Kitle İletişim Araçları, *Kriz Dergisi* 1994;2:277-284.
12. Ortiz P, Khin EK. Traditional and New Media's Influence on Suicidal Behavior and Contagion, *Behav Sci Law*, 2017;36:245-256.
- 13-World Health Organization- Department of Mental Health, Preventing Suicide a Resource for Media Professionals. http://www.who.int/mental_health/media/en/426.pdf
- 14-Barraclough B, Shepherd D, Jennings C. Do Newspaper Reports of Coroners' Inquests Incite People to Commit Suicide, *British Journal of Psychiatry* 1977;131 528-532.
- 15-Cengiz SA. Basında Yer Alan İntihar ya da İntihar Girişimi Konulu Haberlerde Etik Sorunlar, *Kriz Dergisi*, 2009;17: 21-38.
- 16-Klein CA. Live Deaths Online: Internet Suicide and Lethality, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 2012;40:530-536.
- 17-Marchant A, Hawton K, Stewart A, Montgomery P, Singaravelu V, Lloyd K John A. A Systematic Review of the Relationship between İnternet Use, Self-harm and Suicidal Behaviour in Young People: The Good, The Bad and The Unknown, *Plos One*, 2017; 12(8), e0181722. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181722>

Urinary retention associated with catatonia: A case report

Katatoni ile ilişkili üriner retansiyon: Bir olgu sunumu

Ömer Asan¹, Erol Göka²

¹M.D., Sakarya University Training and Research Hospital, Department of Psychiatry, Sakarya, Turkey <https://orcid.org/0000-0002-4340-4553>

²Prof., Ankara Numune Training and Research Hospital, Department of Psychiatry, Ankara, Turkey <https://orcid.org/0000-0001-7066-2817>

SUMMARY

Catatonia was first introduced by Karl Kahlbaum at 1874. Catatonia is a syndrome that includes catalepsy, waxy flexibility, stupor, negativism, mutism, and echolalia. At first, it was linked with just schizophrenia for many years but it is currently known that this disorder may occur with other medical conditions and psychiatric disorders especially mood disorders. Several complications especially pulmonary, genitourinary, gastrointestinal may occur with catatonia. Here, we aimed to report a case of urinary retention associated with catatonia and treated with ECT and benzodiazepine. As a result, urinary retention and globe vesicale should be considered in patients presented with catatonia and it should be treated urgently.

Key Words: Catatonia, Globe vesicale, Schizophrenia, Urinary retention

(Turkish J Clinical Psychiatry 2019;22:369-373)

DOI: 10.5505/kpd.2018.04909

ÖZET

Katatoni ilk olarak Karl Kahlbaum tarafından 1874 yılında tanımlanmıştır. Katatoni katalepsi, balmumu esnekliği, stupor, negativizm, mutizm ve ekolali gibi belirtilerle seyrederek. Önceleri sadece şizofreni ile ilişkilendirilirken günümüzde afektif bozukluklar başta olmak üzere diğer psikiyatrik bozukluklar ve tıbbi durumlara bağlı olarak da gelişebildiği bilinmektedir. Katatoni ile birlikte özellikle pulmoner, gastrointestinal, genitouriner olmak üzere birçok komplikasyon görülebilir. Bu olguda katatoniye bağlı gelişen, EKT ve benzodiyazepin tedavisi uygulanan bir üriner retansiyon olgusu sunmayı planladık. Katatoni gelişen hastalarda üriner retansiyon ve glob vezikale gelişebileceği göz önünde bulundurulmalı, geliştirse acil müdahale edilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Glob vezikale, Katatoni, Şizofreni, Üriner retansiyon

INTRODUCTION

Catatonia was first described by Karl Kahlbaum in 1874 (1). While the catatonia was only associated with schizophrenia in the past, it has been associated with other medical conditions since the 1960s (2). It is now known that it may develop due to other psychiatric disorders and medical conditions, especially affective disorders (3). In DSM-4-TR, catatonia was classified under three different headings, as a subtype of schizophrenia, as a result of mood disorders, and as a result of other medical conditions (4). In DSM-5, published by the American Psychiatric Association (APA) in 2013, the subtypes of schizophrenia have been removed and the catatonia has been dealt with under a separate heading in the section on 'Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders', and three catatonic disorders have been identified as 'Catatonia Associated With Another Mental Disorder', 'Catatonic Disorder Due to Another Medical Condition' and 'Unspecified Catatonia' (5). According to this classification, patients who previously had a diagnosis of 'catatonic schizophrenia' will be diagnosed as 'Catatonia Associated With Another Mental Disorder' and 'Schizophrenia'. Catatonia frequency among psychiatric disorders is reported to be 7.6-38% (1). Catatonia may occur due to head trauma, CNS infections, epilepsy, metabolic and endocrine disorders, hepatic encephalopathy, liver failure, SLE (Systemic Lupus Erythematosus), infections (Hepatitis B-C, Ebstein Barr) and side effects of several drugs as well as psychiatric causes (6,7). Clinical manifestations of catatonia were defined as follows; motor inactivity associated with catalepsy, negativism, mutism, maintenance of a posture against gravity, stereotypy, repetitive odd actions (mannerism), grimacing, mimicking another's speech and movements (echolalia, echopraxia) (5).

Globe vesicale is a frequently painful condition characterized by sudden onset of urinary retention. Painless globe vesicale is rare and is often associated with central nervous system pathologies (8). The causes of the globe vesicale are mainly divided into four groups; obstructive, neurological, pharmacological and psychogenic (9). Globe vesicale most commonly occurs after a surgical operation and in the postnatal period, the most common

obstructive cause is gynecologic tumors (10,11). Emergency treatment of globe vesicale is an evacuation of the bladder via a urethral or suprapubic catheter (10).

In this article, we aimed to present a case of globe vesicale associated with catatonia and improved with ECT and lorazepam treatment.

CASE REPORT

A 19-year-old male patient admitted to the emergency clinic with complaints of refusal to eat and drink for two days, not talking, standing in a fixed position for long times, apathy to the surroundings and stimuli, and inactivity. The patient's first admission to psychiatry was one year ago, he was hospitalized in our psychiatric unit, diagnosed with schizophrenia and was discharged with the treatment of paliperidone 6 mg/day. It was learned in anamnesis that he continued his follow-ups and used paliperidone 6 mg/day for two months. Then he declined his diagnose and did not use any medication for the last ten months. He was hospitalized to the psychiatric unit after emergency examination and neurological examination. Complete blood count, serum electrolytes, liver and renal function tests, hormone panel, infection panel, electroencephalography (EEG) and cranial MRI were performed and no pathology was detected. Fever, heart rate, and blood pressure follow-ups, which were done 8 times a day, were normal. The patient was consulted to internal medicine and neurology departments. Cooperation was limited in the neurological examination; cranial nerve examination was normal, deep tendon reflexes were normoactive, muscle strength in bilateral upper and lower limbs was evaluated as 5/5, sense and cerebellar examination could not be cooperated. A neurological or other pathology that would explain the current condition was not detected. The symptoms of mutism, negativism, posturing detected in the psychiatric examination and he diagnosed with "catatonia associated with other mental disorder" and "schizophrenia" according to DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition) (Table-1). Lorazepam 3 mg/day was started with the diagnosis of catatonia and preparations were made for electroconvulsive therapy (ECT).

Table 1. Catatonia in DSM-5 (5)

Catatonia is defined as the presence of three or more of the following

1. Catalepsy (i.e., passive induction of a posture held against gravity)
2. Waxy flexibility (i.e., slight and even resistance to positioning by examiner)
3. Stupor (no psychomotor activity; not actively relating to environment)
4. Agitation, not influenced by external stimuli
5. Mutism (i.e., no, or very little, verbal response [Note: not applicable if there is an established aphasia])
6. Negativism (i.e., opposing or not responding to instructions or external stimuli)
7. Posturing (i.e., spontaneous and active maintenance of a posture against gravity)
8. Mannerisms (i.e., odd caricature of normal actions)
9. Stereotypies (i.e., repetitive, abnormally frequent, non-goal directed movements)
10. Grimacing
11. Echolalia (i.e., mimicking another's speech)
12. Echopraxia (i.e., mimicking another's movements)

On the second day of admission, the parents of the patient indicated that he did not urinate for three days. So, we examined him for globe vesicale due to the absence of urine output, and a urethral catheter was inserted, with a urine output of 1400 cc. For differential diagnosis of catatonia, a urinary toxicology was performed and no substance metabolite detected. The results of the urology consultation and abdominal ultrasound did not reveal a medical condition that would explain the globe vesicale. He had no history of drug, vitamin, herbal supplement use and intravenous hydration for the last month. We started to bilateral ECT for the treatment of catatonic symptoms. Improvement in catatonic symptoms was noted after the 4th ECT. Four days after the alleviation of the catatonic symptoms, the urinary catheter was removed and he was able to urinate of his volition. The patient diagnosed with 'Acute Urinary Retention Associated with Catatonia' because of the absence of subsequent development of urinary retention. A total of 8 sessions of bilateral ECT treatment was administered. After ECT and 3 mg/day lorazepam treatment, the severity of the disease was reduced from 7 to 2 in the clinical global impression (CGI) scale. His attention to the environment increased, eating and drinking improved, verbal communication started to be established. In interviews, he said he was suspicious that his relatives had trapped him and had poisoned his food. Because of the lack of insight on

his illness, and lack of compliance with oral treatment, paliperidone palmitate 100 mg/month intramuscular injection treatment was initialized. The patient was discharged on the 23rd day of admission, after arranging his outpatient follow-ups.

We obtained a written consent for this case report from the patient and his parents.

DISCUSSION

The cessation of micturition and occurrence of globe vesicale simultaneously with catatonic symptoms, lack of any urological or other pathology that explain the urinary retention and globe vesicale, lack of any urological pathology in the patient's history and improvement of urinary retention after the treatment of catatonia with bilateral ECT and lorazepam, lead us to believe that globe vesicale and urinary retention was associated with catatonia. To our knowledge this is the third case of catatonia-related globe vesicale in the literature (12, 13).

Although the pathophysiology of catatonia is still unknown, many theories have been put forward. One of them claims that catatonia develops in response to intense anxiety (14, 15). Patients' feelings of anxiety during and before the catatonia,

patients' reports that they think they need to be immobilized against threats that may come from others, improvement in symptoms due to benzodiazepines, which are anxiolytics, have been suggested to support this theory. Another view put forward to explain the pathophysiology of catatonia is that it is a movement disorder like parkinsonism due to basal ganglia dysfunction. The most prominent neurons projected into the basal ganglia are GABAergic neurons, which may be the likely cause of treatment efficacy of benzodiazepines, which act through GABAergic neurons (14). In functional brain imaging studies, altered activities in catatonia patients were detected in orbitofrontal, prefrontal, parietal and motor cortical regions, and it was reported that some changes in these regions may play a role in etiology (16). These findings are supported by reduced GABA-A receptor activity in cortical regions of catatonic patients, correlation of catatonic symptoms with this reduced activity, and improvement in symptoms due to benzodiazepines acting through GABA-A.

Many complications in catatonia patients have been reported in the literature, some of which threaten the life of the patient and require immediate intervention. Pulmonary embolism and pneumonia have been reported in the literature as complications due to inactivity in catatonia patients (17). Aspiration is the most common pulmonary complication. Malnutrition and gastrointestinal complications are also common. Tooth decay and gum diseases due to reduced oral hygiene are frequent (18). Constipation due to dehydration has been reported (19). Catatonia-related genitourinary system complications are also common. Urinary retention, which requires catheterization, or urinary incontinence, which requires a diaper, may be observed. Malnutrition, poor hygiene and urinary system infections due to catheterization may be observed. Flexion contractures and rhabdomyolysis due to postural paralysis may be observed (18). To our knowledge, there are two cases of catatonia that was alleviated after rapid urinary excretion as a result of catheterization due to bladder atony have been reported in the literature (12, 13). One of the cases was about a catatonic schizophrenia patient and the other case the patient had no history of psychiatric disorder before catatonia. Urinary retention associated with

negativism in a patient who did not meet the diagnostic criteria of catatonia was reported, suggesting that urinary retention in catatonia cases may also be associated with negativism (9). In addition, a case of urinary retention developed in a schizophrenic patient with psychotic symptoms was reported in the literature. There is increased alpha 1 and dopaminergic activity in schizophrenic psychosis (20, 21). It has been reported that many neurotransmitters and dopamine have a role in the spontaneous bladder activity and the central and peripheral control of the micturition (22). It has also been reported that there is a relationship between increased dopaminergic activity and the development of urinary retention in Parkinson and Bipolar Disorder Type 1 patients without psychosis (23, 24). This relationship between urinary retention and psychotic symptoms indicates that urinary retention may be a consequence of neural mechanisms associated with psychosis (25).

In this article, we presented a case of catatonia-related urinary retention as well as a review of the literature on catatonia etiology and possible complications that may develop. We believe that this paper is important in drawing healthcare professionals' attention, who are involved in the treatment of psychiatric patients, to the possible development of urinary retention associated with catatonia, and that this article will contribute to the literature. The possible underlying pathophysiological mechanisms of urinary retention secondary to psychiatric disorders such as catatonia and schizophrenia are not yet conclusively known, and it is clear that there is a need for further case reports and studies in this regard.

Correspondence address: M.D. Ömer Asan, Sakarya University Training and Research Hospital, Department of Psychiatry, Sakarya, Turkey omerasan@hotmail.com

REFERENCES

1. Taylor MA, Fink M. Catatonia in psychiatric classification: a home of its own. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1233-1241.
2. Pfulmann B, Stober G. The different conceptions of catatonia: historical overview and critical discussion. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251:14-17.
3. Vırit O, Kokaya MH, Kalenderoğlu A, Altındağ A, Savaş HA. Karmaşık Bir Katatoni Olgusu. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2009; 12:51-55.
4. Fink M, Taylor MA. The many varieties of catatonia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251:8-13.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-V), American Psychiatric Association, 2013.
6. Madan R, Lantz MS. Catatonia in late-life: the importance of recognizing an uncommon syndrome. *Clin Geriatr* 2003; 11:26-28.
7. şengöl C, Dilbaz N, Üstün İ, Balcı-şengöl C, Okay T. Subklinik hipotiroidinin eşlik ettiği bir periyodik katatoni olgusu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6:57-59.
8. Choong S, Emberton M. Acute urinary retention. *BJU International* 2000; 85:186-201.
9. şahan E, Eroğlu MZ. Negativism Associated Urinary Bladder Retansion: A Case Report. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatric and Neurological Sciences* 2017; 30:262-265.
10. Waterhouse N, Beaumont AR, Murray K, Staniforth P, Stone MH. Urinary retention after total hip replacement. A prospective study. *J Bone Joint Surg Br* 1987; 69:64-66.
11. Van Der Linden EF, Venema PL. Acute urinary retention in women. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998; 142:1603-1606. (Dutch)
12. Regestein QR, Kahn CB, Siegel AJ, Blacklow RS, Genack A. A case of catatonia occurring simultaneously with severe UR. *J Nerv Ment Dis* 1971; 152:432-5.
13. şahin ř, Bülbül F, Ünal M, Vırit O, Altındağ A, Savaş H. Katatoniye Bağlı Glob Vezikale. *Journal of Mood Disorders*. 2012; 2:123-125.
14. Rosebush PI, Mazurek MF. Catatonia: re-awakening to a forgotten disorder. *Mov Disord* 1999; 14:395-397.
15. Moskowitz AK. "Scared stiff": catatonia as an evolutionary-based fear response. *Psychol Rev* 2004; 111:984-1002.
16. Northoff G. Catatonia and neuroleptic malignant syndrome: psychopathology and pathophysiology. *J Neural Transm (Vienna)* 2002; 109:1453-1467.
17. Swartz C, Galang RL. Adverse outcome with delay in identification of catatonia in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9:78-80.
18. Levenson JL. Medical Aspects of Catatonia. *Primary Psychiatry* 2009; 16:23-26.
19. Kaufmann RM, Schreiner D, Strnad A, Mossaheb N, Kasper S, Frey R. Case report: intestinal atonia as an unusual symptom of malignant catatonia responsive to electroconvulsive therapy. *Schizophr Res* 2006; 84:178-179.
20. Davis KL, Kahn RS, Ko G, Davidson M. Dopamine in schizophrenia: a review and reconceptualization. *Am J Psychiatry* 1991; 148:1474-1486.
21. Maas JW, Contreras SA, Miller AL, Berman N, Bowden CL, Javors MA, Weintrub S. Studies of catecholamine metabolism in schizophrenia/psychosis-I. *Neuropsychopharmacology* 1993; 8:97-109.
22. Stephenson JD. Pharmacology of the central control of micturition. *Funct Neurol* 1991; 6:211-217.
23. Benson GS, Raezer DM, Anderson JR, Saunders CD, Corriere JN. Effects of levodopa on urinary bladder. *Urology* 1976; 7:24-28.
24. Hullin RP, Jerram TC, Lee MR, Levell MJ, Tyrer SP. Renin and aldosterone relationship in manic depressive psychosis. *Br J Psychiatry* 1977; 131:575-581.
25. Shiloh R, Weizman A, Dorphman-Etrog P, Weizer N, Munitz H. Associated between severity of schisophrenic symptoms urinary retention. *J Eur Psychiatry* 2001; 16:497-500.