ISSN 1302-0099 / e-ISSN 2146-7153

KLİNİK psikiyatri

www.klinikpsikiyatri.org DERGİSİ

Yıl / Year: 2020 Cilt / Volume: 23

Sayı Number 4

KLİNİK PSİKİYATRİ DERGİSİ

KLİNİK PSİKİYATRİ DERGİSİ

Yıl / Year 2020 • Cilt / Volume 23 • Sayı / Number 4

ANP Yayıncılık

KLİNİK psikiyatri
THE JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY DERGİSİ

www.klinikpsikiyatri.org

ISSN: 1302-0099/e ISSN:2146-7153 Yıl: 2020 Cilt: 23 Sayı: 4

İçindekiler / Contents

Editörden / *Editorial*

390 **Yayıncılığın arka planı: Etik mümkün mü?**
The background of publishing: Is ethics possible?
Mehmet Yumru

Araştırma Yazıları / *Research Articles*

392 **İlk defa otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocuklarda ekran kullanım özellikleri ve ebeveynlerin erken dönem endişeleri**
Screen time characteristics and early-term parental concerns of children newly diagnosed with autism spectrum disorder
Murat Eyüboğlu, Damla Eyüboğlu

402 **Hastanede yatarak tedavi gören çocuklar: Psikososyal uyumu etkileyen faktörler üzerine bir araştırma**
Hospitalized children: A study on the factors affecting psychosocial adjustment
Bürge Kabukçu Başay, Ömer Basay, Atacenk Ürüt, Berkay Hasmercan, Melisa Uysal, Beyzanur Eren Usul

414 **Bipolar bozukluklu olgularda farkli atak dönemlerinde inflamasyon ve lipit parametreleri**
Inflammatory parameters and blood lipid values across the different mood states in patients with bipolar disorder
Okan Ekinci, Asli Erkan Ekinci

423 **Türkiye- Suriye sinirindaki Kilis'te füze saldirilari sonrasi anksiyete, depresyon ve stres tepkisi düzeyleri**
Levels of anxiety, depression and stress response after missile attacks in Kilis in Turkey-Syria border
Musa Sahpolat, Duygu Ayar

430 **Madde kullanicilarinda intihar girisimi: Agresyon ve çoklu madde kullaniminin etkilesimi intihar girisiminde etkili midir?**
Suicide attempt among substance users: Do aggression and polysubstance use have an interaction effect on suicide attempt?
Tugba Gorgulu

438 **Oyun dönemindeki çocuklarin davranis sorunlari ile izledikleri çizgi filmler arasindaki iliski**
The relationship between preschool children's behavioral problems and cartoons they watch
Ezgi Günes, Ali Dayi, Mehmet Çolak, Özlem Sireli Bingöl

446 **IVF tedavisi gören kadinlarda baglanma, yilmazlik, depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtileri ile infertiliteye iliskin global stres düzeyi ve tedavi sonucu arasindaki iliski**
The relationship of attachment characteristics, resilience, depression, anxiety and somatization symptoms with infertility related stress and treatment outcome in women undergone IVF treatment
Pelin Kalci, Hakan Karas, Aslihan Polat

456 **Yatarak tedavi gören geriatrik depresif bozukluk hastalarinda klinik degiskenlerin, tedavi direncinin ve yatis süresine etki eden faktörlerin degerlendirilmesi**
Evaluation of clinical variables, treatment resistance and factors affecting the hospital stay duration in geriatric depressive disorders
Selçuk Özdin

464 **Klinik ve toplum örneklemlerinde Anne Babalik ve Aile Uyum Ölçegi'nin, 2-12 yas araligindaki çocuklarin anne babalari için Türkçe geçerlik ve güvenirlik özelliklerinin degerlendirilmesi**
Psychometric properties of Parenting and Family Adjustment Scale (PAFAS) in a Turkish sample with parents of 2-12 years old children from both community and clinical sample
Baris Güller, Taner Guvenir, Burçin Seyda Buran, Ömer Aydemir, Fatma Varol, Aylin Özbek, Özlem Gencer Kidak

476 **Suça sürüklenmis ergenlere verilen psikoegitimin sosyal duygusal ögrenme ve duygu yönetimi becerilerine etkisi**
The effect of psycoeducation on social-emotional learning and emotional regulation skills for delinquent child-adolescents
Gulsenay Tas, Leyla Baysan Arabaci

486 **Psikiyatri hemsireleri için moral distres ölçeginin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalismasi**
Validity and reliability study of Turkish form of moral distress scale for psychiatric
Mustafa Sabri Kovanci, Azize Atli Özbas

Derleme / *Review*

495 **Klozapinin nadir görülen ciddi yan etkileri**
Rare serious adverse effects of clozapine
Özcan Uzun

503 **Yapay bozukluk/bakim verenin yapay bozuklugu olgularina psikodinamik bakis ve klinik yaklasim: Bir gözden geçirme**
Psychodynamic aspects and clinical approach to the concepts of factitious disorder/factitious disorder imposed on another: A review
Dilsad Foto Özdemir

Olgu Sunumu / *Case Reports*

518 **Hiperprolaktinemi saptanan sanrisal bozukluk tanili bir hastada uzun etkili aripiprazol ile klinik düzelme: Olgu sunumu**
Clinical improvement with long-acting aripiprazole in a patient with delusional disorder with hyperprolactinemia: A case report
Sevler Yildiz, Kerim Ugur

Editöre Mektup / *Letter to editor*

522 **Psikojenik polidipsi olgu sunumu atomoksetine ek klomipramin kullanimi**
Psychogenic polydipsia case report use of additional clomipramine in atomoxetine
Berna Gündüz Çitir, Sevcan Karakaç Demirkaya

524 **Otizm spektrum bozuklugunda bumetanid: Güncel deliller**
Bumetanide for autism spectrum disorder: Current evidence
Mazlum Çöpür, Sidar Copur

526 **Internet addiction and mental well-being among secondary school students in a Malaysian district: A cross-sectional survey**
Luke Sy-Cherng Woon

YAZIM KURALLARI

Klinik Psikiyatri Dergisi, Psikiyatri, Klinik Psikoloji, Psikofarmakoloji ve Nörolojinin psikiyatriyi 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 itibari 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 çalışmaları 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 kulanım 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 ihlalleri 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 fikirsel 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. Özette kısaltmalara 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 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'ın 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 numaralandırılmadır. 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 olmalılardır.

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 Üniversitesindeki 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. İkiuçlu bozukluk alt tiplerinde oksidatif dengesizlik. 44. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı 2008; 105.

İnternetten 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.

KLİNİK psikiyatri
THE JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY DERGİSİ

Yıl: 2020 Cilt: 23 Sayı: 4

Editörler Kurulu/ Editorial Board

Onursal Editör

Nevzat Yüksel
Burhanettin Kaya

Editör

Mehmet Yumru
Meram Can Saka
Sevcan Karakoç Demirkaya
Deniz Ceylan
Hamid Boztaş
Gamze Özçürümez
Halis Ulaş
Neşe Direk

Dış İlişkiler Editörleri

Mohammad Ghaziuddin
Muzaffer Kaşer

İstatistik Editörü

Gülşah Seydaoğlu

Danışma Kurulu/Advisory Board

Asena Akdemir
Aslıhan Dönmez
Aylin Uluşahin
Aylin Yazıcı
Ayşe Devrim Başterzi
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
Ejder Akgün Yıldırım
Erkan Özcan
Ertan Yurdakoş
Hakan Gürvit
Hakan Türkçapar
Haldun Soygür
Hasan Kandemir
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
Tolga Binbay
Tunç Alkın
Zeliha Tunca

Bu sayıda görüş ve önerileri ile yayın kalitemize katkıda bulunan danışmanlarımız

Anıl Kırmızı
Çiçek Hocaoğlu
Ali Kandeğer
Sedat Batmaz
Gamze Erzin
Sevler Yıldız
Can Cimilli
Süheyla Ünal
Damla Eyüboğlu
Kerim Uğur
Mehmet Ak
Berna Gündüz Çıtır
Ayşegül Koç
Onur Yılmaz
Ozhan Yalcin
Özlem Tunçel
Öznur Bilaç
Murat İlhan Atagün
Yasemin Hoşgören Alıcı
Hamza Ayaydin
Ayşegül Durak Batıgün
Ömer Kardaş
Ercan Altınöz
Esra Demirci
Ahmet Yasin
Okan Taycan
Murat Eyüboğlu
Hozan Saatçioğlu
Burcu Kardaş
Mükerrem Güven
Bürge Kabukçu Başay
Fatih Bal
Esra Yazici
Emre Mısır
Ebru Çobanoğlu
Ömer Faruk Akça
Şahika Yüksel
Onur Okan Demirci
Artuner Deveci
Aslı Sürer Adanır
İnci Meltem Atay
Çilem Bilginer
Banu Yılmaz
Cennet Şafak Öztürk
Gökhan Sarısoy
Ferdi Kösger
Dilşad Foto Özdemir
Cumhur Avcil
Ceren Gökdağ
Burcu Akın Sarı
Berker Duman
Ahmet Topuzoğlu
Damla Sayar
Özden Şükran Üneri
Umut Kırlı
Şevin Hun Şenol
Sema Barlas
Pervin Tunç
Özden Arısoy
İlyas Kaya
Oryal Taşkın
Önder Kavakçı
Ömer Aydemir
Necip Çapraz
Nazan Aydın
Masum Ozturk
Melek Hande Demir
Kürşat Altınbaş
Yüksel Kıvrak
Atilla Tekin
Burçin Çolak
Şermin Yalın Sapmaz
Bengi Semerci
İbrahim Tuğrul
Sezen Köse
Sibelnur Avcil
Levent Sevinçok
Aykut Çobadak
Çağdaş Öykü Memiş
Tuna Cak
Vesile Altınyazar
Alp Üçok
Ali Evren Tufan

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/ Psycological Abstracts (2004 yılından itibaren)
TÜBITAK/ULAKBIM-Türk Tip 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 yilinden 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: Mehmet Emin Erşan

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.

Yayıncılığın arka planı: Etik mümkün mü?

The background of publishing: Is ethics possible?

Mehmet Yumru[1]
[1]Prof. Dr., Klinik Psikiyatri Dergisi Editörü
Antalya Bilim Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalı
Özel Terapi Tıp Merkezi, Antalya, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-2117-7775

Tüm dünyada bilimsel üretim ve onun yansıdığı mecra olan yayıncılık, giderek artan oranda sermaye ve ödeme sistemlerinin kıskacı altına girmektedir. Çok sayıda dergiyi içinde barındıran büyük yayınevleri için dergiler, satış oranları, yan ürünleri, reklamları ile ticari bir meta haline geldiler. Bu ticari yayıncılık anlayışı her ekonomik sistemde olduğu gibi birçok ticari yan alan yaratmıştır. Danışmanlık şirketleri, dil edisyonu yapan şirketler, reklam şirketleri vb. Artık dergiler bilim insanlarının idaresinden daha çok ticari yayıncılığın idaresine geçmiş durumdadır. Bilimsel üretim yapmak isteyen akademisyenler için artık sadece bilimsel içeriğe önem veren az sayıda dergi kalmıştır.

Danışmanlık firması Outsell'in endüstri verilerini analiz ettiği bir araştırmaya göre, akademik yayıncılık endüstrisi için tipik kar marjları yüzde 20 ila 30 civarındadır. Elde edilen gelire ve yayınlanan toplam makale sayısına bağlı olarak makale başına nihai yayın maliyetini tahmin ederek, bir makaleyi yayınlamanın ortalama maliyetinin 3500 ila 4000 ABD doları arasında olduğunu tahmin etmektedirler (1).

Kaliforniya, Burlingame'deki danışmanlık firması Outsell'den alınan verilere göre, bilim yayıncılık endüstrisinin 2011'de 9,4 milyar dolar gelir elde ettiği ve yaklaşık 1,8 milyon İngilizce makale yayınladığı ve makale başına ortalama gelir yaklaşık 5.000 dolar olduğu görülmektedir. (1).

Çoğu açık erişim yayıncısı, dergiler arasında geniş bir dağılım olmasına rağmen, sektörün ortalama gelirinden çok daha düşük ücretler almaktadır. En büyük açık erişim yayıncılara ait - BioMed Central ve PLoS - dergilerinin çoğunda hakemli makaleler yayınlamak için 1.350-2.250 $ ücret alınmakta ve ancak en seçici olanların ücretleri 2.700-2.900 ABD Doları tutarındadır (1,2).

Açık erişimli dergilerin sayısı, kısmen fon verenlerin kamu tarafından finanse edilen araştırmalara dayanan makalelerin herkesin okuması için ücretsiz olması gerektiği konusundaki görüşleri nedeniyle istikrarlı bir şekilde artmıştır.

Günümüzde çoğu yayıncı gerçek maliyetleri belirtmemektedir. Ancak bir makale için maliyetleri açıklayan bazı yeni yayıncılar, gerçek iç maliyetlerinin son derece düşük olduğunu söylüyor. Açık Erişim Bilimsel Yayıncılık Derneği başkanı ve Kahire'deki açık erişim yayıncısı Hindawi'nin baş strateji sorumlusu Paul Peters, 2012 yılında, grubunun makale başına 290 dolarlık bir maliyetle 22.000 makale yayınladığını belirtmektedir (3).

Londra'daki araştırmacı liderliğindeki Ubiquity Press'in kurucusu ve yöneticisi Brian Hole, ortalama maliyetin 200 £ (300 ABD Doları) olduğunu söylüyor. Londra merkezli Cambridge Economic Policy Associates tarafından 2008 yılında yapılan bir araştırma, yayıncıların kar marjların dernek yayıncıları için % 20, üniversite yayıncıları için % 25 ve ticari yayıncılar için % 35 olduğunu tahmin ediyor (4).

Ticari yayıncılar, dergi fiyatlarını yükselterek kârlarını sürdürmektedirler. Burada şu soru önem arz ediyor: Elde edilen artı değer nereye harcanıyor? Bilinen gerçek dergiye emek veren bilim insanlarına ya da bilime, bilimsel araştırmaya geri dönmediği. Ticari yayıncılık ve sermaye düzenini daha çok güçlendirmeye gittiği görünen gerçek.

(Klinik Psikiyatri 2020;23: 390-391)
DOI: 10.5505/kpd.2020.89166
Makalenin geliş tarihi: 20.11.2020, Yayına kabul tarihi: 21.11.2020

Ticari yayıncılığın etik (!) sonuçları

Akademisyenler genellikle yayıncılara çalışmalarını basmaları için yüksek ücret ödeme yapmak zorunda kalmaktadır. Bu ücretler, dergi makalesi başına binlerce doları aşabiliyor. Peşinde olduğunuz çalışma veya analizi bulursanız, yalnızca öğrenmek için ona erişmek yaklaşık 30 dolara mal oluyor.

Dünyanın bilimsel bilgilerinin çoğu hala pahalı ödeme duvarlarının arkasında kilitli durumdadır.

Gelinen noktada, California Üniversitesi, dünyanın en büyük ve en etkili akademik araştırma yayıncısı Elsevier ile olan aboneliğini sona erdirme kararı almıştır. California Üniversitesi kararın gerekçesinde, bilimsel bilginin ödeme duvarlarının arkasında kilitlenmesini istemediklerini ve akademik yayıncılık maliyetlerinin kontrolden çıktığını düşündüklerini belirtmişlerdir (5).

Harvard Üniversitesi'de benzer gerekçelerle 2012'de 3,5 milyon dolarlık yıllık abonelik faturasının "savunulamaz" olduğundan bahsetmektedir. 2011 yılında sinirbilimci Alexandra Elbakyan, 50 milyondan fazla akademik makaleye ev sahipliği yapacak şekilde büyüyen Rusya merkezli Sci-Hub web sitesini kurdu (5,6). Kurulan site yasadışı ama oldukça popüler durumdadır.

Ticari yayıncılığın diğer etik sonuçları arasında korsan akademik makalelere ilgi artışı, sahte dergilerde artış, araştırmacıların ücret karşılığı yayın yapabileceği düşüncesi ve akademik yükseltmelerin ve akademik bilginin giderek daha fazla ticarileşmesi sayılabilir.

Ne yapılabilir?

Akademik yayıncılığı büyük ticari yayınevlerinin tekelinden çıkarmak, aracı danışman firmaların yüksek ticari beklentilerinin olduğu kalemlerin kurul üyelerinin emeği ile karşılanabilmesini sağlamak, araştırmacıların ticari yayınevleri ve dergileri tercih etmemeleri, kurul üyeleri ve hakemlerin akademik hevesini ve işbirliğini artıracak projeler ve ticari amacı olmayan/finanse edilebilir kamu ya da dernek yayıncılığını teşvik yapılabilecek en önemli adımlar olarak görülmektedir.

Yazışma adresi: Prof. Dr. Mehmet Yumru, Antalya Bilim Üniversitesi Klinik Psikoloji A.D., Antalya, Türkiye mehmet.yumru@antalya.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Noorden RV. The true cost of science publishing, Nature 2013;495:426-429

2. Laakso M, Björk BC. BMC Medicine 2012;10:124

3. Solomon, D. J. & Björk, B.-C. J. Am. Soc. Inf. Sci. Technol. 2012;63:1485–1495

4. Cambridge Economic Policy Associates Activities, costs and funding flows in the scholarly communications system in the UK (Research Information Network, 2008).

5. Allen AE. The costs of academic publishing are absurd. https://www.vox.com/science-and-health/2019/3/1/18245235/university-of-california-elsevier-subscription-open-Access İndirilme tarihi: 18.11.2020

6. Publishing, Scholarly Communication, and Open Access: Cost of Journals https://researchguides.uic.edu/sc İndirilme tarihi: 18.11.2020

Screen time characteristics and early-term parental concerns of children newly diagnosed with autism spectrum disorder

İlk defa otizm spektrum bozukluğu tanısı alan çocuklarda ekran kullanım özellikleri ve ebeveynlerin erken dönem endişeleri

Murat Eyüboğlu[1], Damla Eyüboğlu[1]
[1]Assoc. Prof., Eskisehir Osmangazi Unversity Faculty of Medicine Department of Child and Adolescent Psychiatry, Turkey
https://orcid.org/0000-0003-3278-0374-https://orcid.org/0000-0001-6042-7768

SUMMARY

Objective: Aim of this study was to explore the screen characteristics of children who have been newly diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD) and context of initial concerns of parents at the time of the first diagnosis. **Method:** Fifty-seven ASD and 63 typically developing children were included. Data retrieved from families such as concerns at the time of referal and characteristics that comprised use of electronics were recorded. The Childhood Autism Rating Scale and Autism Behavior Checklist was administered by the clinician to evaluate the symptom severity of ASD. Furthermore, the Ankara Development and Screening Inventory were applied to the children to evaluate the general developmental level. **Results:** ASD was generally diagnosed around 36th month and parents of these children were found to have suspected of something going wrong regarding developmental characteristics of their children approximately 14 months prior formal diagnosis. Age at index use of electronics was smaller and screen time was higher in children with ASD. It has also been found that families most frequently were referred to the clinician due to problems in communication. **Discussion:** Our findings suggest children with ASD might be more prone to problematic use of electronics. Smaller index age for initiating use of electronic devices might predominantly affect socioemotional processes negatively. The clinicians should evaluate screen characteristics in these children. Lastly, It is important to encourage parents to report concerns to clinicians for early detection of ASD.

Key Words: ASD, screen, early indicators, first concerns, early identification

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, ilk defa Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tanısı alan çocukların ekran kullanım özelliklerini ve ebeveynlerin bu çocuklarıyla ilgili ilk endişelerinin zamanı ve içeriğini araştırmaktır. **Yöntem:** Çalışmaya 57 OSB'li çocuk ve 63 sağlıklı gelişim gösteren çocuk alındı. Ebeveynlerin başvuru sırasındaki endişeleri ve çocukların elektronik alet kullanımı ile ilgili bilgiler ailelerden alındı. Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği ve Otizm Davranış Kontrol Listesi klinisyen tarafından otizm belirtilerini değerlendirmek için uygulandı. Ayrıca çocukların genel gelişim düzeylerini saptamak amacıyla Ankara Gelişim ve Tarama Envanteri uygulandı. **Bulgular:** OSB genellikle 36. ayda teşhis edildi ve bu çocukların ebeveynlerinin resmi tanı konmadan 14 ay önce çocuklarının gelişimsel özellikleri ile ilgili yolunda gitmeyen bir şey olduğundan şüphe ettiği belirlendi. OSB'li çocukların elektronik alet kullanım yaşı daha küçük ve ekran kullanım süresi de daha yüksekti. Ayrıca en sık iletişim sorunları nedeniyle ailelerin klinisyene yönlendirildiği saptandı. **Sonuç:** Bulgularımız OSB'li çocukların sorunlu elektronik kullanımına daha yatkın olabileceğini göstermektedir. Elektronik aletlerin daha erken yaşta kullanılmaya başlanması sosyo-duygusal süreçleri olumsuz etkileyebilir. Klinisyenler bu çocuklarda ekran kullanımı özelliklerini değerlendirmelidirler. Son olarak, ebeveynlerin OSB'nin erken tanınması için endişelerini klinisyenlere bildirmeleri konusunda teşvik edilmesi oldukça önemlidir.

Anahtar Sözcükler: OSB, ekran, erken bulgular, ilk endişeler; erken tanıma

(Turkish J Clinical Psychiatry 2020;23:392-401)
DOI:10.5505/kpd.2020.23245

The arrival date of article: 25.03.2020, Acceptance date publication: 16.05.2020

INTRODUCTION

Autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder that occurs in the early developmental period of life and characterized by deficits in social communication and interaction, along with limited, repetitive behavior or interests (1). The disorder predominantly presenting in male gender by four times (2) and affecting one in every 59 children (3). It is now largely believed that ASD manifests itself based on coexisting genetic and environmental factors of vulnerability.

Nowadays, screen based electronic devices have progressively become an integral part in the daily life and age at onset of screen use tends to decrease gradually. Therefore, children and adolescents spend considerable amounts of their time, using electronic devices, social media, and playing video games. In this context, interest in the electronic use of children diagnosed with ASD has also increased. Even electronics devices may be useful in learning context, excessice exposure to screen may have adverse effect on children (4). Direct exposure to screen impact development of behavior (5), language (6), cognition (7) and attention (8) in children. These influences could be severe in children with ASD who have already difficulties in communication and social process (1).

Many children diagnosed with ASD spend significant amounts of their time in activities related to the video games and that involve screen use (9,10). Parents have also indicated that these children have prolonged screen use, which also includes playing games, compared to time spent for other leisure time activities (10). Parents of boys with ASD reported that their sons spent more time playing video games per day (on average 2.1 h/day) than typically developing boys (on average 1.2h/day) did (11). Individuals with ASD may be particularly prone to problematic electronic use, and studies have also shown that problematic electronic use is associated with social, behavioral, and academic challenges (12). In additon, higher screen time may results diminished parent-child interaction which is very important for cognitive and language development in the early period of life. Hermawati et al. showed that more than half of children (66.6%) had no parents-child interaction during the screen exposure. Increased screen usage has also possible impact on spending less time in dailiy activities which may better advance in emotional-behavioral areas for children with ASD (13). Moreover, parents of children who have emotional and behavioral difficulties may use screen device as a calming tool when their children are upset (14). This may be one of the maintaining factor for difficulties with emotional/behavioral regulation in children with ASD who have already prone to develop behavioral-emotional problems (14). Therefore, it is important to know the nature and effect of using electronic devices in children with ASD, in order to develop intervention strategies towards relevant emerging behavioral and emotional problems.

Our current knowledge shows that the most effective treatment of this disorder is the behavior-based intervention programs (15,16). Therefore, early detection of autism is crucial to provide early intervention. Increasing knowledge and awareness of parents, teachers, and physicans on autism in recent years, and the well- known notion that early treatment bearing better outcome might have contributed to the increase in early diagnosis of autism (17). However, the age at diagnosis has not decreased uniformly for all children, and the studies have shown that sex, ethnicity, access to health care, and symptom severity were factors found to be associated with age at diagnosis (18,19). Although early diagnosis has not been maintained for most cases, parents might suspect possible developmental differences of their children throughout infancy and early childhood. It has been shown that 76.2% of parents were concerned about their children's developmental process, before the age of 3 (20). De Giacorno and Fombonne reported that mean age of children with ASD, when their parents first had suspicions regarding their children’s development was 19 months, and mean age of the child when they sought help for the first time was 24 months (21). In another study, it was reported that mean age of children when parents had their initial concerns was 1.5 years for children diagnosed with Asperger Disorder, and help was sought approximately at the age of 3.5 years, and the children were diagnosed at 11 years (22). Findings indicate that parents report

significantly earlier and more concerns about their child's, compared to parents of children with other developmental disabilities (23-25). In addition to these, it would also be important to identify what types of early-on concerns were the most common ones among parents of children with ASD. Howlin and Moore showed, majority of parents stated that their first concerns were about language delay, followed by social abnormalities, and behavioral problems (26).

In summary, previous findings have provided the importance of early detection and problematic electronics using in children with ASD. In the present study, we aimed to explore screen use characteristics, age at diagnosis, time and type of initial parental concerns of children with ASD, and to compare these variables with those of typically developing peers. Based on previous research, we hypothesized that individuals with ASD would begin using electronics at an earlier age, have prolonged times of electronics use. We have also hypothesized that parents of these children would be more likely to report negatively impacts of electronic use on their children's life, compared to parents of typically developing children.

METHOD

Participants and Procedure

A total of 57 children with ASD (47 boys, 10 girls) who were diagnosed for the first time and 63 typically developing (TD) were included in this cross-sectional study between January 2020 and March 2020. Children with ASD were selected from pediatric psychiatry outpatient clinic and diagnosed by an experienced child and adolescent psychiatrist, based on DSM 5 diagnostic criteria, and diagnostic confirmation was made by another child psychiatrist, who was experienced in the relevant field. The typically developing children were selected from pediatric outpatient unit who had no history of physical or developmental disabilities. In determining process, one family rejected to participate to the study owing to child's agitation during the interview.

Written consents were obtained from all families who had agreed to participate in the study. The information obtained from families such as parental concerns and screen use characteristics were recorded to the checklist by physcian during the interwiev. Parents were asked to report the screen characteristics of children for the last month. Questions about screen characteristics and early concerns were asked by physican to the parents according and recorded. In the form, frequency of screen using were coded as "less than one hour", "1-2 hour", "2-4 hour" and "more than 4 hours" a day. Parents were also asked about the initial time for using electronics and whether the usage of screen affected their children. According to the answers related to affected areas, we classified the answers into the following groups: communication, social/emotional, behavioral problems and hyperactivity. Childhood Autism Rating Scale (CARS) and Autism Behavior Checklist (ABC) were administered by the clinician, to evaluate autism-related symptom severity of children with ASD. Furthermore, Ankara Development and Screening Inventory (ADSI) was applied to all children, in order to determine their development levels. Ethical approval was granted by the local ethics committee of the Eskisehir Osmangazi University (date: 07/01/2020, number:2019-417).

Measures

Childhood Autism Rating Scale (CARS): CARS is a scale consisting of 15 items that was developed to rate autism severity (27). The scale is mainly used in the assessment of children with autism and in differentiating the disorder from other developmental disorders. Turkish validity and reliability studies of the scale have been performed, and cut-off score was found to be 30 in (28).

Autism Behavior Checklist (ABC): ABC is a scale consisting of 57 items that describe symptoms associated with autism as well as more general behavior problems often seen in children with autism (29). Scores of the scale range from 0 to 159 points (the higher the score, the more severe symptoms). The Turkish validity and reliability of scale was performed (30).

Ankara Developmental Screening Inventory (ADSI):

It is an inventory that evaluates development and skills of preschool children, in line with the information obtained from the caregiver. In this inventory of 154 items, questions are answered as "yes/no/do not know". Five different scores including the total development score and the language-cognitive, fine motor, gross motor and social skill-self care scores representing different areas of development are obtained, as a result of the application (31).

Data analyses

Data were analyzed using Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows version 23.0. The continous variables were presented as mean±standard deviation, and categorical variables were presented as percentage and numbers. Kolmogorov-Smirnov test was used to evaluate distribution of numeric variables. According to the distribution of variables, Student's t test or Mann-Whitney U test were conducted in order to examine group differences (ASD vs. TD). Chi-square analyses and Fisher's exact tests were performed for dichotomous variables. Bivariate analyses were applied to assess level of relationship between numeric variables.The value of statistical significance was determined as $p < .05$.

RESULTS

The mean age of ASD and TD children were found to be 35.5±10 months and 36±9 months, respectively. Groups did not differ by age ($p>0.05$). The number of boys in the ASD group was higher compared to the TD group (Table 1). There were no significant differences between the two groups by the number of siblings, parental ages, father and mother's ages at pregnancy, and family income (Table 1). When parental education levels were examined, no difference was found regarding education level of fathers, while significant difference regarding education level of mothers was observed. There was also no significant differences in family income. Demographic variables were presented in Table 1.

In ASD group, 5 (8.7%) children were diagnosed with epilepsy upon being evaluated by a child neurologist. Fifty-five (96.5%) children with ASD had a history of language delay. According to the results of ADSI applied to children with ASD, the mean general development and social skill levels

Table 1. Demographic variables

		ASD (n=57)	TD (n=63)	p	Z/t/x^2
Age month,median(min-max)		36.0 (20-66)	36.0 (21-55)	0.595*	-0.53
Age of parental first concern month,mean(SD)		21.5 (8.4)			
Maternal age at pregnancy year,mean(SD)		26.4 (5.6)	27.3 (3.9)	0.268**	-1.43
Paternal age at pregnancy year, median(min-max)		26.0 (19-36)	26.0 (20-33)	0.32*	-1.03
Gender n (%)	boys	47 (82.5%)	34 (54%)	0.001***	11.07
	girls	10 (17.5%)	29 (46%)		
Number of siblings median(min-max)		2.0 (1-7)	3.0–(1-7)	0.137*	-1.49
Mothers education n (%)	Illiterate	6 (10.5%)	4 (6.3%)	0.032***	8.80
	Primary education	31 (54.4%)	20 (31.7%)		
	High school	9 (15.8%)	20 (31.7%)		
	University	11 (19.3%)	19 (30.2%)		
Fathers education n (%)	Illiterate	2 (4.2%)	0 (0%)	0.579***	2.71
	Primary education	22 (38.6%)	24 (38.1%)		
	High school	17 (29.8%)	16 (25.4%)		
	University	18 (31.6%)	23 (36.5%)		
Family income TL,median(min-max)		2000(500-10000)	2500(500-10000)	0.261*	-1.12

* Mann Whitney U test; ** Student s t-test; *** Chi-square test; TL: Turkish lira.

were 22.5±6 months and 20±7 months, respectively. All children with ASD also had comorbid developmental delay. Mean CARS score of children with ASD was 40±3.5. According to the scoring standards of CARS, 11 (19%) children had mild to moderate autism (CARS score between 30-36.5) and 46 (81%) exhibited severe autism (CARS score above 37). The mean score of ABC was found to be 87±26. Additionally, there were 8 (14%) children diagnosed with ASD among the 1st and 2nd degree relatives of the children with ASD. Only one of the children in TD group had an individual diagnosed with ASD, among their close relatives.

Use of electronics and screen time

We examined daily screen (such as TV, phone, tablet, computer) use characteristics of all participating children within last month. Children with ASD had longer screen time per day, and had started to use electronics at an earlier age, compared to TD children (Table 3). Furthermore, majority of the families in ASD group stated that using electronics affected their children negatively, especially in the social/emotional context, along with domains that involve communication, behavioral problems and motor activity (Table 2).

Age of the child and type of initial parental concerns

Mean age of children when the parents initial concerns were apparent was determined to be 21.5±8 months. The age of ASD children in study entry was 35.5 months, so there was a period of approximately 14 months between the emergence of first concerns and being diagnosed with ASD. Most common reasons for referral to the clinician were symptoms related to communication and social/emotional domains. Features of parental concerns were presented in Table 3.

Bivariate Analyses

We used bivariate analyses to examine the relationship between autism severity, daily screen time, age at diagnosis and age of the child at the time of first parental concerns. While autism severity was significantly negative correlated with age at the time of first concerns, contrary to our hypothesis, no significant correlation was found between daily screen time and age at diagnosis (Table 4). Additionally, we found significant positive correlation between developmental delay and age at diagnosis in children with ASD. Table 4 presented relevant statistics of aforementioned correlations.

DISCUSSION

The present study examined characteristics of elec-

Table 2. Screen Use Characteristics of Children

		ASD (n=57)	TD (n=63)	p	Z/x^2
Daily screen time n (%)	< 1 hour	5 (8.8%)	20 (31.7%)	<0.001*	39.93
	1-2 hours	14 (24.6%)	34 (54%)		
	2-4 hours	14 (24.6%)	8 (12.7%)		
	> 4 hours	24 (42.1%)	1 (1.6%)		
Age at onset of electronics use month, median(min-max)		12.0 (2-24)	18.0 (12-36)	<0.001**	-7.07
Negative impact of using electronics on children daily life n (%)	yes	43 (75.4%)	36 (57.1%)	0.053*	4.45
	no	14 (24.6%)	27 (42.9%)		
Behavioral areas that were reported to have been affected by screentime n (%)	Communication	10 (23.3%)	2 (5.6%)	<0.001*	40.10
	Social/emotional	19 (44.2%)	2 (5.6%)		
	Behavioral problems	11 (25.5%)	11 (30.5%)		
	Hyperactivity	2 (4.7%)	6 (16.6%)		
	Other	1 (2.3%)	15 (41.7%)		

*Chi-square test; ** Mann Whitney U test

Table 3. Description of parental concerns

Category		First concern	Referral to clinician
		n (%)	n (%)
Communication	Speech delay, receptive/expressive language problems	22 (38.6%)	21 (36.8%)
Social/Emotional	Emotional response, interests, peer relationships	17 (29.8%)	19 (33.3%)
Communication + Social/Emotional	Speech delay, receptive/expressive language problems + Emotional response, interests, peer relationships	9 (15.8%)	15 (26.3%)
Cognitive	Concerns about cognitive abilities, developmental delay	4 (7%)	-
Motor	Walking, gross motor skills	4 (7%)	1 (1.8%)
Hyperactivity	Increased motor activity at all times, running	1 (1.8%)	1 (1.8%)

tronics use, age and type of parental first concerns of children, that had newly been diagnosed with ASD, and their differences when compared with typically developing children. To summarize, we have found that children with ASD had prolonged screen time and were inclined to start using electronics at an earlier age compared to their healthy counterparts. We have also found that mean age of children with ASD at the time of diagnosis was 35.5 months, parents were concerned about their children's development approximately 14 months before their children would be diagnosed. Developmental delay was also a reason that motivated families of children with ASD to seek help from a medical professional.

Recently, growing concern about effect of prolonged electronics use on both children with ASD and TD has emerged. In our study, we found that children with ASD were exposed to electronic devices at an earlier age, and had longer daily screen time compared to typically developing peers. About 40% of the children with ASD had a total screen time for approximately 4 hours and above per day. This usage of screen exceeded the American Academy of Pediatrics' (AAP) recommendation (32) for screen use in children. In a study conducted with 91 ASD adolescents, average time of daily computer use was 4.9 hours (33). In another study, parents of typically developing children reported that their children spent approximately 1.2 hours on playing video games, per day (11). Additionally, it was stated that children with ASD spent less time in social media or interactive social games, and prefered to play computer games and watch television (34). It is not surprising that children with ASD are expected to have more non-social use of electronic by staying away from face-to-face interaction, compatible with the core symptoms of ASD. Furthermore, use of electronics among children with ASD, might be a way to provide a break for their caregivers. It is a well known fact that children with ASD have higher odds of hyperactive, impulsive and dysregulated behavior (35), and use of electronic devices and screen time might be a less consuming and easier way of controlling children for their caregivers. Moreover, the present study may indicates that parents at the times use electronics devices want to have free time, or take care of needs of their family. In documenting children's screen characteristics family-level variables are also important. We found the lower levels of maternal education in children with ASD. This may be one of the factor that direct these children to use electronics devices.

Table 4. Bivariate correlations between study variables in children with ASD

	Age at diagnosis	Age at initial concerns of parents	Daily screen time	General developmental level	CARS	ABC
Age at diagnosis	1					
Age at the time of first parental concerns	0.56**	1				
Daily screen time	-0.07	-0.06	1			
General developmental level (months)	0.77**	0.40*	-0.05	1		
CARS	-0.16	-0.36**	0.34*	-0.56**	1	
ABC	0.23	-0.16	0.36**	-0.73	0.54**	1

**p< .01; *p< .05, CARS; Childhood Autism Rating Scale, ABC; Autism Behavior Checklist

Competible with our finding it was shown that living with parents who have less education was associated with more screen time in ASD children (36). Another important aspect of the present study is possible difficulties in parent-child interaction in the early period of life. Due to the nature of disorder, parents may are unsure of how to connect with their infants and toddler, therefore they may let their children to use screen as a copy mechanism. In our study, children with ASD mostly use electronics devices alone. This is also diminished the quality of relationship with ASD children and decrease the duraion of caregiver-child reciprocal interaction. Therefore, it should be kept in mind that the negative impact of screen use, especially in children with ASD might be overlooked by their families. Our findings suggest that children with ASD might be more prone to problematic electronics use, because of their individual characteristics and nature of disorder. Because, as we know restricted interests and repetitive behaviors may increase the risk for problematic screen usage. Additionally, deficits in impulse control and response inhibition in ASD (37), might contribute to the predisposition these children for developing problematic electronics use. All aside, probably the most important point is overly- prolonged screen time exposure might further impair these childrens' interaction within social contexts and experiences with their peers. In line with the aforementioned statement, parents in our study have also reported use of electronics had the most negative impact on socio-emotional areas. Problematic internet and video game use have also shown to be associated with inattention and impulsivity (38). In one study, a relationship was reported between online gaming and oppositional behavior, among children with ASD (11). In general, evidence suggest that problematic electronics use is associated with social, behavioral, and academic difficulties (12). This would mean that the risk has increased a little more for those who were already prone to develop behavioral and emotional problems, due to the nature of the disorder. Moreover, excessive use of electronics might also affect families who would be already under stress because of the challenging nature of the disorder, much more negatively. Therefore, families and clinicians need to be aware of their children's use of electronics and inititate and employ required interventions, without allowing further clinical deterioration.

Early identification of ASD has become more important with increasing evidence that demonstrates positive outcomes of early behavioral interventions in afflicted children (39). Early recognition of atypical developmental features by parents has also been found to associate with early diagnosis of autism (20,40). In our study, we found that mean age of the children at the time of first parental concerns about their children's development had emerged, was 21.5 months. In previous studies that explored the same context, discrepant results were found, such as 19, 15 and 14 months, respectively (21, 41, 42). Increasing awareness of parents regarding their children's development, might possibly account for the earlier ages at when the disorder would be suspected of. The age of the children at the time of first parental concern in our study seems a little bit higher, compared to the results reported by previous studies. We think this difference might be associated with lower levels of maternal education in our ASD group. Such interpretation might have grounds, as supported by the study that reported increased awareness of mothers on children's development, as education level increased (43). Additionally, cultural differences may impact the perception of symptoms of ASD and parents' concerns may vary according to culture (44). Even there is no study investigating the cultural differences in Turkish population, this differences may be also a factor that caused a little elongation of the time for parental first concerns. Turkish parents may not sufficiently aware about the early developmental steps of their children and this finding emphasizes the important of increasing autism awareness once again.

It was reported that within the early developmental period, communication impairments and language delay were the most commonly reported initial parental concerns of children with ASD (21,23,41). These aforementioned concerns were followed by impairments in social skills (41, 45). In the present study, initial concerns of parents to children with ASD were communication problems and social impairments; and they most frequently were referred to the clinician due to problems in communication, especially speech delay. Consistent with the results of previous studies, we have found

that social impairments and related symptoms constituted the second area of parental concerns. Although early identification of ASD is encouraged, a significant time between age of children at first parental concerns and the age at diagnosis of ASD were consistently reported, via previous studies. Howlin and Asgharian reported that average age at initial parental concern was 18 months of age for autism, whereas the diagnostic confirmation of the disorder was prolonged to 66 months (22). In a population based study, it was shown that there was a delay of 20-60 months between initial parental suspicions and the time of clinical diagnosis (46). In another study, it was reported that there was a period of 13 months between the initial clinical assessment of the child and the time of formal diagnosis (19). In our study, the time between initial parental concerns and the time of ASD diagnosis, was 14 months. Positive history for language and developmental delay in all children with ASD from our sample might have affected the time in between and caused an earlier detection through referal. Supporting this finding, a significant relationship was also found between general developmental level and age at diagnosis, suggesting that comorbid developmental delay could have an impact on earlier referal or application to a medical professional.

Limitations of the study

Several limitations should be considered when interpreting our results. Although CARS and ABC were used to evaluate autism severity, no standardized diagnostic tool was used for the diagnosis of ASD. It should be noted that our study largely relied on parental reports for all measured. This is also increased the possibility of bias. Our small sample size would constitute one of the main limitations of the study and the cross-sectional design of the study also does not allow to generalize our results. Finally, the use of alternative measures of screen characteristics would be helpful. Additionally, studies investigated screen characteristics by gender differences in children with ASD showed that being male is associated with higher levels of screen time and may exhibited higher rates of problematic electronics use than girls (12). In our study, due to nature of the disorder there were more males in case group, and this may effect the our results related to high frequency of screen time in ASD children. Future researches is essential in order to inform the parents how to use of electronic devices properly to possible improvements on functional outcomes in children with ASD.

CONCLUSION

In conclusion, we have found that children with ASD were diagnosed when they were at approximately 36 months old, parental concerns about their children's developmental steps emerged 14 months prior to formal diagnosis, children with ASD had more electronics use than their healthy peers, even before they were formally diagnosed with the disorder, they had met electronic devices at an earlier age, and their parents reported electronics use had specifically had a negative impact on the social-emotional area. In addition, children with ASD may be at higher risk of exceeding the AAP total screen recommendation. It was considered that electronics use starting at such an early age posed a risk for children with ASD. Further studies are required for families and clinicians to develop strategies for coping with this problem. The results of the present study highlight the clinical importance of examining electronics using pattern and need for increased awareness of problematic electronics use for individuals with ASD. In addition, subsequent researches should also focus on identifying factors that affect age of children at the time first parental concerns emerged, and improved techniques and methods to adopt, for earlier detection of the disorder. Further experimental and longitudinal researches may help to improve our knowledge about etiology, early detection and effect of electronic in ASD.

Conflict of Interest: The authors declare that they have no conflict of interest

Correspondence address: Assoc. Prof. Murat Eyuboglu, Eskisehir Osmangazi Unversity Faculty of Medicine Department of Child And Adolescent Psychiatry, Turkey
murateyuboglu@hotmail.com

REFERENCES

1. American Psychological Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5, Washington, DC: Author; 2013.

2. Loomes R, Hull L, Mandy WPL. What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017;56:466-74.

3. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, Maenner MJ, Daniels J, Warren Z, Kurzius-Spencer M, Zahorodny W, Robinson Rosenberg C, White T, Durkin MS, Imm P, Nikolaou L, Yeargin-Allsopp M, Lee LC, Harrington R, Lopez M, Fitzgerald RT, Hewitt A, Pettygrove S, Constantino JN, Vehorn A, Shenouda J, Hall-Lande J, Van Naarden Braun K, Dowling NF. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. MMWR Surveill Summ 2018:67;1-23.

4. Krupa M, Boominathan P, Ramanan PV, Sebastian S. Relationship between screen time and mother-child reciprocal interaction in typically developing children and children with autism spectrum disorders. Indian J Pediatr 2019:86:394.

5. Ozmert E, Toyran M, Yurdakök K. Behavioral correlates of television viewing in primary school children evaluated by the child behavior checklist. Arch Pediatr Adolesc Med 2002:156:910-914.

6. Chonchiaiya W, Pruksananonda C. Television viewing associates with delayed language development. Acta Paediatr 2008:97:977-982.

7. Zimmerman FJ, Christakis D.A. Children's television viewing and cognitive outcomes: a longitudinal analysis of national data. Arch Pediatr Adolesc Med 2005:159:619-25.

8. Christakis DA, Zimmerman FJ, DiGiuseppe DL, McCarty CA. Early television exposure and subsequent attentional problems in children. Pediatrics 2004:113:708-713.

9. Mineo BA, Ziegler W, Gill S, Salkin D. Engagement with electronic screen media among students with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord 2009:39;172-187.

10. Shane HC, Albert PD. Electronic screen media for persons with autism spectrum disorders: results of a survey. J Autism Dev Disord 2008:38;1499-1508.

11. Mazurek MO, Engelhardt CR. Video game use in boys with autism spectrum disorder, ADHD, or typical development. Pediatrics 2013:132;260-266

12. MacMullin JA, Lunsky Y, Weiss JA. Plugged in: Electronics use in youth and young adults with autism spectrum disorder. Autism 2016:20;45-54

13. Hermawati D, Rahmadi FA, Sumekar TA, Winarni TI. Early electronic screen exposure and autistic-like symptoms. Intractable Rare Dis Res 2018:7;69-71.

14. Radesky JS, Peacock-Chambers E, Zuckerman B, Silverstein M. Use of mobile technology to calm upset children: associations with social-emotional development. JAMA Pediatr 2016:170:397-399.

15. Matson JL, Mahan S, LoVullo SV. Parent training:A review of methods for children with developmental disabilities. Res Dev Disabil 2009:30;961-968.

16. Linstead E, Dixon D, French R, Granpeesheh D, Adams H, German R, Powell A, Stevens E, Tarbox J, Kornack. Intensity and learning outcomes in the treatment of children with autism spectrum disorder. Behav Modif 2016:41;229-252.

17. Fountain C, King MD, Bearman PS. Age of diagnosis for autism: individual and community factors across 10 birth cohorts. J Epidemiol Community Health 2011;65:503-510

18. Shattuck PT, Durkin M, Maenner M, Newschaffer C, Mandell DS, Wiggins L, Lee LC, Rice C, Giarelli E, Kirby R, Baio J, Pinto-Martin J, Cuniff C. Timing of identification among children with an autism spectrum disorder: findings from a population-based surveillance study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009;48(5):474-483

19. Wiggins LD, Baio J, Rice C. Examination of the time between first evaluation and first autism spectrum diagnosis in a population-based sample. J Dev Behav Pediatr 2006:27(2 Suppl);79-87

20. Kishore MT, Basu A. Early concerns of mothers of children later diagnosed with autism: Implications for early identification. Res Autism Spectr Disord 2011:5;157-163

21. De Giacomo A, Fombonne E. Parental recognition of developmental abnormalities in autism. Eur Child Adolesc Psychiatry 1998;7;131-136.

22. Howlin P, Asgharian A. The diagnosis of autism and Asperger syndrome: findings from a survey of 770 families. Dev Med Child Neurol 1999:41); 834-839.

23. Kozlowski AM, Matson JL, Horovitz M, Worley JA, Neal D. Parents' first concerns of their child's development in toddlers with autism spectrum disorders. Dev Neurorehabil 2011:14;72-78

24. Ozonoff S, Young GS, Steinfeld MB, Hill MM, Cook I, Hutman T, Macari S, Rogers SJ, Sigman M. How early do parent concerns predict later autism diagnosis?. J Dev Behav Pediatr 2009:30;367-375.

25. Zuckerman KE, Lindly OJ, Sinche BK. Parental concerns, provider response, and timeliness of autism spectrum disorder diagnosis. J Pediatr 2015:166;1431-1439.

26. Howlin P, Moore A. Diagnosis in Autism:A Survey of Over 1200 Patients in the UK. Autism 1997:1;135-162.

27. Schopler E, Reichler RJ, Rochen Renner B. The Child hood Autism Rating Scale (CARS) (11th. ed.): Western Psychological Services, 2007.

28. Gassaloglu SI, Baykara B, Avcil S, Demiral Y. Validity and Reliability Analysis of Turkish Version of Childhood Autism Rating Scale. Turk Psikiyatri Derg 2016:27;266-274

29. Krug DA, Arick JR, Almond PJ. Autism behavior checklist. Austin, TX: PRO-ED, 1980.

30. Irmak TY, Sutcu S, Aydın A, Sorias O. An investigation of validity and reliability of autism behavior checklist (ABC). Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health 2007:14: 13-23

31. Sezgin N, Erol N, Savasır I. 0-6 yaş çocukları için Gelişim

Tarama Envanteri. Turk Psikiyatri Derg 1993:4; 9-17.

32. American Academy of Peaidtric Council on Communications and Media. (2016). Media and Young Minds. Pediatrics, 138(5):e20162591.

33. Kuo MH, Orsmond GI, Coster WJ, Cohn ES. Media use among adolescents with autism spectrum disorder. Autism 2014:18;914-923

34. Mazurek MO, Wenstrup C. Television, video game and social media use among children with ASD and typically developing siblings. J Autism Dev Disord 2013:43;1258-1271

35. Burt KB, Obradovic' J, Long JD, Masten AS. The interplay of social competence and psychopathology over 20 years: Testing transactional and cascade models. Child Dev 2008:79;359-374.

36. Anand D, Krosnick JA. Demographic predictors of media use among infants, toddlers and preschoolers. Am Behav Sci 2005;48:539–561

37. Corbett BA, Constantine LJ, Hendren R, Rocke D, Ozonoff S. Examining executive functioning in children with autism spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder and typical development. Psychiatry Res 2009:166;210-22.

38. Rehbein F, Kleimann M, Mossle T. Prevalence and risk factors of video game dependency in adolescence: results of a German nationwide survey. Cyberpsychol Behav Soc Netw 2010:13;269-277.

39. Zwaigenbaum L, Bauman ML, Choueiri R, Fein D, Kasari C, Pierce K, Stone WL, Yirmiya N, Estes A, Hansen RL, McPartland JC, Natowicz MR, Buie T, Carter A, Davis PA, Granpeesheh D, Mailloux Z, Newschaffer C, Robins D, Smith Roley S, Wagner S, Wetherby A. Early Identification and Interventions for Autism Spectrum Disorder: Executive Summary. Pediatrics 2015:136(Suppl)1;1-9

40. Zwaigenbaum L, Bauman ML, Choueiri R, Kasari C, Carter A, Granpeesheh D, Mailloux Z, Smith Roley S, Wagner S, Fein D, Pierce K, Buie T, Davis PA, Newschaffer C, Robins D, Wetherby A, Stone WL, Yirmiya N, Estes A, Hansen RL, McPartland JC, Natowicz MR. Early Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder Under 3 Years of Age: Recommendations for Practice and Research. Pediatrics 2015:136(Suppl 1);60-81

41. Chawarska K, Paul R, Klin A, Hannigen S, Dichtel LE, Volkmar F. Parental recognition of developmental problems in toddlers with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord 2007:37:62-72

42. Matheis M, Matson JL, Burns C1, Jiang X, Peters WJ, Moore M, de Back KA, Estabillo J. Factors related to parental age of first concern in toddlers with autism spectrum disorder. Dev Neurorehabil 2017:20;228-235.

43. Reich S. What do mothers know? Maternal knowledge of child development. Infant Ment Health J 2005:26;143-156

44. Matson JL, Matheis M, Burns CO, Esposito G, Venuti P, Pisula E, Misiak A, Kalyva E, Tsakiris V, Kamio Y, Ishitobi M, Goldin RL. Examining cross-cultural differences in autism spectrum disorder: A multinational comparison from Greece, Italy, Japan, Poland, and the United States. Eur Psychiatry 2017:42;70-76.

45. Hess CR, Landa RJ. Predictive and concurrent validity of parent concern about young children at risk for autism. J Autism Dev Disord 2012:42;575-584

46. Sivberg B. Parents' detection of early signs in their children having an autistic spectrum disorder. J Pediatr Nurs 2003:18;433-439.

Hastanede yatarak tedavi gören çocuklar: Psikososyal uyumu etkileyen faktörler üzerine bir araştırma

Hospitalized children: A study on the factors affecting psychosocial adjustment

Bürge Kabukçu Başay[1], Ömer Başay[1], Atacenk Ürüt[2], Berkay Hasmercan[2], Melisa Uysal[2], Beyzanur Eren Usul[2]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Denizli, Türkiye
https://orcid.org/0000-0003-4124-2340-https://orcid.org/0000-0001-7816-3983

[2]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Fakültesi Öğrencisi, Denizli, Türkiye
https://orcid.org/0000-0001-7551-1946-https://orcid.org/0000-0001-5137-3198-https://orcid.org/0000-0001-7963-5794-https://orcid.org/0000-0002-6221-5694

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı hastanede çeşitli nedenlerle yatarak tedavi görmekte olan çocukların psikososyal güçlüklerinin, çocukla ilgili, ailesel-çevresel ve hastalık-tedavi ile ilgili nedenlerle ilişkisinin araştırılmasıdır. **Yöntem:** Şubat 2018 - Mayıs 2019 tarihleri arasında bir Üniversite Hastanesi yataklı servislerinde yatmakta olan 6-12 yaş arası çocukların (n = 171; 92 kız, 79 erkek; yaş ortalaması = 9.26 ± 2.17) yanında refakat eden bakım verenleri ile görüşme yapılarak çalışma için oluşturulmuş olan "Bilgi Formu" ve "Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği" doldurulmuştur. Ölçeğin 5 alt boyutu üzerinden çocukların yaşadığı anksiyete, umutsuzluk, iletişim güçlüğü, öfke-saldırganlık, regresyon ve toplam psikososyal güçlük puanları değerlendirilmiş; bu güçlüklerin çocuk, aile-çevre ve hastalık-tedavi ilişkili parametrelerle ilişkisi incelenmiştir. **Bulgular:** Küçük yaşta olma, düşük anne eğitimi, ailenin algıladığı sosyal desteğin düşük olması, uzun yatış süresi ve tedavi sürecindeki girişimsel işlemler psikososyal uyumun bozulması ile ilişkili bulunmuştur ($p < .05$). Kız çocukları erkeklere göre daha fazla regresyon göstermiştir ($z=-2.269$; $p= .023$*). Kırsal alanda ikamet eden ve hastaneye il dışından gelen çocuklarda iletişim güçlükleri daha fazladır ($p<.05$). Baba eğitimi, ailenin gelir durumu, ameliyat geçirmiş olma öyküsü ve kronik/akut hastalığa sahip olma istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmamıştır ($p>.05$). **Sonuç:** Yatarak tedavi sürecinde uyum güçlükleri açısından daha riskli olan çocukların farkında olmak, onların psikososyal uyumlarını artırmaya yönelik destekleyici ve koruyucu önlemleri almak önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Regresyon, fiziksel hastalık, sosyal destek, tıbbi operasyon

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:402-413)

DOI: 10.5505/kpd.2020.80958

SUMMARY

Objective: The aim of our study is to investigate the relationship between the psychosocial difficulties of children who were hospitalized for various reasons, with child-related, familial, environmental and disease/treatment-related factors. **Method:** Between February 2018 - May 2019 the caregivers of 6 - 12 years old children (n =171; 92 girls, 79 males; mean age = 9.26 ± 2.17) who were treated in the inpatient services of a University Hospital were interviewed and an "Information form" constructed for the present study and "Psychosocial Symptom Diagnosis Scale for Inpatient Children" were filled. The anxiety, hopelessness, communication difficulties, anger-aggression, regression and total psychosocial difficulties of the children were evaluated over 5 sub-dimensions with the total scale score; the effects of child, family-environment and disease-treatment related parameters on psychosocial difficulties were assessed. **Results:** Younger ages, low maternal education, low perceived social support of the family, long hospital stay and invasive procedures in the treatment were associated with impaired psychosocial adjustment ($p<.05$). Girls showed more regression than boys ($z=-2.269$; $p=.023$*). Children who were living in rural areas and came to the hospital from outside the province were more likely to have communication difficulties ($p<.05$). Father's education, family income, history of having surgery, and having chronic/acute illness did not account for a statistically significant difference ($p>.05$). **Discussion:** It is important to be aware of children who are at greater risk for adjustment difficulties during inpatient treatment. We should be sensitive and take supportive and protective measures to improve their psychosocial compliance.

Key Words: Regression, physical illness, social support, medical operation

Makalenin geliş tarihi: 10.03.2020, Yayına kabul tarihi: 13.04.2020

GİRİŞ

Tıbbi hastalıklar nedeni ile gerçekleşen hastane yatışının çocuklar üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir (1). Fiziksel hastalık ve hastanede yatarak tedavi, çocuk ve aile üzerinde stres yaratır. Fiziksel hastalığı olan çocukların duygusal ve davranışsal sorunlar için riskli oldukları, sağlıklı çocuklardan daha fazla davranışsal ve psikiyatrik bozukluklar yaşadığı görülmüştür (2,3) Hastanede yatarak tedavi sırasında çocuklarda en sık görülen belirtilerin regresyon, yeni kazanılmış yetilerin kaybı, üzüntü, ayrılık anksiyetesi, apati veya içe çekilme, korkular, yalnızlık ve dışa yönelim davranışları (ör: hiperaktivite ve agresyon) olduğu bildirilmiştir (4,5).

Hastalık ve hastaneye yatış, çocuğu faklı şekillerde ve farklı şiddette etkileyebilir. Hastalık ve tedavi ile ilişkili değişkenler, çocuğun kendisi ile ilgili değişkenler ve ailesel faktörler çocuğun psikososyal uyumu ve ruhsal etkilenme düzeyi üzerinde belirleyicidir (6,7). Gelişimsel biyopsikososyal modele göre, biyolojik faktörler (mizaç, tedavi yanıtı, cinsiyet, önceki ruhsal durum vb.), gelişimsel özellikler (yaşla ve gelişim düzeyi ile ilişkili olarak hastalığı anlama biçimi), psikolojik faktörler (başa çıkma mekanizmaları, dirençlilik, hastalık ilişkili stresör durumlar vb.), hastalığın kendisi ile ilişkili risk faktörleri (tedavi, prognoz, kronisite vb.) ve sosyal faktörler (ebeveynlerin bilişsel ve emosyonel durumları, başa çıkma düzenekleri, çocuğun tedavi ve bakımına katılımları, aile ilişkili stresörler, aile ve çocuğun sosyal desteği vb.) çocuğun hastalık ve tedavi karşısındaki tepkileri üzerinde rol sahibidir (6,8).

Hastanede yatarak tedavi gören çocuklar için psikososyal uyumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, daha fazla risk altında olan çocukların daha kolay fark edilmesini ve çocuk ve aile için destek sistemlerinin geliştirilmesini sağlayacaktır. Böylece hastalık ve hastaneye yatışın yaratabileceği travmatik etkiler en aza indirilebilecektir. Zamanla değişen toplumsal ve kültürel değerlerle değişen tedavi şekilleri, artan teknolojik imkânlar vb. nedenlerle bu konunun her dönemde güncel ve değişime açık olduğu ve iyi anlaşılması gerektiği düşünülmüştür.

Çalışmamızda Üniversite Tıp Fakültesi Hastanesi Pediatri ve Çocuk Cerrahi servislerinde çeşitli nedenlerle yatmakta olan 6-12 yaş arasındaki çocukların yaşadığı psikososyal güçlüklerin neler olduğunun belirlenmesi, ayrıca bu güçlüklerin çocuğa ait (yaş, cinsiyet), aile ve çevreye ait (ebeveyn eğitim düzeyleri, sosyal destek, sosyoekonomik durum, yaşanılan bölge) ve tedaviyle ilgili (hastaneye yatış süresi, akut / kronik hastalık, ameliyat / girişimsel işlem varlığı vb. gibi nedenlerle ne şekilde değiştiğinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu şekilde Türk toplumunda hastanede yatarak tedavi gören çocukların uyumunu güçleştiren nedenlere dikkat çekileceği ve koruyucu ve destekleyici yaklaşımların geliştirilebilmesine katkı sağlanacağı düşünülmüştür.

YÖNTEM

Çalışmamızda Şubat 2018 - Mayıs 2019 tarihleri arasında Üniversite Tıp Fakültesi Hastanesi yataklı servislerinde çeşitli nedenlerle yatmakta olan 6-12 yaş arası çocukların yanında refakat eden bakım verenleri ile görüşme yapılarak "Sosyodemografik Veri Formu ve "Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği" doldurulmuştur. Ölçekler Üniversite Tıp Fakültesi 3. Sınıf Özel Çalışma Modülü öğrencileri tarafından çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve kooperasyon sağlanabilen bakımverenler ile birebir görüşme tekniği ile doldurulmuştur. Çalışmada 6-12 yaşları arasında yatarak tedavi gören çocukları olan 171 katılımcı yer almıştır. Bakımverenler, çoğunlukla çocuğun ebeveynidir. Ebeveynin refakat etmediği durumlarda refakatçi kişi çocuğun anneannesi veya babaannesi ise çalışmaya dahil edilmiştir. Daha uzak akrabalar refakat etmekte ise bilgilerin doğruluğu açısından bu çocuklar çalışma dışı bırakılmıştır. Olguların 126'sında (%73.7) çalışma formları anne, 23'ünde (%13.5) baba, 22 katılımcıda ise (%12.8) çocuğun refakatinde kalan diğer bakım veren kişi (anneanne veya babaanne) ile görüşme yapılarak doldurulmuştur.

Çalışmaya dâhil olma koşulları çocuklar için 6-12 yaş aralığında olma ve herhangi bir nedenle yatarak tedavi alma amacı ile çocuğun hastaneye yatışının yapılmış olması, bakımverenler için ise, ebeveyn veya anneanne / babaanne olması ve çalışmaya

katılmaya gönüllü olup, yazılı onam alınmış olması, olarak belirlenmiştir. Başlangıçta çalışmaya katılmayı kabul eden 20 katılımcı, görüşme sırasında devam etmek istemediği için görüşme sonlandırılmış, görüşmeye devam eden ve çalışma formlarını güvenilir bir şekilde dolduran 171 katılımcı çalışma grubunu oluşturmuştur.

Veri toplama araçları

Bilgi Formu: Çalışmaya katılan çocukların bakım verenleri ile çalışma yazarları tarafından mevcut çalışma için, oluşturulan "Bilgi Formu" doldurulmuştur. Bu form, sosyodemografik verileri (yaş, cinsiyet, sınıf düzeyi, anne-baba eğitimi, mesleği, ikamet yeri, gelir düzeyi, ailenin algıladığı sosyal destek düzeyi vb.) ve çocuğun hastalığı ve hastanede yatış süreci ile ilgili bilgileri (tanısı, yatış süresi, tedavi görmekte olduğu servis, hastalığın akut veya kronik olması, kaç kez yattığı, ameliyat veya girişimsel işlem öyküsü, vb.) almaya yönelik sorular içermektedir. Ayrıca form içeriğinde çocuğun yatarak tedavi sürecinden ruhsal etkilenme durumunu katılımcının kendi algısı doğrultusunda sormaya yönelik sorular da (Ör: Çocuğunuzun yatışa ve tedavi sürecine uyumunu nasıl değerlendirirsiniz? Çocuğunuzun tıbbi hastalığı nedeni ile ruhsal olarak sıkıntı yaşadığını/etkilendiğini düşünüyor musunuz?) sorulmuştur.

Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği: Hastanede yatan 6-12 yaş arası çocukların psikososyal güçlüklerini belirlemek amacıyla Üstün (2012) tarafından geliştirilmiş ve geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmış olan bir ölçektir (9). Toplam 24 sorudan oluşmaktadır. 3'lü likert şeklinde kodlanmaktadır (0, hiçbir zaman, 1 bazen, 2 sık sık). Ölçekten en fazla 48 puan alınabilmektedir. 5 faktör değerlendirilmektedir. Açıklayıcı Faktör Analizi sonucu ortaya çıkan beş faktör "Anksiyete", "Umutsuzluk", "İletişim Güçlüğü", "Öfke ve Saldırganlık" ve "Regresyon" olarak adlandırılmıştır. Ölçeğin Cronbach güvenirlik katsayısı .90 ve yüksek derecede güvenilir, alt boyutların Cronbach güvenirlik katsayısı .69-.86 bulunmuştur. Çalışmamız örnekleminde, ölçeğin Cronbach güvenirlilik katsayısı .91, alt ölçekler için .60-.80 arasındadır.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı verilerin sunulmasında ortalama, standart sapma, sayı, yüzde, medyan, 25. - 75. persentil ve minimum (min) – maksimum (maks) değerler verilmiştir. Numerik değerlerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İkili ve üçlü grup karşılaştırması yapılan sürekli değişkenlerin normal dağılmadığı anlaşılmış olup, normal dağılmayan gruplar arası sürekli değişkenler için iki grup karşılaştırmasında Man Whitney U testi, üç grup karşılaştırmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Normal dağılmayan numerik veriler arasındaki korelasyonlar Spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ait tanımlayıcı bilgiler Tablo 1'de, hastalık ve tedavi süreci ile ilgili tanımlayıcı bilgiler Tablo 2'de sunulmuştur.

Katılımcılara ayrıca, sosyal çevrelerinden alabildikleri desteğin düzeyini ve çocuğun işlevselliğini katılımcının kendi algısı doğrultusunda değerlendirmeye yönelik sorular da sorulmuştur. Buna göre, ailelerin 86'sı (%50.3) akraba, komşu, eş-dost gibi kişilerden sosyal olarak iyi düzeyde destek alabildiklerini düşünürken, 69'u (%40.4) sosyal desteklerini orta, 16'sı (%9.4) sosyal desteklerini kötü/yetersiz olarak değerlendirmişlerdir.

Hastanede yatan çocukların psikososyal semptomlarını tanılama alt ölçek ve toplam ölçek puanları tüm grupta (n=171) şu şekildedir: Anksiyete, 4.4 ± 3.1 (medyan = 4, min = 0, maks =13); umutsuzluk, 3.4 ± 2.4 (medyan = 3, min = 0, maks =10); iletişim güçlüğü, 1.9 ± 1.9 (medyan = 2, min = 0, maks =7); öfke – saldırganlık, 2.3 ± 2.0 (medyan = 2, min = 0, maks =9); regresyon, 2.4 ± 1.7 (medyan = 2, min = 0, maks =6); toplam ölçek puanı ise 14.6 ± 9.3'tür (medyan = 13, min = 0, maks = 41 puan).

Çalışmamızda yatarak tedavi gören çocukların psikososyal semptomları ile çocuğun yaşı ve tedavi

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		Ortalama ± SS / n (%)
Yaş		9.26 ± 2.17
Cinsiyet	Kız	92 (%53.8)
	Erkek	79 (%46.2)
Okul	Anasınıf	29 (%17)
	1-4.sınıf	69 (%40.3)
	5-7.sınıf	73 (%42.7)
Anne eğitim	Okula gitmemiş	10 (%5.8)
	İlkokul	72 (%42.1)
	Ortaokul	25 (%14.6)
	Lise	41(%24.0)
	Üniversite	23 (%13.5)
Baba eğitim	Okula gitmemiş	1(%0.6)
	İlkokul	67 (%39.2)
	Ortaokul	26 (%15.2)
	Lise	46 (%26.9)
	Üniversite	31 (%18.1)
Anne meslek	Çalışmıyor (ev hanımı)	121 (%70.8)
	Memur	19 (%11.1)
	İşçi	18 (%10.5)
	Serbest meslek	8 (%4.7)
	Çiftçi	4 (%2.3)
	Emekli	1 (%0.6)
Baba meslek	Memur	23 (%13.5)
	İşçi	64 (%37.4)
	Serbest meslek	36 (%21.1)
	Esnaf	18 (%10.5)
	Çiftçi	22 (%12.9)
	Emekli	2 (%1.2)
	İşsiz	6 (%3.5)
Gelir durumu*	Düşük	44 (%25.7)
	Orta	96 (%56.1)
	İyi	31 (%18.1)
Ebeveyn birlikteliği	Birlikte	159 (%93.0)
	Ayrı	12 (%7.0)
Yaşanılan yer	İl merkezi	79 (%46.2)
	İlçe	48 (%28.1)
	Köy veya kasaba	44 (%25.7)
Hastaneye il içi veya dışından gelme		
Denizli ili sınırları içi		116 (%67.8)
Denizli ili dışı		55 (%32.2)

*Ailenin kendi algısı doğrultusunda yanıtlaması istenilmiştir.

süreci ile ilgili parametrelerin ilişkisini değerlendirme amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. İlişkili bulgular Tablo 3'te sunulmuştur.

Çocukların tedavi almakta oldukları servislere göre alt ölçek ve toplam puanları değerlendirildiğinde, en yüksek puanları çoğunlukla hematoloji servisinde yatan çocukların aldığı görülmüştür. Servislere göre ölçek puanları Tablo 4'te sunulmuştur.

Yatarak tedavi gören çocukların psikososyal semptomlarının cinsiyet, okul düzeyi (anasınıfı / ilkokul / ortaokul), anne baba eğitimi, anne çalışma / çalışmama durumu, ailenin gelir durumu, ailenin sosyal destek düzeyi, ikamet yeri, çocuğun ameliyat öyküsü, çocuğun girişimsel işlem öyküsü ve hastalığın kronik olma durumuna göre istatistiksel olarak değişiklik gösterip göstermediği değerlendirilmiştir. Buna göre sonuçlar Tablo 5'te verilmiştir.

TARTIŞMA

Çalışmamızda çeşitli nedenlerle yataklı servis birimlerinde tedavi görmekte olan 6-12 yaş arası çocukların psikososyal güçlükleri ve bu güçlüklerin bireysel faktörler, ailesel, sosyal faktörler ve hastalıkla ilişkili parametrelere göre değişimi incelenmiştir. Çalışma grubunda ortalama ölçek puanı 14.6 ± 9.3 bulunmuştur. Bu değer ülkemizde Gaziantep bölgesinde yürütülmüş bir çalışmada rapor edilen değere (14,27 ± 9,63) çok yakındır. Bu durum, Türk toplumunda çocukların benzer düzeylerde psikososyal uyum güçlükleri yaşadığını düşündürmüştür (10). Çalışmamıza katılan bakım veren kişilerin, %64.3'ü çocuğunun tedavi uyumunu iyi, %32.7'si orta, %2.9 kötü olarak nitelemiştir. Katılımcıların %57.3'ü çocuğunun tıbbi hastalığı nedeni ile ruhsal olarak etkilendiğini

Tablo 2. Katılımcıların hastalık ve tedavi sürecine yönelik durumları

	Ortalama ± SS / n (%)
Tedavi görülen yataklı servis:	
Çocuk nefrolojisi	46(%26.9)
Çocuk romatolojisi	25 (%14.6)
Çocuk endokrinolojisi	20 (%11.7)
Çocuk enfeksiyon hastalıkları	18 (%10.5)
Çocuk hematolojisi	18 (%10.5)
Çocuk kardiyolojisi	15 (%8.8)
Çocuk gastroenterolojisi	11 (%6.4)
Çocuk nörolojisi	11 (%6.4)
Çocuk cerrahisi	4 (%2.3)
Çocuk alerjisi	2 (%1.2)
Bu seferki yatış günü	8 (±17.2)
Toplam yatış günü	21.2 (±30.6)
Toplam yatış sayısı	3.7 (±4.9)
Hiç ameliyat oldu mu?	46 (%26.9)
Evet	87 (%50.9)
Hayır	84 (%49.1)
Toplam ameliyat sayısı	0.8 (±1.2)
Hiç girişimsel işlem yapıldı mı?*	
Evet	61 (%35.7)
Hayır	110 (%64.3)
Çocuğunuzun hastalığı kronik bir hastalık mı?**	
Evet	79 (%46.5)
Hayır	92 (%53.8)
Çocuğunuzun yatarak tedavi sürecine uyumu size göre nasıl?	
İyi	110 (%64.3)
Orta	56 (%32.7)
Kötü	5 (%2.9)
Çocuğunuzun tıbbi hastalığı nedeni ile ruhsal olarak etkilendiğini düşünüyor musunuz?	
Evet	98 (%57.3)
Hayır	73 (%42.7)
Ruhsal olarak etkilenme var ise şiddeti size göre nasıl?	
Hafif	33 (%19.3)
Orta	51 (%29.8)
Şiddetli	14 (%8.2)

*Girişimsel işlemden kastedilen durumun, genel anestezi olmaksızın yapılan (ameliyat bu alanda değerlendirilmemiştir), vücuda bir müdahalenin olduğu işlemler olduğu, port-katater yerleştirme, biyopsi, belinden sıvı alma vb. örnekleriyle aileye açıklanmıştır. Kan alma ve serum takma girişimsel işlem olarak ele alınmamıştır.
**Kronik hastalık ile kastedilen durum tüm katılımcılara benzer ifadeyle açıklanmıştır.

düşünmektedir. Bu kesimin %19.3'ü hafif şiddette, %29.8'i orta şiddette, %8.2'si ise ağır şiddette bir etkilenmeden bahsetmiştir. Çalışmamız, anne eğitiminin çocukların yatarak tedavi sürecinde psikososyal olarak korunmasında önemli bir faktör olduğunu ortaya koymuştur. Bunun yanı sıra, ailenin algıladığı sosyal destek arttıkça çocuklar ruhsal olarak daha az etkilenmektedir. Çocuğun küçük yaşta olması, yatış süresinin uzaması ve tedavi sürecindeki girişimsel işlemler çocukların artan psikososyal güçlükleri ile ilişkilidir. Kız çocukları daha fazla regrese olmakta, yatarak tedaviye kırsal alan veya şehir dışından gelen çocuklar daha fazla iletişim güçlüğü yaşamaktadır. Ciddi / hayatı tehdit eden hastalıkların tedavi edildiği servislerdeki çocuklar ruhsal olarak daha çok etkileniyor olabilir.

Çalışmamızda kız ve erkek çocuk oranları birbirine yakındır (%53.8 - %46.2). Cinsiyete göre toplam psikososyal güçlük ve regresyon alt ölçeği hariç diğer alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olmamıştır. Ancak kız çocukları hastalık karşısında erkek çocuklarına göre daha fazla regresyon yaşamaktadır. Small ve ark. (2009), çalışmalarında, hastaneye yatış sonrasında kız çocuklarının daha çok içe yönelim semptomları, erkek çocukların da daha çok dışa yönelim semptomları gösterdiğini rapor etmiştir. Yazarlar, yazın bilgilerinde cinsiyetin çocukların hastaneye yatış karşısındaki başa çıkma düzeyleri üzerindeki etkisinin karmaşık olduğunu; cinsiyetin bu konuda bir etkisi olmadığını belirten araştırmacılar olduğu gibi; kızların daha fazla emosyonel başa çıkma yöntemleri kullandığını bulan, ya da; erkek çocukların stres yaratan tıbbi bir işlem sonrası daha çok saldırgan davranışlar ve hiperaktivite gösterdiğini ortaya koyan araştırmacılar olduğunu vurgulamıştır (4). Sekiz çalışmanın gözden geçirildiği bir derleme çalışmasında, genel olarak erkek çocukların yatarak tedavi sürecinde olumsuz davranışsal değişiklikler geliştirme açısından daha riskli oldukları bildirilmiştir (11). Bizim çalışmamızda ise kız çocukları, tüm alt ölçek puanlarında ve toplam

Tablo 3. Hastanede yatan çocuklar için psikososyal semptomları tanılama ölçeği alt ölçek ve toplam puanlarının yaş ve yatış parametreleriyle ilişkisi

	Anksiyete	Umutsuzluk	İletişim güçlüğü	Öfke saldırganlık	Regresyon	Toplam puan
Çocuğun yaşı	r = -.162 p = .034*	r = -.061 p = .426	r = -.104 p = .174	r =.033 p =.670	r = -.237 p = .002*	r = -.125 p = .103
Toplam yatış günü	r = .174 p = .023*	r = .203 p = .008*	r = .180 p = .019*	r =.230 p =.003*	r = .130 p = .090	r = .216 p = .005*
Bu seferki yatış günü	r = .075 p = .331	r = .067 p = .384	r = -.021 p = .785	r =.040 p =.607	r = .060 p = .435	r = .057 p = .459
Toplam yatış sayısı	r = .087 p = .259	r = .111 p = .151	r = .173 p = .024*	r =.154 p =.045*	r = .079 p = .307	r = .139 p = .072
Toplam ameliyat sayısı	r = .065 p = .395	r = .011 p = .885	r = .073 p = .340	r =.083 p =.280	r = .078 p = .313	r =.072 p = .346

psikososyal güçlük puanında erkeklerden daha yüksek puanlar almışlardır; aradaki fark yalnızca regresyon alt ölçeğinde istatistiksel anlamlılık düzeyindedir. Buna göre istatistiksel olarak anlamlı olmasa da hastanede yatarak tedavi görme sürecinden kızlar erkeklere göre daha olumsuz etkileniyor olabilir ve anlamlı olarak daha çok regrese olmaktadır. Regresyon, çocuklarda hastalık karşısında en sık görülen savunma düzeneğidir. Çocuklar yaşlarından daha küçük bir çocuk gibi davranmaya başlarlar, özerklikleri zedelenir, yetilerinde kayıplar gelişir (12). Kız çocuklarının daha çok regrese olması ve içe dönmesi, içe yönelim belirtilerini kız çocuklarında daha fazla bulan çalışmalarla uyumludur (4,13).

Çalışmamızdaki çocukların yaş ortalaması 9.26 ± 2.17'dir. Psikososyal güçlükler yaşla ters yönde ilişkili bulunmuştur. En yoğun olarak okul öncesi yaş grubundaki çocuklar duygusal veya davranışsal güçlük yaşamaktadır. Okul öncesi dönem çocuğun terk edilme ve bedensel zarar görme ile kaygılarının yoğun olduğu bir dönemdir. Benmerkezcilik bu dönemin belirleyici bir özelliğidir ve çocuklar ağrılı işlemleri, hastaneye yatışı kötü davranışın sonucu olarak algılarlar. Gerçekçi olmayan korkular, sağlam bedene odaklanma, sınırlı içerik ile anksiyete daha yoğun yaşanır (6,14). Regresyon bu dönemde belirgin şekilde yaşanabilir, hastalığın getirdiği sıkıntı ve kaygı regresyonu artırabilir. Çocuğun edilgen hale gelmesi, yıkanması, beslenmesi, yatırılması, yani çeşitli derecelerde özerkliğinin kontrol altına alınması regresyonu destekler. Bu yaş döneminde hastalık ve hastaneye yatış yeni edindiği çok değerli yetilerinin çocuğun elinden alınması anlamına gelebilir. Bu regresyon hastaneye yatma ile doğal olarak ortaya çıkar. Hastaneye yatma ile hareketlilik engellenmiş olur, hareketlilik önlendiğinde saldırganlığın, merakın ve gerginliğin temel motor boşalımı mümkün olmaz (15). Küçük yaştaki çocukların hastaneye yatıştan olumsuz etkilenmeye en açık çocuklar olduğu bildirilmiştir (16–18). Yaşın ilerlemesi ile çocuklar, hastalık süreci ile ilgili kontrollerine ilişkin daha gerçekçi algı geliştirmektedirler. Hastalığı daha iyi anlar hale gelmeye paralel, hastaneye yatış ihtiyacını daha kolay kabul edebilirler. Hastalıkları ile ilgili daha çok şey anlatabilir, anlayabilir ve tedavilerine katılabilirler. Ergenlik döneminde hastalığı anlamada erişkin düzeyine kademeli ulaşma gerçekleşir. Ancak hastalık bağımsızlığın kaybolması ve gelecekle ilgili planların kaybolması olarak algılanabilir (6,14,15). Yazın bilgilerine uyumlu olarak biz de çalışmamızda çocukların hastaneye yatıştaki psikososyal uyumunu yaş ile ters ilişkili bulduk. En fazla anksiyete, umutsuzluk, öfke sorunları, iletişim güçlüğü ve regresyon yaşayan grup okul öncesi yaş grubuydu. İlkokul dönemiyle birlikte tüm puanlarda anlamlı düzeyde düşme yaşanırken ergenlikle birlikte anksiyete, umutsuzluk ve öfke-saldırganlık puanlarında ve toplam

Tablo 4. Hastanede yatan çocuklar için psikososyal semptomları tanılama ölçeği alt ölçek ve toplam puanlarının yataklı servislere göre dağılımı

	Anksiyete	Umutsuzluk	İletişim güçlüğü	Öfke saldırganlık	Regresyon	Toplam puan
	Medyan (min – maks)	Medyan (min – maks)	Medyan (min – maks)	Medyan (min – maks)	Medyan (min – maks)	Medyan (min – maks)
Nefroloji (n=46)	5 (0 - 13)	3 (0 - 10)	2 (0 - 7)	2 (0 - 9)	2 (0 - 6)	14.5 (0 - 41)
Romatoloji (n=25)	3 (0 - 10)	3 (0 - 9)	2 (0 - 6)	3 (0 - 6)	2 (0 - 4)	11 (2 - 32)
Endokrinoloji (n=20)	2 (0 - 8)	2.5 (0 - 7)	1.5 (0 - 6)	0.5 (0 - 8)	2 (0 - 5)	8.5 (0 - 32)
Hematoloji (n=19)	7 (0 - 11)	5 (0 - 9)	5 (0 - 9)	3 (0 - 9)	3 (1 - 6)	23 (2 - 34)
Enfeksiyon (n=18)	4.5 (1 - 13)	2 (0 - 6)	1 (0 - 6)	1 (0 - 6)	3 (0 - 6)	12 (1 - 26)
Kardiyoloji (n=15)	3 (1 - 9)	3 (1 - 7)	1 (1 - 3)	2 (0 - 4)	2 (0 - 4)	13 (2 - 21)
Nöroloji (n=11)	2 (0 - 11)	4 (0 - 9)	1 (0 - 6)	1 (0 - 6)	1 (0 - 6)	9 (1 - 36)
Gatroenteroloji (n=11)	6 (0 - 10)	5 (0 - 9)	2 (0 - 7)	2 (0 - 6)	4 (1 - 6)	20 (3 - 31)
Çocuk cerrahisi (n=4)	3 (2 - 8)	2 (0 - 6)	2.5 (0 - 4)	3 (2 - 5)	2 (0 - 6)	12 (6 - 28)
Allerji (n=2)	6 (5 - 7)	4.5 (4 - 5)	- (2 - 2)	3 (2 - 4)	- (4 - 4)	19.5 (18 - 21)

Tablo 5. Hastanede yatan çocuklar için psikososyal semptomları tanılama ölçeği alt ölçek ve toplam puanlarının sosyodemografik özellikler ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

	Anksiyete		Umutsuzluk		İletişim güçlüğü		Öfke saldırganlık		Regresyon		Toplam puan	
Cinsiyet	Z / p	Medyan (25^{th}-75^{th})	Z / p	Medyan (25^{th}-75^{th})	Z / p	Medyan (25^{th}-75^{th})	Z / p	Medyan (25^{th}-75^{th})	Z / p	Medyan (25^{th}-75^{th})	Z / p	Medyan (25^{th}-75^{th})
Kız	Z = -.727	4 (2 - 7)	Z= -1.213	3 (2 - 5)	Z = -1.415	2 (0.2- 3.7)	Z = -.841	2 (1 - 4)	Z = -2.269	2.5 (2 - 4)	Z = -1.504	13.5 (8-22.7)
Erkek	p = .467	4 (2 - 7)	p = .225	3 (1 - 5)	p = .157	1 (0 - 3)	p = .400	2 (0 - 3)	p = .023*	2 (1 - 4)	p = .133	13 (5 - 22)
Okul	Kw / p		Kw / p		Kw / p		Kw / p		Kw / p		Kw / p	
Anasınıfı	Kw = 13.386	7 (3.5 - 9)	Kw = 6.022	5 (2.5 - 6)	Kw = 7.387	2 (1 - 5)	Kw = 9.604	3 (1.5 - 5)	Kw = 8.896	4 (2 – 4.5)	Kw =12.329	23 (12 - 26)
İlkokul	p = .001*	3 (2 - 5)	p = .049*	3 (1 – 4.5)	p = .025*	2 (0 - 3)	p = .008*	2 (0 - 3)	p = .012*	2 (1 - 4)	p = .002*	12 (6 - 19)
Ortaokul		4 (2 -6)		3 (1 -5)		1 (0 -3)		3 (0.5 - 4)		2 (1 - 3.5)		13 (7 - 20.5)
Anne eğitimi	Z / p		Z / p		Z / p		Z / p		Z / p		Z / p	
İO bitirmemiş / İO	Z = -2.067	5 (2 - 7)	Z= -2.025	3 (2 - 6)	Z = -3.361	2 (1 - 4)	Z = -2.602	3 (1 - 4)	Z = -1.717	3 (1 - 4)	Z = -2.697	16.5 (8 - 23)
OO / Lise / Üni	p = .039*	3 (2 - 5)	p = .043*	3 (1 - 5)	p = .001*	1 (0 - 2)	p = .009*	2 (0 - 3)	p = .086	2 (1 - 4)	p = .007*	11 (6 - 19)
Baba eğitimi	Z / p		Z / p		Z / p		Z / p		Z / p		Z / p	
İO bitirmemiş / İO	Z = -.748	5 (2 - 7)	Z= -.320	3 (1 – 5.7)	Z = -1.732	2 (1 - 4)	Z = -1.327	2 (1 - 4)	Z = -1.104	2.5 (1 - 4)	Z = -1.087	15 (7 - 23)
OO / Lise / Üni	p = .454	4 (2 - 6)	p = .749	3 (2 - 5)	p = .083	1 (0 - 3)	p = .185	2 (0 - 3)	p = .270	2 (1 - 4)	p = .277	13 (7 - 20)
Anne çalışma	Z / p		Z / p		Z / p		Z / p		Z / p		Z / p	
Çalışmıyor (EH)	Z = -2.601	4 (2 - 7)	Z= -3.092	3 (2 - 5)	Z = -1.464	2 (0 - 3)	Z = -2.294	2 (1 - 4)	Z = -1.710	2 (1 - 4)	Z = -2.671	14 (8 - 22)
Çalışıyor	p = .009*	2 (1 - 5.3)	p = .002*	2 (1 - 3)	p = .143	1 (0 - 2)	p = .022*	1 (0 - 3)	p = .087	2 (0 - 4)	p = .008*	8.5 (4 - 17)
Ailenin geliri	Kw / p		Kw / p		Kw / p		Kw / p		Kw / p		Kw / p	
Düşük	Kw = 4.132	5 (2 - 7.8)	Kw = 1.985	3 (1.3 - 6)	Kw = 4.859	2 (0 - 4)	Kw = .676	2 (0.3 - 3)	Kw = 1.712	2 (1 - 4)	Kw = 3.101	15.5 (7 - 25)
Orta	p = .127	4 (2 - 6)	p = .371	3 (1.3 - 5)	p = .088	5 (0 - 3)	p = .713	2 (0.3 - 3.8)	p = .425	2 (1 - 4)	p = .212	14 (8 - 21.7)
İyi		2 (1 - 6)		3 (1 -5)		1 (0 -2)		1 (0 - 4)		2 (1 - 3)		10 (6 - 20)
Sosyal destek	Kw / p		Kw / p		Kw / p		Kw / p		Kw / p		Kw / p	
Kötü / yetersiz	Kw = 5.106	4 (2 - 8.5)	Kw = 7.524	3.5 (1.2- 6.5)	Kw = 8.256	2 (1 - 4)	Kw = 3.762	2 (1 - 5.7)	Kw = 2.937	4 (1.2 - 4)	Kw = 7.549	18.5 (7 - 25)
Orta	p = .078	5 (2 - 7)	p = .023*	4 (2 - 6)	p = .016*	2 (1 - 3.5)	p = .152	3 (1 - 4)	p = .230	2 (1 - 4)	p = .023*	15 (9.5 -24)
İyi		3 (2 - 6)		3 (1 - 5)		1 (0 - 3)		2 (0 - 3)		2 (1 - 4)		11 (6 - 19)
İkamet yeri	Kw / p		Kw / p		Kw / p		Kw / p		Kw / p		Kw / p	
İl merkezi	Kw = .031	4 (2 - 7)	Kw = .376	3 (2 - 5)	Kw = 4.824	1 (0 - 2)	Kw = .374	2 (1 - 4)	Kw = 1.601	2 (1 - 4)	Kw = .218	13 (8 - 21)
İlçe	p = .861	3 (2 - 7.7)	p = .540	3 (2 - 5)	p = .028*	2 (0 - 3.7)	p = .541	2 (0 - 3)	p = .206	2 (1 - 4)	p = .641	10.5 (6.2-22.7)
Köy veya kasaba		4.5 (2- 6.7)		3 (1 - 6)		2 (0.2 - 4)		2 (0 -3)		3 (1 - 4)		14.5 (7 -22.7)
İl içi / il dışı ikamet	Z / p		Z / p		Z / p		Z / p		Z / p		Z / p	
Hastane ili sınırları içi	Z = -.175	4 (2 - 6.7)	Z= -.613	3 (1 .2- 5)	Z = -2.196	1 (0 - 3)	Z = -.612	2 (0.2 - 3.7)	Z = -1.265	2 (1 - 4)	Z = -.467	13 (7 - 22)
Hastane ili dışı	p = .861	4 (2 - 7)	p = .540	3 (1 - 5)	p = .028*	2 (1 - 4)	p = .541	2 (0 - 3)	p = .206	3 (1 - 4)	p = .641	13 (8 - 22)
Ameliyat öyküsü	Z / p		Z / p		Z / p		Z / p		Z / p		Z / p	
Var	Z = -.932	4 (2 - 7)	Z= -.044	3 (1.2 - 5)	Z = -1.007	2 (0 - 3.7)	Z = -.958	2 (1 - 3.7)	Z = -.975	2.5 (1 - 4)	Z = -.904	13.5 (7 - 22.7)
Yok	p = .352	4 (2 - 7)	p = .965	3 (1 - 5)	p = .314	1 (0 - 3)	p = .338	2 (0 - 3)	p = .329	2 (1 - 4)	p = .366	13 (7 - 21)
Girişimsel işlem	Z / p		Z / p		Z / p		Z / p		Z / p		Z / p	
Var	Z = -2.235	5 (2 - 7.5)	Z= -1.689	4 (2 - 5.5)	Z = -2.117	2 (0.5 - 4)	Z = -3.009	3 (1 - 4)	Z = -1.237	3 (1 - 4)	Z = -2.333	18 (8 - 23.5)
Yok	p = .025*	3 (2 - 6)	p = .091	3 (1 - 5)	p = .034*	1 (0 - 3)	p = .003*	2 (0 - 3)	p = .216	2 (1 - 4)	p = .020*	12 (5.5 - 20)
Kronik hastalık	Z / p		Z / p		Z / p		Z / p		Z / p		Z / p	
Var	Z = -1.022	5 (2 - 7)	Z= -1.345	3 (1 - 6)	Z = -1.488	2 (0 - 3)	Z = -1.794	2 (1 - 4)	Z = -1.105	2 (1 - 4)	Z = -1.557	15 (7 - 24)
Yok	p = .307	3 (2 - 6)	p = .179	3 (1 - 5)	p = .137	1 (0 - 3)	p = .073	2 (0 - 3)	p = .269	2 (1 - 4)	p = .120	12 (7 - 19.5)

puanda hafif bir artış olduğu görülmüştür. Erikson'un psikososyal kuramında tarif ettiği okul çağı döneminde yatışan dürtüler, artan uyum; Piaget'in kuramına göre somut işlemler dönemindeki artan bilişsel kavrayış ile birlikte hastalık ve hastaneye yatış uyumunu da iyileştiriyor görünmektedir (19–21). Bununla birlikte okul çağı çocukları için hastaneye yatışın günlük rutinlerinden, okul ve arkadaş ortamından uzak kalmak anlamına geldiği, bunun da çocuk için yeterlik hissinde azalma ve ego kırılganlığında artmaya neden olabileceği (22,23) akılda tutulmalı; yalnızca okul öncesi ve ergenlik dönemindeki değil, okul çağındaki çocukların psikososyal uyumunu iyileştirmeye yönelik önlemler de alınmalıdır.

Aileye ait değişkenlere bakıldığında, baba eğitimi ve ailenin gelir durumu çocukların yaşadığı psikososyal güçlüğün derecesini etkilemezken, anne eğitimi istatistiksel anlamlılık düzeyinde belirleyici olmuştur. İlkokul mezunu ve öncesi (okuryazar veya okuma yazma bilmeyen) annelerin çocukları ortaokul ve üstü eğitim alan annelerin çocuklarına göre hastanede yatarak tedavi sürecinde daha fazla duygusal ve davranışsal güçlük yaşamaktadır. Bununla uyumlu olarak çalışan annelerin çocuklarının uyumu, çalışmayan (ev hanımı) annelere göre daha iyi gözükmektedir. Hastalık ve yatarak tedavi süreci yalnızca çocuk için değil aile için de stresli bir durumdur. Aile sistemi ilişkili faktörler çocuğun hastalığa ve hastaneye yatışa verdiği tepkilerde belirleyici olmaktadır (24,25). Ebeveynlerin psikososyal işlevselliği, çocuğun hastalığı ve özellikle hastanedeki yatış sürecindeki tutumları çocuğun tedaviye ve hastalığa uyumunu derinden etkiler (26). Hastalık ve hastaneye yatış sürecinde aileler, sosyal ve okul rutinleri için çocuğun işlevsel sınırlılıkları ve tedavi gereksinimlerini karşılama konusunda uyum yapmak zorundadırlar. Ailelerin başa çıkma becerileri çocuğun hastalıkla başa çıkma becerilerini ve psikososyal uyumunu etkilemektedir. Türkiye'de yürütülmüş iki çalışmada, annelerin hastalığa uyumu ve kendi psikopatolojilerinin çocuğun uyumunu etkilediği (27); yine annelerin baş etme becerileri ve tükenmişlik düzeylerinin de çocukların psikolojik belirtileri üzerinde rol oynadığı belirtilmiştir (28). Ailenin tutumu yanında, kültür düzeyi ve ekonomik durumunun da tedaviye uyumda etkili olduğu bilinmektedir (6) Yazında, ailesel stres faktörü fazla olan çocukların, anksiyete düzeyi yüksek annelerin çocuklarının ve genç yaşta ve düşük eğitim düzeyine sahip annelerin çocuklarının hastanede yatarak tedaviye uyum açısından dezavantajlı oldukları bildirilmiştir (11,29). Bizim çalışmamızda da anne eğitiminin çocuğun uyumu üzerindeki belirleyici etkisi, anne eğitiminin, aile sistemindeki önemini gözler önüne sermiştir. Eğitim düzeyi daha yüksek olan annelerin, olasılıkla daha iyi başa çıkma becerilerine sahip olduğu, çocukları ile çocuğun uyumunu artıracak yönde daha olumlu ilişkiler kurabildikleri ve onları destekledikleri ayrıca hastalık ve yatış sürecinin getirdiği yeni rutinler, kısıtlamalar ve tedavi gereksinimlerine daha kolay adapte olabildikleri düşünülebilir. Çalışan annelerin çocuklarında daha az psikososyal güçlük bulunması da, çalışan annelerin eğitim düzeylerinin daha yüksek olmasıyla açıklanabilir. Bu bulgu, anne eğitiminin önemini vurgulamak adına çarpıcıdır. Beklenenin aksine baba eğitimi ise belirleyici olamamıştır. Hastalık bakım ve yatış sürecinde anneler sıklıkla daha aktif rol almaktadır (6). Çocuğun uyumu ile yalnızca anne eğitim düzeyinin ilişkili bulunması bu durumla ilişkili olabilir. Çalışma sonuçlarımız, çocuğun yetiştirilme süreçlerinde, psikososyal işlevsellik ve ruhsal iyilik halinin sağlanması ve korunmasında annenin öneminin altını bir kez daha çizer niteliktedir. Anne eğitiminin tedavi sürecinde hangi faktörleri etkileyerek (başa çıkma becerileri / uyum yetisi / çocukla kurulan ilişkinin ve desteğin kalitesi vb.) çocuğun psikososyal uyumunu etkilediği gelecek çalışmalarla araştırılmalıdır.

Çalışmamıza göre, ailelerin %50.3'ü sosyal desteklerini iyi, %54.4'ü orta, %9.4'ü de kötü (yetersiz) olarak algılamaktadır. Ailenin algıladığı sosyal destek düzeyi arttıkça, çocukların yatarak tedaviye uyumu iyileşmektedir. Bakım verici kişilerin destekleri, özellikle destekleyici eş, aile, arkadaşlar, iş çevresi ya da destekleyici toplulukta bulunmaları çok önemlidir (6). Ailenin arkadaş, komşu, aile bireyleri vb. tarafından desteklenmesinin sosyal izolasyon duygusunu ve stres düzeyini azalttığı bildirilmiştir (30). Sosyal destek ve anne-babanın kendini iyi hissetmesi ile çocuklarına karşı davranışları ve çocuğun uyumu arasında önemli ilişkiler bulunmaktadır (29,31). Çalışmamız sonuçları bu yönüyle yazın bilgisiyle uyumludur.

Sosyal desteklerini yetersiz algılayan bakım verenlerin çocuklarının istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde umutsuzluk düzeylerinin daha fazla olması, daha fazla iletişim güçlükleri yaşaması ve toplamdaki psikososyal uyumlarının daha düşük olması; aileyi sosyal sistemi içinde değerlendirme ve anlamanın ayrıca bu konuda iyileştirmeler sağlayabilmenin önemine işaret etmektedir.

Çalışmamızda, her ne kadar gelir düzeyini düşük algılayan ailelerin çocuklarındaki psikososyal uyum puanları daha yüksek olma eğiliminde olsa da; fark istatistiksel olarak anlamlılık düzeyinde değildir. Bu bulgu, ilk etapta beklenenin aksi yönünde bir bulgu gibi gözükmektedir. Ekonomik kısıtlılıkların, çocukların bedensel ve psikososyal sağlığı üzerinde olumsuz etkisi olduğu bilinmektedir (32). Ayrıca düşük sosyoekonomik düzeyin aile sistemi içinde olumsuz etkileri olduğu, ebeveyn-çocuk ilişkisi ve gelişimi etkilediği gösterilmiştir (33). Small ve ark (2002) da, gözden geçirme çalışmalarında sosyoekonomik düzeyi, hastaneye uyumu etkileyen faktörlerden biri olarak vurgulamışlardır (11). Bununla birlikte, çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuç, ekonomik iyilik halinden ziyade aile içi ve dışı destek sistemlerinin çocuğun yatarak tedavi sürecindeki duygusal ve davranışsal iyiliğinde daha belirleyici olduğunu düşündürmüştür. Yine de, istatistiki anlamlılık düzeyinde olmasa da, gelir düzeyini "iyi" olarak belirten ailelerin çocuklarının daha iyi uyum sağlıyor göründüğü akılda tutulmalıdır. Ailenin ikamet yeri (merkez / ilçe / köy - kasaba) ve hastaneye il içinden veya il dışından gelinmiş olması da çocukların yaşadığı psikososyal uyumu bütününde etkilemiyor gözükmektedir. Ancak her iki parametre açısından iletişim güçlüğü alt ölçeğinde istatistiksel farklılaşma olmuştur. Buna göre yatarak tedavi amacıyla hastaneye il dışından gelen çocuklar ve kırsal alanda (köy veya kasaba) yaşayan çocuklar daha fazla iletişim güçlüğü yaşamaktadır. Bu durum, kırsal alanda yaşayan ve hastaneye il dışından gelen çocukların, yabancılık duygusu yaşaması ile ilişkili olabilir. Hastaneye kırsal alandan veya il dışından yatış amacıyla gelen çocukların tedavi sürecinde yaşıyor olabilecekleri iletişim sorunlarının daha fazla farkında olmak ve destekleyici yaklaşımlarda bulunmak çocukların güçlüklerini azaltabilir.

Toplam yatış günü ortalaması 8 gündür. Katılımcıların %46'sı çocuğunun hastalığını kronik, %53'ü akut bir hastalık olarak nitelemiştir. Hastalıkla ve tedavi süreciyle ilişkili parametreler değerlendirildiğinde görülmüştür ki, toplam yatış günü süresi uzadıkça çocukların yaşadığı psikososyal güçlük artmaktadır. Hastalığın akut veya kronik olması, çocuğun uyumu üzerinde direk etkili gözükmemektedir. Kronik hastalığa sahip çocukların alt ölçek ve toplam ölçek skorları daha yüksek olsa da fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde değildir. Kronik hastalığı olan çocuklar, kronik hastalığı olmayan akranlarına göre daha fazla davranışsal ve duygusal sorun yaşamaktadır. Epidemiyolojik bir çalışmada kronik hastalığı ve ilişkili engelliliği olan çocuklarda, yaş ve cinsiyet eşleştirildiğinde kontrollere göre 3 kat artmış psikiyatrik hastalık ve sosyal uyum güçlüğü tanısı bulunmuştur Hastalıkla ilişkili herhangi bir engellilik hali olmaksızın kronik hastalığı olanlarda bu oran 2 kattır (2). Kronik hastalık süreçlerinin, geçici durumlara göre çocuk ve ailenin üzerinde daha fazla stres yarattığı bildirilmiştir (8). Bununla birlikte, her kronik hastalık belli bir düzeyde zorluk yaratsa da, farklı hastalıkların yaşatacağı farklı hastalık deneyimi ve tedavinin, yatış süreci üzerinden etkileri birbiriyle aynı olmayacak (ör: öngörülemeyen ataklarla giden hastalıkların daha fazla uyumu bozması beklenir) ve uyumu bozma düzeyi de birbirinden farklı olacaktır (8). Bizim çalışmamızda her ne kadar kronik hastalığa sahip olan çocuklarda psikososyal uyum açısından anlamlı bir fark bulunmasa da, toplamdaki yatarak tedavi süresi, toplam psikososyal güçlük de dâhil olmak üzere tüm alanlardaki duygusal ve davranışsal güçlüklerle ilişkili bulunmuştur. Toplam yatış sayısındaki artış da çocuğun yaşadığı iletişim güçlükleri, saldırgan ve öfkeli davranışlarıyla ilişkilidir. Kronik hastalıklarda yatış süresinin uzaması ve çoklu yatış gerekmesi beklenen bir durumdur. Yazında yatış sürecinin uzun olmasının ve tekrarlı yatışların çocuğun uyumunu olumsuz yönde etkilediğine dair birçok çalışma bulunmaktadır (17,18,34,35). Çalışmamız sonuçları bu bulguları desteklemiştir.

Çalışmamızda, çocuğun ameliyat geçirmiş olma ya da olmama durumu, psikososyal uyumunu istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemezken, girişimsel işleme maruz kalmış olma (port- katater,

lumbar ponksiyon, biyopsi) çocukların yaşadığı duygusal ve davranışsal güçlükleri anlamlı olarak şiddetlendirmektedir. Hastaneye yatış sürecinde yapılan acı verici işlemler çocuğun hastalığa ve yatarak tedavi sürecine uyumu bozan psikososyal güçlüklere neden olan durumlardandır. Yapılan girişimler, hastalık iç duyumunun artmasına neden olur ayrıca fiziksel acı verir ve gerçek ve gerçek dışı korkuları artırır (15). Küçük çocuklar, tedavi sırasında uygulanan işlemleri ölüm tehdidinden daha travmatik olarak algılayabilir (8). Tedavinin oluşturduğu travma, çocuk ve ebeveynde tedavi sonrası travma sonrası stres bozukluğu gelişimi için önemli bir risk faktörüdür (8,36,37). 6-17 yaş arasında yoğun bakım ünitesinde yatarak tedavi görmüş olan çocuklarla yapılmış olan bir çalışmada taburculuk sonrası psikolojik sorunlar yaşama için en önemli yordayıcının maruz kalınan girişimsel (invaziv) işlemler olduğu rapor edilmiştir (38). Benzer şekilde, yazında cerrahi ameliyatların çocuklar üzerinde olumsuz ruhsal etkileri olduğuna dair birçok çalışma bulunmaktadır (22,39,40). Çalışmamızda bulduğumuz ameliyat öyküsü olan çocukların uyumunun daha kötü olmaması durumu ise, çocukların cerrahi işlemlere iyi hazırlanmış olabileceğini düşündürmüştür. Zira çocuğun işleme etkin bir şekilde hazırlanmasının, süreci kolaylaştırdığı (41); özellikle kısa polikliniklerde kısa zaman diliminde yeterli hazırlama olmadan yapılan cerrahi işlemlerin olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir (39). Çalışmamızdan elde ettiğimiz bu bulgular, hastane yatışı sürecinde girişimsel işlemlerin yoğun rutin içerisinde çocuğu ruhsal olarak yeterli şekilde hazırlamadan uygulanıyor olma, ameliyatların ise daha geniş bir zaman diliminde daha iyi bir hazırlıkla yapılıyor olma olasılığını akla getirmiştir. Bu konu daha kapsamlı olarak detaylı ölçüm parametreleri kullanılarak ileriki çalışmalarda araştırılmalıdır.

Çalışmamızda, psikososyal uyum ölçeği toplam puan ortalaması en yüksek (en şiddetli) olan grubun çocuk hematolojisi servisinde yatmakta oldukları; en düşük olan grubun da çocuk endokrinolojisi servisinde yatmakta oldukları görülmüştür. Hematolojik hastalıklar, nadir olmayarak yaşamı tehdit edebilen hastalıklardır. Endokrinoloji servisinde ise büyüme geriliği, diyabet nedeniyle kan şekeri düzenlenmesi gibi, akut bir yaşam tehdidi olmayan hastalıkların tedavisine daha sık rastlanılmaktadır. Hastalık şiddeti ve yaşam tehdidinin aile ve çocuğun hastalık ve tedavi sürecine uyumunu bozduğu ve duygusal ve davranışsal güçlüklere zemin hazırladığı bilinmektedir (34,42). Yaşamı tehdit eden ve ciddi hastalığa sahip olan çocuklar, sağlıkları üzerinde daha az kontrol duygusu yaşamakta ve maruz kaldıkları çok sayıda girişimsel işlem nedeniyle daha çok travmatize olmaktadırlar (34). Çalışmamızda, hastalık şiddetini direk olarak sorgulayan bir parametre olmamakla birlikte, hematoloji servisinde yatan çocukların tanımlayıcı olarak yüksek bulunan puanları bu durumun bir yansıması olabilir. Ciddi hastalığı olan çocuklarımızın ve ailelerinin tedavi sürecinde yaşadıkları psikososyal güçlükleri ve buna istinaden hastane ortamı ve sağlık personeli tarafından sağlanabilecek uyum ve destek sistemlerinin önemini daha çok akılda tutmalı ve bu amaçla düzenlemeler yapmalıyız.

Çalışmamızın önemli bir kısıtlılığı, hastanede yatan çocukların kesitsel olarak ele alınmasıdır. Çocuğun uyumunu ve psikososyal uyumunu etkileyecek mizaç gibi özellikler değerlendirilmemiştir. Hastanede yatan çocukların sayısı düşünüldüğünde küçük bir örneklem grubu ile yapılmıştır. Çalışmamızın bir başka kısıtlılığı da bilgilerin yalnızca bakımverenlerden alınmış olması, çocukların kendileri ile görüşme yapılmamış olmasıdır. Ayrıca, bakımverenlerin ruhsal durumu değerlendirilmemiştir. Kişinin çocuğunun hastanede yatarak tedavi görüyor olması ve bakım verme süreci, ruhsal olarak stres yaratıcı bir durumdur. Ebeveynin depresif veya anksiyöz olması çocuğun ruh halini algılamasında bir yanlılık oluşturabilir. Başka bir ifadeyle, çocuklarla ilişkili değerlendirmeler bakımverenin ruhsal halinden etkilenebilir. Çalışma sonuçları değerlendirilirken bu kısıtlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır.

Sonuç olarak, yatarak tedavi sürecinde psikososyal uyum güçlükleri yaşama açısından daha riskli olan çocukların farkında olmak ve onlara karşı duyarlı olmak önemlidir. Ayrıca, tüm çocuklarımızın psikososyal uyumunu artırmaya yönelik destekleyici ve koruyucu önlemleri almak, çocukla sıcak ve empatik ilişkiler kurmak ve tedavi sürecinde çocuğun gelişimsel düzeyine uygun açıklamalar yapmak gerekir. Çocuğun yanı sıra, ailenin destek imkanlarını iyileştirme yönünde düzenlemeler

yapılması da çocuğun hastane yatışını en az ruhsal etkilenmeyle geçirmesine katkı sağlayacaktır. Bu konuda yapılacak yeni çalışmalara, çocuğun uyumunu iyileştirmeye yönelik daha kapsamlı bilgiler edinmek adına ihtiyaç vardır. Ayrıca ergen yaş grubu da gelecek çalışmalarda değerlendirilmelidir.

Yazışma Adresi: Dr. Öğr. Üyesi Ömer Başay, Pamukkale Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye omerbasay@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Shields L. A review of the literature from developed and developing countries relating to the effects of hospitalization on children and parents. Int Nurs Rev. 2001;48:29–37.

2. Cadman D, Boyle M, Szatmari P, Offord DR. Chronic illness, disability, and mental and social well-being: Findings of the Ontario Child Health Study. Pediatrics. 1987;79:805–13.

3. Doupnik SK, Henry MK, Bae H, Litman J, Turner S, Scharko AM, et al. Mental Health Conditions and Symptoms in Pediatric Hospitalizations: A Single-Center Point Prevalence Study. Acad Pediatr. 2017;17:184–90.

4. Small L, Mazurek Melnyk B, Sidora-Arcoleo K. The effects of gender on the coping outcomes of young children following an unanticipated critical care hospitalization. J Spec Pediatr Nurs. 2009;14:112–22.

5. Melnyk BM. Intervention studies involving parents of hospitalized young children: an analysis of the past and future recommendations. J Pediatr Nurs. 2000;15:4–13.

6. Öztürk Y, Pekcanlar Akay Y. Kronik Pediatrik Hastalıklar ve Hastaneye Yatış. Ankara: Pekcanlar Akay A, Ercan ES, Perçinel E, ve Ark. Editörler. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Içinde.: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2016. p. 594–603 .

7. Er DM. Çocuk, Hastalik, Anne-Babalar Ve Kardeşler. Cocuk Sagligi ve Hast Derg. 2006;49:155–68.

8. Drell M, White T. Children's reaction to illness and hospitalization. In: In: Sadock BJ, Sadock VA, editors Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 8th ed II Philadelphia, PA. Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 3425–3434.

9. Üstün G. Hastanede yatan çocuklar için psikososyal semptomları tanılama ölçeği'nin geliştirilmesi geçerlik ve güvenirlik çalışmasi. Cumhuriyet Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2007. Taylor & Francis Group;

10. Üstün G, Erşan EE, Kelleci M, Turgut H. Hastanede yatan çocuklarda psikososyal semptomların bazı değişkenler açısından incelenmesi. Cumhur Med J [Internet]. 2014 Mar 13 [cited 2020 Mar 8];36(1):25. Available from: http://dergipark.gov.tr/doi/10.7197/cmj.v36i1.1008002456

11. Small L. Early predictors of poor coping outcomes in children following intensive care hospitalization and stressful medical encounters. Pediatr Nurs. 2002;28:393–8, 401.

12. Erermis S. Hastalık Karşısında Çocuk ve Ergen. In: Çuhadaroğlu Çetin F, Coşkun A, Pehlivantürk B, ve Ark Editörler Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı Içinde Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2008. p. 730–7.

13. Small L, Melnyk BM. Early predictors of post-hospital adjustment problems in critically ill young children. Res Nurs Heal. 2006;29:622–35.

14. Schonfeld DJ: The child's cognitive understanding of illness. In Lewis M (ed): Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Baltimore, Williams & Wilkins,. In 1996. p. 943–7.

15. Baykara B, Güvenir T, Miral S Hastalik Ve Hastaneye Yatişin Çocuk Üzerine Etkisi) Ben Hasta Değilim- Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Psikososyal Yönü Içinde Ekşi A Ed. (1999) Nobel Kitabevleri, İstanbul, p. 374-378.

16. Kennedy C, Kools S, Kong SKF, Chen JL, Franck L, Wong TKS. Behavioural, emotional and family functioning of hospitalized children in China and Hong Kong. Int Nurs Rev. 2004;51:34–46.

17. Bonn M. The effects of hospitalisation on children: a review. Vol. 17, Curationis. 1994. p. 20–4.

18. Wright MC. Behavioural effects of hospitalization in children. J Paediatr Child Health. 1995;31:165–7.

19. Erikson H, Erikson JM. The life cycle completed. W.W. Norton; 1997. 134 p.

20. Erikson H. Childhood and society. Norton; p. 1963. 445

21. Piaget J. Part I: Cognitive development in children: Piaget development and learning. J Res Sci Teach. 1964;2:176–86.

22. Lerwick JL. Psychosocial implications of pediatric surgical hospitalization. Semin Pediatr Surg. 2013 Aug;22(3):129–33.

23. Bhargavi CN. Nursing Care Planning Resource, Volume 3: Child and Neonatal Health, 1st South Asia Edition. 2018. p. 6-7.

24. Vaz LE, Wagner D V., Ramsey KL, Jenisch C, Austin JP, Jungbauer RM, et al. Identification of Caregiver-Reported Social Risk Factors in Hospitalized Children. Hosp Pediatr. 2020;10:20–8.

25. Campbell JM, Cardona L. The Consultation Liasion Process to Pedaitrics. In: Martin A, Volkmar FR, Editors. In Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilki. Elsevier; 2004. p. 912-920

26. Commodari E. Children staying in hospital: a research on psychological stress of caregivers. Ital J Pediatr. 2010;36:40.

27. Çöp E, Dinç GŞ, Kültür SEÇ. Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinde Baş Etme Becerilerinin Psikiyatrik Belirtiler ile İlişkisi: Bir Ön Çalışma. Türkiye Çocuk Hast Derg. 2016;10:170–6.

28. Uzun P. Çocuk Hematoloji-Onkoloji Hastalarının Ebeveynlerinin Tükenmişlik Düzeyleri Ve Baş Etme Biçimlerinin; Çocukların Psikolojik Belirtileri Üzerine Etkisi Açısından İncelenmesi. Haliç Ü. Sosyal Bilimler Enstitisü. Yüksek Lisans Tezi. 2016.

29. Doupnik SK, Hill D, Palakshappa D, Worsley D, Bae H, Shaik A, et al. Parent Coping Support Interventions During Acute Pediatric Hospitalizations: A Meta-Analysis. Pediatrics [Internet]. 2017 Sep;140(3):e20164171. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28818837

30. Fink S V. The influence of family resources and family demands on the strains and well-being of caregiving families. Nurs Res. 1995;44:139–46.

31. Menezes M, Moré CLOO, Barros L. Social Networking Family of Caregivers during Hospitalization of Children. Rev da Esc Enferm da USP. 2016 Jun;50(spe):107–13.

32. Currie J, Lin W. Chipping away at health: More on the relationship between income and child health. Health Aff. 2007;26:331–44.

33. Conger RD, Conger KJ, Martin MJ. Socioeconomic status, family processes,and individual development. Vol. 72, Journal of Marriage and Family. NIH Public Access; 2010. p. 685–704.

34. Rennick JE, Johnston CC, Dougherty G, Platt R, Ritchie JA. Children's psychological responses after critical illness and exposure to invasive technology. J Dev Behav Pediatr. 2002;23:133–44.

35. Chung A. Long-term Hospitalization and the Impact on Emotional Well-being of a Child. 2014. Sociology. 2. May;

36. Stuber ML, Kazak AE, Meeske K, Barakat L, Guthrie D, Garnier H, et al. Predictors of posttraumatic stress symptoms in childhood cancer survivors. Pediatrics. 1997;100:958–64.

37. Kazak AE, Meeske K, Penati B, Barakat LP, Christakis D, Meadows AT, et al. Posttraumatic stress, family functioning, and social support in survivors of childhood leukemia and their mothers and fathers. J Consult Clin Psychol. 1997;65:120–9.

38. Rennick JE, Morin I, Kim D, Johnston CC, Dougherty G, Platt R. Identifying children at high risk for psychological sequelae after pediatric intensive care unit hospitalization. Pediatr Crit Care Med. 2004 Jul;5:358–63.

39. O'Conner-Von S. Preparing children for surgery--an integrative research review. Vol. 71, AORN journal. No longer published by Elsevier; 2000. p. 334–43.

40. Li HCW, Lam HYA. Paediatric day surgery: Impact on Hong Kong Chinese children and their parents. J Clin Nurs. 2003;12:882–7.

41. Gulur P, Fortier MA, Mayes LC, Kain ZN. Perioperative Behavioral Stress in Children. In: A Practice of Anesthesia for Infants and Children. Content Repository Only!; 2019. p. 25-34.e3.

42. Hysing M, Elgen I, Gillberg C, Lundervold AJ. Emotional and behavioural problems in subgroups of children with chronic illness: Results from a large-scale population study. Child Care Health Dev. 2009;35:527–33.

Inflammatory parameters and blood lipid values across the different mood states in patients with bipolar disorder

Bipolar bozukluklu olgularda farklı atak dönemlerinde inflamasyon ve lipit parametreleri

Okan Ekinci[1], Aslı Erkan Ekinci[1]
[1]Assis. Prof.,Department of Psychiatry, Usak University, Usak, Turkey
https://orcid.org/0000-0001-8059-9022-https://orcid.org/0000-0001-6331-9412

SUMMARY

Objective: Recent studies indicate the role of impairment in immune regulation and inflammatory abnormality in Bipolar Disorder (BD). This study aims to compare these inflammatory markers and lipid values in different states of BD and healthy controls. **Method:** A retrospective observational study was carried out on a sample of patient admissions to the Department of Psychiatry of Usak University Hospital between November 1, 2017, and November 1, 2019, with a diagnosis of bipolar disorder in mania, depression, mixed episode, and remission. **Results:** We found that patients with BD in depressive and mixed states had higher levels of CRP, and patients with BD in manic states had higher levels of MLR than other groups. There was no statistically significant difference at PLR and MPV values between groups. In terms of lipid levels, remitted bipolar patients had significantly higher Total Chol, TG, LDL, and VLDL levels than other patient groups and controls.**Discussion:** The present study suggests a close relationship between bipolar disorder, lipid metabolism and inflammation process. CRP may serve as a possible biomarker of mixed and depressive episodes of BD, while MLR may serve as a potential state biomarker of the manic episode. Our findings also claim that patients with BD experience impairment in lipid metabolism during remission and mixed episode and that this should be taken into account in the treatment management. Future prospective studies are needed to determine the exact role of inflammation and lipid metabolism on the different states of bipolar disorders.

Key Words: Bipolar disorder, inflammation, lipid, C reactive protein, monocyte/lymphocyte ratio

ÖZET

Amaç: Güncel çalışmalar bipolar bozuklukta immün düzenlemede bozulma ve inflamatuvar anormalliğin rolüne işaret ederler. Bu çalışmanın amacı bipolar bozukluğun farklı evrelerinde ve sağlıklı bireylerde inflamasyon ve lipid değerlerini karşılaştırmaktır. **Yöntem:** Geriye dönük gözlemsel bu çalışma 1 Kasım 2017 ile 1 Kasım 2019 arasında Uşak Üniversite Hastanesi psikiyatri bölümüne başvuran mani, depresif, karma atakta veya remisyondaki bipolar bozukluklu olgularla gerçekleştirildi.**Bulgular:** Depresif ve karma ataktaki bipolar olguların daha yüksek CRP düzeylerine ve manik dönemdeki olguların daha yüksek MLR düzeylerine sahip olduklarını bulduk. PLR ve MPV değerleri açısından gruplar arasında farklılık yoktu. Lipid düzeylerinde ise remisyondaki bipolar olgular tüm gruplardan daha yüksek total kolesterol, LDL, Trigliserid ve VLDL değerlerine sahipti. **Sonuç:** Çalışmamız bipolar bozuklukla lipid metabolizması ve inflamasyon arasında bir ilişkiye işaret etmektedir. CRP bipolar depresif ve karma epizodların, MLR ise manik epizodun potansiyel bir biyolojik belirteci olabilir. Ayrıca bulgularımız remisyon ve karma dönemlerde lipid metabolizmasının bozulduğunu ve bu durumun tedavide gözönünde bulundurulması gerektiğini de öne sürmektedir. Bipolar bozukluğun farklı evrelerinde inflamasyon ve lipid metabolizmasının kesin rolünü saptamak için ileriye dönük çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Bipolar bozukluk, inflamasyon, lipit, C reaktif protein, monosit lenfosit oranı

(Turkish J Clinical Psychiatry 2020;23:414-422)
DOI:10.5505/kpd.2020.98216

The arrival date of article: 31.01.2020, Acceptance date publication: 24.04.2020

INTRODUCTION

Bipolar disorder (BD) is a chronic mental disorder characterized by recurrent mood exacerbations with a frequency of around 1%. To date, studies have not been able to reveal the exact pathophysiology of BD (1). However, current studies point to the importance of the immune system and inflammatory processes in the etiology of BD. Furthermore, it is suggested that it may be possible to accept BD as a multisystemic inflammatory disease (2, 3).

The increase of pro-inflammatory cytokines during active episodes and remission and high comorbidity with autoimmune and inflammatory diseases are also signs that support the role of inflammation and immune modulation in BD (4-5, 6). Nowadays, there is increasing interest in other inflammation parameters such as C reactive protein (CRP) due to the short half-life, being an expensive and challenging evaluation of cytokines. C-reactive protein (CRP) is an acute-phase protein produced in response to an inflammatory stimulus and is mostly induced by the pro-inflammatory cytokines. CRP levels are unaffected by anemia, protein levels, red blood cell shape, or patient age or sex (7). It is known to be a reliable indicator of inflammation and used to evaluate low-grade inflammation in many somatic and mental disorders. It has been reported that CRP levels are higher in patients with BD than healthy individuals regardless of the episode, but it increases, especially during mania period (8).

In this area, the complete blood count parameters, as well as CRP, are utilized. Especially, neutrophil/lymphocyte ratio(NLR), platelet/lymphocyte ratio(PLR), mean platelet volume(MPV) and monocyte/lymphocyte ratio (MLR) are increasingly used to assess inflammatory status. These parameters are reported to be cheap, repeatable, and highly reliable to determine inflammation compared to cytokines and CRP. In particular, NLR and PLR have been studied as both predictive and prognostic factors in many systemic diseases (9, 10). Recently, there is growing evidence on the relationship between these variables and psychopathology in the field of psychiatry. Although the increase of inflammation in the manic period of BD has been well examined, the inflammatory condition in depressive and mixed episodes have rarely been investigated. In a limited number of studies, NLR, MLR, and PLR were evaluated for the predictive roles on the prognosis of the disease and their relationships with different states of BD (11, 12). MPV is a less well-treated marker of inflammation in BD, and the findings regarding its association with the disease are contradictory in a limited number of studies. In these studies, the fact that inflammation has not been evaluated with a commonly used indicator such as CRP stands out as a significant deficiency. Besides, neglecting the patients with mixed state is another critical limitation in these studies (11, 13-14).

The inflammatory state in metabolic syndrome is often called low-grade chronic inflammation or metaflammation, meaning metabolically triggered inflammation (15). This chronic inflammation, due to oxidative stress and endoplasmic reticulum stress in adipocytes, leads to macrophage infiltration, abnormal cytokine production, and increased acute-phase reactants (16). Besides, activation of some receptors on adipose macrophages in response to lipids may lead to chronic inflammation in obesity (17, 18) . On the other hand, lipid values and metabolic status have also been shown to have a close relationship with inflammation in patients with BD. Moreover, the current research has focused on these abnormalities in treatment processes (19, 20). However, to our knowledge, there has been only one study that simultaneously evaluated patients and healthy controls in terms of lipid and inflammation parameters (11). Therefore, we aimed to compare patients with different mood episodes and healthy controls in terms of inflammatory status and lipid values. We hypothesized that the inflammatory and lipid parameters would differ in various stages of BD and that there would also be some differences between the remission and the different mood states. We also hypothesized that there would be some differences in the inflammatory and lipid values between healthy individuals and those with BD.

METHOD

The study was conducted at the Usak University Faculty of Medicine Psychiatry Clinic. In total, 250 hospitalized patients, 142 outpatients, and 101 healthy controls from visitors to the hospital, with no major psychopathology, matched for age, sex, and education, were initially included in the study. All patients diagnosed with BD according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition(DSM-IV), diagnostic criteria were included in the study (21). The inclusion criteria were as follows: (1) older than 18 years of age and (2) diagnosed with BD according to DSM-IV diagnostic criteria. The exclusion criteria were as follows: (1) having an acute and chronic medical disease; (2) receiving anti-inflammatory, statin and immunosuppressive therapy; (3)obesity (BMI>30); and (4) dementia or cognitive deterioration according to DSM-IV criteria. All the patients underwent complete blood and urine testing, electrocardiography, and screening for acute infection based on a comprehensive physical examination, complete blood count, hepatic enzymes, and electrolytes. Only patients with normal ranges of the parameters mentioned above were included in the study. All CRP levels were below 11 mg/ dL, which reduced the chance that an acute physical illness was the cause of the inflammatory state (22). Besides, patients with a history of alcohol or drug dependence or traumatic head injury, any past or present major medical or neurological illness. The exclusion criteria and the age range for the controls were identical to those of the patient group. From the initial sample of 250 inpatients, 53 patients were excluded from the study because file data was missing. Twenty-one patients were excluded from the study due to substance and alcohol use or addiction in the registration examinations. Three patients were excluded due to mental retardation comorbidity and five patients due to co-diagnosis of cognitive impairment. 6 patients were excluded from the study due to comorbid chronic disease, CRP>11, and the ongoing NSAI drug use. Thus, 162 consecutive inpatients were included in the final sample. From the initial sample of 142 outpatients who regularly followed by two authors (O.E, A.E); 8 were excluded from the study due to chronic disease and NSAI use, 16 due to lack of records and blood parameters, 20 were co-diagnosed with alcohol substance use disorder, five were excluded from the study due to the presence of cognitive impairment. Thus, 88 consecutive outpatients were included in the final sample.

The study was reviewed and approved by the ethical committee of Usak University Medical Faculty (Date: 15/01/2020; Decision number: 248-04). The subjects with BD were recruited from among patients hospitalized at the inpatient unit and outpatients who regularly followed by the authors of the study in Usak University Hospital. Sociodemographic and clinical variables were collected through a psychiatric interview and a detailed review of the digital patient charts and inpatient files. Data were retrieved from the electronic medical records of all patients between Nov 2017 and Nov 2019 at Usak University Hospital. The study utilized a retrospective, cross-sectional study of patients' records to obtain complete blood count, lipid, and CRP levels. All parameters were determined in the inpatient and outpatient psychiatry clinics as part of the routine laboratory tests conducted upon admission. At our clinics, fasting blood samples were collected between 7:00 and 8:00 AM. Weight and height were measured to calculate the body mass index (BMI). The following parameters were reviewed for all the subjects: high-density lipoprotein cholesterol (HDL), low-density lipoprotein cholesterol (LDL), total cholesterol (TC), triglyceride (TG), C-reactive protein (CRP), and complete blood count. The NLR was calculated by dividing the absolute neutrophil count by the absolute lymphocyte count. The PLR was calculated by dividing the platelet count by the absolute lymphocyte count. For the serum lipid concentration, enzymatic methods were used, and serum levels of CRP were determined using sensitive regular immunoassays(ELISA) that allow the detection of a minimal concentration of 0.1 mg/dL. All CRP levels were below 11 mg/dL, which reduced the chance that an acute physical illness was the cause of the inflammatory state.

Statistics

We used SPSS for Windows 16.0 (Chicago, IL) for all the statistical analyses in this study. The variables were tested for homogeneity of variance

using the Levene test and for the normality of distribution using the Kolmogorov–Smirnov test. Variables that did not follow normal distribution were analyzed using the Kruskal–Wallis test or the Mann–Whitney U test, otherwise Multivariate analysis of variance was used. Categorical variables (sex, marital status, place of residence, smoking status, drug treatment) were compared with the chi-square test. A multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was used, with BMI, smoking, age, and sex as a covariate, to make the comparisons of complete blood count parameters, CRP and lipid values as the between-subject variables. MANCOVA analysis was performed with the group as the primary factor because multiple dependent variables were used. The significant main effects for groups were examined using Bonferroni corrections for each test to reduce type I errors. Bonferroni correction P values were determined based on number of dependent variables. According to this issue, P values less than 0.005 were considered statistically significant for the NLR, PLR, MLR, CRP, MPV, and lipid values.

RESULTS

A total of 250 patients (162 inpatients and 88 outpatients) and 101 healthy controls were included in the study. Of these patients, 78 were in mania (31%), 51 were in depression (20%), 33 were in mixed episodes (13%), and 88 patients were in remission (35%). 51% of the participants were female, and 49% were male. The mean age of the patient group was 41.27±11.29, and the control group was 35.70±12.66. There were no significant differences between the groups in terms of sex, duration of education, marital status. There were significant differences between the groups in terms of smoking status, place of residence, age, and BMI. In multiple comparisons, patients with manic episode were older than patients with other groups (f=6.62, p<0.001). Patients with mixed and manic episode were found to have higher BMI than other groups (f=7.14, p<0.001). Finally, the highest smoking rate (72.7%) was found to be in patients with mixed episode (X2=18.57, df=4, p=0.001) (Table 1).

NLR values were lower in patients with depressive state compared to patients with manic, mixed, euthymic state, and healthy individuals (F=4.22, p=0.002). No significant differences were found between the groups in terms of PLR and MPV values (f=2.13; p=0.77; f=2.74, p=0.029). Patients with mixed and depressive states had higher CRP values than patients with manic state, while

Table 1. Socidemographic and clinical features of patients with bipolar disorder and healthy controls

		Bipolar Disorder				Healthy controls N=101	Statistic	p
		Mania N=78	Depression N=51	Mixed N=33	Remitted N=88			
Gender	*Female*	45	27	15	40	46	F=3.75	0.44
		57.7%	52.9%	45.5%	45.5%	45.5%	Df=4	
	Male	33	24	18	48	55		
		42.3%	47.1%	54.5%	54.5%	54.5%		
Place of residence	*Rural*	60	27	16	70	39	X^2=45.57	<0.001
		76.9%	52.9%	48.5%	79.5%	38.6%	Df=4	
	Urban	18	24	17	18	62		
		23.1%	47.1%	51.5%	20.5%	61.4%		
Cigarette smoking	*No*	27	21	9	52	51	X^2=18.57	0.001
		34.6%	41.2%	27.3%	61.9%	50.5%	Df=4	
	Yes	51	30	24	32	50		
		65.4%	58.8%	72.7%	38.1%	49.5%		
Marital status	*Single*	44	25	13	42	40	F=2.78	0.52
		%56.4	50%	39%	48%	40%	Df=4	
	Married	34	25	20	46	61		
		%43.6	50%	61%	52%	60%		
Medication profile	*Lithium (Li) alone*	9 (11.5%)	8 (15.8%)	3 (9.1%)	19 (21.6%)	-	X2=15.27	0,011
	Sodium valproate(Valp) alone	11 (14.1%	4 (7.8%)	3 (9.1%)	15 (17.0%)	-	Df=4	
	Li+Valp	20 (25.7%)	8 (15.8%)	4 (12.1%)	10 (11.4%)	-		
	Li/Valp+ Antipsychotic(AP)	24 (30.8%)	17(33.3%)	14 (42.4%)	24 (27.3%)	-		
	AP alone	10 (12.8%)	1 (1.8%)	5 (15.2%)	10 (11.4%)	-		
	Antidepressants+Li/Val/AP	0 (0%)	11(21.7%)	0 (0%)	3 (3.4%)	-		
	Other	4 (5.1%)	2 (3.8%)	4 (12.1%)	7 (7.9%)	-		
		Mean–SD	Mean–SD	Mean–SD	Mean–SD	Mean–SD		
Age		44.0–11.45	38.7–12.02	39.8–9.54	42.59–12.16	35.70–12.66	F=6.62	<0.001
Education level (years)		8.91–2.24	9.37–2.89	9.39–2.98	9.00–2.37	9.22–2.84	F=0.41	0.801
The number of hospitalization		3.31 – 2.52	3.18 – 2.48	3.51–2.91	2.03–1.81	---	F=5.14	0.021
Age at ilness onset		25.61 –10.3	24.9 – 8.21	22.51 – 8.31	24.71 – 7.32	---	F=1.04	0.564
Body Mass Index		28.26–4.64	26.11–3.31	29.39–5.88	24.72–3.72	24.39–3.69	F=7.14	<0.001

Table 2. Comparison of patients and controls in terms of lipid and inflammation parameters

	Bipolar Disorder				Healthy			
	Mania (M) N=78	Depression(D) N=51	Mixed(MX) N=33	Remitted (R) N=88	Controls (HC) N=101	Statistic Mancova	p	Post-hoc Comparisons
Inflammation parameters	*mean–SD*	*mean–SD*	*mean–SD*	*mean–SD*	*mean–SD*			
MPV	9.38–1.09	9.32–1.03	9.23–0.98	9.23–0.98	9.63–1.24	2.745	0.029	HC>D, M,MX,R
CRP	2.23–2.15	3.02–2.99	2.20–2.46	1.48–2.02	1.57–2.12	10.415	<0.001	D,MX>M>HC,R
PLR	114.34–34.39	107.02–51.37	101.89–21.82	127.41–48.07	121.15–80.80	2.130	0.077	N/A
MLR	0.24–0.13	0.19–0.06	0.21–0.09	0.22–0.05	0.19–0.05	9.268	<0.001	M>R>MX>D, HC
NLR	1.81–0.93	1.47–0.67	1.81–0.97	2.29–1.21	2.12–1.08	4.223	0.002	D<R,HC, MX,M
Lipid parameters								
Trigliserid	144.50–78.47	121.53–72.55	164.64–114.40	166.27–86.58	125.43–46.26	7.573	<0.001	R,MX>M,D>HC
Cholesterol	185.38–42.03	171.88–46.05	171.27–36.56	202.00–45.23	175.00–30.85	11.950	<0.001	R>M,D,MX>HC
HDL	49.65–12.35	48.51–9.03	42.19–13.82	47.74–12.13	45.45–9.93	2.957	0.020	M,D,R>MX,HC
LDL	107.63–31.67	99.07–36.80	96.15–28.89	121.01–41.28	104.46–24.38	12.192	<0.001	R>M,D,MX>HC
VLDL	28.87–15.70	24.30–14.51	32.92–22.88	33.25–17.32	25.08–9.25	7.578	<0.001	R, MX>M,D,C

patients with manic state had higher CRP values than euthymic patients and healthy controls (f=10,42, p<0.001). On the other hand, MLR values were significantly higher in patients with manic state than those with mixed, depressive and euthymic state, and controls, but there was no difference between patients with depression and healthy controls (f=9,27, p<0.001) (Table 2).

Regarding lipid values, patients with mixed episodes and remitted patients had significantly higher triglycerides compared to all other groups (f=7.57, p<0.001). Patients in remission had significantly higher LDL and total cholesterol values than those with manic, depressive, and mixed state. It was found that healthy controls had lower LDL and total cholesterol values than all patient groups. (f=12,19, p<0.001 and f = 11, 95, p<0.001, respectively) (Table 2).

DISCUSSION

Our study showed that CRP values were higher in patients with depressive and mixed episode than patients with mania and euthymic and healthy controls, while MLR values were significantly higher in patients with manic episode compared to patients with other groups and healthy controls. On the other hand, PLR and MPV values do not differ between patients and controls. Our findings support the association of low-grade inflammation with BD and suggest that CRP value may be a potential biomarker for mixed and depressive states, while MLR value may be a potential biomarker for manic state.

In our study, we found no difference in NLR values between patients with manic, mixed and euthymic state, and healthy individuals. Aykut et al. (2018) found no statistically significant difference in NLR between euthymic BD and control group, while Ivkovic et al. (2016) observed increased NLR in BD euthymic compared to healthy controls (23, 24). Also, it has been reported that patients with BD had higher NLR values than healthy controls, but there was no difference at these values between patients with different states (mania, depression, and euthymia) (25, 26). As previous studies did not evaluate patients for mixed episodes, it is difficult to compare their findings with our research. Another notable point is that factors such as BMI, smoking, and age, which are expected to affect the level of inflammation, were not controlled when comparing groups in the studies reported significantly higher NLR in patients with BD. Besides, when comparing closely related inflammation parameters in a multivariate model, a failure to perform statistical correction of significance values can also be considered as a methodological deficiency (11, 25, 27). In conclusion, our study suggests that NLR values may not be a good indicator of inflammation in different states of BD, contrary to previous findings.

We also found no significant differences between patient and control groups in terms of MPV and PLR values. Both these parameters reflect platelet number and volume, which are considered to be one of the determinants of inflammation in the literature. Studies reported that PLR values were higher in patients with manic and euthymic states than healthy controls (14, 26). Recently, Binici et

al. (2018) reported no significant difference at PLR values between patients with BD and healthy controls. This study shows the methodological similarity with our study. For example, the age and BMI as covariate variables were included in the multivariate model, and the level of significance was redetermined with Bonferroni correction in this study (28).

On the other hand, the findings regarding MPV is contradictory in the literature. MPV values were reported to bee higher in patients with BD than healthy controls (14), while some studies were found to be lower than healthy controls (13). It is important to note that the type of patients' episodes was ignored; the comparisons were not controlled for confounding variables such as smoking, age, and BMI in both studies. Therefore, well-designed prospective studies on a larger sample are needed to determine whether MPV and PLR are simple markers of inflammation in BD.

In our study, CRP values were found to be higher in patients with mania, depressive, and mixed states than those with the euthymic phase. While there were no differences between patients with depressive and mixed state, it was remarkable that the patients with these episodes had higher levels of CRP than those with the manic state. Although most studies found an increase in CRP concentration during manic state, the data regarding depressive, mixed, and euthymic states is less clear (29, 30). In a recent meta-analysis study, CRP levels were reported to be higher in patients with manic periods than healthy controls and patients with depressive and euthymic states (8). Furthermore, it has been suggested that increasing CRP levels during the depressive period can predict future manic episodes (31). In our study, higher CRP levels in manic and depressive states support previous findings in the literature. However, the result of higher CRP levels in patients with mixed state is a new addition to the research. Almost 40% of patients with BD experience mixed episodes, and this rate is likely to rise further, along with the DSM-5 criteria (32). Although patients experiencing mixed symptoms were reported to be different not only clinically but also etiologically from the other bipolar patients, the pathogenesis of mixed episodes could not be fully clarified (33). The role of inflammation in the pathogenesis of mixed symptoms or mood swings has not yet been investigated, and this area seems to be worth investigating, given the higher level of CRP in mixed states in our study.

Another important finding of the study is that MLR values were significantly higher in patients with manic state compared to patients with depressive and mixed state and healthy controls. This finding has been previously reported in a small number of studies (11, 34). MLR is a low-cost and relatively new predictor of white blood cell count. One study reported that increased expression of immune genes and overproduction of cytokines-associated macrophages increased monocyte count in psychiatric patients (35). Pro-inflammatory cytokines released from activated monocytes can be an explanation of the relationship between mood and MLR (36). It is also reported that a large proportion of patients with BD have an inflammation gene expression related to mood swings. (37). This finding, supported by a limited number of previous studies, also coincides with the hypothesis of increased inflammation as a result of increased monocyte-related gene expression during the mood states. There is a need for prospective studies on patients with BD, including genes, gene expressions, monocytes, and MLR values to clarify this subject.

Concerning lipid values, we found that all lipid parameters were higher in remitted patients than healthy controls. It has been reported that lipid metabolism has a role in the course of BD through increased inflammation or other pathways (19, 20). However, the current study suggests that the increase in lipid levels, especially during remission, may be a result of regular drug use and weight gain rather than an etiological cause. It is predictable that patients with euthymic state take their medication more regularly and become more sedentary, and this makes them more prone to obesity and hyperlipidemia. Previous studies have also reported increases in lipid levels and weight gain associated with certain psychotropic drugs (38, 39). The other striking finding is that patients with mixed state had concurrently higher TG and LDL and lower HDL levels, which are evaluated as coronary risk factors. This may be a result of increased inflammation manifested by an increase in CRP

levels in mixed episode above mentioned, as well as directly reflecting a metabolic disorder in these patients. Therefore, psychiatrists and other physicians should consider other coronary risk factors when evaluating patients with mixed episode and should keep in mind this aspect in the treatment selection and management.

The use of psychotropic drugs may affect inflammation and blood lipid values in patients with BD. There is evidence that the relative impact of mood stabilizers on the immune system (40). The effect of lithium on the immune system is contradictory because lithium has been shown to have both anti-inflammatory and pro-inflammatory effects (41, 42). Compared to lithium, there is much less information about the impact of valproic acid on the immune system. Previous studies have claimed possible anti-inflammatory effects of valproic acid. However, some studies have failed to show a significant anti-inflammatory effect (43, 44). The impact of carbamazepine, lamotrigine, and antipsychotics on the immune system also remains unclear due to a lack of clinical studies (45). Studies on the effect of antipsychotic treatment on inflammation indicated mixed findings, showing an increase, a decrease, or unchanged levels of inflammation markers after antipsychotic treatment. This discrepancy may be related to the different effects of antipsychotic agents on the immune system, having both a direct anti-inflammatory activity and an indirect pro-inflammatory activity related to their effect on weight-gain and increased adipose tissue (46).

It cannot be ruled out that our study has some limitations. As this was a cross-sectional study of baseline parameters, the longer-term associations between BD, inflammation, and lipid parameters were not addressed. The retrospective design makes it difficult to establish a cause-and-effect relationship between inflammation parameters and disease. The severity of the illness during episodes and the total number of mood states could not be evaluated, and this may also affect the parameters of inflammation and lipid levels. PLR, NLR, MLR, and MPV have recently been investigated as inexpensive and reproducible markers of systemic inflammation in many diseases. These markers are also suggested as prognostic and reliable determinants related to inflammation for many types of systemic disease. Nonetheless, there are mixed and limited data about the sensitivity and specificity of these variables as inflammatory biomarkers in mental and physical disorders. Other limitations include the evaluation of the measurements in different phases of BD, which do not belong to the same patients, using an old diagnostic tool (DSM-IV) to diagnose the patients and the small sample size.

CONCLUSION

In conclusion, our study indicates that there may be an increase in inflammation in all mood episodes, including mixed, depressive, and mania in patients with BD. It suggests that MLR value may be a determinant of increased inflammation in the manic state while CRP values, especially in mixed and depressive episodes. Our findings also claim that patients with BD experience metabolic deterioration, especially during remission and mixed episodes, which may be associated with increased inflammation, and that this should be taken into account in treatment management. However, a larger sample and longitudinal studies are needed to establish a cause-and-effect relationship between inflammation, metabolic parameters, and different episodes of BD.

Correspondence address: Assis. Prof. Okan Ekinci, Department of Psychiatry, Usak University, Usak, Turkey
drokanekinci@yahoo.com

REFERENCES

1. Hayes JF, Miles J, Walters K, King M, Osborn DP. A systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder. Acta Psychiatr Scand. 2015;131: 417–25.

2. Rosenblat JD, McIntyre RS. Bipolar disorder and Inflammation. Psychiatr Clin N Am. 2016; 39: 125–37.

3. Leboyer M, Soreca I, Scott J, Frye M, Henry C, Tamouza R, Kupfer DJ. Can bipolar disorder be viewed as a multi-system inflammatory disease? J Affect Disord. 2012;141: 1–10.

4. Rosenblat JD, Brietzke E, Mansur RB, Maruschak NA, Lee Y, McIntyre RS. Inflammation as a neurobiological substrate of cognitive impairment in bipolar disorder: evidence, pathophysiology and treatment implications. J Affect Disord. 2015;188:149–59.

5. Modabbernia A, Taslimi S, Brietzke E, Ashrafi M. Cytokine alterations in bipolar disorder: A meta-analysis of 30 studies. Biol Psychiatry 2013; 74: 15–25.

6. Munkholm K, Vinberg M, Vedel Kessing L. Cytokines in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2013; 144: 16–27.

7. Clyne B, Olshaker JS. The C-reactive protein. J Emerg Med. 1999;17:1019–25.

8. Fernandes BS, Steiner J, Molendijk ML, Dodd S, Nardin P, Gonçalves CA, Jacka F, Köhler CA, Karmakar C, Carvalho AF, Berk M. C-reactive protein concentrations across the mood spectrum in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2016;3: 1147–56.

9. DiGangi C. Neutrophil-lymphocyte ratio: predicting cardiovascular and renal complications in patients with diabetes. J Am Assoc Nurse Pract. 2016; 28: 410-4.

10. Zhang H, Gao L, Zhang B, Zhang L, Wang C. Prognostic value of platelet to lymphocyte ratio in non-small cell lung cancer: a systematic review and meta-analysis. Sci. Rep. 2016; 6 (22618): 1-6.

11. Inanli I, Aydin M, Çaliskan AM, Eren I. Neutrophil/lymphocyte ratio, monocyte/lymphocyte ratio, and mean platelet volume as systemic inflammatory markers in different states of bipolar disorder. Nord J Psychiatry. 2019; 73:372-79.

12. Melo MCA, Garcia RF, de Araújo CFC, Abreu RLC, de Bruin PFC, de Bruin VMS. Clinical significance of neutrophil-lymphocyte and platelet-lymphocyte ratios in bipolar patients: An 18-month prospective study. Psychiatry Res. 2019; 271:8-14.

13. Mayda H, Ahsen A, Bağcioğlu E, Öztürk A, Bahçeci B, Soyuçok E, Başpinar E, Ulu MS. Effect of increased neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) and decreased mean platelet volume (MPV) values on inflammation in acute mania. Noro Psikiyatr Ars. 2016;53: 317–320.

14. Mert DG, Terzi H. Mean platelet volume in bipolar disorder: the search for an ideal biomarker. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016;12: 2057–2062.

15. Hotamisligil GS. Inflammation, metaflammation and immunometabolic disorders. Nature. 2017;542(7640):177–185.

16. Wellen KE, Hotamisligil GS. Inflammation, stress, and diabetes. J Clin Invest. 2005;115:1111–1119.

17. Vandanmagsar B, Youm YH, Ravussin A, Galgani JE, Stadler K, Mynatt RL, Ravussin E, Stephens JM, Dixit VD. The NLRP3 inflammasome instigates obesity-induced inflammation and insulin resistance. Nature Med. 2011; 17:179–188.

18. Stienstra R, van Diepen JA, Tack CJ, Zaki MH, van de Veerdonk FL, Perera D, Neale GA, Hooiveld GJ, Hijmans A, Vroegrijk I, van den Berg S, Romijn J, Rensen PC, Joosten LA, Netea MG, Kanneganti TD. Inflammasome is a central player in the induction of obesity and insulin resistance. Proc. Natl Acad. Sci. USA. 2011; 108:15324–15329.

19. Chang HH, Chen PS, Wang TY, Lee SY, Chen SL, Huang SY, Hong JS, Yang YK, Lu RB. Effect of memantine on C-reactive protein and lipid profiles in bipolar disorder. J Affect Disord. 2017; 221:151-7.

20. Chang HH, Chou CH, Chen PS, Gean PW, Huang HC, Lin CY, Yang YK, Lu RB. High prevalence of metabolic disturbances in patients with bipolar disorder in Taiwan. J Affect Disord. 2009; 117: 124–9.

21. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

22. Barzilay R, Lobel T, Krivoy A, Shlosberg D, Weizman A, Katz N. Elevated C-reactive protein levels in schizophrenia inpatients is associated with aggressive behavior.Eur Psychiatry. 2016 ;31:8-12.

23. Sağlam Aykut D, Civil Arslan F, Özkorumak Karagüzel E, Aral G, Karakullukçu S. The relationship between neutrophil-lymphocyte, platelet-lymphocyte ratio and cognitive functions in bipolar disorder. Nord J Psychiatry. 2018;72:119-23.

24. Ivković M, Pantović-Stefanović M, Dunjić-Kostić B, Jurišić V, Lačković M, Totić-Poznanović S, Jovanović AA, Damjanović A. Neutrophil-to-lymphocyte ratio predicting suicide risk in euthymic patients with bipolar disorder: Moderatory effect of family history. Compr Psychiatry. 2016; 66:87-95.

25. Ayhan MG, Cicek IE, Inanli I, Caliskan AM, Ercan Kirci S, Eren I. Neutrophil/lymphocyte and platelet/lymphocyte ratios in all mood states of bipolar disorder. Psychiat Clin Psychopharmacol. 2017;27:278–282.

26. Kalelioglu T, Akkus M, Karamustafalioglu N, Genc A, Genc ES, Cansiz A, Emul M. Neutrophil-lymphocyte and platelet-lymphocyte ratios as inflammation markers for bipolar disorder. Psychiatry Res. 2015; 228:925-7.

27. Yildiz M, Batmaz S, Songur E, Sahin S, Demir O. Simple markers for subclinical inflammation in the different phases of bipolar affective disorder. Arch Clin Psychiatry (Sao Paulo). 2016; 43:143–146.

28. Cevher Binici N, Alşen Güney S, İnal Emiroğlu FN. Neutrophil-lymphocyte and platelet-lymphocyte ratios among adolescents with bipolar disorder: A preliminary study. Psychiatry Res. 2018;269:178-82.

29. Cunha AB, Andreazza AC, Gomes FA, Frey BN, da Silveira LE, Gonçalves CA, Kapczinski F. Investigation of serum high-sensitive C-reactive protein levels across all mood states in bipolar disorder. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2008; 258: 300–4.

30. Dickerson F, Stallings C, Origoni A, Boronow J, Yolken R. Elevated serum levels of C-reactive protein are associated with mania symptoms in outpatients with bipolar disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2007; 31: 952–55.

31. Becking K, Boschloo L, Vogelzangs N, Haarman BC, Riemersma-van der Lek R, Penninx BW, Schoevers RA. The association between immune activation and manic symptoms in patients with a depressive disorder. Transl Psychiatry. 2013; 3: e314.

32. Shim IH, Woo YS, Bahk WM. Prevalence rates and clinical implications of bipolar disorder "with mixed features" as defined by DSM-5. J Affect Disord. 2015;173:120-5.

33. Fagiolini A, Coluccia A, Maina G, Forgione RN, Goracci A, Cuomo A, Young AH. Diagnosis, Epidemiology and Management of Mixed States in bipolar disorder. CNS DRUGS. 2015; 29: 725-740.

34. Ozdin S, Sarisoy G, Boke O. A comparison of the neutrophil-lymphocyte ratios in schizophrenia and bipolar disorder patients– a retrospective file review. Nord J Psychiatry. 2017; 71:509–12.

35. Beumer W, Gibney SM, Drexhage RC, Pont-Lezica L, Doorduin J, Klein HC, Steiner J, Connor TJ, Harkin A, Versnel MA, Drexhage HA. The immune theory of psychiatric diseases: a key role for activated microglia and circulating monocytes. J Leukoc Biol. 2012;92: 959–75.

36. Padmos RC, Hillegers MHJ, Knijff EM, Vonk R, Bouvy A, Staal FJ, de Ridder D, Kupka RW, Nolen WA, Drexhage HA. A discriminating messenger RNA signature for bipolar disorder formed by an aberrant expression of inflammatory genes in monocytes. Arch Gen Psychiatry. 2008; 65: 395–407.

37. Padmos RC, Van Baal GC, Vonk R, Wijkhuijs AJ, Kahn RS, Nolen WA, Drexhage HA. Genetic and environmental influences on pro-inflammatory monocytes in bipolar disorder. Arch Gen Psychiatry. 2009; 66: 957–65.

38. Chang HH, Yang YK, Gean PW, Huang HC, Chen PS, Lu RB. The role of valproate in metabolic disturbances in bipolar disorder patients. J Affect Disord 2010; 124: 319-23.

39. Citrome L, Holt RIG, Walker DJ, Hoffmann VP. Weight Gain and Changes in Metabolic Variables following Olanzapine Treatment in Schizophrenia and Bipolar Disorder. Clin Drug Investig. 2011; 31: 455–482.

40. Horrobin DF, Lieb J. A biochemical basis for the actions of lithium on behaviour and on immunity: Relapsing and remitting disorders of inflammation and immunity such as multiple sclerosis or recurrent herpes as manic-depression of the immune system. Med Hypotheses 1981; 7: 891–905.

41. Nassar A, Azab AN. Effects of lithium on inflammation. ACS Chem. Neurosci. 2014; 5: 451–458.

42. Maddu N, Raghavendra PB. Review of lithium effects on immune cells. Immunopharmacol. Immunotoxicol. 2015; 37: 111–125.

43. Lee SY, Chen SL, Chang YH, Chen PS, Huang SY, Tzeng NS, Wang YS, Wang LJ, Lee IH, Wang TY, Yeh TL, Yang YK, Hong JS, Lu RB. The effects of add-on low-dose memantine on cytokine levels in bipolar II depression: A 12-week double-blind, randomized controlled trial. J Clin Psychopharmacol. 2014; 34: 337–343.

44. Maes M, Bosmans E, Calabrese J, Smith R, Meltzer HY. Interleukin-2 and interleukin-6 in schizophrenia and mania: Effects of neuroleptics and mood stabilizers. J Psychiatr Res. 1995; 29: 141–152.

45. van den Ameele S, van Diermen L, Staels W, Coppens V, Dumont G, Sabbe B, Morrens M. The effect of mood-stabilizing drugs on cytokine levels in bipolar disorder: A systematic review. J. Affect. Disord. 2016; 203: 364–373.

46. Zajkowska Z, Mondelli V. First-episode psychosis: an inflammatory state? Neuroimmunomodulation. 2014;21:102-8.

Türkiye- Suriye sınırındaki Kilis'te füze saldırıları sonrası anksiyete, depresyon ve stres tepkisi düzeyleri

Levels of anxiety, depression and stress response after missile attacks in Kilis in Turkey-Syria border

Musa Şahpolat[1], Duygu Ayar[2]
[1]Uzm. Dr, Kilis Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Kilis, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-0022-2389
[2]Dr. Öğr. Üyesi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kilis, Türkiye https://orcid.org/0000-0003-3781-7914

ÖZET

Amaç: Terör saldırıları hedef toplumda ağır sosyal, ekonomik, siyasal ve psikolojik sonuçlara neden olarak temelde bireysel yaşamı olumsuz etkileyen eylem biçimidir. Bu çalışmanın amacı Suriye'deki savaş nedeniyle Ocak 2016 yılında başlayan ve yaklaşık altı ay kadar süren Türkiye-Suriye sınırında yer alan Kilis'e fırlatılan füzeler sonrası meydana gelen o bölgede yaşayan kişilerde saldırıların bitiminden itibaren altıncı aydaki anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) oranlarını belirlemektir. **Yöntem:** Bu çalışmaya saldırıların bitiminden itibaren altıncı ayda saldırıların olduğu dönemde bölgede yaşayan olaylara maruz kalan 80 kişi örneklem grubu ve saldırılar döneminde bölgede yaşamayan 80 sağlıklı gönüllü kişi kontrol grubu olmak üzere toplam 160 kişi alınmıştır. Tüm katılımcılara klinisyen eşliğinde DSM-IV I. Eksen İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I), Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu, Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği ve Sosyodemografik Bilgi Formu uygulanmıştır. **Bulgular:** İki grup arasında yaş, cinsiyet ve demografik etkenler açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Örneklem grubunun anksiyete, depresyon ve TSSB oranları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi ile depresyon ve TSSB arasında bir ilişki saptanmamıştır. Depresyon ve TSSB tanısı alanların eğitim düzeylerinin daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Ayrıca daha önce psikiyatrik tedavi alanlarda ve saldırılarda yakın kaybı yaşayanlarda depresyon ve TSSB tanısı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. **Sonuç:** Bu çalışma terörist saldırılara maruz kalan bireylerde yüksek oranda TSSB görüldüğüne dair bilgileri desteklemektedir. Bu tür saldırıların ruhsal sonuçlarını ortaya koyacak daha geniş örneklemli ve uzun vadeli çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, terör saldırıları

SUMMARY

Objective: Terrorist attacks are a form of action that negatively affect an individual's life by causing heavy social, economic, political and psychological consequences in the society. This study aimed to determine the rates of anxiety, depression and post-traumatic stress disorder (PTSD) in the sixth month after the end of missile attacks that started in January 2016 in Kilis near Turkish-Syrian border due to the Syria war and lasted about six months. **Method:** This study contained a total of 160 participants, including 80 individuals who lived in this region in the sixth month after the end of missile attacks and were exposed to events and 80 healthy volunteers who did not live in this region during missile attacks. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Beck Depression Inventory, Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version (PCL-C), State-Trait Anxiety Inventory and Sociodemographic Information Form was administered to all participants under the guidance of a clinician. **Results:** There was no significant difference between the two groups in terms of demographic factors. The rates of anxiety, depression and PTSD were found significantly higher in individuals exposed to missile attacks compared to healthy controls. There was no significant relationship between age, gender, marital status, income level and depression-PTSD. It was determined that individuals diagnosed with depression and PTSD had higher education level. In addition, the diagnosis of depression and PTSD was found to be significantly higher in individuals who previously received psychiatric treatment and who lost their relatives due to missile attacks. **Discussion:** This study supports the information that individuals who are exposed to terrorist attacks have a high rate of PTSD. Large sample size and long-term studies should be done to reveal the mental consequences of such attacks.

Key Words: Anxiety, depression, post-traumatic stress disorder, terrorist attacks

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:423-429)
DOI: 10.5505/kpd.2020.26213

Makalenin geliş tarihi: 07.03.2020, Yayına kabul tarihi: 14.04.2020

GİRİŞ

Suriye'deki savaş nedeniyle Türkiye-Suriye sınırında yer alan Kilis'e Ocak 2016 yılında başlayan ve yaklaşık altı ay kadar süren birçok füze saldırısı yapılmıştır (1). Kilis ili, yedi yıldan uzun süre iç savaşın sürdüğü Suriye'ye sınırda yer alan bir yerleşim yeridir. Bu saldırılar, Türkiye Cumhuriyeti tarihinde aynı bölgeye belirli bir sürede devamlılık arz eden sık füze saldırıları şeklinde meydana gelen terör eylemi olarak yerini almıştır (1,2). Terörizm insan eliyle istemli olarak oluşturulan, geniş kitleleri etkileyen ve hedef toplumda en yüksek psikolojik etkiyi oluşturmak amacıyla gerçekleştirilen eylem biçimleri olarak karşımıza çıkmaktadır (3,4). Bu saldırılar toplumda ağır sosyal, ekonomik, siyasal ve psikolojik sonuçlara neden olarak temelde bireysel yaşamı olumsuz etkilemektedir (3,4).

Terör eylemleri bireylerin yaşam kalitesinde düşüş meydana getirmekte, ruhsal dengesini ve uyumunu olumsuz etkilemektedir. Bir saldırıya ilk tepki olarak genellikle panik, anksiyete, uyku bozukluğu, alkol/madde ve ilaç kullanımı, olağan etkinliklerde bozulma meydana gelmektedir (5,6). İlerleyen günlerde ise bir yatışma olabileceği gibi olayın etkisinin büyüklüğüne bağlı olarak değişik şiddette ve değişen tepkiler oluşabilmektedir (6). Terör ve savaş travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi travma ile doğrudan ilgisi bilinen klasik psikiyatrik tablonun dışında ayrıca anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanım bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklarında sıklığında artış meydana getirmektedir (4,7,8). ABD'de Oklohoma City'deki bombalamadan sonra yapılan çalışmada etkilenen kişilerin yarıya yakınında anksiyete, depresyon ve alkol kullanımı ile ilgili sorunlar saptanırken, %34'ünde TSSB olduğu saptanmıştır (9). TSSB'nin erişkin popülasyonda yaygınlığı yaklaşık %3, yaşam boyu yaygınlığı ise %1,9-8,8 olarak bildirilmektedir (5).

Türkiye terörist saldırılarının sıkça yaşandığı bir ülke olmasına rağmen bu saldırıların kişiler üzerinde nasıl bir psikolojik etkiye neden olduğu ile ilgili yapılmış çalışmalar çok azdır. Bu çalışmanın amacı Suriye'deki savaş nedeniyle Ocak 2016 yılında başlayan ve yaklaşık altı ay kadar süren Türkiye-Suriye sınırında yer alan Kilis'e fırlatılan füzeler sonrası meydana gelen o bölgede yaşayan kişilerde saldırıların bitiminden itibaren altıncı aydaki anksiyete, depresyon ve TSSB oranlarını belirlemektir.

YÖNTEM

Örneklem

Çalışma başlatılmadan önce Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Araştırma Protokol Kodu: 05/04/2017/90). Çalışmaya dâhil edilmede gönüllülük esas alınmış ve görüşmeye katılabilecek zihinsel ve fiziksel yeterliliğe sahip olmayan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Bu çalışmaya saldırıların bitiminden itibaren sonraki altıncı ayda saldırıların olduğu dönemde bölgede yaşayan 80 kişi örneklem grubu ve 80 sağlıklı gönüllü kişi kontrol grubu olmak üzere toplam 160 kişi alınmıştır. Örneklem grubu Kilis il merkezinden ve Kilis Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran kişilerden basit rastgele yöntem ile seçilmiştir. Saldırıların olmadığı zamanda il ve ilçelerde yaşayan kişiler kontrol grubunu oluşturmuştur. Örneklem ve kontrol grubunun sayısı Power analizi sonucuna göre 160 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmanın dışlama kriterleri ise; 18 yaşından küçük olma, 65 yaşından büyük olma, zeka geriliği varlığı, psikotik bozukluğa sahip olma ve duygudurum bozukluğunun manik epizodunda olma olarak belirlenmiştir. Tüm katılımcılara saldırılardan sonraki altıncı ayda klinisyen eşliğinde DSM-IV I. Eksen İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I), Beck Depresyon Ölçeği, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu, Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği ve Sosyodemografik Bilgi Formu uygulandı.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Bilgi Formu: Araştırmanın yazarlarınca oluşturulan kişilerin sosyodemografik bilgilerini almak için kullanılan bilgi formudur. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, aylık gelir

vb. bilgiler yer almıştır.

DSM-IV I. Eksen İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I): 1997 yılında First ve ark. tarafından, DSM-IV Eksen-I tanılarının konması için geliştirilen, yapılandırılmış klinik görüşme formudur (10). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 1999 yılında Özkürkçügil ve ark. tarafından yapılmıştır (11). Bu çalışmada SCID-I, depresyon ve TSSB açısından tanısal değerlendirme yapmak için kullanılmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck ve ark. (12) tarafından 1978 yılında geliştirilmiş, Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1989 yılında Hisli (13) tarafından yapılmıştır. Depresif belirtilerin şiddetini ölçmekte kullanılan, 21 maddeden oluşan, her maddeye 0-3 arasında puan verilen, toplam puanının 0-63 arasında olduğu bir ölçektir. Çalışmada depresif belirtilerin varlığını ve şiddetini değerlendirmek amacı ile kullanıldı.

Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi Sivil Versiyonu (Post-traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version, PLC-C): Dobbie ve ark. (14) tarafından 2002 yılında geliştirilen ölçek, Kocabaşoğlu ve ark. (15) tarafından 2005 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. TSSB belirtilerinin sıklık ve yoğunluğunu değerlendiren on yedi maddelik, dörtlü Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin yeniden yaşama, kaçınma ve uyarılmışlık olmak üzere üç alt grubu vardır.

Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (StateTrait Anxiety Inventory-STAI-1, STAI-2): Spielberg tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1985 yılında Öner ve ark. (16) tarafından yapılmıştır. Her biri 20 sorudan oluşan iki ölçekten oluşmaktadır. İki ölçekten alınacak puanlar 20-80 arasındadır. Yüksek puanlar yüksek, düşük puanlar düşük anksiyete düzeyini göstermektedir. Durumluk anksiyete ölçeği belirli bir durumdaki anksiyete düzeyini gösterirken, sürekli anksiyete ölçeği bireyin içinde bulunduğu durumdan bağımsız olarak yaşadığı anksiyete düzeyini değerlendirmektedir.

İstatistiksel Yöntem

Elde edilen veriler SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences, Kaysville, Utah, USA) programı kullanılarak değerlendirilmiş ve analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel analizler olarak ortalama, standart sapma, frekans, yüzdelik gibi analizler kullanıldı. Verilerin dağılımının normal olup olmadığına Kolmogorov-Smirnov testi ile bakıldı. Normal dağılım gösteren niceliksel verilerin iki grup karşılaştırmalarında Independent Sample t Test, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson ki-kare testi kullanıldı. Veriler arası ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Tüm istatistiksel veriler için $p<0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Saldırılardan sonraki altıncı ayda yapılan bu çalışmaya katılanların %45'i (72) kadın, %55'i (88) erkektir. Örneklem grubunun %43.75'i (35) kadın, %56.25'i (45) erkek ve kontrol grubunun %46.25'i (37) kadın, %53.75'i (43) erkek idi ($P=0.751$). Grupların ortalama yaşı 30.28±13.83 yıldır. Örneklem grubunun yaş ortalaması 30.87±13.81 yıl ve kontrol grubun yaş ortalaması 29.68±13.91 yıl idi ($p=0.589$). Gruplar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ortalama aylık gelir, daha önce psikiyatrik tedavi alma ve saldırılarda yakın kaybı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 1).

BDÖ değeri örneklem grubunda (14.97±8.66) kontrol grubuna (7.98±4.52) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p<0.001$). TSSB toplam ölçek değeri örneklem grubunda (40.18±10.17) kontrol grubuna (33.55±7.92) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p<0.001$). STAI-1 ölçek değeri örneklem grubunda (54.70±6.08) kontrol grubuna (51.58±4.06) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p<0.001$). STAI-2 ölçek değeri örneklem grubunda (41.80±5.97) kontrol grubuna (38.42±4.37) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p<0.001$) (Tablo 2).

Örneklem grubunda depresyon ve TSSB oranları

Tablo 1. Grupların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması

Değişkenler	Örneklem grubu (n=80)		Kontrol grubu (n=80)		Toplam (n=160)		Önemlilik derecesi
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet							
Kadın	35	43.75	37	46.25	72	45	χ^2=0.101
Erkek	45	56.25	43	53.75	88	55	*p*=0.751
Medeni Durum							
Bekar	48	60	52	65	100	62.5	χ^2=0.427
Evli	32	40	28	35	60	37.5	*p*=0.514
Eğitim düzeyi							
İlköğretim ve altı	27	33.75	25	31.25	52	32.5	χ^2=0.674
Lise	29	36.25	34	42.5	63	39.4	*p*=0.714
Lisans ve daha üstü	24	30.0	21	26.25	45	28.1	
Gelir düzeyi							
Düşük	38	47.5	33	41.25	71	44.4	χ^2=0.802
Orta	37	46.25	40	50.0	77	48.1	*p*=0.670
Yüksek	5	6.25	7	8.75	12	7.5	
Daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü							
Var	13	16.25	6	7.5	19	11.9	χ^2=2.830
Yok	67	83.75	74	92.5	141	88.1	*p*=0.093
Saldırılarda yakın kaybı							
Var	3	3.75	0	0	3	1.9	χ^2=3.057
Yok	77	96.25	80	100	157	98.1	*p*=0.08

kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p<0.05) (Tablo 3). TSSB tanısı alanların BDÖ, STAI-1 ve STAI-2 ölçek puanları TSSB tanısı almayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p<0.05) (Tablo 4). Depresyon tanısı alanların TSSB toplam ve alt ölçek puanları, STAI-1 ve STAI-2 ölçek puanları depresyon tanısı almayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p<0.05) (Tablo 5).

Yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi ile depresyon ve TSSB arasında bir ilişki saptanmadı (p>0.05). Depresyon ve TSSB tanısı alanların eğitim düzeylerinin daha yüksek seviyede olduğu saptandı (p<0.05). Ayrıca daha önce psikiyatrik tedavi alanlarda ve saldırılarda yakın kaybı yaşayanlarda depresyon ve TSSB tanılarının oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p<0.05).

TARTIŞMA

Terör eylemleri önemli toplum ruh sağlığı sorunlarına yol açmaktadır. Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri kapsamında bu tür eylemlerden etkilenen kişilerin belirlenmesi ve hızlı bir biçimde gerekli desteğin sağlanması önemlidir. Bu çalışmada Suriye'deki savaş nedeniyle Ocak 2016 yılında başlayan ve yaklaşık 6 ay kadar süren Türkiye-Suriye sınırında yer alan Kilis'e fırlatılan füzeler sonrası o bölgede yaşayan kişilerde saldırıların bitiminden itibaren altıncı aydaki anksiyete, depresyon ve TSSB oranlarını belirlemek amaçlanmıştır.

Bu çalışmada örneklem grubunda TSSB oranı kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek saptandı (%31.25, p<0.05). Çalışmalarda terörist saldırılardan sonra %7-50 arasında değişen oranlarda TSSB görüldüğü bildirilmiştir (17-20).

Tablo 2. Çalışmaya katılanların ölçek puanları

Değişkenler	Örneklem grubu (n=80)	Kontrol grubu (n=80)	Önemlilik derecesi	
Yaş (yıl)	30.87±13.81	29.68±13.91	*t=0.542*	*p=0.589*
BDÖ	14.97±8.66	7.98±4.52	*t=6.393*	*p=0.001**
TSSB toplam ölçek puanı	40.18±10.17	33.55±7.92	*t=4.602*	*p=0.001**
TSSB yeniden yaşama	10.86±3.61	9.23±2.70	*t=3.222*	*p=0.002**
TSSB kaçınma	12.95±4.23	10.98±3.46	*t=3.207*	*p=0.002**
TSSB uyarılmışlık	16.40±4.31	13.47±3.44	*t=4.740*	*p=0.001**
STAI-1	54.70±6.08	51.58±4.06	*t=3.806*	*p=0.001**
STAI-2	41.80±5.97	38.42±4.37	*t=4.075*	*p=0.001**

Tablo 3. Gruplardaki depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) dağılımı

Değişkenler	Örneklem grubu (n=80)		Kontrol grubu (n=80)		Toplam (n=160)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Depresyon	23	28.75	0	0	23	14.4	0.001*
TSSB	25	31.25	0	0	25	15.6	0.001*

Bonferonni düzeltmesinde p<0.017 anlamlı olarak kabul edildi.

Felaketler sonrasında TSSB gelişme oranının %30-60 olduğu, ayrıca insanların yol açtığı ya da teknolojik olayların neden olduğu felaketlerdeki TSSB sıklığının doğal felaketlerden sonra oluşan TSSB sıklığına göre daha fazla oranda olduğu belirtilmektedir (21). Bu konuda ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında, 15 ve 20 Kasım 2003 tarihlerinde İstanbul'un dört ayrı yerine yapılan bombalama eylemlerinden sonraki ikinci ayda gerçekleştirilen çalışmada patlamaların olduğu bölgede bulunan bir okuldaki ergenlerde TSSB oranının %5.9 olduğu, patlamalardan sonra karakollara başvuran yetişkinler arasında ise TSSB oranının %29.9 olduğu tespit edilmiştir (22). Diğer bir çalışmada araştırmacılar 03 Ocak 2008 yılında Diyarbakır'da bir otomobil içerisine konulan patlayıcılarla gerçekleştirilen terörist saldırının sonrasında bu patlamaya görsel ve işitsel olarak tanıklık etmiş kişilerde TSSB oranını 1. ay sonunda %12.5 ve 3. ay sonunda %9.6 olduğunu saptamışlar (23). Çalışmalarda saptanan TSSB oranları arasındaki farka, üzerinde çalışılan örneklemlerin özellikleri, travmatik olayların neden olduğu yıkım, yol açtığı can kaybı ve çalışmanın yapıldığı zaman dilimi gibi birçok etkenin neden olabileceği ve hastalık yaygınlıklarını değiştirebileceği belirtilmiştir (24). Bu çalışma sonucunda ortaya çıkan oranlar alan çalışmaları ile uyumlu gözükmektedir.

Bu çalışmada örneklem grubunda depresyon oranı kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek saptandı (%28.75, p<0.05). Ayrıca örneklem grubunda kontrol grubuna göre daha fazla anksiyete belirtileri saptanmıştır (p<0,05). Psikiyatrik bozukluklar TSSB riskini, TSSB de diğer psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma riskini artırır (25). Anksiyete duyarlılığının TSSB'nin toplam belirti şiddeti ile doğru orantılı olduğu bildirilmektedir (26). Breslau ve ark. çalışmalarında TSSB'ye en sık eşlik eden Eksen I bozukluğunun major depresyon ve alkol/madde kötüye kullanımı olduğunu bildirmişlerdir (27). Kessler ve ark. ise çalışmalarında TSSB'ye eşlik eden Eksen I bozukluğunun major depresyon olduğunu, erkeklerde %48 ve kadınlarda ise %49 oranında görüldüğünü bildirmişlerdir (28). Savaş ve terör ortamından Türkiye'ye kaçan Iraklı Ezidilerde yapılan bir çalışmada major depresyon sıklığı %39.5, TSSB ve major depresyonun birlikte görülmesi %26.4 olarak bildirilmiştir. Ayrıca kadınlarda her iki bozukluğun sıklığının daha fazla olduğu görülmüştür (29). Bizim çalışmamızda örneklem grubunda daha yüksek oranda anksiyete ve depresyon saptanması bu bilgiler eşliğinde alan çalışmaları ile uyumludur.

Bu çalışmada yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi ile depresyon ve TSSB arasında bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05). Depresyon ve TSSB tanısı alanların eğitim düzeylerinin daha yüksek seviyede olduğu saptanmıştır (p<0.05). Ayrıca daha önce psikiyatrik tedavi alanlarda ve saldırılarda yakın kaybı yaşayanlarda depresyon ve TSSB tanılarının oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0.05). İleri yaş,

Tablo 4. TSSB tanısı alanların ölçek puanları

Değişkenler	TSSB var (n=25)	TSSB yok (n=55)	Önemlilik derecesi	
Yaş (yıl)	27.08±12.73	32.60±14.05	*t=-1.675*	*p=0.098*
BDÖ	18.00±8.93	13.60±8.26	*t=2.153*	*p=0.034**
TSSB toplam ölçek puanı	51.80±7.23	34.98±6.12	*t=10.794*	*p=0.001**
TSSB yeniden yaşama	13.84±3.50	9.50±2.76	*t=5.955*	*p=0.002**
TSSB kaçınma	16.88±3.55	11.16±3.19	*t=7.161*	*p=0.002**
TSSB uyarılmışlık	20.76±3.40	14.41±3.04	*t=8.315*	*p=0.001**
STAI-1	57.76±5.65	53.30±5.79	*t=3.207*	*p=0.002**
STAI-2	44.52±6.10	40.56±5.54	*t=2.867*	*p=0.005**

Tablo 5. Depresyon tanısı alanların ölçek puanları

Değişkenler	Depresyon var (n=23)	Depresyon yok (n=57)	Önemlilik derecesi	
Yaş (yıl)	26.30±11.73	32.71±14.25	*t=-1.911*	*p=0.06*
BDÖ	26.13±7.69	10.47±3.30	*t=12.792*	*p=0.001**
TSSB toplam ölçek puanı	47.39±11.62	37.28±7.95	*t=4.480*	*p=0.001**
TSSB yeniden yaşama	12.08±4.42	10.36±3.14	*t=1.960*	*p=0.054*
TSSB kaçınma	15.73±4.83	11.82±3.40	*t=4.101*	*p=0.001**
TSSB uyarılmışlık	19.13±5.01	15.29±3.47	*t=3.906*	*p=0.001**
STAI-1	57.04±5.39	53.75±6.13	*t=2.244*	*p=0.028**
STAI-2	44.04±5.88	40.89±5.82	*t=2.183*	*p=0.032**

kadın cinsiyet olmak, bekar olmak, düşük gelir ve eğitim düzeyi, patlama sırasında saldırının meydana geldiği bölgede bulunmak, patlamaya görsel olarak tanıklık etmek, patlama nedeniyle tanıdığını kaybetmiş olmak, patlamadan sonra ekonomik güçlükler yaşamak, yaralanma nedeniyle çalışamıyor olmak TSSB gelişimi için risk etkenleri olarak belirtilmiştir (18,30). Bazı çalışmalarda daha genç yaşta olmanın TSSB gelişimi açısından risk faktörü olabileceği belirtilirken (31), bazılarında ise bizim çalışma bulgumuza benzer şekilde yaş bir risk faktörü olarak belirlenmemiştir (17,32). Eşsizoğlu ve ark. ülkemizde yapmış oldukları çalışmalarında bombalı saldırıya maruz kalmış kişilerde TSSB gelişiminde olası risk faktörlerini değerlendirmiş ve bizim çalışma bulgumuza benzer şekilde psikiyatrik bozukluk öyküsüne sahip olmanın TSSB gelişimi açısından önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir (23). Depresyon ve TSSB gelişimi için düşük eğitim düzeyi risk faktörü (18,29,33,34) iken bizim çalışmamızda depresyon ve TSSB tanısı alanların eğitim düzeylerinin daha yüksek seviyede olduğu saptanmıştır. Bunun muhtemel nedeni olarak çalışmamızdaki katılımcıların eğitim düzeyinin genel popülasyona göre daha yüksek olmasını düşünmekteyiz.

Terörist saldırılardan sonra TSSB yaygınlığını ve risk faktörlerini araştıran çalışmalar, genel olarak saldırıdan sonraki ilk üç ayı kapsamaktadır (8). Bu çalışmanın daha ileriki ayda saldırıların bitiminden sonraki altıncı ayda yapılmış olması travmatik etkilenmenin ilerleyen dönemlerdeki boyutlarını anlamak açısından önemli bir çalışma olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Çalışmamız kesitsel tipte çalışma şeklinin kısıtlılıkları ele alınarak değerlendirilmelidir. Çalışmamızın örneklem büyüklüğü göreceli olarak düşüktür. Saldırılar öncesi bireylerin ruhsal durumları ile ilgili ayrıntılı bilgiye sahip olunmaması ve özellikle ruhsal travma öykülerinin bilinmemesi çalışmamızın bir diğer kısıtlılığıdır. Ayrıca TSSB, depresyon ve anksiyete düzeylerini etkileyen diğer etkenlerin bireylerce gizlenebileceği ve çalışma sonuçlarını etkileyebileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu çalışma sonuçları terörist saldırılara maruz kalanlarda yüksek oranda TSSB görüldüğüne dair bilgileri destekler niteliktedir. Ayrıca bu çalışma sonuçları TSSB'li bireylerin daha yüksek oranda anksiyete ve depresyona sahip olduklarını saptamıştır. Bu nedenle bu araştırma sonuçlarının risk altındaki bireylerin belirlenmesinde ayrıca koruyucu ve tedavi edici ruhsal sağlık hizmetlerinin sunumunun planlanmasında yararlı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu tür saldırıların ruhsal sonuçlarını ortaya koyacak daha geniş örneklemli ve uzun vadeli çalışmalar yapılmalıdır.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Musa Şahpolat, Kilis Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Kilis, Türkiye
drms12@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Özalp M. Türkiye'nin Suriye'ye Düzenlemiş Olduğu Fırat Kalkanı Operasyonu. Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2018;9:169-186.

2. Yeşiltaş M, Seren M, Özçelik N. "Fırat Kalkanı Harekâtı Harekatın İcrası, İstikrarın Tesisi ve Alınan dersler", SETA Siyaset, Ekonomi ve Toplum Araştırmaları Vakfı, SETA Yayınları 91, I. Baskı, 2017.

3. Rubonis AV, Bickman L. Psychological impairment in the wake of disaster: The disaster-psychopathology relationship. Psychol Bull 1991;109:384-399.

4. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. Arch Gen Psychiatry 1998;55:626-632.

5. Bisson JI, Cosgrove S, Lewis C, Robert NP. Post-traumatic stress disorder. BMJ. 2015;351:h6161.

6. Foa EB, Cahill SP, Boscarino JA, Hobfoll SE, Lahad M, McNally RJ, Solomon Z. Social, psychological, and psychiatric interventions following terrorist attacks: recommendations for practice and research. Neuropsychopharmacology 2005;30:1806-1817.

7. Arı M, Kokaçya MH, Çöpoğlu ÜS, Yengil E, Kıvrak Y, Şahpolat M, Budak B. Suriye-Türkiye sınırındaki Reyhanlı'da bombalı saldırı sonrası stres tepkisi, anksiyete ve depresyon düzeyleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2016;17:203-208.

8. Sungur M, Kaya B. The onset and longitudinal course of a man-made post-traumatic morbidity: Survivors of the Sivas disaster. Int J Psychiatry Clin Pract 2001;5:195-202.

9. North CS, Nixon SJ, Shariat S, Mallonee S, McMillen JC, Spitznagel EL, et al. Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. JAMA 1999;282:755-762.

10. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV). Washington DC, American Psychiatric Press, Inc, 1997.

11. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999;12:233-236.

12. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press, 1978.

13. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. Psikoloji Derg 1989;7:3-13.

14. Dobbie DR, Kivlahan DR, Maynard C, Bush KR, McFall M, Epler AJ, et al. Screening for post-traumatic stres disorder in female veteran's affairs patients: Validation of the TSSB checklist. Gen Hosp Psychiatry 2002;24:367-374.

15. Kocabaşoğlu N, Çorapçıoğlu Özdemir A, Yargıç İ, Geyran P. Türkçe "PTSD Checklist-Civilian Version" (PCL-C) Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. Yeni Symposium 2005;43:126-134.

16. Öner N. Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları 1985.

17. Verger P, Dab W, Lamping DL, Loze JY, Deschaseaux-Voinet C, Abenhaim L, Rouillon F. The psychological impact of terrorism: An epidemiologic study of posttraumatic stress disorder and associated factors in victims of the 1995-1996 bombings in France. Am J Psychiatry, 2004;161:1384-1389.

18. Njenga FG, Nicholls PJ, Nyamai C, Kigamwa P, Davidson, JR. Post-traumatic stress after terrorist attack: psychological reactions following the US Embassy bombing in Nairobi Naturalistic Study. Br J Psychiatry 2004;185:328-333.

19. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-Traumatic Stress Disorder. N Engl J Med. 2017;376:2459-2469.

20. Schlenger WE, Caddell JM, Ebert L, Jordan BK, Rourke KM, Wilson D et al. Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the national study of Americans' reactions to September 11. JAMA 2002;288:581-588.

21. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. Epidemiol Res 2005;27:78-91.

22. Aker AT, Sorgun E, Mestçioğlu Ö, Karakaya I, Kalender D, Acar G, Biçer Ü, Acicbe Ö. İstanbul'daki bombalama eylemlerinin erişkin ve ergenlerdeki travmatik stres etkileri. Türk Psikoloji Dergisi 2008;23:63-71.

23. Eşsizoğlu A, Yaşan A, Bülbül I, Onal S, Yildirim EA, Aker T. Factors affecting the diagnosis of post-traumatic stress disorder after a terrorist attack. Turkish J Psychiatry 2009;20(2):118-26.

24. Başoğlu M, Şalcıoğlu E, Livanou M. Traumatic stress responses in earthquake survivors in Turkey. J Trauma Stress 2002;15:269-276.

25. Perkonigg A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. Acta Psychiatr Scand 2000;101:46-59.

26. Berenz EC, Vujanovic AA, Coffey SF, Zvolensky MJ. Anxiety sensitivity and breath-holding duration in relation to PTSD symptom severity among trauma exposed adults. J Anxiety Disord 2012;26:134-139.

27. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Arch Gen Psychiatry 1991;48:216-222.

28. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1995;52:1048-1060.

29. Tekin A, Karadag H, Suleymanoglu M et al. Prevalence and gender differences in symptomatology of post-traumatic stress disorder and depression among Iraqi Yazidi refugees in Turkey. Eur J Psychotraumatology 2016;6:28556.

30. DiGrande L, Perrin MA, Thorpe LE, Thalji L, Murphy J, Wu D, Farfel M, Brackbill RM. Posttraumatic stress symptoms, PTSD, and risk factors among lower Manhattan residents 2-3 years after the September 11, 2001 terrorist attacks. J Traumatic Stress 2008;21:264-73.

31. Bonanno GA, Galea S, Bucciarelli A, Vlahov D. What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources and life stress. J Consult Clin Psychol, 2007;75:671-682.

32.Abenhaim L, Dab W, Salmi R. Study of civilian victims of terrorist attacks. J Clin Epidemiol, 1992;45:103-109.

33.Rihmer Z, Angst J. Mood disorders: epidemiology. In: Sadock BJ and Sadock VA (eds) Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7. Baskı, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005, s:447-59.

34.Yalvaç HD. Depresyonun Epidemiyolojisi. Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 2012;5(2):7-13.

Suicide attempt among substance users: Do aggression and polysubstance use have an interaction effect on suicide attempt

Madde kullanıcılarında intihar girişimi: Agresyon ve çoklu madde kullanımının etkileşimi intihar girişiminde etkili midir?

Tugba Gorgulu[1]
[1]Assis. Prof.,Department of Social Work, Istinye University, Istanbul, Turkey; Department Of Psychiatry, University Of Rochester, NY-US.
https://orcid.org/0000-0002-5440-7354

SUMMARY

Objective: Suicide attempt is more common among substance users than general population. There are several risk factors effect suicide attempt among substance users. Polysubstance use and aggression are the most two important risk factors for suicide attempt. However, it is unclear how aggression and polysubstance use, and their interaction are associated with suicide attempts among substance users. **Method:** It was studied with 257 participants who completed the socio-demographic form (including substance use and suicide attempt history) and Hostility Scale to assess the aggression. Lifetime suicide attempt was assessed by the question as "Have you ever tried to kill yourself or have you ever attempt suicide?" Polysubstance use was assessed by the question "How many drug do you use? **Results:** To find the predictive variable of suicide attempts logistic regression analysis was conducted. The analysis indicate that the best predictors of suicide attempt was having friends with substance use behavior in childhood of adolescent period, having substance users in family members, polysubstance use and aggression; but there was no a significant interaction between polysubstance use and aggression on suicide attempt. **Discussion:** It is clear that aggression and polysubstance use are important risk factors for suicide attempts. For this reason, it is recommended that anger management based studies should be carry out to prevent suicidal behavior among substance users.

Key Words: Suicide attempt, polysubstance use, multiple drug use, aggression, substance use

ÖZET

Amaç: Madde kullanımı olan bireylerde intihar girişimi genel nüfusa göre daha yüksektir. Bu bireylerde intihar girişimine neden olan birçok risk faktörü vardır. Çoklu madde kullanımı ve agresyon bu risk faktörler arasında en önde gelenleridir. Ancak madde kullanımı olan bireylerde agresyon ve çoklu madde kullanımının, ayrıca bu iki faktörün etkileşiminin intihar girişimi üzerindeki etkisi açık değildir. **Yöntem:** Bu çalışmada sosyodemografik bilgi formu ile agresyonu ölçmek için kullanılan Düşmanlık Ölçeği'ni dolduran 257 madde kullanıcısıyla çalışılmıştır. Yaşam boyu intihar girişimi "Hiç kendinizi öldürmeye çalıştınız mı ya da hiç intihar girişiminde bulundunuz mu? sorusuyla, çoklu madde kullanımı ise "Kaç adet madde kullanıyorsunuz?" sorusuyla ölçülmüştür. **Bulgular:** İntihar girişiminin yordayıcı değişkenlerini bulmak için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, intihar girişiminin en önemli değişkenlerinin çocukluk ve adolesan döneminde madde kullanımı olan arkadaşların olması, ailede madde kullanım davranışı olması, çoklu madde kullanımı ve agresyon olduğu bulunmuştur. Ancak çoklu madde kullanımı ve agresyon etkileşiminin intihar girişimi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür. **Sonuç:** Çoklu madde kullanımı ve agresyon intihar girişimi için önemli risk faktörleridir. Bu nedenle madde kullanıcılarıyla öfke kontrol çalışmalarının yapılması intihar girişimlerinin önlenmesi için önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: İntihar girişimi, çoklu madde kullanımı, agresyon, madde kullanımı

(Turkish J Clinical Psychiatry 2020;23:430-437)
DOI:10.5505/kpd.2020.56887

The arrival date of article: 31.01.2020, Acceptance date publication: 27.05.2020

INTRODUCTION

Every year an average of one million people die by suicide worldwide. Suicide has been increasing over the last three decades and it is the tenth leading cause of death (1, 2). It has been especially alarming among adolescents. Deaths by suicide among the individuals aged 15-29 are the second most common cause of death (3). There are many risk factors for completed suicide. Suicide attempt is a major risk factor for completed suicide. According to the statistics 20% of suicide attempters will make the second suicide attempt within 12 months after the first attempt. Furthermore the risk of a second attempt is about 50% on average. (4). Epidemiological studies on this issue have shown that suicide attempt, which is very complicated behavior, is explained by many risk factors. In addition to various psychiatric and social problems (5, 6), substance use is a major risk factor for suicide attempt (7).

Many drug users attempt suicide, and suicide attempt is more common in substance users than the general population, with 20% of women and 40% of men who use alcohol, are attempting suicide at least once in their life time (8). The risk of suicide attempts among cannabis users is four times higher than those who do not (9). Twenty-nine percent of the individuals who attempted suicide are explained by cocaine user and 40% of cocaine users have a life time suicide attempt(s) history (10). The most risky group is opiate users. Opiate users attempt suicide with violent method within 12 months after they began to use opiate (11). According to Pompili and his colleagues (2010), 40% of the patients treated for alcohol and substance use attempted suicide at some time in their lives (12). Studies also have focused on the relationship between use of polysubstance use and suicide attempts (13, 14) Studies on polysubstance use behavior indicate that polysubstance use is an important risk factor for suicide attempt. Accordingly, suicide risk increases as the number of substances increases (13). The study conducted by Kokkevi and colleagues (15) showed that suicide attempt risk doubled with every drug used, and the method of suicide attempt was more likely to be fatal.

Undoubtedly, suicidal behavior is an aggression behavior towards the self (16). Anger is a very important risk factor for suicide and suicide attempt behavior (17) Experts on this topic emphasize that substance use behavior also is a kind of aggressive behavior against the self (18). Researchers focus on the relationship between substance use, suicide attempt and aggression (19,20). Gvion et al. (21) indicated that substance users did not have to intend to commit suicide, and that the individual may have given harm himself/herself due to aggression or impulsive behavior caused by substance use. But it is known that substance users use more violent methods in suicidal behavior. Undoubtedly, this situation results in using a more lethal method because of increases of anger (22).

Aforementioned to the literature information on suicide attempts, it seems that suicide attempts are high among substance users and polysubstance users (15). In addition, aggression is a major risk factor for suicide attempts. Also polysubstance users are prone to be more aggressive than those who use only one substance (22). However, those studies on this topic mostly investigate the effect of polysubstance use or aggression alone on suicide attempt. But still it is unclear the interaction effect of aggression and polysubstance use on suicide attempts. Therefore, the aim of this study was to investigate the effects of variables related to substance use, polysubstance use and aggression on suicide attempt history. I hypothesized that polysubstance use and aggression would be positively associated with suicide attempt behavior. Also the interaction between polysubstance use and aggression would have an effect suicide attempt history.

METHOD

Sample

This study was carried out with 257 male substance users in Ankara Probation Department (APD). The participants who were at least aged of 18 years and able to speak and read in Turkish were included to the study. The individuals who had difficulty in reading comprehension, cognitive impairment and currently diagnosed with psychiatric disorders which are highly related to suicide attempt were

excluded. It was searched that the participants who directed to APD for substance use behavior should have substance use disorder criteria specified in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).

Procedure

Before beginning the study, participants were informed about the study. Participants who did not want to participate or were disturbed during the application could be withdrawn from the study. After this process, Informed Consent Form was given to the participants who approved to attend to the study. The study was approved by the Ministry of Justice and the ethical committee of Hacettepe University.

Measures

Sociodemographic Data Form: The form was prepared by the researcher, this form includes entries collecting psychosocial data related to substance use behavior, suicide attempt and risk factors of suicide attempt as well as some demographic questions about age, marital status and income.

Lifetime history of suicide attempt: It was assessed by self-report yes/no question. Participant were asked “Have you ever tried to kill yourself or have you ever attempt suicide?” This item was obtained from the National Comorbidity Survey (23). In this study, 67 participants (26.1%) reported one or more previous lifetime suicide attempts.

Polysubstance Use: It is assessed by self-report yes/no question. Participant were asked “How many drug do you use?” In this sample 43.5% of the participants were using multiple drugs.

Aggression: Aggression was assessed by Hostility Scale which is a subscale of Suicide Probability Scale. It was developed by Cull and Gill (24). The Hostility Scale has 7 items like “When I get mad I throw things” or “I feel tend to be impulsive”. The scale is answered on a 4-point Likert-type scale such as "never or rarely", "sometimes", "often" and "most of the time" or "all the time". The psychometric study of the SPS was conducted with 1100 adults. According to the study, the internal consistency coefficient was .58 for Hostility Scale (24). In the current sample of this study the internal consistency for the scale was good ($\tilde{\sim}$ = .65).

Statistical Analysis

To test the study data for normal distribution, all total score of scales were converted to “z” scores, confirming normal distribution. To find predictive variables of suicide attempt, logistic regression analysis was carried out (25), and the Hosmer-Lemeshow Goodness-of-fit-test (HL) were used to assess model fit (26).

Before applying logistic regression analysis, Pearson Product-Moment Correlation was calculated to determine multicollinearity between covariates. It was concluded that there was no problematic multicollinearity.

To test the primary hypotheses predictive variables (age of onset of drug use, duration of drug use, drug use friends in childhood and adolescent, substance use in family member, polysubstance use, aggression) were added as predictors in the first step. In the second step, the two-way interactions (aggression x polysubstance use) was included. All statistical analyses were performed using SPSS 20 (IBM).

RESULTS

Socio-demographic and psychosocial results of participants

The mean age of the participants was 30 (SD= 9.08) and the participants averaged 8 years of education (SD=1.13). The majority of participants were single (58.8%). When considering the substance use the majority of participants (56.4%) were using only one drug, and the others were using multiple drugs (43.5%). Majority of them used cannabis (91.8%), ecstasy (38.9%), bonsai (24.1%), crack (20.2%), heroin (18.3%), and cocaine (18.3%).

Table 1. Bivariate Correlations and Descriptive Statistics.

	1	2	3	4	5	6
1. Age Onset of Drug Use	----					
2. Duration of Drug Use	-.22**	----				
3. Drug Users Friends	.43**	-.09	----			
4. Drug Users in Family	.16*	-.21	.11	----		
5. Number of Drug	-.28**	-.23**	-.22**	.16*	----	
6. Hostility	-.26*	-.11	-.10	-.10	.14*	----
M	----	----	----	----	----	13.96
SD	----	----	----	----	----	4.18
Min.	----	----	----	----	----	7.00
Max.	----	----	----	----	----	32.00

Note. n = 257, *p <.05, **p .01, ***p <0.001; Age of onset of drug use: 5 categories; Before the aged of 18, aged of 18-23, aged of 24-29, aged of 30-35, 36 and over; Duration of drug use: 5 categories; 0-6 months, 7-12 months, 13-24 months, 25-36 months, 37 months and over; Having drug user friends in childhood and adolescent period = (Coded: 0 Yes- 1 No); Substance user in family members = (Coded: 0 Yes- 1 No); Number of Drug: One drug use (n=144), Polysubstance use (n=111)

54.1% of the participants stated that they began to use substance before the aged of 18, and 70% of them stated that they used substance more than 3 years. 71.6% of the participants had substance user friends in their childhood or adolescent period. 83% of participants had friends who currently use several substance. 37.4% of the participants had at least one family member who use drug.

35.4% of the participants had suicidal ideation and 26.1% had lifetime suicide attempt. Of the participants who attempted suicide, 40% attempted by overdosing medicine, 38.5% self-cutting, 15.4% hanging, 4.6% jumping from a high and 1.5% firearm.

Bivariate Correlations of Variables

To find out if there was multicollinearity between variables, Pearson Product-Moment Correlation was calculated. According to the results there was no high correlation between the variables. It was found that there was only significant correlation between aggression and onset age of drug use (r_o

Table 2. Logistic Regression Analysis on the Main Effect of and Interactions Between Aggression and Polysubstance Use

Criterion Variable		Predictor Variable	Logit	SE	Wald χ^2	P value	OR	OR 95% CI Lower	Upper
Suicide Attempt		Constant	4.29	1.12	14.72	<.01***	73.15		
		Age of Onset of Drug Use	-.28	.20	1.92	.16	.76	.51	1.12
		Duration of Drug Use	-.34	.20	2.73	.09	.71	.78	1.06
		Drug User Friend in Childhood or Adolescent	.99	.46	4.52	.03*	2.69	1.08	6.72
		Substance User in Family Members	-.76	.35	4.41	.03*	.47	.23	.94
		Polysubstance Use	-.70	.34	4.28	.04*	.49	.25	.96
		Aggression	-.13	.04	10.82	<.01***	.87	.80	.94
Suicide Attempt		Constant	3.99	1.20	11.10	<.01***	54.4		
		Age Onset of Drug Use	-.22	.20	1.99	.16	.75	.50	1.11
		Polysubstance Use	-.35	.21	2.86	.09	.71	.74	1.06
	Model 1	Drug User Friend in Childhood or Adolescent Period	.97	.47	4.42	.03*	2.66	1.66	6.63
		Substance User in Family Members	-.75	.36	4.44	.03*	.47	.23	.94
		Polysubstance Use	-1.46	1.21	1.45	.23	.23	.02	2.49
	Model 2	Aggression	-.17	.06	7.17	.01**	.85	.75	.96
		Aggression x Polysubstance Use	.05	.08	4.42	.51	1.05	.90	1.22

n = 257, *p <.05, **p <.01, ***p <.001; Age of onset of drug use: 5 categories; Before the age of 18, 18-23 age, 24-29 age, 30-35 age, 36 and over; Duration of drug use: 5 categories; 0-6 months, 7-12 months, 13-24 months, 25-36 months, 37 months and over; Having drug user friends in childhood and adolescent period = (Coded: 0 Yes- 1 No); Substance user in family members = (Coded: 0 Yes- 1 No); Number of drug : One drug (n=144), Polysubstance use (n=111), Aggression: Hostility Scale

=-.22, p < .001). This result indicates that when onset age of drug use decrease, aggression is increasing. When considering the other variables, there was a significant correlation between the onset age of drug use and duration of drug use (r_o =-.22, p < .001), having substance users family members (r_o =-.16, p = 04) and polysubstance use (r_o= -.28, p= .01). Finally there was significant correlation between duration drug use and polysubstance use (r_o= -.23, p=.01). The result indicates that as duration drug use increases, the number of using drug increases.

Primary Analysis

Logistic regression analysis was conducted to find out the best predictive variables of suicide attempt. First, the main affects were tested. It is seen that the results were significant (x^2 [6, N=257]=27.21, p <.001; Nagelkerke R^2 = .16), and the HL test showed that the data is fits the model (x^2= 9.95, p > .05). According the results, there was a significant main effects of having drug user friends in childhood and adolescent period (OR=2.70, p=.03), having substance users in family members (OR = .47, p =.03), polysubstance use (OR=.50, p=.04) and aggression (OR=.87, p<.01) on suicide attempt.

To find out the moderation effect of aggression and polysubstance use the two way interactions were added to logistic regression model. According the analysis, the model was significant for suicide attempt history (x^2 [6, N=257]=27.64, p<.001; Nagelkerke R^2 =.17) and the HL test showed that the data is fit the model (x^2=6.46, p>.05). However, as seen in Table 2, there was no a significant interaction effect of aggression and polysubstance use on suicide attempt history (OR =.42, p =.08). This result indicate that aggression and polysubstance use together were not mediate suicide attempt history.

DISCUSSION

In this study, the best predictive variables of suicide attempt history and the effect of polysubstance use and aggression on suicide attempt history were investigated. According to the results, I found that there was no interaction effect of aggression and polysubstance use on suicide attempt history. On the other hand it was found that in this study, aggression and polysubstance use behaviors are separately important variables for suicide attempt(s). This result may be because the anger is a more dominant variable for suicide attempt. Because aggression was an important variable both in the main analysis and interaction analysis. Studies in the suicide attempt literature focus on the relationship between anger, hostility and suicide. Those studies are also focus on the relationship between suicide and impulsive behaviors (27,28). These results may indicate that individuals can impulsively direct anger to their selves and it may result with suicidal behavior. Consistent with the previous studies I found that aggression was an important risk factor for suicide attempt among substance users. Therefore, I thought that anger management therapies should be done with substance users, and these studies should be based on the cognitive and behavioral approaches. Therefore substance users could gain ability how to express their anger to their self and to others properly.

In this study, I found that polysubstance use is an important risk factor for suicide attempt. The result is consistent with previous studies on suicide attempt history among polysubstance users. Studies have suggested that more than one substance use increases the risk of suicide attempt(s) (13-15) and with every substance, suicide attempt risk increase double fold (15). Most polysubstance users also use high-purity substances. This problems may increase negative biopsychosocial conditions. Therefore I recommend that in addition to psychosocial prevention studies, also medical prevention studies should be conducted with polysubstance users.

I found that substance user friends during childhood or adolescence period is a risk factor for suicide attempt history. However it has not been examined whether this result is due to the long-term substance use behavior. On the other hand studies have drawn attention to the relationship between long term substance use and suicidal behavior (29). Nevertheless, having substance use friends during childhood or adolescent period may means that the participants are familiar with sub-

stances and they are living in a negative social environment. This situation may an obstacle for learning coping and positive problem solving skills for the individuals who have substance user friends in their childhood. Therefore, it is important to conduct psychosocial studies to prevent substance use among school age adolescents and students. At this point, psychosocial studies should be conducted with the students who are at a risk of substance use.

In this study, it was found that substance use behavior in family members is a risk factor for suicide attempt. This result indicates that substance use behavior in family members adversely affects participant's well-being. Undoubtedly, substance use behavior in family members adversely affects the functionality of the family system (30). This negative situation may have increased the risk of suicide attempt(s). On the basis of this result, the other way to prevent suicide attempts is to study with the family system. Therefore medical and psychosocial studies should be conducted with substance user family members to prevent suicide attempt.

According to the results of this study, it was found that the majority of substance users began to use substances before aged of 18 and that majority of them have drug user friends in their childhood and adolescence period. Participants also have substance use behavior in their family members. These results consistent with the previous studies in the literature. Studies have shown that majority substance users have substance use behavior in family members and friends (31,32). Undoubtedly, in this study it was not examined the effect of family and friend effect on substance use behavior of the participants. However, I thought that being substance use behavior among family members and friends may result individuals to learn and internalize the substance use behavior.

In this study it was found that there was a relationship between early onset drug use and current polysubstance use. The result indicates that individuals who begin substance use at early age are prone to later polysubstance use. Studies have shown that early onset of drug use is an important indicator of polysubstance use (34,35). Strunin and colleagues (36) found that there was a robust relationship between early onset substance use and later polysubstance use among both women and men. They also claimed that, especially the polysubstance users who begun substance use before aged of 15 were more prone to current polysubstance use. Considering all those literature information I suggest that psychoeducation studies should be conduct in elementary school. Also those studies should be consider as a macro policy in Ministry of National Education.

There are some limitation of this study. The most important limitation of this study is that it is studied only with male individuals. Therefore, the effect of gender factor on suicide attempt could not be determined. Considering that substance use behavior is more intense in men than women and suicide attempts are higher in women than men (33). For this reason the difference between substance use behavior in men and women may make a significant difference for suicide attempt. Therefore, it is recommended that further studies should be conducted with female participants to reveal the gender differences for suicide attempt behavior. Secondly, this study is a cross-sectional study. Each participants were interviewed in short time and the related scales were filled in one session. Therefore, it is suggested that prospective studies should be performed to measure the impact of aggression and polysubstance use on suicide attempt.

CONCLUSION

In conclusion, I examined the relationship between polysubstance use behavior and aggression, and the interaction between polysubstance use behavior and aggression on suicide attempt history. I found that polysubstance use and aggression are two major risk factors for suicide attempt history but there was no interaction effect between polysubstance use behavior and aggression on suicide attempt history. In addition to those two risk factors, I found that presence of substance use friends during their childhood and adolescent period is an important predictive risk factor for suicide attempt history. Also family system may be a protective factor for prevention for suicide. I found that substance use behavior among family members is a predictive for suicide attempt. Finally, there was a

significant relationship between early substance use behavior and current polysubstance use behavior. Substance users who begun to use drug before age of 18 are prone to polysubstance use behavior.

Correspondence address: Assis. Prof. Tugba Gorgulu, Department of Social Work, Istinye University, Istanbul, Turkey; Department of Psychiatry, University of Rochester, NY-US. tgorgulu@istinye.edu.tr

REFERENCES

1. WHO. World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new report 2001: mental health: new understanding, new hope 2001; Geneva.

2. CDC. CDC Vital Signs. Centers for Disease Control and Prevention. 2018 Retrieved May 05 2019, Available from https://www.cdc.gov/vitalsigns/pdf/vs-0618-suicide-H.pdf

3. WHO. Latest data on suicide. 2018 Retrieved April 18 2019, Available from https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/

4. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepef, P., . . . Michel K. Attempted suicide in Europe: rates, trend. S and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatr Scand 1996; 93(5): 327-338.

5. DeVylder JE, Lukens EP, Link BG, Lieberman JA. Suicidal ideation and suicide attempts among adults with psychotic experiences: data from the collaborative psychiatric epidemiology surveys. JAMA psychiatry 2015; 72: 219-225.

6. Hoertel N, Franco S, Wall M, Oquendo M, Kerridge B, Limosin F, Blanco C. Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. Mol Psychiatry 2015; 20: 718-726.

7. Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, Poorolajal J. Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. PloS one 2015; 10(5): e0126870.

8. Rygnestad T, Stiles T, Bjerke T, Jorgensen P. Fatal and non-fatal repetition of parasuicide. Suicidal Behaviour in Europe–Recent Research Findings. John Liebey, London; 1992; 183-190.

9. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry 1997;170: 205-228.

10. Roy, A. Characteristics of cocaine dependent patients who attempt suicide. Arch Suicide Res 2009; 13: 46-51.

11. Miotto K, McCann MJ, Rawson RA, Frosch D, Ling W. Overdose, suicide attempts and death among a cohort of naltrexone-treated opioid addicts. Drug and Alcohol Dependence 1997; 45: 131-134.

12. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Dominici G, Ferracuti S, Kotzalidis GD, . . . Tatarelli R. Suicidal behavior and alcohol abuse. Int J Environ Res public Health 2010; 7: 1392-1431.

13. O'Boyle M, Brandon EA. Suicide attempts, substance abuse, and personality. J Subst Abuse Treat 1998; 15: 353-356.

14. Reyes JC, Robles RR, Colón HM, Negrón JL, Matos TD, Calderón JM. Polydrug use and attempted suicide among Hispanic adolescents in Puerto Rico. Arch. Suicide Res. 2011; 15: 151-159.

15. Kokkevi A, Richardson C, Olszewski D, Matias J, Monshouwer K, Bjarnason T. Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries. Eur Child Adolesc Psychiatry 2012; 21: 443-450.

16. Berkowitz, N. Aggression: Its causes, consequences, and control .1993; New York: McGraw-Hill.

17. Şahin, N. H., Onur, A., & Basım, H. N. İntihar olasılığının öfke, dürtüsellik ve problem çözme becerilerindeki yetersizlik ile yordanması. Türk Psikoloji Dergisi 2008; 23:79-88.

18. Miczek, K. A., DeBold, J. F., Haney, M., Tidey, J., Vivian, J., & Weerts, E. M. Alcohol, drugs of abuse, aggression, and violence. 1994; Understanding and preventing violence, 3: Social Influences.

19. Canetto SS. Gender roles, suicide attempts, and substance abuse. J Psychol 1991; 125: 605-620.

20. Koller G, Preuss U, Bottlender M, Wenzel K, Soyka M. Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2002;252:155-160.

21. Gvion Y, Apter A. Aggression, impulsivity, and suicide behavior: a review of the literature. Arch Suicide Res 2011;15: 93-112.

22. Held T, Hawellek B, Dickopf-Kaschenbach K, Schneider-Axmann T, Schmidtke A, Möller H. Violent and non-violent methods of parasuicide: what determines the choice? Fortschr Neurol Psychiatr 1998;66:505-511.

23. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 617-626.

24. Cull JG, Gill WS. Suicide probability scale (SPS) manual. 1998; Los Angeles: Western Psychological Services.

25. Tabachnick BG, LS Fidell, JB. Ullman, Using multivariate statistics. Vol. 5. 2007: Pearson Boston, MA

26. Hosmer D, Lemeshow S. Applied logistic regression. Vol. 398. 2013: John Wiley & Sons

27. Swogger MT, Van Orden KA, Conner KR. The relationship of outwardly directed aggression to suicidal ideation and suicide attempts across two high-risk samples. Psychol Violence 2014; 4: 184-195.

28. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh DM, Papageorgiou TD, Swann AC, Moeller FG. Laboratory measured behavioral impulsivity relates to suicide attempt history. Suicide Life Threat Behav 2004 ;34:374-85.

29. Miguel-Hidalgo JJ, Overholser JC, Meltzer HY, Stockmeier CA, Rajkowska G. Reduced glial and neuronal packing density in the orbitofrontal cortex in alcohol dependence and its relationship with suicide and duration of alcohol dependence. Alcohol Clin Exp Res 2006; 30: 1845-1855.

30. VanderBroek L, Acker J, Palmer AA, de Wit H, MacKillop J. Interrelationships among parental family history of substance misuse, delay discounting, and personal substance use. Psychopharmacology 2016; 233: 39-48.

31. Görgülü, T. Substance use risk factors and the results of substance use behaviors: A qualitative study on the experiences of substance users. Addicta: The Turkish Journal on Addictions; 6: 511–538.

32. Poelen EA, Engels RC, Van Der Vorst H, Scholte RH,Vermulst AA. Best friends and alcohol consumption in adolescence: A within-family analysis. Drug Alcohol Depend 2007; 88:163-173.

33. Pelissier B, Jones N. A review of gender differences among substance abusers. Crime Delinq 2005; 51: 343-372.

34. Chuan-Yu C, Storr CL, Anthony JC. Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. Addict Behav 2009; 3493: 319-322.

35. Dawson DA, Goldstein RB, Patricia CS, June Ruan W, Grant BF. Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. Alcohol Clin Exp Res 2008; 32: 2149-2160.

36. Strunin L, Díaz-Martínez A, Díaz-Martínez L., Heeren T, Chen C, Winter, M., ... Solís-Torres C. Age of onset, current use of alcohol, tobacco or marijuana and current polysubstance use among male and female Mexican students. Alcohol and Alcoholism 2017; 52: 564-571.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Oyun dönemindeki çocukların davranış sorunları ile izledikleri çizgi filmler arasındaki ilişki

The relationship between preschool children's behavioral problems and cartoons they watch

Ezgi Güneş[1], Ali Dayi[2], Mehmet Çolak[3], Özlem Şireli Bingöl[4]
[1]Klin. Psk. Silivri Kolan Hastanesi, Klinik Psikoloji, İstanbul, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-2392-7250
[2]Dr. Öğr. Üyesi, Beykent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D., İstanbul https://orcid.org/0000-0001-7224-1231
[3]Uz. Dr., Serbest Hekim, Konak, İzmir, Türkiye https://orcid.org/0000-0003-4880-3892
[4]Uz. Dr., Serbest Hekim, Bodrum, Muğla, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-5549-4154

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, oyun dönemindeki çocuklarda görülen davranış sorunlarının cinsiyet, ebeveyn eğitim düzeyi gibi sosyodemografik değişkenler ve çizgi film izleme davranışı ile ilişkisini incelemektir. **Yöntem:** Çalışmaya yaş aralığı 4-6 olan 133 çocuk ve anneleri alınmıştır. Annelere Sosyodemografik Veri Formu, Çocuk Bilgi Formu (ÇBF), Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA), çocuklara ÇBF uygulanmıştır. ÇBF ile çocukların haftalık çizgi film izleme süresi ve hangi tür çizgi film izlediği sorgulanmıştır. İzlenen çizgi film türleri; yararlı çizgi filmler, ne yararlı ne zararlı ve zararlı çizgi filmler olarak üç gruba ayrılarak değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Çalışmamızın sonuçlarına göre, kız çocuklarının GGA ile değerlendirilen sosyal davranış puanlarının erkek çocuklarına göre yüksek olduğu, çocukların anne- baba eğitim düzeyi ve haftalık izlediği çizgi film süresine göre GGA puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Zararlı çizgi film izleyen çocuklarda ne yararlı ne zararlı ve yararlı çizgi film izleyenlere göre GGA ile değerlendirilen duygusal semptomlar, davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, akran sorunları düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu, sosyal davranış düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. **Sonuç:** Çizgi filmler ile çocukların davranış sorunları arasındaki nedensel ve zamansal ilişkilerin belirlenmesi amacıyla uzun süreli izlem çalışmalarının yapılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Oyun Dönemi, Çizgi Film, Davranış Sorunları

SUMMARY

Objective: TThe aim of this study is to investigate the relationship of the behavioral problems seen in preschool children in relation to socio-demographic factors such as gender and parents' educational levels, and the cartoon watching behavior as well. **Method:** The participants were a group of 133 children around 4-6 years of age and their mothers. Socio-demographic Data Form was applied to the mothers, while Child Information Form (CIF) and Strength and Difficulties Questionniare (SDQ) were applied to the children. CIF examined the weekly cartoon watching time of children and what type of cartoon they watched. The cartoon types were categorized into 3 groups; helpful cartoons, neutral cartoons and harmful cartoons. **Results:** According to the results of our study, the social behavior points evaluated with SDQ of girls were determined to be higher than those of the boys, while no significant difference between the SDQ points according to the parents' education levels and the weekly cartoon watching time were found. Compared to children who watch neutral or helpful cartoons, it has been determined that in children who watch harmful ones have considerably higher amounts of emotional symptoms, behavior problems, attention deficit, hyperactivity and problems with peers, while their social behavior levels have been determined to be lower. **Discussion:** Longterm follow-up studies should be conducted in order to determine the causative and temporal corelations between cartoons and children's behavioral problems.

Key Words: Preschool Period, Cartoon, Behavioral Problems

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:438-445)
DOI: 10.5505/kpd.2020.55798

Makalenin geliş tarihi: 12.03.2020, Yayına kabul tarihi: 14.05.2020

GİRİŞ

Oyun dönemi olarak adlandırılan 3-6 yaş aralığı, çocukların kişiliklerinin ana hatlarının oluşması nedeniyle oldukça önemli bir yaş dilimidir. Oyun dönemi; çocuğun fiziksel, zihinsel, sosyal ve dil gelişiminin hızla geliştiği ve dönüştüğü bir dönemdir. Bilişsel gelişimin büyük oranda tamamlandığı oyun dönemi; gelişimsel süreçlerini etkileyen faktörlerin bilinmesi ve erken müdahale açısından kritik öneme sahiptir (1).

Gelişim sürecinde, bebeklik dönemi itibariyle adaptif bir işleme sahip farklı davranışsal özellikler gözlemlenir. Buna karşın adaptif olmayan davranış özellikleri çocuğun hem kendisini ve hem sosyal çevresini olumsuz etkilemektedir (2). Oyun dönemindeki çocuklarda görülen davranış sorunlarının biyolojik ve psiko-sosyal faktörlerle ilişkileri mevcuttur. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda; düşük sosyoekonomik düzey, ebeveyn psikopatolojisi, uygunsuz ebeveyn tutumları, aile içi çatışma varlığı ve iletişim bozukluğu gibi durumlar çocuklarda davranış sorunları ile ilişkili faktörler olarak belirlenmiştir (3-5).

Medya; çocukların gelişimi ve davranış özellikleri üzerinde önemli etkisi olan psiko-sosyal faktörlerden biridir. Medya araçları arasında özellikle televizyon; toplumsal kültürün şekillenmesinde önemli bir etkiye sahip iken çocuk gelişimi üzerinde de önemli bir etmendir (6). Çocuk açısından önemli bir görsel uyaran olan televizyon; taklit yoluyla öğrenme ve deneyimleme ile önemli bir iletişim aracı haline gelmektedir (7). Yapılan çalışmalara göre; okul öncesi dönemdeki çocukların hemen hepsi televizyon izlemekte, televizyon izleme sürelerinde kız ve erkek çocuklar açısından fark saptanmayıp, özellikle 4-6 yaş aralığındaki çocukların günde ortalama 2 saat televizyonda vakit geçirdiği görülmektedir (8).

Çizgi filmlerin çocuklar üzerinde olumlu ve/veya olumsuz birçok etkileri vardır. 2011 yılında beş yaş grubundaki çocukların izledikleri çizgi filmlerin saldırgan davranışlarına olan etkisinin incelendiği uzunlamasına bir izlem çalışmasında; çocukların saldırgan davranışlarındaki süreğenlikle, çizgi filme maruziyet süresi açısından anlamlı ilişki saptanmıştır (9). Şiddet içerikli çizgi film izleyen çocuklar, gördükleri şiddeti taklit edebilmekte, birbirlerine şiddet uygulayabilmekte ve daha agresif davranabilmekte, oyunlarında yıkıcı davranışlarda bulunabilmektedir (10). 2016 yılında 5-15 yaş aralığındaki 200 çocukla yapılan dört aylık bir izlem çalışmasında; çocukların %39'nun hem şiddet içerikli hem de şiddet içermeyen çizgi film izlediği, bu grubun %34'ünün irritabilite düzeyinde artış olduğu, %45'inin ebeveynleri tv izleme sürelerine sınır koymaya çalıştığında fiziksel şiddete başvurduğunu göstermiştir (11).

Çocukların gelişim sürecinde önemli bir sosyal etmen olduğu bilinen çizgi filmlerin; özellikle oyun dönemindeki çocuklar üzerindeki etkilerinin incelenmesi ve belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Türkiye'de konu ile ilgili yapılan çalışmalar, daha çok meta-analiz çalışmaları olup; çalışmamız oyun dönemindeki çocuklarda izlenilen çizgi filmlerin davranışsal etki ve ilişkisini inceleyen az sayıda çalışmalardan biridir (12-19).

Bu çalışmanın amacı; oyun dönemindeki çocuklarda görülen davranış sorunlarının cinsiyet, ebeveyn eğitim düzeyi gibi sosyodemografik değişkenler ve çizgi film izleme davranışı ile ilişkisini incelemektir.

YÖNTEM

Örneklem

Çalışmaya İstanbul'un Şişli ilçe merkezinde 2017-2018 eğitim öğretim döneminde okul öncesi eğitim gören 133 çocuk ve anneleri alınmıştır. Çalışmaya alınacak öğrenciler; Şişli'de okul öncesi eğitim veren iki farklı özel okuldan elverişli örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Çalışmaya dahil etme kriterleri: çocuk yaşının 4-6 yaş aralığında olması, çocukta yaygın gelişimsel bozukluk, mental retardasyon olmaması, annelerin psikotik bozukluk, mental retardasyon ve ağır kronik diğer tıbbi herhangi bir hastalığının olmaması olarak belirlenmiştir.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Araştırmacılar

tarafından hazırlanan bu form; çocuğun yaşı, cinsiyeti, anne ve babanın yaşı, eğitim düzeyi, aile gelir düzeyi gibi demografik özellikleri sorgulamaktadır.

Çocuk Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form; çocuğun çizgi film izleme davranışını sorgulamaktadır. Çocukların haftalık çizgi film izleme süresi ve hangi tür çizgi film izlediği sorgulanmıştır. İzlenen çizgi film türleri; yararlı çizgi filmler, ne yararlı ne zararlı ve zararlı çizgi filmler olarak üç gruba ayrılarak belirlenmiştir (20). Yararlı çizgi filmler; çocuklarda analitik ve yaratıcı düşünme becerisini, sayısal ve/veya sözel zekayı geliştirebilecek nitelikteki eğitici ve öğretici çizgi filmlerdir: Örn; "Anne Shirley", "Alim Dede'nin Bilim Evi", "Bilgin Köpek". Ne yararlı ne zararlı çizgi filmler; herhangi bir şekilde çocuk gelişimine etkide bulunmayan yani olumlu veya olumsuz net bir etkiye sahip olmayan filmlerdir. İçerikleri eğitici öğretici olmaktan ziyade bu çizgi filmler eğlenceli, renkli ve vakit geçirici özelliktedirler: Örn; "Ayı Yogi", "Donald Duck", "Cedric". Zararlı çizgi filmler; belirgin şekilde ahlaki kuralların ihlal edilmesi, suç, aşağılama, şiddet, öfke patlamaları ve küfür gibi olumsuz davranışlar içermektedirler: Örn; "Batman", "Ejder Avcıları", "Örümcek Adam" (20).

Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA): Goodman tarafından 1997 yılında geliştirilen bu ölçeğin; 4-16 yaş aralığına ait ebeveyn ve okul formu, 11-16 yaş aralığına ait ergen formu vardır. Ebeveyn ve okul formu; 4-16 yaş aralığındaki çocukların davranış özelliklerini sorgulayan 25 maddeden oluşmaktadır. Sorular kendi içerisinde 5 alt düzeyde toplanmıştır ve bu alt düzeyler; davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal sorunlar, akran sorunları, sosyal davranışlardır. Her alt boyut kendi içerisinde değerlendirilmekte olup; dört alt boyutun toplamıyla toplam güçlük puanı elde edilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Güvenir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (21).

İşlem

Araştırma verileri, 16 Mart 2017 ile 31 Mart 2017 tarihleri arasında, iki araştırmacının anne ve çocukları ile yaptıkları, her biri ortalama 40 dakika süren görüşmeler sonucunda toplanmıştır. Çalışmanın başlangıcında 150 çocuk ve annelerine ulaşılmış, çocukların annelerinin 133' ü çalışmaya katılmaya gönüllü olmuştur. Çalışma grubunu oluşturan çocuk ve anneleri araştırmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgilendirilmiş, annelerin yazılı onamları alınmıştır. Araştırmacı gözetiminde, çocukların annelerine sosyodemografik bilgi formu ve GGA uygulanmıştır. Çocuk bilgi formuna ait bilgiler; araştırmacılar tarafından yüz yüze gerçekleştirilen görüşmede; anne ve çocuğun ortak geri bildirimleri doğrultusunda oluşturulmuştur. Çalışmanın etik kurul onayı, Beykent Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Tüm veriler Statistical Package for Social Science (SPSS) Windows version 24.0 yazılımı kullanılarak değerlendirilmiştir. Analiz aşamasında öncelikle anket sorularına verilen cevapların ortalama skorlarının birtakım varsayımlara uygunluğu araştırılmıştır. Normal dağılıma uygunluğun analizi için "Shapiro-Wilk Testi" kullanılmış ve sürekli değişkenlerin normal dağılmadığı saptanmıştır. Sürekli değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama ± standart sapma şeklinde, kategorik değişkenlerin ise işletme sayısı (N) ve yüzde (%) şeklinde gösterilmiştir. GGA ölçek ve alt ölçek puanlarının en çok izlenen çizgi film türleri, çizgi film izleme süresine göre karşılaştırılmasında "Kruskal Wallis Testi" kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanan değişkenler için post-hoc test olarak "Pairwise Comparisons Testi'nden" yararlanılmıştır. Değerlendirme sonuçlarında elde edilen p değerleri, $\alpha<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya 75 erkek ve 58 kız çocuk alınmıştır. Çocukların yaş ortalaması 5.37±0.71 yıl, annelerin yaş ortalaması 32.7±0.23 yıl, babaların yaş ortalaması 34.2±1.05 yıldır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ait değerlendirmeler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Çocukların son üç ay içerisinde bir haftada izledik-

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler

(n=133)		Sayı(N)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kız	58	43.6
	Erkek	75	56.4
Anne Eğitim Düzeyi	İlköğretim	17	12.8
	Lise	43	32.3
	Üniversite ve üstü	73	54.9
Baba Eğitim Düzeyi	İlköğretim	26	19.5
	Lise	46	34.6
	Üniversite ve üstü	61	45.9
Ailenin Gelir Düzeyi	1500-3000 TL	26	19.5
	3001-5000 TL	43	32.3
	5000 TL ve üzeri	64	48.1

leri çizgi film süresi sorgulandığında; katılımcıların 42'sinin (%31.57) haftalık beş saat ve üzeri, 39'unun (%29.32) haftalık üç saat, 31'inin (%23.30) haftalık iki saat, 21'inin (%15.78) haftalık dört saat çizgi film izlediği belirlenmiştir. Çocuklar izledikleri çizgi film türü açısından incelendiğinde; katılımcıların 78'inin (%58.64) ne yararlı ne zararlı, 41'inin (%30.82) zararlı, 14'ünün (10.52) yararlı çizgi film izlediği saptanmıştır.

GGA puanlarına ait değerlendirmeler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Çocukların cinsiyet açısından GGA puanları değerlendirildiğine; yalnızca sosyal davranışlar alt ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmış olup kız çocuklarının sosyal davranış puanlarının erkek çocuklarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (u: 1465.000, p: 0.001; Mann Withney U Testi).

Çocukların anne ve baba eğitim durumları açısından GGA puanları değerlendirildiğinde; GGA alt ölçek ve toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05; Kruskal Wallis Testi).

Çocukların haftalık çizgi film izleme süresine göre GGA puanları değerlendirildiğinde; çizgi film izleme süresine göre GGA' nin tüm alt ölçek puanları ve toplam puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05; Kruskal Wallis Testi).

Çocukların en sık izlediği çizgi film türlerine göre GGA puanları değerlendirildiğinde; izlenen çizgi film türüne göre GGA'nin tüm alt ölçek puanları ile toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 2. GGA Puanlarının Değerlendirmeleri

Güçler ve Güçlükler Anketi	Ort	SS	Min	Max
Duygusal Semptom Alt Ölçeği	1.97	2.31	0.00	10.00
Davranış Sorunları Alt Ölçeği	2.16	2.13	0.00	8.00
Dikkat Hareketlilik Alt Ölçeği	3.36	2.90	0.00	10.00
Akran Sorunları Alt Ölçeği	2.81	2.20	0.00	9.00
Sosyal Davranışlar Alt Ölçeği	7.45	2.57	0.00	10.00
Toplam Güçlük Puanı	17.74	5.66	8.00	31.00

İstatistiksel olarak anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için yapılan analiz sonuçlarına göre: zararlı çizgi film türü izleyen çocukların Duygusal Semptom alt ölçek puanı, ne yararlı ne zararlı çizgi film türü izleyen çocuklara göre anlamlı düzeyde yüksektir (p: 0.007). Yararlı çizgi film türü izleyen çocukların Duygusal Semptom alt ölçek puanı ile ne yararlı ne zararlı çizgi film türü izleyen çocukların puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0.05). Zararlı çizgi film türü izleyen çocukların Davranış Sorunları alt ölçek puanı diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p: 0.000). Yararlı çizgi film türü izleyen çocukların Davranış Sorunları alt ölçek puanı ile ne yararlı ne zararlı çizgi film türü izleyen çocukların puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0.05). Zararlı çizgi film türü izleyen çocukların Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik alt ölçek puanı diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p: 0.000). Yararlı çizgi film türü izleyen çocukların Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik alt ölçek puanı ile ne yararlı ne zararlı çizgi film türü izleyen çocukların puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0.05). Zararlı çizgi film türü izleyen çocukların Akran Sorunları alt ölçek puanı diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p: 0.000). Yararlı çizgi film türü izleyen çocukların Akran Sorunları alt ölçek puanı ile ne yararlı ne zararlı çizgi film türü izleyen çocukların puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0.05). Zararlı çizgi film türü izleyen çocukların Sosyal Davranışlar alt ölçek puanı diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür (p: 0.000). Yararlı çizgi film türü izleyen çocukların Sosyal Davranışlar alt ölçek puanı ile ne yararlı ne zararlı çizgi film türü izleyen çocukların puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0.05). Zararlı çizgi film türü izleyen çocukların toplam GGA puanı diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p: 0.000). Yararlı çizgi film türü izleyen çocukların toplam GGA puanı ile ne yararlı ne zararlı çizgi film türü izleyen çocukların puanı arasında ise

Tablo 3. GGA Alt Ölçek Puanlarının En Çok İzlenen Çizgi Film Türleri Bakımından Karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	En çok izlenen çizgi film	N	Sıra Ortalaması	X^2	p	Post-hoc
Duygusal Semptom	1. Yararlı Çizgi Film	15	61.40			
	2. Ne Yararlı Ne Zararlı	63	57.81	9.957	.007	3>2
	3. Zararlı Çizgi Film	55	79.05			
Davranış Sorunları	1. Yararlı Çizgi Film	15	48.00			
	2. Ne Yararlı Ne Zararlı	63	56.18	20.985	.000	3>1 3>2
	3. Zararlı Çizgi Film	55	84.57			
Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik	1. Yararlı Çizgi Film	15	46.93			
	2. Ne Yararlı Ne Zararlı	63	56.59	20.445	.000	3>1 3>2
	3. Zararlı Çizgi Film	55	84.40			
Akran Sorunları	1. Yararlı Çizgi Film	15	54.03			
	2. Ne Yararlı Ne Zararlı	63	55.06	19.147	.000	3>1 3>2
	3. Zararlı Çizgi Film	55	84.21			
Sosyal Davranışlar	1. Yararlı Çizgi Film	15	91.10			
	2 Ne Yararlı Ne Zararlı	63	78.06	25.725	.000	3<1 3<2
	3. Zararlı Çizgi Film	55	47.76			
Toplam GGA Puanı	1. Yararlı Çizgi Film	15	53.47			
	2. Ne Yararlı Ne Zararlı	63	54.26	21.238	.000	3>1 3>2
	3. Zararlı Çizgi Film	55	85.28			

istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Çalışmamızın sonuçlarına göre, kız çocuklarının GGA ile değerlendirilen sosyal davranış puanlarının erkek çocuklarına göre yüksek olduğu, çocukların anne baba eğitim düzeyi ve haftalık izlediği çizgi film süresine göre GGA puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Çocukların en sık izlediği çizgi film türlerine göre yapılan değerlendirmelerde; zararlı çizgi film izleyen çocuklarda ne yararlı ne zararlı ve yararlı çizgi film izleyenlere göre GGA ile değerlendirilen duygusal semptomlar, davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, akran sorunları düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu, sosyal davranış düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir.

Alan yazın incelendiğinde birçok çalışmada oyun dönemindeki erkek çocuklarında kız çocuklarına göre daha sık davranış sorunları görüldüğü belirlenmiş olsa da çalışmaların sonuçlarında farklılıklar mevcuttur (22-24). Bazı çalışmalarda bu dönemdeki davranış sorunları sıklığı açısından erkek ve kız çocukları arasında fark olmadığı, ergenlik dönemindeki davranış sorunlarında cinsiyet açısından farklılıklar ortaya çıktığı belirtilmektedir (25, 26). Çalışmamızın sonuçlarında kız ve erkek çocukları arasında GGA ile değerlendirilen duygusal ve davranış sorunlarında anlamlı fark saptanmamıştır. Ayrıca kız çocuklarının sosyal davranış puanları erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Okul öncesi dönemdeki kız çocuklarının erkeklere göre sosyal davranış düzeylerinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (27,28). Sosyal davranışlardaki cinsiyet açısından farklılıklar, kız çocuklarına biçilen roller, kültürel ve ailesel davranış örüntüleri ile ilişkili olabilir. Yapılan çalışmalarda çocuklardaki davranış sorunları ile ebeveyn eğitim düzeyinin ilişkili olduğu, yüksek eğitim düzeyine sahip ebeveynlerin çocuklarında davranış sorunlarının daha az görüldüğü, ebeveyn eğitim düzeyi arttıkça çocuklarda olumlu sosyal davranışların arttığı saptanmıştır (29, 30). Çalışmamızın sonuçlarında ebeveyn eğitim düzeyine göre çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarında anlamlı fark saptanmamıştır. Sonuçların yorumlanabilmesi geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Çocukların izlediği çizgi filmlerin duygusal ve davranışsal sorunlarına etkisini inceleyen çalışmalarda şiddet öğeleri içeren çizgi filmlerin duygu ve davranış sorunlarını artırdığı belirlenmiştir (9-14, 31). 2017 yılında yaş grubu 36 ay ile 78 ay arasında olan 240 okul öncesi çocukla yapılan bir yıllık uzun izlem çalışmasında; çocukların izlediği çizgi film ve sevdikleri süper

kahramanlarla, agresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (32). İzlenen çizgi filmlerin şiddet içeriği arttıkça; çocuklarda annelerin değerlendirmelerine göre belirlenen saldırganlık düzeyi anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. 2017 yılında yaş grubu 4-6 aralığında olan 150 çocukla yapılan başka bir kesitsel çalışmada; izlenen tv programaları ve çizgi filmler ile çocukların darvanış sorunları ve kaygı düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; çocukların televizyonda geçirdiği süre ile kaygı düzeyleri arasında ve çocukların izledikleri zararlı çizgi filmlerle davranış sorunları arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (33). Çalışmamızın sonuçlarında, literatürle uyumlu olarak; zararlı çizgi film izleyen çocuklarda duygusal semptomların ve darvanış sorunlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Yaş dönemi itibariyle duygu düzenleme becerilerinin gelişmekte olduğu oyun dönemi çocuklarında, taklit yoluyla öğrenmenin önemi de göz önünde bulundurulduğunda; çizgi film aracılığıyla şiddete maruziyetin duygusal ve davranışal sorunları artırabileceği düşünülmektedir.

Çizgi filmlerin çocuklarda dikkat süresi ve hareketlilik düzeyini etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik düzeyi ile televiyon ve çizgi filmlerin ilişkisini inceleyen çeşitli çalışmalarda; birincil etmenin televizyon izleme süresi olduğu belirtilmektedir (34). Çalışmamızın sonuçlarında; çizgi film izleme süresine göre, çocuklarda dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik düzeyi açısından anlamlı fark saptanmaz iken zararlı çizgi film izleyen çocuklarda dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik düzeyi anlamlı olarak yüksek bulunuştur. 2010 yılında 302 çocukla yapılan bir prospektif kohort çalışmasında; çocukların 18 ay ve 30 ay dönemlerinde televizyona maruziyet süresi ve etkileri değerlendirilmiş; günlük televiyona maruziyet süresi ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite düzeyi arasında pozitif ilişki saptanmıştır (35). 2012 yılında 4-6 yaş aralığında 450 okul öncesi çocukla yapılan bir çalışmada; yüksek düzeyde dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri uzun süre televizyona maruziyetle ilişkili bulunmuştur (36). Çalışmamızın sonuçları kısmen literatürle uyumlu olsa da; oyun dönemindeki çocuklarda; çizgi film izleme süresi ve çizgi film türü ile dikkat eksiliği ve aşırı harekelilik düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlelemek için dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili olduğu tespit edilmiş diğer biyopsikolojik değişkenlerin kontrol edildiği uzun süreli izlem çalışmalarına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızın sonuçlarında zararlı çizgi film izleyen çocukların akran sorunlarının anlamlı olarak yüksek düzeyde olduğu, olumlu sosyal davranış düzeylerinin ise düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. 2013 yılında yaş grubu 3-5 olan 500 çocuk ve ebeveynleri ile yapılan bir yıllık uzun izlem çalışmasında; şiddet içerikli çizgi filmlere maruz kalan çocuklarda; bağırma, zorbaca davaranışlar gibi agresif davranışların arttığı, paylaşma, işbirliği kurma, akran ilişkilerinde empatik yaklaşım gibi uyumlu sosyal davranışların azaldığı gözlemlenmiştir (37). 2011 yılında okul öncesi çocuklarda medyanın sosyal davranışları üzerindeki etkisini incelemek amacıyla 92 çocukla yapılan bir çalışmada; zararlı içeriklere maruz kalan çocuklarda hiperakitivite ve saldırganlık davranış düzeyi yüksek bulunurken, olumlu sosyal davranış düzeyleri düşük bulunmuştur (38). Oyun dönemi, çocukların akran ilişkileri ve sosyal gelişim açısından önemli bir evredir (39). Aile ve akran grupları dışında, televizyonda izledikleri programlar ve çizgi filmler, çocukların sosyal becerilerini geliştirmekte ve etkilemektedir (40). Zararlı çizgi filmler olumsuz bir model olarak, çocuğun sosyal becerilerini ve iletişim şeklini etkileyerek akran sorunlarını ve olumsuz sosyal davranışlarını artırıyor olabilir.

Çalışmamızın sonuçları oyun dönemindeki çocuklarda duygusal semptomların, davranış sorunlarının, dikkat eksikliği ve aşırı hareketliliğin, akran sorunlarının, sosyal davranış sorunlarının, zararlı çizgi film izleyen çocuklarda anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermiştir. Gelişimsel açıdan kritik bir öneme sahip olan oyun dönemi çocuklarının; davranışsal olarak uyumlu özelliklere sahip olması hem şimdi hem de ileri yaşamları açısından oldukça önemlidir. Giderek teknolojiye maruziyetin arttığı günümüzde; çocukların izlediği çizgi filmler dâhil her türlü medya unsurlarının etkilerinin ayrıntılı değerlendirilmesinin, etkileri göz önünde bulundurulduğunda, oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. İleride yapılacak çalışmaların; örneklem büyüklüğü, sosyodemografik özellikler açısından yeterli niteliklere

sahip, çocuklarda davranış sorunlarını etkileyen bireysel ve diğer psikososyal etmenleri de değerlendiren bir tasarıma sahip olması, elde edilecek sonuçların yorumlanabilirliğini artıracaktır. Ayrıca çizgi filmler ile çocukların davranış sorunları arasındaki nedensel ve zamansal ilişkilerin belirlenmesi amacıyla uzun süreli izlem çalışmalarının yapılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Yazışma Adresi: Dr. Öğr. Üyesi Ali Dayi Beykent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatrı A.D., İstanbul, Türkiye alidayi@beykent.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Bufferd SJ, Dougherty LR, Carlson GA, Rose S, Klein DN. Psychiatric disorders in preschoolers: continuity from ages 3 to 6. Am J Psychiatry 2012;169 (Suppl 11): 1157-64.

2. Jensen PS. Youngstrom EA, Steiner H, Findling RL, Meyer RE, Malone RP, Carlson GA, Coccaro EF, Aman MG, Blair J, Dougherty D, Ferris C, Flynn L, Green E, Hoagwood K, Hutchinson J, Laughren T, Leve LD, Novins DK, Vitiello B. Consensus report on impulsive aggression as a symptom across diagnostic categories in child psychiatry: implications for medication studies. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46 (Suppl 3): 309-322.

3. Odgers CL, Caspi A, Russell MA, Sampson RJ, Arseneault L, Moffitt TE.. Supportive parenting mediates neighborhood socioeconomic disparities in children's antisocial behavior from ages 5 to 12. Dev Psychopathol 2012; 24 (Suppl 3): 705-21.

4. Romirowsky AM, Chronis-Tuscano A. Paternal ADHD symptoms and child conduct problems: is father ınvolvement always beneficial. Child Care Health Dev 2014; 40 (Suppl 5): 706–714.

5. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Glover V. Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. J Child Psychol Psychiatry 2003; 44: 1025-1036.

6. Murray JP, Murray AD. Television in Infancy and Early Childhood- Uses and Effects, in Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development. Edited by Hait M, Benson J, Oxford: Elsevier Publishers, 2008, pp.471-479.

7. Linstrom M, Seybold PM. Brandchild: Remarkable Insights into the Minds of Today's Global Kids and Their Relationships with Brands. Kogan Page, 2003.

8. Rideout VJ, Vandewater EA, Wartella EA. Zero to Six: Electronic Media in the Lives of Infants, Toddlers and Preschoolers. A Kaiser Family Foundation Report, 2003.

9. Yaşar M, Paksoy İ. Çizgi filmlerdeki saldırgan içerikli görüntülerin, çocukların serbest oyunları sırasındaki saldırganlık düzeylerine etkisi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2011; 20 (Suppl 2): 279-298.

10. Karatay G, Kesgin MT. Çocuk, televizyon ve şiddet. Hacettepe Üniversitesi Araştırma Görevlileri Sempozyumu Bildiri Kitabı 2006; 129-148.

11. Rai S, Waskel B, Sakalle S, Dixit S, Mahore R. Effects of cartoon programs on behavioural, habitual and communicative changes in children. . Int J Community Med Public Health 2016; 3 (Suppl 6): 1375-1378.

12. Babaroğlu A. Cooperation behavior of preschool children to the influence of tv. International Journal of Social Science 2015; 32: 335-355.

13. Hamarat D, Işıtan S, Özcan A, Karaşahin H. Okul öncesi dönem çocuklarinin izledikleri çizgi filmler üzerine bir inceleme: caillou ve sünger bob örneği. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2015; 18 (Suppl 33): 75-91.

14. Şeşen E, Ertürk KÖ. Çizgi filmlerdeki şiddet içeriğinin çocuklar üzerindeki etkisi. ZfWT 2018; 10 (Suppl 3): 232-246.

15. Temizyürek F, Acar Ü. Çizgi filmlerdeki subliminal mesajların çocuklar üzerindeki etkisi. CIJE 2014; 3 (Suppl 3): 25 – 39.

16. Bekar P, Arıkan D. Çocukların televizyon izleme durumlarının davranış problemlerine etkisi. Turkiye Klinikleri Hemsirelik Bilimleri 2017; 9 (Suppl 3): 185-192.

17. Oruç C, Tecim E, Özyürek H. Okul öncesi dönem çocuğunun kişilik gelişiminde rol modellik ve çizgi filmler. Ekev Akademi Dergisi 2011; 15: 281-292.

18. Zorlu F, Yeşilyurt E, Koray Ö, Güngör B, Tom E. An investigation of the convenience of cartoon films in terms of developmental levels of preschool children. TOJNED 2017;7 (Suppl 1): 13-19.

19. Soydan SB, Alakoç Pirpir D, Azak H. Aggressive behaviours of 48- to 66-month-old children: predictive power of teacher–student relationship, cartoon preferences and mother's attitude. Early Child Dev Care 2017; 187 (Suppl 8): 1244–1258.

20. Solmuş T. Çocuk Psikolojisi ve Çizgi Filmler. Nobel Yaşam Yayınevi, 2016.

21. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. Güçler ve Güçlükler Anketinin (GGA) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2008; 15 (Suppl 2), 65-74.

22. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003; 42: 1203-1211.

23. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramírez R, Chavez L, Alegría M, Bauermeister JJ, Hohmann A, Ribera J, García P, Martínez-Taboas A.. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. Arch Gen Psychiatry 2004; 61: 85-93.

24. Lavigne JV, LeBailly SA, Hopkins J, Gouze KR, Binns HJ. The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds. J Child Adolesc Psychol 2009; 38: 315-328.

25. Crick NR, Zahn-Waxler C. The development of

pyschopathology in females and males: current progress and future challenges. Dev Psychopathol 2003; 15: 719-742.

26. Mesman J, Bongers IL, Koot HM. Preschool developmental pathways to preadolescent internalizing and externalizing problems. J Child Psychol Psychiatry 2001; 42: 679-689.

27. Karaca NM, Gündüz A, Aral N. Okul öncesi dönem çocuklarının sosyal davranışının incelenmesi. Kuramsal Eğitimbilim Dergisi 2011; 4 (Suppl 2): 65-76.

28. Masalcı AD. Aile İçi Etkileşimlerle Çocuğun Saldırganlık Düzeyi ve Uygun Davranışlarının Karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2001.

29. Aral N, Kandır A, Can Yaşar M. Okul Öncesi Eğitim ve Okul Öncesi Eğitim Programı. İstanbul: Yapa Yayınları, 2002.

30. Aral N, Gürsoy F, Bıçakçı MY, Körükçü Ö. An Investigation of The Social Behaviors of Children Who Attend Pre-School. Edited by Giannakaki MS, Papanikos GT, Pozios Y, Richards JK, Institutions Research on Education, 2006, pp. 15-23.

31. Villani S. Impact of media on children and adolescents: a 10-year review of the research. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40 (Suppl 4), 392–401.

32. Coyne SM, Stockdale L, Linder JR, Nelson DA, Collier KM, Essig LW. Pow! Boom! Kablam! Effects of viewing superhero programs on aggressive, prosocial, and defending behaviors in preschool children. Journal of Abnormal Child Psychology 2017; 45 (Suppl 8): 1523–1535.

33. Asghari M, Karimzadeh M, Teymouri R. Relationship between using of television and behavioral problems of preschool children. Iranian Rehabilitation Journal 2017; 15(Suppl 4): 325-332.

34. Miller CJ, Marks DJ, Miller SR, Berwid OG, Kera EC, Santra A, Halperin JM.. Brief report: Television viewing and risk for attention problems in preschool children. J Pediatr Psychol 2007;32(Suppl 4):448-52.

35. Cheng S, Maeda T, Yoichi S, Yamagata Z, Tomiwa K. Early television exposure and children's behavioral and social outcomes at age 30 months. Journal of Epidemiology 2010; 20 (Suppl 2): 482–489.

36. Ebenegger V Marques-Vidal PM, Munsch S, Quartier V, Nydegger A, Barral J, Hartmann T, Dubnov-Raz G, Kriemler S, Puder JJ. Relationship of hyperactivity/inattention with adiposity and lifestyle characteristics in preschool children. Journal of Child Neurology 2012; 27 (Suppl 7): 852–858.

37. UK Essays. The effect of cartoon violence on preschoolers psychology essay. http://www.ukessays.com/essays/psychology/the-effect-of-cartoon-violence-on-preschoolers-psychology-essay.php. Erişim tarihi: Nisan 20, 2020.

38. Conners-Burrow NA, Mckelvey LM, Fussell JJ. Social outcomes associated with media viewing habits of low-income preschool children. Early Educ Dev 2011; 22 (Suppl 2): 256–273.

39. Parker JG, Gottman JM. Social and Emotional Development in a Relational Context: Friendship Interaction from Early Childhood to Adolescence, in Peer Relationships in Child Development. Edited by Berndt TJ, Ladd GW, Wiley, 1989, pp. 95–131.

40. Yüksel G. Medya ve Eğitim, Eğitim Sosyolojisi. Edited by Özdemir ME, Arslangilay SC, Pegem Akademi, 2017, pp. 225-243.

İn vitro fertilizasyon tedavi sonucunun bağlanma, yılmazlık, stres düzeyi, depresyon, anksiyete ve somatizasyon ile ilişkisi

The relationship of in vitro fertilisation treatment outcomes with attachment, resilience, stress levels, depression, anxiety and somatization

Pelin Kalcı[1], Hakan Karaş[2], Aslıhan Polat[3]

[1]Klin. Psk. Serbest Çalışan, İstanbul, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-5247-8941
[2]Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-9391-5415
[3]Prof. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D., Kocaeli, Türkiye https://orcid.org/0000-0001-9649-8701

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı İn Vitro Fertilizasyon (IVF) tedavisi gören kadınlarda depresyon, anksiyete, somatizasyon belirtileri, bağlanma özellikleri ve yılmazlık düzeyleri ile infertiliteye ilişkin global stres düzeyi arasında ilişki olup olmadığını araştırmaktır. Çalışmamızın diğer amacı ise IVF tedavi sonucu ile bağlanma özellikleri, yılmazlık, infertiliteye ilişkin global stres düzeyi, depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtileri arasında ilişki olup olmadığını değerlendirmektir. **Yöntem:** Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Blim Dalı Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi'ne ardışık olarak başvuran ve IVF tedavisi için uygun görülen 88 kadın çalışmaya alınmıştır. Katılımcılara infertilite tedavi protokolü öncesinde sosyodemografik veri formu, Kısa Semptom Envanterinin (KSE) depresyon, anksiyete ve somatizasyon alt ölçekleri, Fertilite Sorun Envanteri (FSE), Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri (YİYE) ve Yetişkin Yılmazlık Ölçeği (YYÖ) uygulanmıştır. Katılımcılara IVF tedavi protokolü uygulandıktan 3 ay sonraki izlemde gebelik oluşup oluşmadığı değerlendirilmiştir. **Bulgular:** FSE toplam puanı ile YİYE kaygı ($p<0,001$, $r=0,314$) ve YİYE kaçınma ($p<0,001$, $r=0,364$) puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. FSE toplam puanı ile YYÖ toplam puanı arasında ise negatif yönde bir ilişki ($p<0,001$, $r=-0,434$) olduğu belirlenmiştir. KSE anksiyete, depresyon ve somatizasyon alt boyut puanı, YİYE kaygı ve kaçınma puanı, YYÖ toplam ve alt boyut puanı ve FSE toplam puan ortalamalarının IVF tedavisi sonucuna göre farklılık göstermediği saptanmıştır. **Sonuç:** Çalışmamızın sonuçları yılmazlık düzeyi ile bağlanmada kaygı ve kaçınma boyutlarının infertiliteye ilişkin stres ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Anksiyete, depresyon, somatizasyon, infertiliteye ilişkin global stres, bağlanma ve yılmazlık puanları IVF tedavi sonucu ile ilişkili bulunmamıştır. Yılmazlık düzeyini güçlendirecek psikosoyal müdahaleler ve bağlanma temelli terapötik yaklaşımlar infertiliteye ilişkin stresin azaltılmasına yardımcı olabilir.

Anahtar Sözcükler: IVF, depresyon, anksiyete, somatizasyon, bağlanma, infertiliteye ilişkin stres, tedavi sonucu

SUMMARY

Objective: The aim of this study was to investigate the relationship of depression, anxiety, somatization symptoms, attachment dimensions and resilience with infertilitiy related stress. Our second aim was to explore the associations of In Vitro Fertilisation (IVF) treatment outcome with attachment dimensions, resilience, infertility related stress, depression, anxiety, and somatization symptoms. **Method:** 88 women who were consecutively applied to the Kocaeli University Medical Faculty Department of Gynecology and Obstetric, Assisted Reproductive Techniques Center and found eligible for IVF treatment were inclu-ded in the study. Sociodemographic data form, depression, anxiety and somatization subscales of Brief Symptom Inventory (BSI), Experiences in Close Relationships Scale (ECR), The Resilience in Midlife Scale (RIM) and Fertility Problem Inventory (FPI) were administered to all participants before IVF treatment protocol. Participants were evaluated whether pregnancy occurred or not 3 months after the IVF treatment protocol was applied. **Results:** A significant positive correlation was found between the FSE total score and the ECR anxiety ($p<0.001$, $r=0.314$) and ECR avoidance ($p<0.001$, $r=0.364$) scores. A negative correlation was found also between the FSE total score and RIM total score ($p<0.001$, $r=-0.434$). It was found that BSI anxiety, depression and somatization scores, ECR anxiety and avoidance scores, RIM total and subscale scores and FSE total score averages did not differ according to IVF treatment outcome. **Discussion:** The results of our study showed that the anxiety and avoidance dimensions of attachment and resilience are related to infertility stress. Anxiety, depression, somatization, infertility related stress, attachment and resilience scores were not associated with IVF treatment outcome. Psychosocial interventions to strengthen resilience and attachment based therapeutic approaches may help to reduce infertility related stress.

Key Words: IVF, depression, anxiety, somatization, attachment, resilience infertility related stress, treatment outcome

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:446-455)

DOI: 10.5505/kpd.2020.24865

Makalenin geliş tarihi: 04.03.2020, Yayına kabul tarihi: 21.05.2020

GİRİŞ

İnfertilite "Doğurgan dönemdeki eşlerin bir yıl boyunca ve haftada en az iki kez korunmasız cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen gebeliğin gerçekleşmemesi ya da gebeliğin devam etmemesi" şeklinde tanımlanmaktadır (1). İnfertilite çeşitli çalışmalarda stres ve anksiyete belirtileri ile ilişkilendirilmiştir (2). İnfertilitesi olan çiftlerle yapılan çalışmalar kadınlarda erkeklere oranla daha fazla psikiyatrik belirti görüldüğünü ve kadınların yaşam kalitesinin daha fazla etkilendiğini ortaya koymuştur (3). Depresyon ve anksiyete belirtilerinin yanı sıra infertilite tedavisi için başvuran kadınlarda major depresyon ve anksiyete bozukluklarının görülme oranları da yüksektir (4). İnfertilitesi olan kadınlardaki bu yüksek depresyon ve anksiyete belirtileri infertiliteye ilişkin global stres ile ilişkili bulunmuştur (5). Depresyon ve anksiyete düzeylerinin infertilite tedavisi üzerine etkisi konusunda yapılan çalışmalar ise birbirinden farklı sonuçlar ortaya koymuştur. Bazı çalışmalar depresyon ve anksiyete belirtilerinin tedavi sonucu üzerine olumsuz etkisi olduğunu bildirirken bazı çalışmalarda ise herhangi bir etki olmadığı gösterilmiştir (6,7,8). Benzer şekilde depresyon tanısı almış olmanın infertilite tedavisi sonucu ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar olmakla birlikte bu tanıların tedavi sonucu ile ilişkili olmadığını bildiren çalışmalara da rastlanmaktadır (9,10). IVF tedavisi öncesinde antidepresan tedavi almış olmanın tedavi sonucu üzerine olumsuz etkisi olduğu gösteren çalışmalara da rastlanmaktadır (10,11). Depresyon ve anksiyetenin infertiliteye yol açabileceğini belirten çalışmalarda bu etkinin hipotalamo-pitüiter-adrenal ve sempatik-adrenal-medulla sistemi üzerindeki endokrin değişikliklerin sorumlu olabileceğini öne sürülmüştür (12).

Bağlanma kuramına göre erken dönemdeki yaşantılar insanın kendisine ve başkalarına ilişkin 'içsel çalışan modeller' adı verilen şemalara yol açar ve bu şemalar insanın kendisine ve başkalarına ilişkin beklentilerini belirler (13). Bu içsel şemalara göre oluşan bağlanma özellikleri insanın yaşamı boyunca kişilerarası ilişkilerinde belirleyici bir rol oynar ve özellikle stresli yaşam dönemlerinde daha çok aktifleşirler (14). İnfertilitesi olan çiftlerde bağlanmanın hem kaçınma hem de kaygı boyutu infertiliteye ilişkin ve çiftin iyilik hali ile ilişkili bulunmuştur (15,16). Kaygılı ve kaçıngan bağlanma düşük ilişki doyumu ve stresle başa çıkmakta zorlanma ile ilişkili bulunurken güvenli bağlanmanın infertilitesi olan kadınlarda ruhsal sağlık için koruyucu olduğu ortaya konmuştur (17,18). Bağlanma örüntüleri aynı zamanda infertilitenin ortaya çıkmasında önemli bir rolü olduğu öne sürülen hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) ekseninde nörofizyolojik değişikliklere yol açabilmektedir (19,12,20).

Olumsuz yaşam olaylarının üstesinden gelebilme ve zorlayıcı yaşam olayları karşısında işlevselliğini belirli bir düzeyde sürdürebilme yetisi yılmazlık olarak adlandırılır (21). Yılmazlık düzeyi yüksek olan bireylerde daha az psikopatoloji saptanması yılmazlığın psikopatoloji gelişmesine karşı koruyucu olabileceğini düşündürmüştür (22). Yüksek yılmazlığın koruyucu etkisinin birtakım genetik faktörlerin ve HPA ekseninin rolü olabileceği üzerinde durulmuştur (23,24). Yılmazlığın stresten koruyucu etkisi infertilitesi olan kadınlarda da araştırılmıştır. Yılmazlık infertilitesi olan kadınları infertiliteye ilişkin stresten koruyarak onların yaşam kalitesi üzerine olumlu etki yapmaktadır (25). Infertilite tedavisi gören kadınlarda yılmazlık düzeyi yüksek olanların stresle başa çıkmada daha aktif başa çıkma biçimlerini kullandıkları bildirilmiştir (26). Yılmazlık aynı zamanda infertilitesi olan kadınlarda travma sonrası büyüme ile ilişkili bulunmuştur (27).

İnfertiliteye ilişkin stresin depresyon ve anksiyete ile ilişkisi bilinmektedir. Diğer yandan infertiliteye ilişkin stres ile somatizasyon arasındaki ilişki çok az araştırılmış bir konudur. Ayrıca infertiliteye ilişkin stres ile yılmazlık düzeyi ve bağlanma ilişkileri arasındaki ilişkiye dair literatür verisi oldukça azdır. Buna ek olarak literatür bilgimize göre yılmazlık ve bağlanma ile infertilite tedavisi sonucu arasındaki ilişkiye dair literatür verisi bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı IVF tedavisi gören kadınlarda depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtileri, bağlanma özellikleri, yılmazlık düzeyleri ve infertiliteye ilişkin global stres düzeyi arasında ilişki olup olmadığını araştırmaktır. Çalışmamızın diğer amacı ise IVF tedavisi gören kadınların depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtileri, yılmazlık düzeyleri,

bağlanma özellikleri ve infertiliteye ilişkin global stres düzeyleri ile IVF tedavi sonucu arasında ilişki olup olmadığını değerlendirmektir.

YÖNTEM

Örneklem ve İşlem

Çalışma için Şubat 2017 ile Temmuz 2017 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Üremeye Yardımcı Teknikler Merkezi'ne İn Vitro Fertilizasyon (IVF) tedavisi için başvuran 105 kadının tümü ile görüşme yapıldı. 10 kişi ölçekleri doldurmaya zaman ayırmak istemediği gerekçesiyle çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılara IVF tedavisi prosedürü öncesinde, bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra, sosyodemografik veri formu, Kısa Semptom Envanterinin depresyon, anksiyete ve somatizasyon alt ölçekleri, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri, Yetişkin Yılmazlık Ölçeği ve İnfertiliteye İlişkin Global Stres Ölçeği uygulandı. IVF tedavisi öncesinde ovülasyon indüksiyonu amacıyla aşılama uygulanan fakat batın ultrasonografisi ile görüntülemede ovülasyon gelişmediği gözlenen 7 kişi tedavi prosedürü tamamlanmamış olduğu için çalışma dahil edilmedi. Çalışmaya dahil edilme kriterleri 20-49 yaş arasında olmak, verilen öz bildirim ölçeklerini okuyup anlayabilecek derecede okur-yazar olmak olarak; görüşme sırasında alınan anamneze ve hastane kayıtlarına göre başvuru sırasında herhangi bir psikiyatrik veya nörolojik bir tanı nedeniyle tedavi alıyor olmak ise dışlama ölçütleri olarak belirlenmiştir. Ovülasyon indüksiyonu sonrasında batın ultrasonografisi ile ovulasyonun gerçekleştiği gözlenen ve IVF tedavisi planlanan 88 katılımcıda gebelik gelişip gelişmediği IVF tedavisi uygulamasından 3 ay sonra kanda B-HCG testi ve kadın doğum uzmanı tarafından yapılan batın ultrasonografisi ile değerlendirildi. Katılımcılar 'gebelik pozitif' ve 'gebelik negatif' olmak üzere iki gruba ayrıldı. Gruplar arasında ilk değerlendirme sırasında uygulanmış olan çalışma ölçekleri bakımından farklılık olup olmadığını değerlendirmek için karşılaştırma yapıldı. Çalışma için Kocaeli Üniversitesi Etik Kurulu'undan etik kurul onayı alındı.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Çalışmada sosyodemografik bilgi toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış olan sosyodemografik veri formunda katılımcıların yaşı, eğitim ve çalışma durumu, ailenin gelir düzeyi, infertilite süresi, geçmiş tedavi deneyimlerinin olup olmadığı ve geçmişteki gebelik öyküleri ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

Kısa Semptom Envanteri (KSE): Derogatis tarafından geliştirilmiş 53 maddelik kendini değerlendirme türü bir envanterdir (28). KSE, 90 maddelik Semptom Belirleme Listesi olan SCL-90 temel alınarak geliştirilmiştir. Ölçek 5'li Likert tipi bir ölçektir. Ölçeği dolduracak kişilerden, her maddeyi ayrı ayrı okumaları ve o gün dâhil son bir hafta içinde bu belirtilerden her birinin kendilerini ne kadar rahatsız ettiğini işaretlemeleri istenmektedir. Ölçekte her bir maddeye verilecek yanıt "Hiç", "Biraz", "Orta Derecede", "Oldukça Fazla" ve "Ciddi Derecede" seçeneklerinden oluşmaktadır. Türkiye uyarlaması Şahin ve Durak tarafından yapılmış olup yüksek geçerlik ve güvenirlik değerleri elde etmiş ve yapılan faktör analizi sonucunda; anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite olmak üzere beş faktör elde edilmiştir (29). Yetişkin örneklemi için elde edilen iç tutarlılık katsayısı .75 ile .87 arasında değişmektedir (29). Her alt ölçek için belirlenen toplam, o alt ölçekteki madde sayısına bölündüğünde o boyut için bir puan elde edilmektedir.

Fertilite Sorunu Envanteri (FSE): C.R. Newton ve arkadaşları tarafından bireyin infertilite ile ilişkili global stres düzeyini ölçmek üzere geliştirilmiştir. FSE, 46 maddelik kendini değerlendirme türü bir envanterdir (30). Ölçeğin "Hiç katılmıyorum" seçeneğinden "Tamamen katılıyorum" seçeneğine kadar değişen 6'lı Likert tipi bir ölçüm sınıflaması vardır. Ölçek infertilite ile ilişkili daha spesifik alanlardaki stresi değerlendiren beş alt ölçek içermektedir. Bunlar; sosyal sorunlar, cinsel sorunlar, ilişki sorunları, ebeveyn olma ihtiyacı ve çocuksuz yaşam biçimini ret alt ölçekleridir. Ölçeğin

Türkçe'ye uyarlaması ve geçerlik-güvenirlik çalışması 2008 yılında Eren tarafından yapılmış ve FSE'nin Cronbach alpha katsayıları kadınlar için .89 ve erkekler için .88 olarak bulunmuştur (31). Global stres puanı 46 maddeden elde edilen toplam puandan oluşmaktadır. Yüksek puanlar infertilite ile ilişkili artmış strese işaret etmektedir.

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri (YİYE): 1998 yılında Brennan ve arkadaşları tarafından bağlanmada iki temel boyut olan yakın ilişkilerde yaşanan kaygı ve başkalarından kaçınmayı ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (32). Ölçek her bir boyut için 18 maddeye sahip, toplamda 36 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin "Hiç Katılmıyorum" seçeneğinden "Tamamen Katılıyorum" seçeneğine kadar değişen 7'li Likert tipi bir ölçüm sınıflaması vardır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması Sümer (2006) tarafından yapılmış olup; güvenirlik katsayıları kaygı boyutu için .86, kaçınma boyutu için .90 olarak bulunmuştur (33).

Yetişkin Yılmazlık Ölçeği (YYÖ): Caltabiano ve Ryan tarafından 2009 yılında erişkin bireylerin yılmazlık düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (34). Ölçek 25 maddeden oluşan, 0-4 arası değişen (0= Kesinlikle Katılmıyorum; 4= Kesinlikle Katılıyorum) 5'li Likert tipi bir ölçektir. Yetişkin Yılmazlık Ölçeğinin maddeleri beş faktör altından toplanmaktadır. Bunlar; öz yeterlik, aile ve sosyal ağlar, azim, iç kontrol odağı ve son olarak başa çıkma ve uyum başlıklarında değerlendirilir (35). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Çakar ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiş olup, iç tutarlığı Cronbach alpha katsayısı ile incelenmiş ve .71 olarak bulunmuştur (35).

İstatistik Analiz

Araştırma için elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak istatistiksel analizler için hazır hale getirilmiştir. Araştırma verilerinin analizinde SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır. Burada ölçek ortalamalarının betimlenmesinde ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Ölçek ortalamalarının normallik testi için Shapiro-Wilk Testi yapılmıştır. Normallik testi sonuçlarına göre yalnızca YİYE ve alt boyut puan ortalamalarının normal dağılıma uyduğu diğer ölçeklerin normal dağılıma uymadığı görülmüştür. YİYE için parametrik testler uygulanırken diğer ölçekler için nonparametrik testler uygulanmıştır. KSE, FSE ve YYÖ için ikili grupların fark analizinde Mann Whitney U testi, ikiden çok grubun fark analizinde Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. YİYE için ise ikili grupların fark analizinde bağımsız örneklem t testi, ikiden çok grubun fark analizinde ise ANOVA testi kullanılmıştır. İlişkisel tarama modelinde ise ölçek ortalamaları arasındaki korelasyonun testi için Spearman's rho testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Yaş aralığı 23 ile 48 arasında değişen katılımcıların yaş ortalaması 32±5,97 olarak belirlenmiştir. Kadınların %37,5'inde tedavi sonucunda gebelik oluştuğu, %62,5'inde ise tedavi sonucunda gebelik oluşmadığı görülmüştür. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Korelasyon analizine göre, KSE depresyon puanı ile FSE toplam puanı arasında pozitif yönde orta kuvvetli ($p<0,001$, $r=0,469$), YİYE kaçınma boyutu arasında pozitif yönde düşük kuvvetli ($p= 0,003$, $r=0,316$), YİYE kaygı boyutu arasında pozitif yönde düşük kuvvetli ($p= 0,037$, $r=0,223$), yetişkin yılmazlık ölçeği toplam puanı arasında ise negatif yönde düşük kuvvetli ($p= 0,001$, $r=-0,336$) bir ilişki olduğu saptanmıştır. KSE anksiyete puanı ile FSE toplam puanı arasında pozitif yönde düşük kuvvetli ($p<0,001$, $r=0,376$), YİYE kaçınma boyutu arasında pozitif yönde düşük kuvvetli ($p= 0,004$, $r=0,303$), YİYE kaygı boyutu arasında ise pozitif yönde düşük kuvvetli ($p= 0,011$, $r=0,268$), YYÖ toplam puanı arasında ise negatif yönde orta kuvvetli ($p<0,001$, $r=-0,422$) bir ilişki olduğu belirlenmiştir. KSE somatizasyon puanı ile YİYE kaçınma boyutu arasında pozitif yönde düşük kuvvetli bir ilişki ($p= 0,026$, $r=0,237$), yetişkin yılmazlık ölçeği toplam puanı arasında ise negatif yönde düşük kuvvetli bir ilişki ($p= 0,005$, $r=-0,296$) olduğu belirlenmiştir. FSE toplam puanı ile YİYE kaçınma boyutu arasında pozitif yönde düşük kuvvetli bir ilişki ($p<0,001$, $r=0,364$), YİYE kaygı boyutu arasında pozitif yönde düşük kuvvetli bir ilişki ($p<0,001$, $r=0,314$), YYÖ toplam puanı arasında ise negatif yönde orta kuvvetli bir ilişki ($p<0,001$, $r=-0,434$) olduğu belirlenmiştir. YİYE

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

IVF Tedavi Sonucu	Sayı	Yüzde (%)
Pozitif (Gebelik oluştu)	33	37,5
Negatif (Gebelik oluşmadı)	55	62,5
Yaş	Sayı	Yüzde (%)
20-30 yaş	32	36,4
31 yaş ve üzeri	56	63,6
Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde (%)
İlköğretim	23	26,1
Lise	35	39,8
Yüksekokul ve üstü	30	34,1
Çalışma durumu	Sayı	Yüzde (%)
Evet	37	42,0
Hayır	51	58,0
Gelir düzeyi		
1300 tl ve altı	6	6,8
1300-2500 tl arası	42	47,7
2500-5000 tl arası	34	38,6
5000 tl ve üzeri	6	6,8
İnfertilite süresi	Sayı	Yüzde (%)
1 yıl	11	12,5
2 yıl	20	22,7
3 yıl	16	18,2
4 yıl	8	9,1
5 yıl ve üzeri	33	37,5
Daha önce infertilite tedavisi	Sayı	Yüzde (%)
Evet	63	71,6
Hayır	25	28,4
Geçmiş IUI (aşılama) tedavisi sayısı	Sayı	Yüzde (%)
1	12	27,9
2	22	51,2
3 veya üzeri	9	20,9
Geçmiş IVF (tüp bebek) tedavisi sayısı	Sayı	Yüzde (%)
1	19	40,4
2	11	23,4
3	7	14,9
4 veya üzeri	10	21,3
Tedavi öncesinde gebelik öyküsü	Sayı	Yüzde (%)
Evet	23	26,1
Hayır	65	73,9

kaçınma boyutu ile yetişkin YYÖ toplam puanı arasında negatif yönde düşük kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir (p= 0,004, r=-0,306). YİYE kaygı boyutu ile YYÖ toplam puanı arasında negatif yönde düşük kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir (p= 0,009, r=-0,227) (Tablo 2).

Katılımcıların KSE anksiyete, depresyon ve somatizasyon alt boyutlarına ait puan ortalamalarının, IVF tedavi sonucuna göre değişip değişmediğini belirlemek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, anksiyete, depresyon ve somatizasyon alt boyut puan ortalamalarının tedavi sonucuna göre farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05). FSE toplam puanının IVF tedavi sonu-

Tablo 2. Depresyon, anksiyete, somatizasyon, FSE toplam, YYÖ, YİYE kaygı ve YİYE kaçınma puanları arasındaki ilişki

		Depresyon	Anksiyete	Somatizasyon	FSE Toplam	YİYE Kaçınma	YİYE Kaygı	YYÖ Toplam
Depresyon	r	1	,770	,603	,469	,316	,223	-,336
	p		<,001	000	,000	,003	,037	,001
Anksiyete	r		1	,744	,376	,303	,268	-,422
	p			<,001	<,001	,004	,011	,000
Somatizasyon	r			1	,198	,237	,092	-,296
	p				,065	,026	,396	,005
FSE Toplam	r				1	,364	,314	-,434
	p					<,001	,003	,000
YİYE Kaçınma	r					1	,333	-,306
	p						,002	,004
YİYE Kaygı	r						1	-,227
	p							,009
YYÖ Toplam	r							1
	p							

YİYE: Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri, YYÖ: Yetişkin Yılmazlık Ölçeği

Tablo 3. Katılımcıların anksiyete, depresyon ve somatizasyon, FSE toplam ve YYÖ alt boyut puan ortalamalarının IVF tedavi sonucuna göre karşılaştırılması

	IVF Tedavi Sonucu	N	Sıra Ortalaması	U	P
Anksiyete	Pozitif	33	51,12	689,0	0,059
	Negatif	55	40,53		
Depresyon	Pozitif	33	49,48	743,0	0,155
	Negatif	55	41,51		
Somatizasyon	Pozitif	33	49,38	746,5	0,162
	Negatif	55	41,57		
	Negatif	55	46,72		
FSE Toplam	Pozitif	33	39,27	735,0	0,137
	Negatif	55	47,64		
YYÖ Özyeterlik	Pozitif	33	45,91	861,0	0,688
	Negatif	55	43,65		
YYÖ Aile ve Sosyal Ağlar	Pozitif	33	42,94	856,0	0,652
	Negatif	55	45,44		
YYÖ Azim	Pozitif	33	43,48	874,0	0,772
	Negatif	55	45,11		
YYÖ İç Kontrol Odağı	Pozitif	33	46,09	855,0	0,645
	Negatif	55	43,55		
YYÖ Başa Çıkma ve Uyum	Pozitif	33	44,77	898,5	0,938
	Negatif	55	44,34		
YYÖ Toplam Puanı	Pozitif	33	44,27	900,0	0,948
	Negatif	55	44,64		

FSE: Fertilite sorun envanteri, YYÖ: Yetişkin Yılmazlık Ölçeği

cuna değişip değişmediğini belirlemek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, FSE toplam puanı tedavi sonucuna göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir (p>0,05). Benzer şekilde, YYÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının, IVF tedavi sonucuna göre değişip değişmediğini belirlemek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, YYÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının, IVF tedavi sonucuna göre farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 3).

Katılımcıların YİYE alt boyut puan ortalamalarının, IVF tedavi sonucuna göre değişip değişmediğini belirlemek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonucuna göre, katılımcıların YİYE alt boyut puan ortalamalarının, IVF tedavi sonucuna göre farklılık göstermediği saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 4).

TARTIŞMA

Çalışmamızın sonuçları anksiyete, depresyon, somatizasyon, infertiliteye ilişkin global stres, bağlanma ve yılmazlık puanları IVF tedavi sonucuna göre anlamlı bir farklılık olmadığını göstermiştir. Ayrıca çalışmamızda infertiliteye ilişkin global stresin depresyon, anksiyete, yılmazlık düzeyi ve bağlanmada hem kaygı hem de kaçınma boyutu ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Bağlanma özelliklerinin boyutsal olarak değerlendirildiği çalışmamızda bağlanmanın hem kaygı hem de kaçınma boyutu infertiliteye ilişkin stres ile ilişkili bulunmuştur. Donarelli ve arkadaşları da benzer şekilde bağlanmada hem kaygı hem de kaçınma boyutunun infertiliteye ilişkin stres ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir (36). Diğer çalışmalar özellikle bağlanmada kaygı boyutunu infertilite stresi ve olumsuz duygulanımlar ile ilişkilendirmişlerdir (18,37). Çalışmamızda infertilite stresi ve diğer birçok psikolojik değişken ile ilişkili olan bağlanmada kaygı veya kaçınma boyutunun tedavi sonucu ile ilişkisi araştırılmış ve tedavi sonucu ile bağlanma arasında bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızın kesitsel niteliğinden ve örneklemin küçüklüğünden dolayı bağlanma boyutunun tedavi sonucu ile

Tablo 4. Katılımcıların YİYE alt boyut puan ortalamalarının IVF tedavi sonucuna göre karşılaştırılması

		n	$\bar{x}$	s.s.	Levene Testi		T	P
					F	P		
YİYE Kaçınma	Pozitif	33	2,48	,85	0,025	0,876	0,872	0,386
	Negatif	55	2,31	,91				
YİYE Kaygı	Pozitif	33	3,41	1,12	1,434	0,234	0,478	0,634
	Negatif	55	3,30	,94				

YİYE: Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri

ilişkili olmadığını öne sürmek güçtür. Bağlanma ve tedavi sonucu ilişkisini ilişkili olan biyolojik parametreler eşliğinde ve geniş örneklemler üzerinde yapılacak olan ileriye dönük çalışmalarla belirlenmesine ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda IVF hastalarında yılmazlık düzeyinin infertiliteye ilişkin global stres ile ilişkili olduğu görülmüştür. Sexton ve arkadaşları da yılmazlık düzeyinin infertiliteye ilişkin stres ve genel stres düzeyi ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (26). Yılmazlık düzeyini güçlendirmeye yönelik başa çıkma stratejilerinin infertilitesi olan kadınlarda geliştirilmesine yönelik terapötik müdahaleler aynı zamanda stres düzeyini de azaltabilir. Yılmazlık düzeyi depresyon ve anksiyete ile ilişkili bulunmuştur. Bu bulgumuz yılmazlığın depresyon ve anksiyeteye karşı koruyucu olduğu görüşüyle uyumludur (38). Çalışmamızın kesitsel niteliğinden dolayı neden sonuç ilişkisi kurulamamakla birlikte yılmazlık düzeyinin güçlendirilmesi infertilitesi olan kadınlarda depresyon ve anksiyeteye karşı koruyucu bir rolü olduğunu gösteren literatür verilerini desteklemektedir (39). Yılmazlık düzeyinin tedavi sonucu ile ilişkisine baktığımızda tedavi sonucu pozitif olan kadınlarla negatif olan kadınlar arasında yılmazlık düzeyi bakımından bir farklılık görülmemiştir. Psikiyatrik bozukluklara karşı koruyucu bir etmen olan yılmazlık düzeyinin tedavi sonucunu etkileyip etkilemediğini belirlemek için geniş örneklemler üzerinde yapılacak ileriye dönük çalışmalara ihtiyaç vardır.

İnfertilitesi olan kadınlarda yüksek olan depresyon ve anksiyete belirtileri infertiliteye ilişkin stres ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (5). Bizim çalışmamızda da KSE'nin hem depresyon hem de anksiyete puan ortalaması İİGS ile ilişkili bulunmuştur. Bunun yanında somatizasyon düzeyinin İİGS ilişkili olup olmadığına baktığımızda bir ilişki saptanmamıştır. Yakın zamanda geniş bir örneklem üzerinde yapılan bir çalışmada bulgularımıza benzer biçimde hem depresyon hem de anksiyete belirtileri infertiliteyle ilişkin stres ile ilişkili bulunmuştur. Bu ilişkiden yola çıkılarak infertilitenin anne rolündeki kayıp duygusuna yol açarak depresif belirtilere neden olabileceği öne sürülmüştür (40). Buna ek olarak sosyal çevrenin kadın tarafından içselleştirilmiş olan beklentilerini karşılayamama endişesi infertilitesi olan kadınlarda anksiyete ve depresyon belirtilerine yol açıyor olabilir.

Çalışmamızda IVF tedavisi sonrasında gebelik gelişen ve gelişmeyen hastalar arasında depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında bir farklılık bulunmamıştır. Anksiyete ve depresyon düzeyinin IVF tedavi sonucu ile ilişkisiyle ilgili yapılan çalışmalar farklılık göstermektedir. Eugster ve arkadaşları epizodik anksiyetesi yüksek olan kadınların infertilite tedavisi sonucu gebelik oranlarının düşük olduğunu öne sürmüşlerdir (41). Depresyon ve anksiyete düzeylerinin görsel analog skala ile değerlendirildiği bir çalışmada da depresyon ve anksiyete düzeyleri olumsuz IVF tedavi sonucu ile bulunmuştur (42). Depresyon ve anksiyetenin gebelik oranı üzerine olumsuz etkisi HPA eksenindeki ve santral sinir sistemindeki otonom yolaklardaki değişiklikler, özellikle de norepinefrin ve korizol düzeyindeki değişikliklerle ilişkilendirilmiştir (43). Diğer yandan, Maorufizadeh ve arkadaşlarının yakın zamanda yaptıkları çalışmada depresyon, anksiyete ve stres belirtileri IVF tedavisi sonucu ile ilişkili bulunmamıştır (44). Çalışmamızın sonuçları bu çalışma ve daha önce yapılmış olan başka birtakım çalışmaların bulgularını örtüşmekte ve depresyon ve anksiyete düzeylerinin tedavi sonucu ile ilişkili olmadığını göstermektedir (7,45). Çalışmamız bu verilere ek olarak depresyon ve anksiyeteye ek olarak somatizasyon düzeylerinin de tedavi sonucu ile ilişkili olmadığını göstermiştir.

İnfertiliteye ilişkin stresin tedavi sonucu ile ilişkisine dair literatürdeki çalışmaların sonuçları da birbirinden farklı sonuçlar ortaya koymuştur. Gourounti ve arkadaşları infertilite ile ilişkili stresin infertilite tedavini sonucunu olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir (46). Buna karşın Cooper ve arkadaşlarının çalışmasında ise infertiliteye ilişkin stres tedavi sonucunu olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (47). Duraskova ve arkadaşaları psikolojik iyilik halinin ve yaşam doyumunun tedavi sonucu ile ilişkili olmadığını göstermişlerdir (48). Stres düzeyinin ve kortizol seviyelerinin IVF tedavisi sonucuna etkisini bir sistematik derleme çalışmasında stres ve kortizol düzeyi ile tedavi sonucu ilişkisi ile ilgili verilerin çok çelişkili olduğunu ve çalışmaların metodolojik kısıtlılıklar içerdiğini bildirmiştir (49). Bizim

çalışmamızda da son yıllardaki literatür verileriyle uyumlu olarak infertilite stresinin tedavi sonucuyla ilişkili olmadığını göstermektedir. Diğer yandan stres düzeyini kesitsel olarak değerlendirdiğimiz ve bu stresi eşlik eden hormonal değişikliklerle birlikte değerlendirmediğimiz için çalışmamızın sonuçları stres ve tedavi sonucuna ilişkin neden-sonuç ilişkisi kurmaktan uzaktır. Algılanan stresin düzeyinin değil, stresin neden olduğu HPA eksendeki hormonal değişikliğinin doğrudan ölçümü stres ile IVF tedavisi sonucuna ilişkin daha güvenilir bilgi verebilir (49).

Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri tedavi sonucunun sadece üç ay gibi nispeten kısa bir zaman dilimindeki bir gözleme dayandırılmasıdır. Kronik anksiyete, depresyon ve stres hipotalamo-pituiter-adrenal eksen üzerine farklı düzeylerde etkiler yapacağı için bu etmenlerin kronikleşmesinin tedavi sonucu ile ilişkisini değerlendirmek için daha uzun süreli gözlem yapılması faydalı olabilir. Ayrıca çalışmamızda değerlendirdiğimiz psikolojik parametreler sadece kadınlarda değerlendirilmesi ve eşlerdeki benzer parametrelerin değerlendirmeye alınmaması bir başka kısıtlılıktır. Depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtileri yerine bu belirtileri klinik psikiyatrik bozukluk bağlamında değerlendirmek tedavi sonucu bakımından daha anlamlı sonuçlar verebilir. Psikiyatrik bozuklukların tanısal olarak değerlendirilmemiş olması da bir kısıtlılık olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızın önceki çalışmalara oranla geniş bir örneklem üzerinde yapılmış olması ve HPA eksendeki yolakları etkileyebilecek birçok klinik olmayan psikolojik değişkeni değerlendirmeye alması çalışmamızın güçlü yönlerini oluşturmaktadır.

Sonuç olarak depresyon ve anksiyete düzeyleri, yılmazlık ve bağlanmanın hem kaygı hem de kaçınma boyutu infertiliteye ilişkin global stres ile ilişkili bulunsa da çalışmamızın bulgularına göre bu değişkenlerin tedavi sonucu ile ilişkili olmadığı görülmektedir. Yılmazlık düzeyini güçlendirecek psikosoyal müdahaleler ve bağlanma temelli terapötik yaklaşımlar IVF tedavisi gören kadınlarda infertiliteye ilişkin stresin azaltılmasına yardımcı olabilir. Depresyonun veya anksiyete bozukluklarının IVF tedavi sonucunu etkileyip etkilemediğini belirlemek için daha geniş klinik örneklemler üzerinde yapılacak uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yazışma Adresi: Dr. Öğr. Üyesi Hakan Karaş, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye
hakankaras@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Zegers-Hochschild F, Adamson G, Dyer S, Racowsky C, de Mouzon J, Sokol R, Rienzi L, Sunde A, Schmidt L, Cooke I, Simpson JL, van der Poel S. The International Glossary on Infertility and Fertility Care. Fertil Steril 2017; 108:393–406.

2. Csemiczky G, Landgren B, Collins A. The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment: Psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF-treatment. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79:113–121.

3. Maroufizadeh S, Hosseini M, Foroushani AR, Omani-Samani R, Amini P. Application of the dyadic data analysis in behavioral medicine research: marital satisfaction and anxiety in infertile couples. BMC Med Res Methodol 2018; 18:117.

4. Volgsten H, Skoog Svanberg A, Ekselius L, Lundkvist O, Sundstrom Poromaa I. Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. Hum Reprod 2008; 23: 2056–2063.

5. Lawson AK, Klock SC, Pavone ME, Hirshfeld-Cytron J, Smith KN, Kazer RR. Prospective study of depression and anxiety in female fertility preservation and infertility patients. Fertil Steril 2014; 102: 1377-1384.

6. Thiering P, Beaurepaire J, Jones M, Saunders D, Tennant C. Mood state as a predictor of treatment outcome after in vitro fertilization/embryo transfer technology (IVF/ET). J Psychosom Res 1993; 37: 481–491.

7. Lintsen AM, Verhaak CM, Eijkemans MJ, Smeenk JM, Braat DD. Anxiety and depression have no influence on the cancellation and pregnancy rates of a first IVF or ICSI treatment. Hum Reprod 2009; 24: 1092–1098.

8. Pasch LA, Gregorich SE, Katz PK, Millstein SG, Nachtigall RD, Bleil ME, Adler NE. Psychological distress and in vitro fertilization outcome. Fertil Steril 2012; 98: 459–464.

9. Sejbaek CS, Hageman I, Pinborg A, Hougaard CO, Schmidt L. Incidence of depression and influence of depression on the number of treatment cycles and births in a national cohort of 42,880 women treated with ART. Hum Reprod 2013; 28:1100–1109.

10. Williams KE, Marsh WK, Rasgon NL. Mood disorders and fertility in women: a critical review of the literature and implications for future research. Hum Reprod Update 2007; 13(6): 607-616.

11. Cesta CE, Viktorin A, Olsson H, Johansson V, Sjölander A, Bergh C, Skalkidou A, Nygren KG, Cnattingius S & Iliadou AN. Depression, anxiety, and antidepressant treatment in women: association with in vitro fertilization outcome. Fertil Steril 2016; 105: 1594-1602.

12. Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological interactions with infertility among women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 117: 126-131.

13. Bowlby J. Attachment and loss: volume I: Attachment. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1969, pp. 1–401.

14. Feeney JA. Adult romantic attachment and couple relationships. In Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Implications. Edited by Cassidy J, Shaver PR. London, Guilford Press, 1999, pp. 355 – 377.

15. Lowyck B, Luyten P, Corveleyn J, D'Hooghe TM, Buyse E, Demyttenaere K. Well-being and relationships satisfaction of couples dealing with an in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection procedure: a multilevel approach on the role of self-criticism, dependency, and romantic attachment. Fertil Steril 2009; 91: 387–95.

16. Van den Broeck U, D'Hooghe T, Enzlin P, Demyttenaere K. Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics. Hum Reprod 2010; 25: 1471–1480.

17. Cassidy T, McLaughlin M. Distress and coping with in vitro fertilisation (IVF): The role of self-compassion, parenthood motivation and attachment. J Psychol Clin Psychiatry 2016; 6: 1-8.

18. Bayley TM, Slade P, Lashen H. Relationships between attachment, appraisal, coping and adjustment in men and women experiencing infertility concerns. Hum Reprod 2009; 24: 2827-2837.

19. Pietromonaco PR, Powers SI. Attachment and health-related physiological stress processes. Curr Opin Psychol 2015; 1: 34-39.

20. Quirin M, Pruessner JC, Kuhl J. HPA system regulation and adult attachment anxiety: individual differences in reactive and awakening cortisol. Psychoneuroendocrinology 2008;33:581-590.

21. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? Am Psychol 2004; 59: 20–28.

22. Haglund ME, Nestadt PS, Cooper NS, Southwick SM, Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience: Relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology. Dev Psychopathol 2007;19: 889-920.

23. De Kloet ER. About stress hormones and resilience to psychopathology. J Neuroendocrinol 2008; 20: 885-892.

24. Russo SJ, Murrough JW, Han MH, Charney DS, Nestler EJ. Neurobiology of resilience. Nat Neurosci 2012; 15: 1475-1484.

25. Li Y, Zhang X, Shi M, Guo S, Wang L. Resilience acts as a moderator in the relationship between infertility-related stress and fertility quality of life among women with infertility: a cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes 2019; 17(1): 38.

26. Sexton MB, Byrd MR, von Kluge S. Measuring resilience in women experiencing infertility using the CD-RISC: examining infertility-related stress, general distress, and coping styles. J Psychiatr Res 2010; 44: 236–241.

27. Kong L, Fang M, Ma T, Li G, Yang F, Meng Q, Li Y, Li P. Positive affect mediates the relationships between resilience, social support and posttraumatic growth of women with infertility Psychol Health Med 2018; 23: 707-716.

28. Derogatis LR, Melisaratos N. The brief symptom inventory: an introductory report. Psychol Med 1983; 13(3): 595-605.

29. Şahin NH, Durak A. Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory- BSI): Türk Gençleri için Uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi 1994;9: 44-56.

30. Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress. Fertil Steril 1999;72: 54-62.

31. Eren N. İnfertil çiftlerde algılanan sosyal desteğin infertilite ile ilişkili stres ve evlilik uyumu üzerine etkisi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış uzmanlık tezi, 2008.

32. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In Attachment theory and close relationships. Edited by Simpson JA, Rholes WS. New York, Guilford Press, 1998, pp. 44-76.

33. Sümer N. Yetişkin bağlanma ölçeklerinin kategoriler ve boyutlar düzeyinde karşılaştırılması. Türk Psikoloji Dergisi 2006; 21: 1-22.

34. Caltabiano ML, Ryan L. Development of a new resilience scale: The resilience in mid-life scale. Asian Soc Sci 2009;5:39-51.

35. Savi Çakar F, Karataş Z, Çakır MA. Yetişkin yılmazlık ölçeği: Türk kültürüne uyarlanması. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2014; 32: 22-39.

36. Donarelli Z, Lo Coco G, Gullo S, Marino A, Volpes A, Allegra A. Are attachment dimensions associated with infertility-related stress in couples undergoing their first IVF treatment? A study on the individual and cross-partner effect. Hum Reprod 2012; 27: 3215-3225.

37. Shlomo SB, Taubman–Ben-Ari O, Skvirsky V, Azuri Y, Weissman A, Horowitz E. Subjective well-being of women at the beginning of fertility treatment: the role of medical variables, attachment orientation and supportive relationship with the mother. J Reprod Infant Psychol 2019; 37: 358-369.

38. Southwick SM, Charney DS. The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. Science 2012; 338(6103): 79-82.

39. Javedani M, Aerabsheybani H, Ramezani N, Aerabsheybani K. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in increasing infertile couples' resilience and reducing anxiety, stress, and depression. NeuroQuantology 2017;15: 94-100.

40. Pozza A, Dèttore D, Coccia ME. Depression and Anxiety in Pathways of Medically Assisted Reproduction: The Role of Infertility Stress Dimensions. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2019; 15: 101-109.

41. Eugster A, Vingerhoets AJ, Van Heck GL, Merkus JM. The effect of episodic anxiety on an in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection treatment outcome: a pilot study. J Psychosom Obstet Gynaecol 2004; 25: 57-65.

42. Haimovici F, Anderson JL, Bates GW, Racowsky C, Ginsburg ES, Simovici D, Fichorova RN. Stress, anxiety, and depression of both partners in infertile couples are associated with cytokine levels and adverse IVF outcome. Am J Reprod Immunol 2018; 79(4): e12832.

43. An Y, Sun Z, Li L, Zhang Y, Ji H. Relationship between psychological stress and reproductive outcome in women undergoing in vitro fertilization treatment: psychological and neurohormonal assessment. J Assist Reprod Genet 2013; 30: 35-41.

44. Maroufizadeh S, Ghaheri A, Omani Samani R. Factors associated with poor quality of life among Iranian infertile women undergoing IVF. Psychol Health Med 2017;22: 145-151.

45. Anderheim L, Holter H, Bergh C, Möller A. Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? Hum Reprod 2005; 20: 2969–2975.

46. Gourounti K, Anagnostopoulos F, Vaslamatzis G. The relation of psychological stress to pregnancy outcome among women undergoing in-vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. Women Health 2011; 51: 321-339.

47. Cooper BC, Gerber JR, McGettrick AL, Johnson JV. Perceived infertility-related stress correlates with in vitro fertilization outcome. Fertil Steril 2007; 88: 714-717.

48. Durašková G, Hampl R, Stěpán J, Kupka M. Effect of resilience in women on the outcome of her first IVF/ICSI. Ceska Gynekol 2014; 79: 115-119.

49. Rooney KL, Domar AD. The relationship between stress and infertility. Dialogues Clin Neurosci 2018; 20: 41-47.

Yatarak tedavi gören geriatrik depresif bozukluk hastalarında klinik değişkenlerin, tedavi direncinin ve yatış süresine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi

Evaluation of clinical variables, treatment resistance and factors affecting the hospital stay duration in geriatric depressive disorders

Selçuk Özdin[1]
[1]Dr. Öğr. Üyesi., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Samsun, Türkiye https://orcid.org/0000-0003-1127-1132

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada bir üniversite hastanesinde yatarak tedavi gören geriatrik depresyon hastalarının klinik ve sosyodemografik özellikleri ile yatış süresini etkileyen faktörler değerlendirilmiştir. **Yöntem:** Çalışmada 2009-2019 tarihleri arasında yatarak tedavi gören geriatrik depresyon hastaları geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya 76 geriatrik depresyon hastası dahil edilmiştir. Hastaların tedaviye dirençli olup olmamasına ve hastalık başlangıç yaşına göre karşılaştırmalar yapılmıştır. Hastaların yatış sürelerine etki eden faktörler değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Çalışmaya katılan 76 hastanın 44'ünü erkeklerin oluşturduğu bulunmuştur. Hastaların çoğunun (42/76) psikiyatri servisine ilk yatışları olup 20'sinde psikotik özellikli depresif bozukluk düşünülmüştür. Hastaların 10'una EKT uygulanmış, 28'ine Manyetik Rezonans Görüntüleme çekilmiş ve 23'ünde Manyetik Rezonans Görüntülemede beyaz cevher hiperintensiteleri görülmüştür. Taburculuk sırasında 61 hastada antidepresan ile kombine olacak şekilde 41 hastada antipsikotik, 31 hastada benzodiazepin ve yedi hastada duygudurum düzenleyici bir ilaç önerilmiştir. Tedaviye dirençli olan ve psikotik belirtileri olan geriatrik depresif hastalar daha uzun süre hastanede yatarak tedavi görmüştür. Erken ve geç başlangıçlı geriatrik depresyon grupları arasında cinsiyet, yatış süresi, psikotik özellik ve tedavi direnci açısından fark bulunamamıştır. **Sonuç:** Çalışmanın bulgularına göre yatarak tedavi gören geriatrik depresyon hastalarının çoğunun ilk kez psikiyatri servisine yattığı, erken ve geç başlangıcın tedaviye yanıt konusunda farklılık göstermediği, depresif atağın psikotik özellikli olmasının veya tedaviye dirençli olmasının yatış süresini uzatan iki değişken olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Geriatrik, depresyon, hastane yatışı, yatış süresi, antipsikotik ilaçlar

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:456-463)

DOI: 10.5505/kpd.2020.86570

SUMMARY

Objective: In this study, the clinical and sociodemographic characteristics and the factors affecting the duration of hospitalization in geriatric depression patients treated in a university hospital were evaluated. **Method:** Geriatric depression patients who were hospitalized between 2009-2019 were evaluated retrospectively. 76 geriatric depression patients were included in the study. Comparisons were made according to whether patients were resistant to treatment and the age of onset of the disease. Factors affecting the duration of hospitalization were evaluated. **Results:** 44 of 76 patients who participated in the study were male. Most of the patients (42/76) were admitted to the psychiatry clinic for the first time, and 20 of them were considered depressive disorder with psychotic features. ECT was applied to 10 of the patients, 28 of them had Magnetic Resonance Imaging and 23 of them had white matter hyperintensities in Magnetic Resonance Imaging. At the time of discharge, antipsychotics in 41 patients, benzodiazepines in 31 patients, and a mood stabilizer in seven patients were recommended in combination with antidepressants in 61 patients. Geriatric depressive patients who were resistant to treatment or had psychotic symptoms were hospitalized for a longer period of time. There was no difference between early and late onset geriatric depression groups in terms of gender, length of stay, psychotic feature, and treatment resistance. **Discussion:** According to the findings of the study, it was determined that most of the geriatric depression patients who received inpatient treatment were admitted to the psychiatry clinic for the first time, early and late onset did not differ in response to treatment, and the fact that depressive episode had a psychotic feature or was resistant to treatment was two variables that prolonged the hospitalization period.

Key Words: Geriatrics, depression, hospital stay, length of stay, antipsychotic drugs

Makalenin geliş tarihi: 09.01.2020, Yayına kabul tarihi: 21.05.2020

GİRİŞ

Ortalama yaşam süresinin artması ile beraber 65 yaş üstü nüfus da artmaktadır. 2000 yılında ülkemiz nüfusunun % 5,7'sini oluşturan geriatrik popülasyon 2018 yılında ülke nüfusunun % 8,8'ini oluşturmuştur (1). Artan geriatrik nüfus ile beraber geriatrik dönemdeki psikiyatrik hastalıklarla karşılaşma sıklığının da artması beklenebilir. Geriatrik popülasyonda depresif bozukluk görülme sıklığının geriatrik olmayan popülasyona göre daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (2). Geriatrik yaş döneminde sıklıkla depresif belirtiler bulunmaktadır (3). Geriatrik çağda depresyon %13,8 sıklıkla görülebilmektedir (4). Geriatrik çağdaki depresif bozukluğun ortaya çıkış şekli geriatrik dönem öncesindeki depresif bozukluğun tekrarlaması şeklinde olabileceği gibi, geç başlangıçlı depresif bozukluk (late onset depression) olarak adlandırılan 60-65 yaş sonrasında ilk depresif dönemin yaşanması veya genel tıbbi duruma, madde veya ilaca bağlı depresif bozukluk şeklinde de olabilmektedir (5). Geriatrik depresyona eşlik eden fonksiyonel işlevsellikte azalma, kognitif süreçlerde bozulma (6), daha ölümcül suisid yöntemlerine başvurma (7) ve beyinde artmış yapısal görüntüleme bulguları (8) durumun önemini daha da arttıran faktörlerdir. Geriatrik çağ depresif bozukluğunda aynı yaştaki sağlıklı kişilere kıyasla beyin Manyetik Rezonans MRG) görüntülemesinde artmış beyaz cevher hiperintensiteleri vardır (9). Literatürde yapılmış geriatrik depresyon çalışmalarına ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzeri kişiler dahil edilmiş olmakla beraber 55 veya 60 yaş üzerini dahil eden çalışmalar da mevcuttur.

Geriatrik çağda depresyonun tanınması daha zor olmaktadır. Buna bağlı olarak hastaların ancak %35'i antidepresan kullanmaktadır (10). Hastaların tedaviye ulaşamamalarının diğer nedenleri arasında hasta veya hasta yakınlarının depresyon konusunda bilgi sahibi olmamaları, depresyonu yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak görmeleri, stigmatizasyon korkuları ve tabloya yüksek sıklıkta eşlik edebilen fiziksel ve psikiyatrik hastalıklar da sayılabilir. Ayrıca geriatrik depresyonda azalmış tedavi uyumu da hastaların düşük oranda antidepresan tedavi almasına katkı sağlamaktadır (11). Hastaların iki yıl takip edildiği bir çalışmada Schaakxs ve ark. (12) geriatrik çağdaki depresyonun daha genç yaşlarda görülen depresyona göre; remisyona ulaşma süresinin daha uzun olduğunu, iki yıl sonunda daha yüksek sıklıkta distimi veya depresif bozukluk tanısının bulunduğunu, şikayetlerin daha kronik bir seyir izlediğini ve tedavi ile depresyon puanlarında daha az düşüş görüldüğünü tespit etmişlerdir. İleri yaşta görülen depresyonda plaseboya yanıt daha genç yaşlardaki depresyon ile benzerlik göstermektedir (13). Geriatrik dönemdeki depresyonda ilk seçenek ilaç tedavisi selektif serotonin gerialım inhibitörleri (SSGİ) ve serotonin noradrenalin gerialım inhibitörleri (SNGİ) olarak bilinmektedir. Tedaviye direnç, ajitasyon veya psikotik belirtilerin olması durumunda antipsikotiklerle kombinasyon önerilmektedir (14).

Bu çalışmada üniversite hastanemizde yatarak tedavi gören geriatrik depresif bozukluk hastalarında klinik değişkenlerin, tedavi direncinin ve yatış süresine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Aynı zamanda tedaviye dirençli-dirençli olmayan ve erken-geç başlangıçlı geriatrik depresyon grupları arasında karşılaştırmalar yapılacaktır. Literatürde geriatrik depresyon hastalarının yatış sürecine etki eden faktörler ile ilgili bilgiye ve ülkemizde yatarak tedavi gören geriatrik depresyon hastaları üzerinde yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır.

YÖNTEM

Çalışmamıza 01.01.2009-01.01.2019 tarihleri arasında kurumumuzda yatarak tedavi gören 65 yaş üstü, depresif bozukluk tanısı olan hastalar dahil edilmiştir. Hastada eşlik eden kognitif bozukluk olması durumunda ve depresif bozukluk dışında psikiyatrik hastalık olması durumunda hasta çalışmaya dahil edilmemiştir. Kognitif bozukluk tanısı başlıca psikiyatri ve/veya nöroloji doktorunun muayenesine dayandırılmış ve görüntülene yöntemlerinden de tanı koyulurken destek alınmıştır. Çalışmamızın yapıldığı dönemde 65 yaş üstü 139 hastanın toplam 225 kere hastane yatışı olmuştur. Kognitif bozukluk nedeniyle dokuz hasta, diğer psikiyatrik hastalıklar nedeniyle 54 hasta çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya 76 hasta dahil edilmiştir. Hastaların verileri hastane otomasyon sistemindeki anamnez ve hastane yatış sürecine ait

klinik seyri içeren epikrizlerinden ve hastane dosyalarından edinilmiştir. Hastalar yattıkları dönemdeki yatış dönemi sonunda koyulan tanılarına göre çalışmaya dahil edilmiştir. Bu; ICD kodu olarak F32 ve F33 tanı kodlarından yardım alınarak kolaylaştırılmıştır. Aynı zamanda otomasyon sisteminden hastalara taburculukta önerilen tedaviler de not edilmiştir. Tedaviye dirençli depresyon kriteri olarak iki antidepresana yeterli doz ve süre sonunda yanıt vermemek kullanılmıştır (15). Hastaların mevcut depresif epizodlarının tedaviye dirençli olup olmadığı hastaların anamnez, klinik seyir ve dosyalarından edinilen başlanılan ve bırakılan tedaviler ile bu tedavilerin başlanma veya kesilme nedenleri değerlendirilerek kararlaştırılmıştır. Mevcut epizodda ayakta veya yatarak kullanılan antidepresan tedaviler göz önünde bulundurulmuştur. Geç başlangıçlı depresif bozukluk olarak 65 yaş üstünde ilk depresif atağını geçiren hastalar değerlendirilmiştir. Geriatrik depresyon hastaları kendi içinde 65-69 yaş aralığında olanlar ve >69 yaş olanlar olarak gruplandırılıp karşılaştırmalar da yapılmıştır. Geriatrik depresyon hastalarının yatış sürelerini geriatrik olmayan grupla karşılaştırmak için son üç yılda yatarak tedavi gören 18-64 yaş arasından cinsiyet olarak eşleştirilmiş 76 depresyon hastası alınmıştır. Bunun için grupların cinsiyet olarak eşleşmesi ve yaş dağılımını daha homojen hale getirebilmek için 18-30, 31-40, 41-50, 51-64 yaş aralıklarının her birinden son yatan 11 erkek ve 8 kadın hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma için kurumumuz Etik Kurulu'ndan 2019/827 karar numarası ile onay alınmıştır.

İstatistik

Kategorik değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Ki Kare Testi kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov Testi ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren bağımsız grupların devamlı değişkenleri arasındaki karşılaştırma için Student T Testi veya Fisher Exact T Testi, normal dağılım göstermeyen bağımsız grupların devamlı değişkenlerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanıldı. Mann Whitney U kullanılan karşılaştırmalarda değişkenler anlama kolaylığı açısından ortalama±SD şeklinde verilmiştir. Değerlendirme için "SPSS for Windows 15.0" istatistik paket programı kullanıldı. Karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Verilere göre yatarak tedavi gören geriatrik depresyon olgularının 44'ünü (%57,9) erkekler oluşturmaktadır. Grubun yaş

Tablo 1: Hastaların sosyodemografik ve klinik verileri

Cinsiyet	Erkek	44 (% 57,9)
	Kadın	32 (% 42,1)
Yaş, ort±SD	Erkek	69,00±5,05
	Kadın	69,12±3,99
	Toplam	69,05±4,60
Medeni hal	Evli	57 (%75)
	Bekar	2(%2,6)
	Diğer	17 (%22,4)
65 yaş öncesi yatış	+	34 (% 44,7)
	-	42 (% 55,3)
Psikotik özellik	+	20 (% 26,3)
	-	56 (% 73,7)
EKT uygulaması	+	10 (% 13,2)
	-	66 (% 86,8)
Tedaviye dirençli depresyon	+	22 (% 28,9)
	-	54 (% 71,1)
MRG	+	28 (% 36,8)
	-	48 (% 63,2)
MRG'de beyaz cevher hiperintensiteleri	+	23 (% 82,1)
	-	5 (% 17,9)
Hastaneden çıkış nasıl oldu	Doktor önerisiyle	57 (%75)
	Doktora rağmen	19 (%25)
Taburculukta antidepresan tedaviye ek ilaç	Antipsikotik	42/76 (% 55,2)
	Benzodiazepin	31/76 (% 40,7)
	Duygudurum düz.	7/76 (% 9,2)

Yaş dışındaki değişkenler n (%) olarak verilmiştir.

Tablo 2: Tedaviye dirençli ve dirençli olmayan geriatrik depresyon hastaları arasındaki karşılaştırmalar

		Tedaviye dirençli depresyon (n:22)		Dirençli olmayan depresyon (n:54)		χ2	P değeri
Cinsiyet	Erkek	14	(%63.6)	30	(%55.5)	0.153	0.696
	Kadın	8	(%36.4)	24	(%44.5)		
Yaş ortalaması		68.77 ± 3.91		69.16 ± 4.89			0.738*
Yaş aralığı	65-69	13	(%59)	37	(%68.5)	0.617	0.432
	>70	9	(%41)	17	(%31.5)		
Çoklu yatış	+	19	(%86.3)	23	(%42.5)	10.408	*0,001*
	-	3	(%13.7)	31	(%57.5)		
EKT	+	9	(%41)	1	(%1.9)		*0,000***
	-	13	(%59)	53	(%98.1)		
Geriatrik dönem öncesi yatış	+	11	(%50)	23	(%42.5)	0.112	0.738
	-	11	(%50)	31	(%57.5)		
Psikotik özellik	+	8	(%36.4)	12	(%22.2)	0.965	0.326
	-	14	(%63.6)	42	(%77.8)		

Yaş dışındaki değişkenler n (%) olarak verilmiştir. *: Student T testi. **: Fisher Exact Test

ortalaması 69,05±4,60'dır. Hastaların çoğunun (n:42, %55,3) psikiyatri servisine ilk yatışları olup 34 hasta 65 yaş öncesinde de psikiyatri servisine yatarak tedavi olmuşlardır. Hastaların 20'sinde psikotik özellikli depresif bozukluk vardır. Hastaların 10'una EKT uygulanmış, 28'ine MRG çekilmiştir. Yirmi sekiz hastanın 23'ünde MRG'de beyaz cevher hiperintensiteleri görülmüştür. Hastaların 22'si (%28,9) tedaviye dirençli depresyon olarak değerlendirilmiştir. Tedavileri devam ederken 19 hasta (n: %25) kendisi veya yakınının isteği ile taburcu edilmiştir. Taburculuk sırasında 14 hastaya yalnızca antidepresan, bir hastaya yalnızca antipsikotik önerilmiştir. Geri kalan 61 hastada ise antidepresan ile kombine olacak şekilde 41 hastada antipsikotik, 31 hastada benzodiazepin ve yedi hastada duygudurum düzenleyici bir ilaç önerilmiştir.

Tedaviye dirençli geriatrik depresyon hastaları ile dirençli olmayan hastalar arasında cinsiyet (p: 0,696), yaş ortalaması (p: 0,738), yaş aralıkları (p: 0,432), geriatrik dönem öncesinde hastane yatışı (p: 0,738) ve psikotik özellik olup olmaması (p: 0,326) açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Dirençli depresif bozukluk olan hastaların geriatrik dönemde daha çok hastane yatışının (p: 0,001) olduğu ve bu hastalara daha sık EKT (p: 0,000) uygulandığı bulunmuştur (Tablo 2).

Geç başlangıçlı depresyon hastaları ile daha erken başlangıçlı depresyon (early onset depression) hastaları arasında cinsiyet (p: 0,431), tedaviye direnç (p: 0,556), psikotik özellik (p: 0,308), MRG'de beyaz cevher hiperintensiteleri (p: 0,330) ve yatış süresi (p: 0,285) açısından fark bulunamamıştır. Geç başlangıçlı depresif bozukluk hastalarında yaş ortalaması (0,005) daha büyük bulunmuştur (Tablo 3).

Yatış süresini etkileyebilecek faktörler incelendiğinde; cinsiyetin (p: 0,639), yaş aralığının (p: 0,939), taburculuk şeklinin (p: 0,349), antipsikotik ve benzodiazepin kullanımının (sırasıyla p: 0,450, p:0,878) geriatrik depresyon hastalarında hastanede yatış süresini etkilemediği bulunmuştur.

Tablo 3: Geiatrik depresyon vakalarının ilk atak başlangıç yaşına göre karşılaştırılması

		Geç başlangıçlı depresyon (≥65 yaş) (n:42)	Erken başlangıçlı depreyon (<65 yaş) (n:34)	P değeri
Yaş (ort±SS)		70,35±5,25	67,44±3,01	*0,005*
Cinsiyet	E	26	18	0,431
	K	16	16	
Tedaviye dirençli depresyon	+	11	11	0,556
	-	31	23	
Psikotik özellik	+	13	7	0,308
	-	29	27	
MRG'de beyaz cevher hiperintensitesi	+	13	10	0,330
	-	4	1	
Yatış süresi (ort±SS)		30,44±21,63	25,19±20,73	0,285

Yaş ve yatış süresi dışındaki değişkenler n (%) olarak verilmiştir.

Tablo 4: Yatış süresinin farklı değişkenlere göre incelenmesi

		Yatış süresi (ort±SD)	MU	P değeri
Cinsiyet	Erkek	28,02±21,36	659,500	0,639
	Kadın	26,87±21,20		
Yaş aralığı	65-69	27,10±20,65	643,000	0,939
	>69	28,38±22,49		
Tedavi direnci	+	40,54±27,03	340,500	*0,004*
	-	22,24±15,66		
Psikotik belirti	+	33,30±18,44	357,500	*0,017*
	-	25,48±21,83		
Taburculuk şekli	Kendi isteği ile	28,56±21,47	463,500	0,349
	Doktor isteği ile	24,47±20,44		
Benzodiazepin kullanımı	+	25,87±18,42	683,00	0,878
	-	28,68±22,98		
Antipsikotik kullanımı	+	28,83±21,71	637,500	0,450
	-	25,84±20,63		
Yaş grubu	≥65	27,53±21,16	2701,500	0,492
	<65	24,89±19,00		

MU: Mann Whitney U

Geriatrik depresif bozukluk ve geriatrik olmayan depresif bozukluk grupları arasında yatış süresi açısından (p: 0,492) fark bulunamamıştır. Tedaviye dirençli (p: 0,004) veya psikotik belirtileri olan (p: 0,017) hastaların daha uzun süre hastanede yatararak tedavi gördüğü saptanmıştır (Tablo 4).

TARTIŞMA

Çalışmamız örnekleminin çoğunu (%57,9) erkek hastalar oluşturmaktadır. Hastaların %55,3'ü ilk depresif bozukluk ataklarını geriatrik dönemde yaşamışlardır. Popülasyonun %28,9'u tedaviye dirençli olarak değerlendirilmiştir. Tedaviye dirençli depresif bozukluk hastalarının geriatrik dönemde daha çok ve uzun süre hastaneye yattığı bulunmuştur. Aynı zamanda EKT uygulanan hastaların neredeyse tamamı (9/10) tedaviye dirençli hastalardan oluşmaktaydı.

Çalışmamızın aksine birçok çalışmada geriatrik depresif bozukluk hastalarının çoğunu kadın hastalar oluşturmaktadır. Aynı zamanda kadınlarda geriatrik çağda depresif bozukluğun görülme sıklığı daha yüksektir (5). Bu farklılığın nedeni çalışmamıza sadece yatarak tedavi gören geriatrik depresif bozukluk vakalarının alınmış olması olabilir.

Geriatrik dönem öncesi depresif bozukluğu olup geriatrik dönemde depresyonu tekrarlayan hastaların %65,9'unda MRG'de saptanabilen beyaz cevher hiperintensiteleri, geç başlangıçlı depresif bozukluk hastalarında %93,7 sıklığa ulaşabilmektedir (16). Geç başlangıçlı depresyonda erken başlangıçlı depresyona göre dört kat artmış oranda beyaz cevher hiperintensiteleri saptanma olasılığı vardır (17). Beyaz cevher hiperintensiteleri yerleşim yerlerine göre depresif semptomlar ile ilişkili olabilmektedir (18). Bu lezyonların vasküler hastalıklara ikincil olarak geliştiği, altta yatan vasküler risk faktörlerine işaret ettiği bilinmektedir (19). Çalışmamızda da geriatrik depresyonun etyolojik açıklamalarından birisi olan vasküler depresyonu destekler nitelikte MRG çekilen hastaların %82,1'inde beyaz cevher hiperintensiteleri tespit edilmiştir. Erken ve geç başlangıçlı depresyon grupları arasında MRG'de görülen beyaz cevher hiperintesiteleri açısından fark bulunamamıştır. Bunun nedeni MRG çekilen hasta sayısının her iki grupta (geç başlangıçlı depresyon grubunda 17/42, erken başlangıçlı depresyon grubunda 11/34) da görece az sayıda olması olabilir.

Geriatrik depresyonun başlangıç yaşı baz alındığında özel bir formu olan geç başlangıçlı depresyon ilk depresif atağın 65 yaşın üzerinde görülmesidir. Geç başlangıçlı depresyon; ilk depresif atağın daha genç yaşta görüldüğü ve geriatrik dönemde tekrarladığı erken başlangıçlı depresyondan klinik ve etyolojik açısından farklılık gösterebilen bir bozukluktur (20). Bu grubun erken başlangıçlı depresyondakilere göre kognitif olarak daha kötü performans gösterdiği, daha fazla vasküler risk faktörü taşıdıkları (21), fonksiyonel görüntüleme yöntemlerinde özellikle merkezi kortikal aktivitede farklılık gösterdikleri (22) bilinmektedir. Bu durumun altta yatan vasküler veya nörodejeneratif bir sürecin yansıması olduğu düşünülmektedir (23). Ancak geç başlangıçlı ve erken başlangıçlı geriatrik depresyon vakalarının fenomenolojik farklılıklarının az olduğu (24), klinik gidiş olarak benzerlik gösterdikleri bulunmuştur (25). Erken ve geç başlangıçlı depresyonda atak sürelerinin, tedaviye direnç ve psikotik özellik görülme oranlarının benzer olduğu gösterilmiştir (20). Bu nedenle her ne kadar etyolojik farklılıklar olsa da çalışmamız sonucunda da bulunduğu gibi her iki geriatrik depresyon formu arasında tedavi gidişatı açısından fark olmayabileceği düşünülmüştür. Önceki çalışmalara (26) benzer

şekilde çalışmamızda da geriatrik depresif bozukluk vakalarının çoğunun geç başlangıçlı depresif bozukluk (>65 yaş) olduğu bulunmuştur.

Psikotik özellikli depresif bozukluk geriatrik çağdaki depresyonların yaklaşık %37'sini oluşturmaktadır. Psikotik özellikli depresif bozuklukta hastalık şiddeti melankolik ve melankolik olmayan depresyona göre daha fazladır (27). Psikotik özellikli depresif bozuklukta antidepresan tedaviye antipsikotik tedavi eklenmesi önerilmektedir (14). Psikotik özellikli geriatrik depresif bozukluğu olan hastaların hastalık süreleri daha uzun olmaktadır (28). Bu nedenle psikotik özellikli depresif bozukluğu olan geriatrik hastaların daha uzun süre yatması beklenen bir durumdur.

Geriatrik depresif bozuklukta 1/3 oranda tedaviye direnç olabilmektedir (29). Yapılan birçok çalışmada tedaviye direnç açısından geriatrik grup ile geriatrik olmayan grup arasında fark bulunamamıştır (30). STAR-D çalışmasında depresyonda olan hastaların 1/3'nin tedaviler sonucunda bile semptomatik olduğu bildirilmiştir (31). Tedaviye dirençli geriatrik depresyonda antidepresanlar kombine edilebilmekte, tedaviye antipsikotikler veya lityum eklenebilmekte veya EKT tedavisi uygulanabilmektedir (32). Tekrarlayan depresif atakları olan geriatrik depresyon hastalarında kombinasyon tedavisine daha sık başvurulmaktadır (33). EKT geriatrik dönemde hızlı antidepresan etki gösteren, etkili ve güvenli bir yöntem olarak bilinmektedir (34). EKT'ye yanıt geriatrik depresif bozukluk hastalarında genç hastalara göre daha iyi olmaktadır (35). Çalışmamızda da %28,9 sıklıkta tedaviye direnç saptanmış olup, hastaların çoğuna antidepresan tedavi yanına başka bir antidepresan tedavi, antipsikotik, benzodiazepin veya duygudurum düzenleyici eklenmiştir. Sık (61/76) kombine tedavi kullanımı geriatrik depresyonun etyolojik zenginliğine bağlı semptomatolojisinde de çeşitlilik olmasının (32) bir sonucu olabilir. Tedaviye dirençli hastaların daha çok hastane yatışı ve daha fazla EKT uygulanması beklenebilecek bulgulardır.

Geriatrik depresyonda antidepresan tedaviye yanıtın geriatrik olmayan gruptan farklı olmadığı bilinmektedir (25). Ancak antidepresan tedaviye verilen yanıtlar çalışma yöntemine göre farklılık gösterebilmekte olup ileri yaşta antidepresan tedaviye verilen yanıtın azaldığını belirten çalışmalar da mevcuttur (13). Depresyon için önerilen tedavi seçenekleri her iki grup arasında benzerdir. Çalışmamızda geriatrik ve geriatrik olmayan depresif bozukluk hastalarının yatış süreleri açısından aralarında farklılık saptanmaması antidepresan tedavinin her iki grupta da tedavi etkinliğinin benzer olabileceğini gösterebilir.

Çalışmanın kısıtlılıklarından bir tanesi sadece yatan hastalar üzerinde uygulanmış olmasıdır. Bu nedenle sonuçları tüm geriatrik depresyon hastalarına genellemek güçtür. Hastalık şiddeti açısından bir değerlendirme yapılmamış olması ve çalışma dizaynının da retrospektif olması çalışmanın diğer kısıtlılıklarıdır. Geriatrik çağda eşlik edebilecek hipertansiyon, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı gibi nispeten sık görülen komorbid durumların etkilerinin dikkate alınması gerekirdi. Geriatrik olmayan depresif bozukluk hastaları her ne kadar cinsiyet açısından eşleştirilmiş olsa da, tedaviye direnç, psikotik özellik veya hastalık şiddeti gibi değişkenler açısından geriatrik depresif bozukluk hastaları ile eşleştirilmemiş olması da çalışmanın bir kısıtlılığıdır.

SONUÇ

Bu çalışma sonucunda yatarak tedavi gören geriatrik depresyon hastalarının çoğunun ilk kez psikiyatri servisine yattığı, erken ve geç başlangıcın tedaviye yanıt konusunda farklılık göstermediği, klinik tabloya yüksek sıklıkta beyaz cevher hiperintensitelerinin eşlik ettiği, depresif atağın psikotik özellikli olmasının veya tedaviye dirençli olmasının yatış süresini uzatan iki değişken olduğu belirlenmiştir.

Yazışma Adresi: Dr. Öğr. Üyesi Selçuk Özdin, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye selcukozdin@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Türkiye İstatistik Kurumu. http://www.tuik.gov.tr/Start.do Erişim tarihi: Ocak 02, 2020.

2. Ellison JM, Kyomen HH, Harper DG. Depression in later life: an overview with treatment recommendations. Psychiatr Clin North Am 2012; 35:203-29.

3. İlhan M, Maral I, Kitapçı M, Aslan S, Çakır N, Bumin MA. Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Bilişsel Bozukluğu Etkileyebilecek Etkenler. J Clin Psy 2006; 9:177-184

4. Kim JM, Stewart R, Kim JW, Kang HJ, Bae KY, Kim SW, Shin IS, Yoon JS. Changes in pro-inflammatory cytokine levels and late-life depression: A two year population based longitudinal study. Psychoneuroendocrinology 2018;90:85-91.

5. Aziz R, Steffens DC. What are the causes of late-life depression? Psychiatr Clin North Am 2013; 36:497-516.

6. Morin RT, Gonzales MM, Bickford D, Catalinotto D, Nelson C, Mackin RS. Impaired Financial Capacity in Late-Life Depression: Revisiting Associations with Cognitive Functioning. J Int Neuropsychol Soc 2019; 6:1-6.

7. Crestani C, Masotti V, Corradi N, Schirripa ML, Cecchi R. Suicide in the elderly: a 37-years retrospective study. Acta Biomed 2019; 90:68-76.

8. Droppa K, Karim HT, Tudorascu DL, Karp JF, Reynolds CF, Aizenstein HJ, Butters MA. Association between change in brain gray matter volume, cognition, and depression severity: Pre- and post- antidepressant pharmacotherapy for late-life depression. J Psychiatr Res 2017; 95:129-134.

9. Wang J, Li W, Yue L, Hong B, An N, Li G, Xiao S. The Study of White Matter Hyperintensity (WMH) and Factors Related to Geriatric Late-Onset Depression. Shanghai Arch Psychiatry 2018; 30:12-19.

10. Steffens DC, Skoog I, Norton MC, Hart AD, Tschanz JT, Plassman BL, Wyse BW, Welsh-Bohmer KA, Breitner JC. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study. Arch Gen Psychiatry 2000; 57:601.

11. Park M, Unützer J. Geriatric depression in primary care. Psychiatr Clin North Am 2011; 34:469-487.

12. Schaakxs R, Comijs HC, Lamers F, Kok RM, Beekman ATF, Penninx BWJH. Associations between age and the course of major depressive disorder: a 2-year longitudinal cohort study. Lancet Psychiatr 2018; 5:581-590.

13. Tedeschini E, Levkovitz Y, Iovieno N, Ameral VE, Nelson JC, Papakostas GI. Efficacy of antidepressants for late-life depression: a meta-analysis and meta-regression of placebo-controlled randomized trials. J Clin Psychiatry 2011;72:1660-1668.

14. Alexopoulos GS. Pharmacotherapy for late-life depression. J Clin Psychiatry 2011 ;72:e04.

15. Gaynes BN, Lux L, Gartlehner G, Asher G, Forman-Hoffman V, Green J, Boland E, Weber RP, Randolph C, Bann C, Coker-Schwimmer E, Viswanathan M, Lohr KN. Defining treatment-resistant depression. Depress Anxiety. 2019. doi: 10.1002/da.22968.

16. Fujikawa T, Yamawaki S, Touhouda Y. Incidence of silent cerebral infarction in patients with major depression. Stroke 1993; 24:1631-1634.

17. Herrmann LL, Le Masurier M, Ebmeier KP. White matter hyperintensities in late life depression: a systematic review.J Neurol Neurosurg Psychiatry 2008; 79:619-624.

18. Leeuwis AE, Weaver NA, Biesbroek JM, Exalto LG, Kuijf HJ, Hooghiemstra AM, Prins ND, Scheltens P, Barkhof F, van der Flier WM, Biessels GJ; TRACE-VCI study group. Impact of white matter hyperintensity location on depressive symptoms in memory-clinic patients: a lesion–symptom mapping study. J Psychiatry Neurosci 2019; 44:E1-E10.

19. de Havenon A, Meyer C, McNally JS, Alexander M, Chung L. Subclinical Cerebrovascular Disease: Epidemiology and Treatment. Curr Atheroscler Rep 2019; 21:39.

20. Dols A, Bouckaert F, Sienaert P, Rhebergen D, Vansteelandt K, Ten Kate M, de Winter FL, Comijs HC, Emsell L, Oudega ML, van Exel E, Schouws S, Obbels J, Wattjes M, Barkhof F, Eikelenboom P, Vandenbulcke M, Stek ML. Early- and Late-Onset Depression in Late Life: A Prospective Study on Clinical and Structural Brain Characteristics and Response to Electroconvulsive Therapy. Am J Geriatr Psychiatry 2017; 25:178-189.

21. Hashem AH, Nasreldin M, Gomaa MA, Khalaf OO. Late versus Early Onset Depression in Elderly Patients: Vascular Risk and Cognitive Impairment. Curr Aging Sci 2017;10:211-216.

22. Li J, Gong H, Xu H, Ding Q, He N, Huang Y, Jin Y, Zhang C, Voon V, Sun B, Yan F, Zhan S. Abnormal Voxel-Wise Degree Centrality in Patients With Late-Life Depression: A Resting-State Functional Magnetic Resonance Imaging Study. Front Psychiatry 2020; 10:1024.

23. Papazacharias A, Logroscino G, Barulli MR, Nardini M. Late life depression and late onset depression: are the same clinical and pathopsysiological picture? Psychiatr Danub 2010; 22 (Suppl 1):108-10.

24. Janssen J, Beekman AT, Comijs HC, Deeg DJ, Heeren TJ. Late-life depression: the differences between early- and late-onset illness in a community-based sample. Int J Geriatr Psychiatry 2006; 21:86-93.

25. Mitchell AJ, Subramaniam H. Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. Am J Psychiatry 2005; 162:1588-1601.

26. Gallagher D, Mhaolain AN, Greene E, Walsh C, Denihan A, Bruce I, Golden J, Conroy RM, Kirby M, Lawlor BA. Late life depression: a comparison of risk factors and symptoms according to age of onset in community dwelling older adults. Int J Geriatr Psychiatry 2010; 25:981-987.

27. Parker G, Snowdon J, Parker K. Modelling late-life depression. Int J Geriatr Psychiatry 2003; 18:1102-1109.

28. Benazzi F. Psychotic late-life depression: a 376-case study. Int Psychogeriatr 1999; 11:325-332.

29. Agudelo C, Aizenstein HJ, Karp JF, Reynolds CF. Applications of magnetic resonance imaging for treatment-resistant late-life depression. Dialogues Clin Neurosci 2015; 17:151-169.

30. Knöchel C, Alves G, Friedrichs B, Schneider B, Schmidt-Rechau A, Wenzler S, Schneider A, Prvulovic D, Carvalho AF, Oertel-Knöchel V. Treatment-resistant Late-life Depression: Challenges and Perspectives. Curr Neuropharmacol 2015; 13(5):577-91.

31. Gaynes BN, Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Spencer D, Fava M. The STAR*D study: treating depression in the real world. Cleve Clin J Med 2008; 75(1):57-66.

32. Alexopoulos GS. Mechanisms and treatment of late-life depression. Transl Psychiatry 2019; 9;188.

33. Driscoll HC, Basinski J, Mulsant BH, Butters MA, Dew MA, Houck PR, Miller MD, Pollock BG, Stack JA, Schlernitzauer MA, Reynolds CF. Late-onset major depression: clinical and treatment-response variability. Int J Geriatr Psychiatry 2005; 20(7):661-667.

34. Geduldig ET, Kellner CH. Electroconvulsive Therapy in the Elderly: New Findings in Geriatric Depression. Curr Psychiatry Rep 2016; 18(4):40.

35. Flint AJ, Gagnon N. Effective use of electroconvulsive therapy in late-life depression. Can J Psychiatry 2002; 47(8):734-741.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Klinik ve toplum örneklemlerinde Anne babalık ve Aile Uyum Ölçeği'nin, 2-12 yaş aralığındaki çocukların anne babaları için Türkçe geçerlik ve güvenirlik özelliklerinin değerlendirilmesi

Psychometric properties of Parenting and Family Adjustment Scale (PAFAS) in a Turkish sample with parents of 2-12 years old children from both community and clinical sample

Barış Güller[1], Taner Guvenir[2], Burçin Seyda Buran[3], Ömer Aydemir[4], Fatma Varol[5], Aylin Özbek[6], Özlem Gencer Kıdak[7]

[1]Uz.Dr., Dörtçelik Çocuk Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Bursa, Türkiye https://orcid.org/0000-0001-7911-4614
[2]Doç. Dr., Victoria Hastanesi, Lewes Sussex Partnership Nhs, İngiltere https://orcid.org/0000-0002-4933-2124
[3]Uz.Dr., Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Şanlıurfa https://orcid.org/0000-0001-5338-6865
[4]Prof. Dr.,Celal Bayar Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye https://orcid.org/0000-0003-3050-1263
[5]Uz.Dr., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Serbest Hekim, İzmir, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-0407-7537
[6]Doç..Dr.,Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmi,r Türkiye https://orcid.org/0000-0001-9187-363X
[7]Uz.Dr.,Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Uzmanı, Serbest Hekim, İzmir https://orcid.org/0000-0002-3354-8748

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Anne babalık ve Aile Uyum Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği araştırılmıştır. **Yöntem:** Çalışmamız, toplum ve klinik örneklemlerinde, 2-12 yaş aralığındaki çocukların anne babaları ile yapılmıştır. Klinik örneklem, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğinde ilk 1 aylık değerlendirme sürecindeki 201 anne ya da babadan; toplum örneklemi ise Balçova ilçesinde yaşayan, 202 anne ya da babadan oluşmuştur. Test-tekrar test ölçümü için, toplum örnekleminde bulunan 58 anne babaya iki hafta sonra, Anne babalık ve Aile Uyum Ölçeği tekrar uygulanmıştır. Ölçeğin psikometrik özellikleri; Anne Babalık Stilleri ve Boyutları Ölçeği, Evlilik Yaşamı Ölçeği ve Genel Sağlık Anketi ile karşılaştırılmıştır. **Bulgular:** Anne babalık alt ölçeğinin iç tutarlığı 'oldukça güvenilir', Aile uyum alt ölçeğinin iç tutarlığı ise 'yüksek derecede güvenilir' bulunmuştur. PAFAS Türkçe Formu alt ölçek ve faktör yapılarının test–tekrar test uygulamasında anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. PAFAS Türkçe Formunun toplum ve klinik örneklemlerini ayırt edici gücünün yüksek olduğu; beş faktörlü bir yapı geçerliğine sahip olduğu; Anne Babalık Stilleri ve Boyutları Ölçeği, Evlilik Yaşamı Ölçeği ve Genel Sağlık Anketi ile eşzamanlı ölçüt geçerliğine sahip olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** PAFAS Türkçe formunun iyi düzeyde geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu destekleyen bulgulara ulaşılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Anne Babalık ve Aile Uyum Ölçeği (PAFAS TR), anne babalık, geçerlik güvenirlik, Türkçe

SUMMARY

Objective: The present study aimed to examine the psychometric properties of Parenting and Family Adjustment Scale (PAFAS) to measure parenting skills and family adjustment in Turkish Parents. **Method:** The sample of our study consisted of the parents of children between the ages of 2-12. The clinical sample is from 201 mothers or fathers who were in the first 1-month evaluation process at the Dokuz Eylul University Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic; the population sample consisted of 202 mothers or fathers living in Balçova. For test-retest measurement, the test was re-administered to 58 parents in the community sample two weeks later. Psychometric properties of the scale were compared to Parenting Styles and Dimensions Scale, Marriage Life Scale and General Health Questionnaire. **Results:** Internal consistency of Parenting subscale were found "quite reliable" and Family Adjustment subscale were found "highly reliable". There was no significant difference in the test-retest application of the PAFAS Turkish Form subscale and factor structures. PAFAS Turkish Form has high power to differentiate community and clinical samples; has a five-factor structure validity. It was determined that it has concurrent criterion validity with Parenting Styles and Dimensions Scale, Marriage Life Scale and General Health Questionnaire. **Discussion:** In this study, it has been found that the Turkish version of PAFAS is a good valid and reliable scale for screening multiple domains of family functioning.

Key Words: Parenting and Family Adjustment Scale (PAFAS), reliability and validity, parenting, Turkish, family.

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:464-475)

DOI: 10.5505/kpd.2020.25002

Makalenin geliş tarihi: 28.01.2020, Yayına kabul tarihi: 18.05.2020

GİRİŞ

Çocuğa yöneltilen tutum, davranış ve beklentilerin bütünü anne babalık tutumu olarak tanımlanmaktadır (1). Anne babaların deneyimleri, yaşları, kişilik yapıları, anne babalık konusunda kendilerine olan güvenleri, eşler arasındaki ilişki, anne babalık konusunda sosyal desteklerinin olup olmadığı, eğitim seviyeleri, çocuklarından beklentileri, çocuğun yaşı, cinsiyeti, mizaç özellikleri, doğum sırası, engellilik durumu, ailenin sosyoekonomik düzeyi gibi değişkenler anne babalık tutumları üzerinde etkili olabilmektedir (2,3). Anne babalık tutumları, kültürden kültüre değişebileceği gibi, aynı toplum içindeki aileler arasında da faklılıklar gösterebilir. Her sosyoekonomik grubun kendi değerler sistemine sahip olduğu; farklı sosyal sınıflardaki anne babaların farklı çocuk yetiştirme tutumları olduğu; farklı ödül ve ceza anlayışları ile çocuklarını yetiştirdikleri söylenebilir(4). Farklı anne babalık yöntemleri, çocuklara benimsetilen değerler, seçilen ceza ve ödüller, çocukların kişilik gelişiminde etkilidir (5). Gazete, televizyon, dergi ya da sosyal medya gibi kitle iletişim araçlarında anne babalık konusunda verilen bilgiler, anne babaların çocuk yetiştirme tutumlarını değiştirebilmekte, buna bağlı olarak da çocukların gelişimini olumlu ya da olumsuz anlamda etkileyebilmektedir (6). Birbirinden farklı anne babalık tutumları olmasına rağmen; çocuk istismarı ve çocuklardaki davranışsal ve duygusal problemlerin yüksek oranlarını azaltmak için anne babalık eğitim programlarının geliştirilmesi konusunda yaygın bir uluslararası destek vardır (7,8).

Etkili ve kültürel olarak uygun anne babalık eğitim programları geliştirebilmek için, anne babalık konusundaki riskleri ve koruyucu faktörleri araştırmak gerekmektedir (9). Bu programlar ile anne babaların, çocuklarını daha iyi tanımalarını sağlamak, hatalı anne babalık tutumlarını fark etmeleri ve değiştirmeleri amaçlanmaktadır (10). Uygulanan eğitim programlarının sonuçlarının değerlendirilmesi için güvenilir, kullanımı kolay ölçüm araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Mevcut uygulamalarda, birçok ölçek ve farklı yanıtlama formatlarından dolayı, değerlendirmeler anne babalar için uzun ve karışık hale gelmekte, ölçeklerin anlaşılması zorlaşmaktadır. Mevcut ölçekler göz önüne alındığında, düşük okur yazarlık oranına sahip aileler için tasarlanmış ve kültürel geçerliği olan ölçeklere ihtiyaç olduğu görülmektedir. Bu ölçekler kısa, net, kavranması kolay ve anlaşılır olmalıdır. Gelişmekte olan ülkelerde kanıta dayalı anne babalık eğitim programlarının geliştirilmesi ve değerlendirilmesinin önündeki engellerden önemli birisi de, eğitimlerin sonuçlarını değerlendirecek ölçüm araçlarının eksikliğidir (11).

Parenting and Family Adjustment Scale (PAFAS); Sanders ve arkadaşları tarafından, anne babalık tutumlarını geliştirmek için yapılan anne babalık eğitimleri sonucunda, anne babalık becerilerindeki değişimi değerlendirmede kullanılabilecek kısa bir ölçek olarak tasarlanmıştır (12). Bu çalışmada, Avustralya'da geliştirilen, Anne babalık ve Aile Uyum Ölçeği (PAFAS Türkçe Formu)'nin, klinik ve toplum örneklemlerindeki 2-12 yaş aralığındaki çocukların anne babaları için Türkçe geçerlik ve güvenirliğinin araştırılması amaçlanmıştır. PAFAS için daha önce Panama (13), Çin (14), Endonezya (15) gibi kültürlerde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Çalışmamız diğer kültürlerde yapılan geçerlik güvenirlik çalışmaları göz önünde alındığında, hem toplum hem de klinik örneklem grubu ile yapılan ilk çalışmadır.

YÖNTEM

Çeviri Çalışması

PAFAS telif hakları ile ilişkili olarak ölçeği geliştiren birim olan "Parenting and Family Support Centre, School of Psychology, The University of Queensland" ile görüşülerek izin alınmıştır. PAFAS Türkçe çevirisi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alanında çalışan, iyi derecede İngilizce bilen ve benzer çalışmalarda deneyimi olan bir araştırma görevlisi tarafından yapıldıktan sonra, çocuk ve erişkin psikiyatrisi alanında çalışan altı klinisyen tarafından incelenmiş; anlam uyumu, dil kullanımı, kültürel uygunluğu, kavram uygunluğu ve imla kuralları açısından düzeltmeler yapılarak her maddeyi en iyi temsil eden karşılıkları ile ikinci Türkçe çeviri metni elde edilmiştir. Elde edilen ortak metin her iki dil ve kültür konusunda deneyimli profesyonel bir çevirmene gönderilerek İngilizce'ye geri tercüme ettirilmiş ve yeni bir İngilizce metin elde

edilmiştir. Ölçeğin yeniden İngilizceye çevrilmiş formu "Parenting and Family Support Centre, School of Psychology, The University of Queensland"a gönderilerek onay alındıktan sonra ölçeğin Türkçe formu elde edilmiştir.

Örneklem Grubu

Çalışmanın örneklemi, çocukları 2-12 yaş arasında olan anne veya babalardan oluşmuştur. Klinik örneklemin, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (DEÜTF ÇERSAH AD) polikliniğine ilk kez başvuran ya da değerlendirme süreci içinde bulunan (ilk 1 aylık süreç), 2-12 yaş aralığındaki çocukların anne ya da babalarından oluşması, toplum örnekleminin ise Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışmakta olan ya da Balçova ilçesinde yaşamakta olan ve araştırmacılar tarafından ulaşılan, 2-12 yaş arasında, psikiyatrik tanısı ve takibi olmayan en az bir çocuğu olan, anne veya babalardan seçilmesi planlanmıştır. Toplum örnekleminde 221 ve klinik örnekleminde 206 olmak üzere toplam 427 anne ya da babaya ulaşılmıştır. Toplum örnekleminden 19, klinik örnekleminden ise 5 anne ya da baba ölçekleri eksik doldurmaları nedeniyle çalışmadan çıkarılmıştır.

Değerlendirme Araçları

Sosyodemografik Veri Toplama Formu: Bu formun içerisinde, anne babanın yaşı, eğitim düzeyi, gelir düzeyleri; anne babalık konusunda daha önce bir profesyonel yardım alıp almadıkları; çocuklarının yaş, cinsiyet bilgileri, çocuklarında bir sağlık problemi olup olmadığı ve ailenin yapısı gibi alanları sorgulayan sorular bulunmaktadır.

Anne babalık ve Aile Uyum Ölçeği: PAFAS Türkçe Formu, anne babalık tutumlarının desteklenmesi amacıyla yapılan eğitim programları sonucunda, anne babalık becerilerindeki değişimi ölçmek için kullanılabilecek kısa bir ölçek olarak tasarlanmıştır (16). PAFAS Türkçe Formu, 2-12 yaş arasında çocuk sahibi olan anne babalarda, anne babalık tutumları (Anne babalık Ölçeği) ile anne baba ve aile uyumunu (Aile Uyum Ölçeği) ölçen iki alt ölçekten oluşan 30 maddeli bir ölçektir. Anne babalık alt ölçeği anne babaların 4 özelliğini değerlendirir: Anne baba tutarlılığı (beş madde), zorlayıcı anne babalık (beş madde), olumlu cesaretlendirme (üç madde), anne baba-çocuk ilişkisi (beş madde). Aile Uyumu Alt Ölçeği 3 alanı değerlendirir; anne babalık duygusal uyumu (beş madde), aile ilişkileri (dört madde), anne baba ekip çalışması (üç madde). Her madde 4 puan üzerinden değerlendirilir; 0: Benim için hiçbir zaman doğru değildir; 3: Benim için çok fazla veya hemen her zaman doğrudur. İki, 3, 6, 8, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 28 ve 30. maddeler ters puanlanır. Her alt ölçek için maddeler o alt ölçeğe ait puanı elde etmek için toplanır. Her alt ölçek için puanın yükselmesi disfonksiyonun oluştuğunu gösterir.

Avustralya'da yapılan PAFAS ölçek geliştirme çalışmasında; toplum örneklemini temsil eden 370 anne ya da baba çalışmaya katılmış ve çocukların yaşları 2-12 arasında değişmiştir. İç tutarlılık katsayıları; Anne baba tutarlılığı için 0.70, zorlayıcı anne babalık için 0.78, olumlu cesaretlendirme için 0.75, anne baba çocuk ilişkisi için 0.85; anne babalığa duygusal uyum yapabilme için 0.87, aile ilişkileri için 0.84 ve anne baba ekip çalışması için 0.85 olarak bildirilmiştir. Araştırmacılara göre; PAFAS'ın psikometrik değerlendirmesi, iyi bir iç tutarlık, tatmin edici bir yapı ve yordama geçerliği ortaya koymuştur.

Anne babalık Stilleri ve Boyutları Ölçeği–Kısa Form (ASBÖ) (Parenting Styles and Dimension Questionnaire- Short Version): Ölçekte, 3-13 yaş arasındaki çocukların anne ve babaların demokratik, otoriter ve izin verici anne babalık tutumlarını ölçen, üç alt ölçek yer almaktadır. Her alt ölçekten elde edilen toplam puan, o tutuma ilişkin bilgi vermektedir. Alt ölçeklerden hangisinin puan ortalaması daha yüksekse, anne ya da babanın o anne babalık tutumuna sahip olduğu düşünülmektedir (17). Kapçı ve Erdinç tarafından ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (18).

Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12): Genel Sağlık Anketi; ruhsal hastalıkları inceleyen toplumsal çalışmalarda ilk aşama tarama testi olarak kullanılan bir ölçektir. Ölçekten alınacak en düşük

puan 0, en yüksek puan ise 12'dir. Puandaki artma ruhsal hastalık riskine işaret etmektedir. Kılıç tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (19).

Evlilik Yaşamı Ölçeği (EYÖ): Eşlerin evlilik ilişkisinden sağladıkları genel doyum düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiş 10 maddeden oluşan 5 dereceli likert tipi bir ölçektir. Ölçek maddeleri puanlamada "kesinlikle katılmıyorum" dan başlayarak "tamamen katılıyorum"a kadar uzanan 5 seçenek içermektedir. En yüksek puan, evlilik doyumunun en üst düzeyde olduğuna işaret etmektedir. EYÖ'nün geçerlik ve güvenirlik çalışmasında test-tekrar test güvenirlik katsayısı .85; iç tutarlılık katsayısı .91 olarak bulunmuştur (20).

İstatistiksel Değerlendirme

Sayısal değişkenlerden iki grup arasındaki ortalamaların karşılaştırılmasında bağımlı ve bağımsız gruplarda t testleri kullanılmıştır. Sınıflandırılmış kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Pearson ki-kare testi kullanılmıştır (21). PAFAS Türkçe Formunun güvenirlik değerlendirmesi Cronbach α (alfa) katsayısı, Guttman Split-Half (yarıya bölme) katsayısı, madde toplam korelasyon değeri, madde yok sayıldığında Cronbach α değeri hesaplanarak ve test-tekrar test yöntemiyle yapılmıştır.

Faktörler arasındaki korelasyonlar Pearson korelasyon katsayısı hesaplanarak değerlendirilmiştir. Anne babalık alt ölçeğinin ASBÖ ile, anne baba ekip çalışması ve aile ilişkileri faktörleri için EYÖ ile, anne babalığa duygusal uyum yapabilme faktörü için ise GSA ile korelasyonlar hesaplanmıştır. Yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde öncelikle açıklayıcı faktör analizi, ardından doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ayırt edici geçerlik değerlendirmesi için PAFAS Türkçe Formunun klinik ile toplum örneklemlerini birbirinden ayırma gücünü test etmede bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Sosyodemografik Özellikler

Şekil 1. Çalışma prosedürü

Toplum örneklemindeki anne babaların yaş ortalaması 37.03±5.86; klinik örneklemde 35.92±6.05 bulunmuştur. Yaş ortalamaları açısından klinik ve toplum örneklemleri arasında farklılık bulunmamıştır (p=0.061). Klinik örneklemde; toplum örneklemine kıyasla daha fazla oranda ortaokul ve altı eğitim düzeyinde anne baba, aylık 1100 Liranın altında gelir düzeyine sahip ve ev giderlerinin büyük bir kısmını karşılayamayan aile bulunmuştur. Toplum örneklemde ölçekleri dolduran anne babaların %22.3'ünün herhangi bir işte çalışmadığı; klinik örneklemde ise ölçekleri dolduran anne babaların %56.7'sinin herhangi bir işte çalışmadığı bulunmuştur. Toplum örnekleminde çocukların %60,9'u, klinik örneklemde ise %68.2'si erkektir. Çocukların cinsiyet oranları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Toplum örnekleminde çocukların yaş ortalaması 6.61±2.89; klinik örneklemde ise 7.47±2.66 bulunmuştur. Klinik örneklemde, çocukların yaş ortalaması, toplum örneklemine göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan gönüllülerin tüm sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Güvenirlik Bulguları

İç Tutarlılık

Genel olarak ölçüt değerleri 0.00-0.40 arası değerlerde ise 'güvenilir değil', 0.40-0.60 arası değerlerde ise 'düşük güvenilirlikte', 0.60-0.80 arası değerlerde ise 'oldukça güvenilir', 0.80 den büyük değerlerde ise 'yüksek derecede güvenilir' olarak kabul edilir. Anne babalık alt ölçeğinin iç tutarlığı 'oldukça güvenilir' (Cronbach α:0.700), Aile uyum ölçeği alt ölçeğinin iç tutarlığı ise 'yüksek derecede güvenilir' bulunmuştur (Cronbach α:0.830). PAFAS Türkçe Formu faktör yapılarının iç tutarlık değerleri incelendiğinde; zorlayıcı anne babalık faktörü için 0.694, anne baba çocuk ilişkisi faktörü için 0.786, anne babalık duygusal uyumu faktörü için 0.760, aile ilişkileri faktörü için 0.757 Cronbach α değerleri bulunmuş ve bu faktör yapılarının 'oldukça güvenilir' olduğu saptanmıştır. Anne babalık alt ölçeğinde yer alan olumlu cesaretlendirme (Cronbach α:0.585) ve Aile ilişkileri alt ölçeğinde yer alan anne baba ekip

Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler

		Toplum Örneklemi n (%)	Klinik Örneklem n (%)	Tüm Örneklem n (%)
Anne babaların yaş ortalaması		37.03±5.86	35.92±6.05	36.47±5.98
Ölçekleri Dolduranın Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	39(19.3)	79 (39.3)	118(29.3)
	Lise ve üstü	163(80.7)	122(60.7)	285(70.7)
Ailelerin aylık gelir durumu	1100 liranın altı	30 (14,9)	54 (26,9)	84 (20.8)
	1100-3800 lira arası	120 (59,4	120 (59.7)	240(59.5)
	3800 liranın üstü	52 (25,7)	27 (13.4)	79(19.6)
Ailelerin gelir durumunun ihtiyaçları karşılamaya etkisi	Zorluk yaşamıyorum	125 (61,9)	92 (45.8	217(53,84)
	Bir dönem temel giderleri karşılamakta zorluk yaşadım	69(34.1)	81(40.3)	150(37.22)
	Ev giderlerimin büyük kısmını karşılayamıyorum	8(4.0)	28 (13.9)	36(8.93)
Ölçek dolduran Anne babaların çalışma durumu	Çalışıyor	157(77.7)	87(43.3)	244(61)
	Çalışmıyor	45(22.3)	114(56.7)	159 (39)
Çocuk cinsiyet	Kız	79 (39,1)	64 (31.8)	143(35.48)
	Erkek	123 (60,9)	137 (68.2)	260(64.51)
Çocukların yaş ortalaması		6.61±2.89	7.47±2.66	7.04±2.80
Çocukta Tıbbi ve Ruhsal Hastalık Öyküsü	Hastalık öyküsü yok	163 (80.7)	123 (61.2)	286 (71)
	Hastalık öyküsü var	39(19,3)	78(38.8)	117(29)
Daha Önce Bir Anne babalık Eğitimi Programına Katılma Durumu	Evet	18 (8.9)	20 (10.0)	38(9.42)
	Hayır	184 (91.1)	181 (90.0)	365(90.58)
Anne babaların Medeni Durumu	Evli	184 (91.0)	181 (89.6)	365 (90.5)
	Ayrılmış/boşanmış	10(4.9)	19(9.45)	27(6.69)
	Dul kadın/erkek	8(3.96)	1(0.49)	9(2.23)

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma

çalışması (Cronbach α:0.543) faktörlerinin iç tutarlık değerleri 'düşük güvenilirlikte' bulunmuştur. Anne babalık alt ölçeğinde yer alan anne baba tutarlılığı faktörünün Cronbach α değeri ise 0.218 bulunmuş ve bu faktörün güvenirliğinin yeterli düzeyde olmadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Test-Tekrar Test Değerlendirmesi

Test-tekrar test güvenirliğini değerlendirmek amacıyla, toplum örneklemini temsil eden anne babalardan 58'ine PAFAS Türkçe Formunu doldurduktan 2 hafta sonra ölçek tekrar uygulanmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve düzeyini belirlemek için Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Korelasyonun gücü, 0.00-0.24 arası 'zayıf', 0.25-0.49 arası 'orta', 0.50-0.74 arası 'güçlü', 0.75-1.00 arası 'çok güçlü' korelasyon olarak değerlendirilmiştir (21). Anne babalık ve aile uyumu alt ölçeklerinin ve faktör yapılarının tümünün test-tekrar test uygulamasında anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. Anne babalık ve Aile uyumu alt ölçekleri ve Anne baba tutarlılığı dışındaki faktörlerin tümü 'güçlü' düzeyde korelasyon göstermiştir. Anne baba tutarlığı için ise orta düzeyde korelasyon bulunmuştur (Tablo 3).

PAFAS Türkçe Formunun Geçerlik Bulguları

Ayırt Edici Geçerlik

PAFAS Türkçe Formu alt ölçek ve faktör yapılarının tümünde, klinik örneklem puan ortalamaları toplum örnekleminden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 2. PAFAS Türkçe Formunun alt ölçek ve faktör yapılarının iç tutarlılık değerleri

PAFAS Türkçe Formu	Cronbach α	Guttman Split-Half (yarıya bölme) katsayısı
Anne babalık alt ölçeği	0.700	0.719
Anne baba tutarlığı	0.218	0.431
Zorlayıcı anne babalık	0.694	0.627
Olumlu cesaretlendirme	0.585	0.458
Anne baba çocuk ilişkisi	0.786	0.769
Aile uyumu alt ölçeği	0.830	0.726
Anne babalık duygusal uyumu	0.760	0.670
Aile ilişkileri	0.757	0.585
Anne baba ekip çalışması	0.543	0.521

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma

Tablo 4: Toplum ve klinik örneklemlerinde, PAFAS Türkçe Formu alt ölçek ve faktör yapılarının puan ortalamalarının karşılaştırılması

PAFAS Türkçe Formu	Ort ± SS		t*	P
	Toplum	Klinik		
Anne babalık alt ölçeği	13.84±4.58	18.88±5.06	-10.475	<0.001
Anne baba Tutarlılığı	6.13±2.02	7.25±1.92	-5.671	<0.001
Zorlayıcı anne babalık	4.77±2.35	6.83±2.78	-7.998	<0.001
Olumlu cesaretlendirme	1.72±1.42	2.08±1.50	-2.444	0.015
Anne baba çocuk İlişkisi	1.19±1.74	2.71±2.40	-7.247	<0.001
Aile uyumu alt ölçeği	8.93±4.86	13.27±5.59	-7.979	<0.001
Anne babalık duygusal uyumu	4.10±2.52	6.17±2.80	-7.764	<0.001
Aile ilişkileri	2.24±1.99	3.59±2.31	-6.236	<0.001
Anne baba ekip çalışması	2.70±1.78	3.50±1.87	-4.244	<0.001

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma * Bağımsız örneklem t testi

Yapı Geçerliği

Açıklayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Açıklayıcı faktör analizinde isimlendirilebilir, yorumlanabilir ve anlamlı faktörler elde etmek amacıyla Varimax rotasyonu uygulanmış ve özdeğeri 1'in üzerinde olan 8 faktör elde edilmiştir. Öz değerlere dayalı olarak çizgi grafiği çizilmiştir. Tüm maddelerin faktör yükü 0.30 değerinin üzerinde bulunmuş ve faktörlere içerdikleri maddelerin anlam yapısına uygun şekilde isimlendirme yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi incelemesinde; Anne babalık alt ölçeği için RMSEA değeri 0.062 ile kabul edilebilir uyum değeri olarak saptanmış, ancak CFI değeri 0.870 ile kabul edilemez uyumu göstermiştir. Aile uyum ölçeği için RMSEA 0.112 ve CFA 0.826 ile kabul edilemez uyum değerleri olarak saptanmıştır(22). (Tablo 5)

Alt Ölçek ve Faktör Yapılarının Birbirleriyle Korelasyonları

Anne babalık ve Aile uyumu alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır. Anne baba tutarlılığı ile Olumlu cesaretlendirme arasında ve Zorlayıcı anne babalık ile Olumlu cesaretlendirme arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Ancak her iki korelasyon derecesi de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir (Sırasıyla p değerleri 0.591 ve 0.587). Diğer faktör yapılarının tümü arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır.

Birlikte (eş zaman) geçerlik

Anne babalık alt ölçeğinde bulunan faktör yapıları ile ABSÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyon değerleri araştırılmıştır. Anne baba tutarlılığı, zorlayıcı anne babalık ve anne baba çocuk ilişkisi faktörlerinin, ASBÖ'nün demokratik anne babalık tutumu alt ölçeği ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif; otoriter anne babalık ve izin verici anne babalık tutumları ile aralarında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyonlar saptanmıştır ($p<0.01$). Olumlu cesaretlendirme ile otoriter anne babalık tutumu arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır ancak bu değer istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir (r: 0.024, $p=0.627$). Olumlu cesaretlendirme ile demokratik anne babalık tutumu ve izin verici anne babalık tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeylerde negatif korelasyon saptanmıştır. Anne babalık duygusal uyumu ile GSA arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır. Aile ilişkileri ve Anne baba ekip çalışması faktörleri ile EYÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif korelasyonlar saptanmıştır. (Tablo 6)

TARTIŞMA

Çalışmamız dışında; Panama, Çin ve Endonezya'da geçerlik güvenirlik araştırılmış; ayrıca Mazzucchelli ve ark. tarafından Avustralya'da yapılan bir çalışmada gelişim geriliği tanısı konmuş çocuğu olan anne babalar için geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (23). Çalışmamızda alt ölçeklerin ve

Tablo 5: PAFAS Türkçe Formunun açıklayıcı faktör analizi sonucu elde edilen faktör yükleri ve varyans oranları

Pafas Türkçe Formu Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6	Faktör 7	Faktör 8
Madde 20	0.470							
Madde 22	0.623							
Madde 23	0.580							
Madde 24	0.669							
Madde 25	0.654							
Madde 28	0.661							
Madde 30	0.740							
Madde 14		0.513						
Madde 15		0.645						
Madde 16		0.664						
Madde 17		0.748						
Madde 18		0.700						
Madde 1			0.575					
Madde 12			0.549					
Madde 13			0.603					
Madde 19			0.668					
Madde 21			0.666					
Madde 3				-0.606				
Madde 4				0.546				
Madde 5				0.529				
Madde 7				0.648				
Madde 9				0.597				
Madde 26					0.803			
Madde 27					0.788			
Madde 2						0.380		
Madde 6						0.751		
Madde 8						0.729		
Madde 10							-0.663	
Madde 11							0.648	
Madde 29								0.865
Varyanslar	%21.8	%11.8	%6.4	%4.6	%4.0	%3.9	%3.6	%3.3

anne baba tutarlılığı dışında kalan diğer faktörlerin iç tutarlık değerleri yeterli düzeyde bulunmuştur. Avustralya ölçek geliştirme çalışması ile Panama, Çin ve Endonezya'da yapılan geçerlik güvenirlik çalışmalarında da anne baba tutarlılığının en düşük iç tutarlık değerine sahip olması dikkat çekmiştir. Panama çalışmasında ayrıca, faktör analizi sonucunda anne baba tutarlılığının anlamlı bir faktör olması için faktör yükleri düşük olan 3 ve 11. maddeler çıkarılmış. Çalışmamızda da anne baba tutarlılığının zayıf iç tutarlığı bir ya da iki maddenin geri kalan maddeler ile uyuşmamasına bağlı olduğu düşünülmüş, faktörde yer alan madde 3'ün ölçekten çıkarılması sonucu faktör iç tutarlık değerinde artış olması da bunu desteklemiştir.

Olumlu cesaretlendirme (0.585) ve anne baba ekip çalışması (0.543) alt faktörlerinde iç tutarlık değerleri diğer alt faktörler ile kıyaslandığında görece düşük olmakla birlikte, her ikisi de kabul edilebilir düzeylerdedir. Bilindiği gibi, alt boyutlara düşen madde sayısının az olması iç tutarlık katsayılarını düşürmektedir. Dolayısıyla, her iki alt faktördeki madde sayısının üç olduğu göz önünde tutulursa, ulaşılan katsayıların yeterli bir düzeyi temsil ettiği söylenebilir.

Madde-toplam puan korelasyon katsayı değeri 0,20'nin altında kalan maddelere bakıldığında 3. madde -0,115, 4. madde 0,112, 11. madde 0,076 ve 29. madde 0,181 olduğu görülmüştür. 4. ve 11. maddeler yok sayıldığında, faktör iç tutarlık değerlerinde düşme olması ayrıca faktör analizinde de her iki maddenin yük değerlerinin yeterli düzeyde saptanması nedeniyle maddelerin ölçekte tutulmalarına karar verilmiştir. Üçüncü maddenin (Çocuğum uygun davranmadığı zaman bunun bir yaptırımı olur.) hem madde korelasyon katsayısı

Tablo 6: PAFAS Türkçe Formu alt ölçekler ve faktör yapılarının kendi aralarında ve ABSÖ, EYÖ, GSA ölçekleri arasındaki korelasyon tablosu

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Anne babalık alt ölçeği									
2.Anne baba Tutarlılığı	.583								
3.Zorlayıcı Anne babalık	.714	.284							
4.Olumlu Cesaretlendirme	.437	-.027*	-.027*						
5.Anne baba Çocuk İlişkisi	.731	.171	.258	.463					
6.Aile uyum alt ölçeği	.593	.305	.416	.220	.503				
7.Anne babalık Duygusal Uyumu	.610	.278	455	.219	.525	.841			
8. Aile İlişkileri	.406	.214	.285	.144	.345	.807	.462		
9.Anne baba ekip çalışması	.376	.213	.225	.163	.333	.762	.455	.518	
10.ASBÖ demokratik anne babalık tutumu		-.158	-.247	-.452	-.586				
11.ASBÖ otoriter anne babalık tutumu		.230	.681	.024**	.280				
12.ASBÖ izin verici anne babalık tutumu		.499	.424	-.113	.139				
13.GSA							0.543		
14. EYÖ								-0.474	-0.579

P=0.591*, ** P=0.627, ASBÖ: Anne babalık Stilleri ve Boyutları Ölçeği, GSA: Genel Sağlık Anketi, EYÖ: Evlilik Yaşam Ölçeği

(-0.115) negatif ve 0.20'den düşük olduğu hem de madde yok sayıldığında faktör Cronbach α değerinin arttığı saptanmıştır. Faktör analizi sonuçlarının tartışıldığı bölümde belirtilmiş olan nedenler de göz önüne alındığında, üçüncü maddenin ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Çin ve Panama çalışmalarında 3. madde negatif ve düşük faktör yüküne sahip olması nedeniyle ölçekten çıkarılmıştır. Her iki çalışmada da anne babaların önemli bir kısmı 3. maddenin olumsuz bir tutum ile ilişkili olduğunu düşündüklerini, bir kısmı da bu maddeyi anlamadıklarını belirtmişlerdir. 29. maddenin (Anne babalık konusunda eşimle aynı fikirleri paylaşmıyorum.) korelasyon katsayısının (0.181) alt sınır olan 0.20 değerine çok yakın olması ve faktör analizi sonucunda 0.865 ile yüksek bir faktör değeri saptanması ayrıca eşler arasındaki uyumu sorgulayan önemli bir madde olması nedeniyle, ölçekte tutulmasına karar verilmiştir. Yılmaz ve Erberk yaptıkları çalışmalarda eşler arasında uyum arttıkça, çocuklara gösterilen ilginin arttığını göstermişlerdir (24,25)

Test-tekrar test analizinde; alt ölçek ve faktör yapıları puanlarında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Panama geçerlik güvenirlik çalışmasında, faktör yapıları için test-tekrar test korelasyon değerleri 0.70 ile 0.87 arasında değişmiştir. Çalışmamızda elde edilen değerler Panama çalışması ile benzer özelliktedir. Ayırt edici geçerlikte, ölçeğin hasta ve sağlamları birbirinden ayırabilmesi beklenmektedir(26). Alt ölçekler ve faktör yapılarının tamamında, klinik örneklem puan ortalamaları, toplum örneklemi puan ortalamalarından, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Toplum ve klinik örneklemleri birbirinden oldukça iyi ayırt edebilmesi PAFAS Türkçe formunun yapısal geçerliliğine katkıda bulunan bir kanıttır. Avustralya'da ölçek geliştirme çalışması ve diğer kültürlerde yapılan geçerlik güvenirlik çalışmalarında, analizlerin yalnızca toplum örneklemleri ile yapılmış olmasının çalışmaların kısıtlılıkları arasında olduğu araştırmacılar tarafından belirtilmiştir.

Açıklayıcı faktör analizi sonucu ortaya çıkan faktör yapıları incelendiğinde; faktör 1'in anne babalık duygusal uyumu faktöründe yer alan 20, 22 ve 23. maddeler, aile ilişkileri faktöründe yer alan 24 ile 25. ve anne baba ekip çalışması içinde yer alan 28 ve 30. maddelerden oluştuğu saptanmıştır. Maddeler anlamsal bütünlük açısından incelendiğinde; destekleyici, olumlu ve sıcak ilişkilerin olduğu aile ortamına sahip ve eşinden anne babalık konusunda destek görebilen anne babaların, anne babalık ile ilgili olumlu duygular beslediği ve anne babalığın oluşturabileceği stres yükü ile başa çıkmak konusunda kendisini yeterli hissebildiği ile ilişkili maddelerin bir araya geldiği anlaşılmaktadır (27,28). En yüksek özdeğere sahip bu faktör yapısı "olumlu eş ve aile ilişkileri-anne babalık öz yeterliği" olarak isimlendirilmiştir (29). Orijinal ölçekte, anne baba çocuk ilişkisi fak-

töründe yer alan 14, 15, 16, 17 ve 18. maddelerin tümü, çalışmamızda da aynı faktör içerisinde temsil edilmiştir ve orijinal ölçekteki mevcut ismi korunmuştur. Faktör 3, anne baba tutarlılığında yer alan 1 ve 12, zorlayıcı anne babalıkta yer alan 13 ve anne babalığa duygusal uyum içinde yer alan 19 ve 21. maddelerden oluşmuştur. Maddeler daha çok tutarsız, aşırı izin verici ve kabullenici anne babalık tutumları, çocuk ile ilişkide yaşanan olumsuz duygular ve hissedilen yetersizlik, yüksek stres düzeyi ile ilişkilidir(30,31,32,33). Bu maddelerin, Batı kültüründe çok yaygın olmayan ama kültürümüzde kullanıldığı bilinen aşırı koruyucu, izin verici anne babalıkla ilişkili maddelerden oluştuğu dikkat çekmektedir. Çocuğun yakınında bulunan anne, baba, büyük anne, büyük baba gibi yetişkinler çocuğun yapması gereken birçok şeyi, çocuk üzülmesin, yorulmasın, zorlanmasın düşüncesiyle kendileri yaparlar (34,35,36). Bu faktör yapısı içerdiği maddelerin anlamsal bütünlüğü dikkate alındığında, "kabullenici, aşırı izin verici anne babalık-anne babalık stresi" olarak isimlendirilmiştir. Faktör 4, anne baba tutarlılığında yer alan 3 ve 4. maddeler ile zorlayıcı anne babalık içerisinde yer alan 5, 7 ve 9. maddelerden oluşmuştur. Maddeler, çocuğun uygun olmayan davranışları karşısında kızma, çocuğun kendisini kötü hissetmesini sağlamaya çalışma, sözlü ve fiziksel ceza uygulama ile ilişkili maddelerdir. Üçüncü madde dışındaki maddelerin faktör yükü yüksek ve pozitif yönde olmasına rağmen; 3. maddenin faktör yükü negatiftir. Bu sonucun, orjinal ölçekte 'consequence' (I follow through with a consequence (e.g. take away a toy) when my child misbehaves) olarak yer alan ifadenin Türkçe'ye 'yaptırım' (Çocuğum uygun davranmadığı zaman bunun bir yaptırımı olur.) olarak çevirisinin yapılmasından ve önerilen bir anne babalık tutumu ile ilişkili olmasına rağmen anne babalar tarafından, olumsuz bir tutum olarak algılanmış olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Üçüncü maddenin, orjinal ölçekte verilmek istenen kavramın zıttı yönünde anlaşılmış olduğu ve bu nedenle ölçekten çıkarılmasının uygun olacağı düşünülmüştür. Panama, Çin ve Endonezya da yapılan geçerlik güvenirlik çalışmalarında da bu maddenin ölçekte tutulmasının uygun olmadığı ve batı dışı toplumlar için kültürel olarak uygun olmayan bir anne babalık tutumu ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Orjinal ölçekte zorlayıcı anne babalık faktöründe yer alan maddelerinin önemli bir kısmını içermesi nedeniyle bu faktör yapısı "zorlayıcı anne babalık" olarak isimlendirilmiştir. Faktör 5'te, olumlu cesaretlendirme faktöründe birlikte yer alan 2, 6 ve 8. maddelerin aynı faktör içerisinde temsil edilmesi nedeniyle orijinal ölçekteki mevcut ismi korunmuştur. Orijinal ölçekte aile ilişkileri faktöründe yer alan 26. ve 27. maddeler birlikte kümelenmiştir. Madde sayısının yetersiz olması nedeniyle bu iki maddenin bir faktör olarak değerlendirilemeyeceği sonucuna ulaşılmıştır. 26 ve 27. maddelerin, aile ilişki sorunlarını sorgulayan önemli maddeler olmaları, madde korelasyon değerlerinin yeterli düzeyde ve faktör yük değerlerinin de yüksek olması (sırasıyla 0.803 ve 0.788) nedeniyle ölçekte tutulmalarına karar verilmiştir. Zorlayıcı anne babalık faktöründe yer alan 10.madde ile anne baba tutarlılığı faktöründe yer alan 11. maddeler birlikte kümelenmiştir. Çocuğun uygun olmayan davranışları ile her zaman aynı şekilde başa çıkabilme şeklinde önerilen ve tutarlı bir anne babalık tutumu ile davranışları nedeniyle çocuğu ile tartışma şeklinde olumsuz, önerilmeyen bir anne babalık tutumu olan birbirine zıt iki kavramdan oluşan yapıda, 10. maddenin faktör yükü negatif (-663), 11. maddenin ise pozitif (+648) olarak yüklenmiştir. Zıt iki kavramı temsil eden iki maddenin birbirleri ile korelasyon değerlerinin de negatif yönlü olması anlaşılır bir sonuç olmuştur. 10. maddenin korelasyon değerinin yeterli düzeyde olması (0.302) ve faktör yük değerinin de yüksek olması; 11. maddenin de faktör yük değerinin yüksek olması ve madde yok sayıldığında ölçek iç tutarlık değerinin düşmesi nedeniyle iki maddenin de ölçekte tutulmasına karar verilmiştir.

Anne baba ekip çalışması faktöründe yer alan 29. Madde, izole bir yapı olarak yer almıştır. Ölçekleri dolduran anne babaların savunucu tutumları nedeniyle, eşine karşı olumsuz duygular içeren ve ortak düşüncelere sahip olmadıklarını belirten bu madde izole kalmış olabilir. Maddenin korelasyon katsayısının 0.20 değerine çok yakın olması, faktör yük değerinin 0.865 ile yüksek bir değer saptanması ve anne babalık konusunda eşler arasındaki uyumu sorgulayan önemli bir madde olması nedeniyle, ölçekte tutulması gerektiği düşünülmüştür (37,38).

Çalışmamızda ortaya çıkan faktör yapılarının,

kültürel bağlamda tartışılabilmesi için henüz yeterli düzeyde veri havuzu oluşmadığı gözden kaçırılmamalıdır. Bununla birlikte, kültürümüzde anne babalık tutumları ve aile ilişki biçimlerinin batı kültürüne göre niceliksel ve niteliksel bir farkı olabileceği de öne sürülebilir. Doğrulayıcı faktör analizi ile elde edilen analiz sonuçları da orjinal ölçekte belirlenen faktör yapılarının toplumumuz için iyi derecede temsil edilmediğini ve daha farklı bir faktörleşme gösterdiğini ortaya koymuştur. Yazında, Avustralya ölçek geliştirme çalışması ile Panama, Çin, Endonezya geçerlik güvenirlik çalışmalarının tümünde faktör yapısı doğrulayıcı faktör analizi ile araştırılmış ve açıklayıcı faktör analizi yapılmamıştır. Yapılan çalışmalarda çok çeşitli istatistiksel yöntemlerin kullanıldığı ve bu durumun PAFAS Türkçe formunun faktör yapısını açıklamaya çalışan farklı durumların ortaya çıkmasına neden olmuş olabileceği düşünülmüştür.

Ortaya çıkan sonuçlar; Çin, Endonezya ve Panama gibi Batı dışı kültürlerde yapılan çalışmalara benzer şekilde; bizim kültürümüzde de anne babaların, çocuklarına karşı sıcak ve destekleyici olabilirken aynı zamanda katı ve zorlayıcı tutum sergileyebildiklerini göstermektedir.

PAFAS Türkçe Formunda yer alan faktör yapılarının tümünün, temsil edildikleri alt ölçekler ile aralarında anlamlı düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur. Anne baba tutarlılığı ile olumlu cesaretlendirme ve zorlayıcı anne babalık ile olumlu cesaretlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmayan negatif korelasyon bulunmuştur. Olumlu cesaretlendirme ile zorlayıcı anne babalık arasında negatif yönde bir ilişki olması, birbirinin zıttı olan bu iki davranış boyutunun ölçekle ölçülebildiğine işaret etmektedir. Ailelerin demokratik tutumu arttıkça, otoriter davranışlar azalmaktadır. Sonuçlar, anne babaların anne babalık davranışlarını değerlendirirken kendilerini neredeyse tüm anne babalık tutumlarında da ifade ettiklerini ve bunun da kültürümüze özgü bir tarz olduğunu düşündürmektedir.

Eş zaman geçerliğine ilişkin incelemeler açısından, ASBÖ, GSA ve EYÖ ile incelenen korelasyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlı olup, ilişkilerin yönü olumlu cesaretlendirme faktörü ile ASBÖ izin verici alt ölçeği arasındaki negatif korelasyon değeri dışında kuramsal olarak beklendik şekilde bulunmuştur. Panama geçerlik güvenirlik çalışmasında da olumlu cesaretlendirme ile Parenting Scale (Ebevenlik Ölçeği) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmaması çalışmamızda elde edilen sonuçları destekler niteliktedir. Avustralya çalışmasında eş zaman geçerliği için PAFAS Türkçe formu ile başka ölçekler arasındaki korelasyonlara bakılmamış ve bu durum da çalışmanın kısıtlılıkları arasında gösterilmiştir.

SONUÇ

Çalışmamızda PAFAS Türkçe formunun 2-12 yaş arası çocuk sahibi anne babalarda iyi düzeyde geçerli ve güvenilir olduğunu destekleyen bulgulara ulaşılmıştır. Özellikle anne babalık tutumlarının gelişimi için yapılan eğitim programları sonucunda, anne babalık becerileri ve aile uyumlarındaki değişimi ölçmek için kullanılabilecek, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu ve bu alandaki eksikliği gidereceği düşünülmektedir. Çalışmamızda üçüncü maddenin, orjinal ölçekte verilmek istenen kavramın zıttı yönünde anlaşılmış olduğu ve bu nedenle ölçekten çıkarılmasının uygun olacağı düşünülmüştür. Bu maddenin, Avustralya gibi Batı kültürlerinde benimsenen, uygun görülen ve önerilen bir anne babalık tutumu olmasına rağmen, bizim kültürümüz gibi Batı dışı toplumlarda anne babalar tarafından benimsenmeyen ve kültürel olarak uygun olmayan bir anne babalık tutumu ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Toplum ve klinik örneklemleri birbirinden oldukça iyi ayırt edebilmesi PAFAS Türkçe formunun yapısal geçerliliğine katkıda bulunan önemli bir kanıttır. Çalışmamız hem toplum hem klinik örneklemlerini içeren ilk çalışma olması nedeniyle de Avustralya'da yapılan ölçek geliştirme çalışması ile Panama, Çin ve Endonezya'da yapılan geçerlik güvenirlik çalışmalarından ayrılmaktadır.

Yazışma Adresi: Uz. Dr. Barış Güller, Dörtçelik Çocuk Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği, Bursa, Türkiye drbarisguller@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: Integrative model. Psych B 1993; 113: 487-496.

2. Aral N. Fiziksel İstismar ve Çocuk. Ankara. Tekışık Ofset Baskı. 1997; 118s

3. Tola D. İlkokul 5.sınıf çocuklarında ahlaki yargı ile ana-baba tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi (Yayınlanmamış). Ankara. Hacettepe Üniversitesi. 2003:123 s.

4. Kulaksızoglu A. Almanyada'ki Üçüncü Kuşak Türk Gençlerinin Sorunları, Anne-Baba Tutumları ile Sorunlar Arasındaki İlişkiler. 28.03.2003 tarihli Türk-Alman Kültür ve Dil Enstitüsü (TAKDEN) Aynı Başlıklı Konferans Sunum Özeti. 2003

5. Yıldız-Bıçak M Annesi çalışan ve çalışmayan çocukların anne baba tutumlarını algılamalarının ve benlik imajlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi (Yayınlanmamış). (2004). Ankara Üniversitesi.173 s., Ankara

6. Haktanır G. (1994). Çocuğun ruh sağlığında aile ve okulun önemi. Okul Öncesi Eğitim Dergisi, 26 (47); 9–14

7. Biglan A. The critical role of nurturing environments for promoting human well-being. Am Psychol. 2012; 67(4):257-271.)

8. Brown ER, Khan L, Parsonage M. Delivering effective parenting programmes to transform lives. Centre for Mental Health: London. 2012

9. Kumpfer K. L., Pinyuchon M., De Melo A. T., Whiteside H. O. (2008). Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program. Evaluation and the Health Professions, 31(2), 226–239. https://doi.org/10.1177/0163278708315926.)

10. Şahin FT, Özbey S. Aile Eğitim Programlarına Niçin Gereksinim Duyulmuştur? Aile Eğitim Programları Neden Önemlidir?. Aile ve Toplum Dergisi. 2007; 3 (12): 7-12

11. Mejia A, Calam R, Sanders M. R. A review of parenting programs in developing countries: Opportunities and challenges for preventing emotional and behavioral difficulties in children. Clinical Child and Family Psychology Review. 2012: 15; 163–175. doi:10.1007/s10567-012-0116-9.

12. Sanders M R, Morawska A. Parenting and Family Adjustment Scale. Parenting and Family Support Centre, The University of Queensland. 2010.

13. Mejia A, Filus A, Calam R, Morawska A, Sanders M. R. Measuring parenting practices and family functioning with brief and simple instruments: validation of the spanish version ofThe pafas. Child psychiatry and human development. 2015:46(3), 426–437. Https://doi.org/10.1007/s10578-014-0483-1.

14. Mingchun Guo, Alina Morawska, Ania Filus. Validation of the Parenting and Family Adjustment Scales to Measure Parenting Skills and Family Adjustment in Chinese Parents, Measurement and Evaluation in Counseling and Development. 2017: 50(3);139-154 DOI: 10.1080/07481756.2017.1327290.

15. Sumargi A, Filus A, Morawska A, Sofronoff K. The Parenting and Family Adjustment Scales (PAFAS): an Indonesian Validation Study. J Child Fam Stud 2018; 756– 770.

16. Sanders MR, Morawska A, Haslam DM, Filus A, Fletcher R. Parenting and Family Adjustment Scales (PAFAS): validation of a brief parent-report measure for use in assessment of parenting skills and family relationships. Child Psychiatry Hum Dev. 2014;45:255-72

17. Robinson C. C, Mandleco B, Olsen S. F, Hart C. H. The Parenting Styles and Dimensions Questionnaire. In J. Touliatos, B. Perlmutter (Eds.). Handbook of family measurement techniques. Thousand Oaks: Sage. 2nd ed. 2001: 319–321

18. Kapçı E G, Erdinç S. Anne-Baba Tutum Ölçeğinin 3-13 Yaş Aralığında Çocuğu Bulunan Annelerde Değerlendirilmesi. 18. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı'nda sözel bildiri olarak sunulması kabul edilmiştir. 2009

19. Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Turk Psikiyatri Derg, 1996;7:3-11

20. Tezer, E. Evlilik İlişkisinden Sağlanan Doyum: Evlilik Yaşamı Ölçeği. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 1996; 2:1-7

21. Aksakoğlu G. Araştırmada elde edilen hızlar ve Korelasyon ve regresyon bölümleri. Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayın Komisyonu. İzmir. 2001:70-92;305-346

22. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi, Ankara:Nobel Yayın Dağıtım. 2006

23. Trevor G, Mazzucchellia B, Julie H, Robert T. K, Kate S, Matthew R. Sanders B, Einfeldd S, Tongee B, Kylie M. Graye F. Parenting and family adjustment scales (PAFAS): validation of a brief parent-report measure for use with families who have a child with a developmental disability, MHYPEDD Project Team1 Res Dev Disabil. 2018 Jan;72:140-151

24. Yılmaz A. Eşler arasındaki uyum, anne-baba tutumu ve benlik algısı arasındaki ilişkilerin gelişimsel olarak incelenmesi. Türk Psikoloji Dergisi.2001;16:1-20

25. Erbek E, Beştepe E, Akar H, Eradamlar N, Alpkan RL. Evlilik Uyumu. Düşünen Adam. 2005;18: 39-47 Baydur H, Eser E. Uygulama: Yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlenmesi Sağlıkta Birikim. 2006;1:99-123

26. Özmete E. Aile Yaşam Kalitesi Dinamikleri: Aile iletişimi, ebeveyn sorumlulukları, duygusal, duygusal refah, fiziksel/materyal refahın algılanması. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2010;3: 455-465.

27. Henderson A D, Thomas V S, Horne A M. Mothers and Sons: A look at the re¬lationship between child behavior problems, marital satisfaction, maternal depression, and family cohesion. The Family Journal: Counselıng And Therapy For Couples And Famılıes. 2003; 11: 33-41

28. Meadows S O, Brown J S, Elder G H. Depressive symptoms, stress, and support: gendered trajectories from adolescence to young adulthood. Journal of Youth and Adolescence. 2006;35:93. 29. Coleman P K, Karraker K H. Self-Efficacy And Parenting Quality: Findings and Future Applications. Developmental Review. 1997;18: 47–85

30. Hastings R P, Brown T. Behavior problems of children with autism, parental selfefficacy, and mental health. American Journal on Mental Retardation. 2002;107:222-232

31. Cutrona C E, Troutman B R. Social support, infant temper-

ament, and parenting selfefficacy:a mediational model of post-partum depression. Child Development. 1986;57:1507-1518.

32. Rodgers A Y. Multiple Sources of Stress and Parenting Behavior. Children and Youth Services Review. 1998;20:525-546

33. Regalado M, Sareen H, Inkelas M, Wissow LS, Halfon N. Parents'discipline of young children: result from the national survey of early childhood health. Pediatrics. 2004;113:1952-1958

34. Candemir F. Anne-baba tutumlarının çocuktaki benlik kavramı üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi (Yayınlanmamış). İstanbul Üniversitesi. İstanbul. 2000;111s

35. Tuzgöl M. Ana-baba tutumları farklı lise öğrencilerinin saldırganlık düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi (Yayınlanmamış). Hacettepe Üniversitesi. Ankara. 1998;102s

36. Cox M J, Paley B, Harte K. Interparental Conflict and Parent-Child Relationships. Ed. by, J. H. Grych, F. D. Fincham, Interparental Conflict and Child Development. U.K. Cambridge University Press. 2001; 249-272

37. Belsky J. Determinants of Parenting: A Process Model. Child Development. 1984;55: 83-96.

Suça sürüklenmiş ergenlere verilen psikoeğitimin sosyal duygusal öğrenme ve duygu yönetimi becerilerine etkisi

The effect of psycoeducation on social-emotional learning and emotional regulation skills for delinquent child-adolescents

Gulsenay Tas[1], Leyla Baysan Arabacı[2]
[1]Araş. Gör., [2]Doç.Dr.. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-8153-4316-https://orcid.org/0000-0002-0314-6350

ÖZET

Amaç: Çalışma, bir bölge psikiyatri hastanesinin çocuk-ergen psikiyatrisi kliniklerinde tedavi gören, suça sürüklenen çocuk ergenlere uygulanan psikoeğitim programının sosyal duygusal öğrenme ve duygu yönetimi becerilerine olan etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Araştırma ön-test son-test yarı deneysel desen modelinde yapılmıştır. Araştırmada veri toplamak için üç ölçme aracı kullanılmıştır: Tanıtıcı Bilgi Formu, Sosyal Duygusal Öğrenme Becerileri Ölçeği, Duyguları Yönetme Becerileri Ölçeği. Çocuk-ergenlere yedi oturumdan oluşan yarı yapılandırılmış bir psikoeğitim programı uygulanmıştır. Analizler, tüm psikoeğitim oturumlarını tamamlayan toplam 18 çocuk-ergene ait veriler üzerinden yapılmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiksel analizler ve bağımlı gruplarda t-testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan çocuk ergenlerin %66.7 (n=12)'si erkek ve yaş ortalamaları X=14.22±0.98'dir. Çocuk-ergenlere uygulanan psikoeğitim programının, çocuk-ergenlerin sosyal duygusal öğrenme becerileri toplam ve alt ölçek puan ortalamalarını anlamlı ölçüde arttırdığı ($p<0.05$), buna karşın duyguları yönetme becerileri toplam ve alt ölçek puan ortalamalarında gözlenen artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p=0.05$) bulunmuştur. **Sonuç:** Suça sürüklenen ve ruhsal hastalık tanısı ile klinikte tedavi gören çocuk-ergenlere uygulanan psikoeğitim programı, onların sosyal-duygusal öğrenme becerilerini geliştirmiş, buna karşın duygularını yönetme becerilerini anlamlı ölçüde etkilememiştir.

Anahtar Sözcükler: Suça sürüklenen çocuk, sosyal öğrenme, duygu yönetimi, ruhsal bozukluk.

SUMMARY

Objective: The study was conducted to evaluate the effect of a psychoeducation program on delinquent children's and adolescents' social emotional learning and emotional management skills in a regional psychiatric hospital in child-adolescent psychiatry clinics. **Method:** The research was carried out in pre-test, post-test, semi-experimental design model. Three instruments were used to collect data: Introductory Information Form, Social Emotional Learning Skills Scale, Emotion Management Skills Scale. A semi-structured psychoeducation program consisting of seven sessions was carried out with children-adolescents. Analyzes were made on the data of 18 children-adolescents who complete all psychoeducation sessions. In the evaluation of the research data, descriptive statistical analyzes and paired samples t-test were used. **Results:** It was determined that children-adolescent average age was 14.22±0.98 and %66.7 (n=12) were male. The psychoeducation program applied to these children and adolescents significantly increased the total and subscale point averages of the social emotional learning abilities of the child and adolescents ($p<0.05$), whereas the ability to manage emotions was not statistically significant ($p=0.05$). **Discussion:** The effect of psychoeducation for juvenile adolescents who were treated in the clinic with a diagnosis of mental illness, showed significant relation with social-emotional learning skills, but did not show significant relation with emotion regulation skills.

Key Words: Juvenile delinquency, social learning, emotion regulation, mental disorders

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:476-485)
DOI: 10.5505/kpd.2020.80388

Makalenin geliş tarihi: 18.12.2019, Yayına kabul tarihi: 20.06.2020

GİRİŞ

Suç davranışı, genellikle geç çocukluk ve erken adölesan dönem olarak adlandırılan 10-14 yaş aralığında başlar ve önlenmediğinde zamanla hızlı bir şekilde artar (1). Yapılan araştırmalarda, çocukluk ve ergenlik döneminde gelişen suç davranışlarının yetişkinlikte de devam ettiği (2,3) ve suça sürüklenen bireylerde ruhsal sorun görülme sıklığının yüksek olduğu belirtilmektedir (4). Bu nedenle, çocuk psikiyatrisi kliniklerinde suça sürüklenen ve ruhsal bozukluğu olan çocuk ergenlere sıklıkla rastlanmaktadır. Dolayısıyla, çocuk psikiyatrisi kliniklerinde çalışan hemşirelerin bu çocuklara yaklaşım, tedavi ve bakımlarını nasıl yönetecekleri konusunda bilgi ve beceri sahibi olması önemli bir gerekliliktir.

Ergenler sosyal, duygusal ve bilişsel olarak ruhsal bütünlüğü yakalamaya çalışır. Kendisinin ve başkalarının duygularını anlama becerileri erken yaşlardan itibaren zamanla gelişir. Hem ergenin sağlıklı davranışlar geliştirmesi ve toplumda varlığını sürdürebilmesi, hem de üretken bir birey olması için kendi duygu, düşüncelerini davranışları ile birleştirme süreciyle başka bir ifadeyle sosyal duygusal öğrenme yetisiyle yakından ilgilidir (5). Sosyal duygusal öğrenme, davranışların, duyguların ve bilişsel yetilerin bir birleşimidir ve öz-farkındalık, öz-denetleme, sosyal farkındalık, iletişim becerileri, karar verme becerileri olmak üzere beş komponenti vardır (6). Duyguları farketme ve sosyal duygusal öğrenmenin gelişmesi çocuk/ergenin iletişim ve problem çözme becerilerini arttırarak sosyal becerilerini geliştirir (7). Fakat suça sürüklenen ve aynı zamanda ruhsal bozukluğu olan çocuk/ergenlerin daha az empati yapabildikleri ve duyguları anlamakta çok zorlandıkları bilinmektedir (8).

Çocuk-ergenlerin sosyal ve duygusal öğrenme becerilerini geliştirebilmesi için öncelikle duygularının farkında olması gerekir. Özellikle ruhsal sorunları olan çocuk-ergenler duygularını farketme ve duygulara anlam yüklemekte zorluk yaşar ve bu durum yaşam kalitesini etkiler. Ayrıca bu durum çocuk ve ergenlerde suç davranışı için de büyük bir risk oluşturur (9). Çocukların/ergenlerin pozitif davranışlar geliştirebilmesi, büyük oranda duygusal gelişimi doğrultusunda sosyalleşmesine bağlıdır (10,11). Araştırmacılar, duygularını yönetmekte zorlanan bireylerde antisosyal davranışların görülme sıklığının yüksek olduğunu belirtmektedir (12). Bu nedenle, çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniklerinde duygu yönetimi becerileri ve sosyal duygusal öğrenmeyi geliştiren psikoeğitim programlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Ergenlik döneminde duygusal gelişim ve sosyal etkileşim süreçlerinin, yaşam boyu iyilik üzerine olan önemi göz önünde bulundurulduğunda, bu süreçler üzerine yapılan çalışmaların şaşırtıcı bir şekilde yeterli olmadığı ve literatürdeki verilerin daha çok okul öncesi çocukluk ve infant dönem üzerine yoğunlaştığı görülmektedir (13). Bu dönemde çocuk-ergenin çevreye uyumlarını arttırmak amacıyla sosyal ve duygusal yönlerini geliştirecek eğitim programlarına katılımı, bu yönde bir yeterlilik kazanmasına ve böylece sorunlu davranışların görülme sıklığında azalmaya neden olabilir (14). Literatürde az sayıda da olsa bu bilgiyi destekleyen çalışmalara rastlanmaktadır. Bu özden hareketle, bir bölge psikiyatri hastanesi çocuk-ergen psikiyatri kliniklerine tedavi edilmek üzere yatışı yapılan ve suça sürüklenme öyküsü olan ergenlere yönelik uygulanan psikoeğitimin, sosyal-duygusal öğrenme ve duygu yönetimi becerilerine olan etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonuçlarının, literatürdeki boşluğa katkı sağlamasının yanısıra, suça sürüklenmiş ergenlerin bakımında psikiyatri hemşirelerine yol gösterici olacağı ve ergenlere duygularını yönetme becerisi kazandırmada rehberlik edeceğine inanılmaktadır.

YÖNTEM

Çalışma, ön-test son-test düzende, yarı-deneysel desende, niceliksel bir araştırmadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğünü belirlemek için G-Power Analizi yapılmış ve hesaplamada etki büyüklüğünü belirlemek için Durlak ve arkadaşları (2011) tarafından yayınlanan "The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions" meta analizi kullanılmıştır (6). G-Power analizine göre 0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyinde 0.57 etki büyüklüğünde ve 0.85 güç ile araştırma örneklemini Temmuz 2017-Nisan 2018 tarihleri arasında has-

tanenin çocuk-ergen psikiyatri biriminde, aile onayı ya da mahkeme kararı ile yatarak tedavi olan çocuk-ergenlerden çalışmaya dahil olma kriterlerine (12-15 yaş arasında olma, yasalarca suç kabul edilebilecek davranışa yönelme öyküsü bulunma, okuma-yazma bilme, çalışmaya katılma konusunda istekli ve gönüllü olma) uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 24 çocuk-ergen oluşturmuştur. Taburcu olduğu için psikoeğitim oturumlarını ve son test uygulamasını tamamlayamayan altı çocuk-ergene ait veriler araştırma dışında bırakılmıştır. Araştırma analizleri, psikoeğitim programı ile öncesi ve sonrası ölçme araçlarını tamamlayan 18 çocuk-ergenden elde edilen veriler üzerinden yapılmıştır. 18 kişilik grup ve 0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyinde araştırmanın gücü tekrar hesaplanmış ve 0.75 bulunmuştur.

Veri Toplama Araçları: Araştırma verilerini toplamak için Tanıtıcı Bilgi Formu ve iki ölçek kullanılmıştır. Bunlar:

Tanıtıcı Bilgi Formu: Çocuk-ergenlerin sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, psikiyatrik tanısı, yöneldiği suç tipi gibi) belirlemeye yönelik açık ve kapalı uçlu 15 sorudan oluşmaktadır.

Sosyal-Duygusal Öğrenme Becerileri Ölçeği (SDÖBÖ): Kabakçı ve Owen (2010) tarafından 12-15 yaş arasındaki (ortaöğretime devam eden) çocukların sosyal-duygusal öğrenme becerilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (15). Ölçeğin, "problem çözme becerileri" (11 madde), "iletişim becerileri" (9 madde), "kendilik değerini -arttıran beceriler" (10 madde), "stresle başa çıkma becerileri" (10 madde) olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. Ölçek alt boyutlar ve toplam ölçek puanları üzerinden değerlendirilmektedir. 40 maddeden oluşan ölçek 4'lü likert tiptedir. Ölçekten alınan en düşük puan 40, en yüksek puan 160'tır. Ölçekten alınan yüksek puan sosyal-duygusal öğrenme becerilerinin yeterli olduğunu göstermektedir (15). Bu örneklem grubu (suça sürüklenen çocuklar) için Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları ölçek toplam puanı için .86 olarak bulunmuştur.

Duyguları Yönetme Becerileri Ölçeği: Çocuk-ergenlerin (17-20 yaş) duygu yönetimi becerilerini değerlendirmek amacıyla Çeçen (2006) tarafından geliştirilmiştir (16). Ölçek 8'i olumlu, 20'si olumsuz toplam 28 madde ve 6 faktörden oluşan 5'li likert tipte bir ölçektir. Bu faktörler "Duyguları sözel olarak ifade edebilme", "Duyguları tanıyabilme ve kabul", "Duyguları olduğu gibi gösterebilme"," Olumsuz bedensel tepkileri kontrol edebilme", "Başa çıkma" ve "Öfkeyi yönetme"dir. Ölçekten en yüksek 140, en düşük ise 28 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puanların yüksek olması bireyin duygularını yönetme becerilerinde yeterli olduğunu göstermektedir. Bu örneklem grubu (suça sürüklenen çocuklar) için Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı ölçek toplam puanı için .76 olarak bulunmuştur.

Psikoeğitim ve Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler, çocuk-ergenler ile bireysel görüşme yapılarak toplanmıştır. Bireysel görüşme öncesi yapılan ön görüşmede çocuk-ergenlere "Psikoeğitimin ne olduğu" ve "araştırma" ile ilgili açıklama yapılmıştır. Araştırmaya katılan her bir çocuk-ergenin, sosyal duygusal öğrenme becerileri ve duygu yönetimi becerilerini geliştirmeye yönelik hazırlanan psikoeğitim programı öncesi tüm ölçme araçlarını araştırmacı ile birlikte doldurması sağlanmıştır (Ön-test). Daha sonra her bir çocuk-ergene, araştırmanın yürütüldüğü klinik tedavi programı ve çocuk-ergenin uygunluk/hazır oluş durumu doğrultusunda haftada iki kez olmak üzere, dört hafta boyunca toplam yedi kez bireysel olarak psikoeğitim programı uygulanmıştır. Çocuk ergenlerin psikoeğitim programı süresince, klinik tarafından rutin olarak uygulanmakta olan tedavi programlarına (ilaç tedavisi ve öfke yönetimi eğitimi) katılımı devam etmiştir. Psikoeğitim programı araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanmıştır. Psikoeğitimin yapıldığı her bir görüşme oturumu daha önce araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanan ve çocuk-ergen psikiyatrisi alanında çalışmaları olan bir uzman tarafından değerlendirilen "Bireysel Görüşme İçin Rehber" doğrultusunda yürütülmüştür. Her bir psikoeğitim oturumunda sırasıyla kendini tanıma ve kendilik değeri, duygular, kendini ifade etme, bedensel tepkiler, problem çözme, stres yönetimi konu başlıklarında eğitim verilmiştir. Her bir psikoeğitim oturumunun içeriği

Tablo 1. Psikoeğitim Oturumunun İçerikleri

Oturumlar	Eğitim Adı	Eğitim İçeriği
1.Oturum	Tanışma	Eğitimci, çocuk ve ailesine kendisini tanıtır. Çocuktan kendisini tanıtması istenir. Eğitimin süresi, amaçları çocuk ve ailesine açıklanır, eğitimin içerikleri, eğitim sırasında yapılacak ödevler hakkında bilgi verilir.
2.Oturum	Kendini tanıma ve kendilik değeri	Çocuğa "değerli olma"nın anlamı sorularak çocuk için ne ifade ettiği öğrenilir. Eğitim süresince powerpoint sunuları ile kendini tanımanın önemi açıklanır.
3.Oturum	Duygular	Eğitime "Duygu ne demektir" sorusu ile başlanır. Eğitim süresince, örnek fotoğraflar ile yüz ifadelerinden duyguları nasıl ifade edildiği konuşulur. Eğitim süresince, davranışlar yolu ile duyguların nasıl ifade edildiği konuşulur. Duyguları ifade etmenin olumlu ve olumsuz yöntemleri keşfedilir. Duyguları ifade etmenin olumsuz yöntemleri ve suç arasındaki ilişki hakkında bilgi verilir.
4.Oturum	Kendini ifade etme	Eğitime "İletişim nedir" sorusu ile başlanır. Eğitim süresince powerpoint sunuları ile iletişimin önemi ve iletişim kurma yöntemleri açıklanır. İletişim yolu ile kendini ifade etme şekilleri açıklanır. Olumsuz iletişim yöntemleri ve suç ile ilişkisi hakkında bilgi verilir.
5.Oturum	Bedensel tepkiler	Eğitim süresince hangi tepkilerin ne kadarı olumsuz tepkidir konusu üzerine yoğunlaşılır. Olumsuz bedensel tepkiler ile suç arasındaki ilişki açıklanır. Eğitim süresince powerpoint sunuları ile bedensel tepkilerin önemi ve olumsuz tepkileri yönetme yöntemleri açıklanır. Olumsuz tepkileri yönetme becerisi olarak "Rahatlama Egzersizleri"nden bahsedilir.
6.Oturum	Problem çözme	Eğitime "Problem nedir?" sorusu ile başlanarak çocuk için problemlerin neler olabileceği öğrenilir. Problem ve suç arasındaki ilişki açıklanır. Eğitim süresince powerpoint sunuları ile problemler için olumlu/olumsuz çözüm yolları tartışılır. Eğitimde problem çözme stratejileri anlatılır.
7.Oturum	Stres yönetimi ve kapanış	Eğitime "Stres nedir?" sorusu ile başlanır. Eğitim süresince stres kaynakları, stresli durumlarda vücut tepkileri powerpoint sunuları ile anlatılır. Stresle başetme yöntemleri açıklanır.

kısaca Tablo 1'de verilmiştir (Tablo 1). Ayrıca, araştırmaya katılan çocuk-ergenlerin oturum içeriklerine aktif katılımının sağlanabilmesi için her bir oturuma yönelik görsel power-point sunusu hazırlanmıştır. Son olarak, psikoeğitim oturumlarının tümüne katılım gösteren 18 çocuk-ergene ölçme araçları tekrar (son-test) uygulanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, bir biyoistatistik uzmanı tarafından SPSS paket programı aracılığı ile değerlendirilmiştir. Örneklem sayısı, $n<30$, olduğundan ölçek puanlarının normal dağılım durumları shapiro-wilk analizi ile incelenmiş ve normal dağılım gösterdiği belirlendiğinden ön-test ve son-test puan ortalamaları değerlendirmesinde Parametrik testlerden Bağımlı gruplarda t testi (Paired samples t-test) analizi yapılmıştır. Sosyodemografik verilerin değerlendirilmesinde ise tanımlayıcı istatistiksel analizler kullanılmıştır.

Araştırma Etiği

Ölçme araçlarını kullanabilmek için ölçek uyarlaması yapan yazarlardan yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için bir üniversite hastanesinin Girişimsel Olmayan Etik Kurul'undan 22.03.2017 tarih 57 karar No'su ile onay alınmıştır. Ayrıca araştırmanın yürütüldüğü bölge psikiyatri hastanesi yönetiminden ve bağlı bulunduğu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan çocuk-ergenlerin kendisi ve yasal vasileri ile görüşülerek, araştırmaya katılıp katılmama konusunda hiçbir baskı yapılmadan gönüllü katılım olmasına özen gösterilmiş ve çocuk-ergenin kendisinden ve yasal vasisinden yazılı izin alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan suça sürüklenen çocuk-ergenlerin %66.7'si (n=12) erkek ve yaş ortalaması 14.22 ± 0.94 olduğu saptanmıştır. Çocuk-ergenlerin

Tablo 2. Suça sürüklenen çocuk-ergenlerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	Sayı	%
Yaş X = 14.22 ± 0.94		
12 yaş	1	5.6
13 yaş	3	16.7
14 yaş	5	27.8
15 yaş	9	50.0
Cinsiyet		
Kadın	6	33.3
Erkek	12	66.7
Yaşanan Yer		
Köy	0	0.0
İlçe	2	11.1
Şehir	5	27.8
Büyükşehir	11	61.1
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Anne ve baba ile	10	55.6
Akrabalar ile	1	5.6
Yalnız anne ile	3	16.7
Yanız baba ile	1	5.6
Üvey anne baba ile	1	5.6
Yetiştirme yurdu	2	11.1
Aile İçi İlişkilere Yönelik Algı		
Olumlu	2	11.1
Olumsuz	14	77.8
Bazen olumlu bazen olumsuz	2	11.1
Okula Devam Durumu		
Devam Eden	12	66.7
Devam Etmeyen	6	33.3
Çalışma Durumu		
Çalışmayan	11	61.1
Çalışan	7	38.9
Balıkçılık	1	5.6
Bulaşık yıkama	1	5.6
Fırıncı	1	5.6
Garsonluk	1	5.6
Kuaförlük	1	5.6
Taş döşeme	1	5.6
Vinç operatörü	1	5.6
Toplam	18	100.0

%61,1'inin (n=11) en uzun süre büyükşehirde, %55.6'sının (n=10) anne ve babası ile birlikte, %16.7'sinin (n=3) ise sadece annesi ile yaşadığı, %77.8'inin (n=14) aile ile olan ilişkilerini olumsuz olarak algıladığı ve %33.3'ünün okuluna devam etmediği, %38.9'unun (n=7) da bir işte çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Suça sürüklenen çocuk-ergenlerin %27.7'sinin (n=5) "Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranış Bozukluğu", %22'sinin (n=4) "Depresyon", %16.7'sinin (n=3) "Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu", %5.6'sının (n=1) "Uyum Bozukluğu", %5.6'sının (n=1) "Affektif Bozukluk" ve %5.6'sının (n=1) hem "Kişilik Bozukluğu" hem de "Davranım Bozukluğu" tanısı ile izlendiği saptanmıştır. Ayrıca çocuk-ergenlerin %61.1'inin (n=11) en az bir kez madde kullanım öyküsüne sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Çocuk ergenlerin, araştırmanın yürütüldüğü sırada hastaneye yatışları yapılmadan önce sürüklendikleri suç davranış türleri incelendiğinde, %60.1'inin (n=11) kişiye yönelik suça (adam yaralama, saldırgan davranışlar, darp), %12.2'sinin (n=4) mala yönelik suça (mala zarar verme, hırsızlık), %11.1'inin (n=2) uyuşturucu türünde suça (madde kullanma ve satma) ve %5.6'sının (n=1) kız kaçırma suçuna karıştığı saptanmıştır. Ayrıca, çocuk-ergenlerin %50.0'sinin (n=9) daha önce de suça yönelme öyküsü olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

Psikoeğitim öncesi ve sonrası SDÖBÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, psikoeğitim sonrası toplam ölçek puan ortalaması ile İletişim Becerileri, Problem Çözme Becerileri ve Stresle Başaçıkma Becerileri alt ölçek puan ortalamalarının öncesine göre istatistiksel olarak oldukça anlamlı düzeyde ($p<0.01$), Kendilik Değerini Arttıran Beceriler alt ölçek puan ortalamasının da istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 3. Suça sürüklenen çocuk-ergenlerin ruhsal tanıları, madde kullanım durumları ve sürüklendikleri suç türleri

Ruhsal Bozukluk Tanısı ve Hastaneye Yatış Durumu	Sayı	%
Ruhsal Bozukluk Tanısı		
Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranış Bozukluğu	5	27.8
Depresyon	4	22.2
Alkol-Madde kullanım Bozukluğu	3	16.7
DEHB ve Sosyalleşmiş Davranım Bozukluğu	3	16.7
Affektif Bozukluk	1	5.6
Uyum Bozukluğu	1	5.6
Kişilik Bozukluğu + Davranım bozukluğu	1	5.6
Daha Önce Hastaneye Yatış Durumu		
Hiç yatmayan	11	61.1
1 kez yatan	1	5.6
2 kez yatan	3	16.7
3 ya da daha fazla kez yatan	3	16.7
Daha Önce Suça Sürüklenme Durumu ve Suç Türü		
Suça Sürüklenmeyen	9	50.0
Suça Sürüklenen	9	50.0
Kişiye Yönelik Suçlar (Adam yaralama, saldırgan dav., darp)	5	27.7
Mala Yönelik Suçlar (Yangın çıkarma, hırsızlık)	3	16.7
Uyuşturucu Türünde Suçlar (Madde taşıma)	1	5.6
Şimdi Sürüklenilen Suç Türü		
Kişiye Yönelik Suçlar (*Adam yaralama, saldırgan davranış, darp)*	11	60.1
Mala Yönelik Suçlar *(Mala zarar verme, hırsızlık)*	4	22.2
Uyuşturucu Türünde Suçlar (*Madde kullanma ve satma)*	2	11.1
Diğer *(Kız kaçırma)*	1	5.6
Madde Kullanım Öyküsü		
Kullanmayan	7	38.9
Kullanan	11	61.1
Alkol	4	22.2
Jamaika	1	5.6
Esrar ve Jamaika	1	5.6
Çoklu madde	5	27.8
Toplam	18	100.0

düzeyde arttığı ($p<0.05$) belirlenmiştir (Tablo 4).

Psikoeğitim öncesi ve sonrası DYBÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, psikoeğitim sonrası DYBÖ toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamalarının öncesine göre arttığı gözlense de, psikoeğitim öncesi ve sonrası DYBÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.05$). (Tablo 4).

TARTIŞMA

Suça sürüklenen ve bir bölge psikiyatri hastanesinde yatarak tedavi edilen 18 çocuk ergene uygulanan psikoeğitim programının, sosyal duygusal öğrenme becerileri ile duygularını yönetme becerileri üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmaya katılan çocukların çoğunun erkek olduğu, ortalama 14 yaşında olduğu, en uzun süre büyükşehirde ve anne-baba ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir.

Suça sürüklenen çocuk-ergenlerin %38.9'unun (n=7) bir işte çalıştığı ve bulaşık yıkama, taş döşeme, vinç operatörlüğü gibi beden gücü gerektiren ağır işlerde çalıştığı görülmektedir. Gördeleş-Beşer ve arkadaşlarının (2017) 114 çocuk-ergen ile yaptıkları çalışmada da, çocuk-ergenlerin %13.3'ünün işçi olarak kıraathane, mobilya, restoran, tekstil, pazar, tarla gibi yerlerde çalıştığı belirtilmiştir (17). Suça sürüklenen çocuk-ergenlerin bir işte çalışıyor olması, okula devam etmemeye ve ebeveynlere bağlılıkta azalmaya ve buna bağlı olarak da çocuk-ergenin suça sürüklenmesine neden olabilir. Benzer şekilde literatürde yer alan araştırmalar, ergenlerin bir işte çalışıyor olmasının okulu bırakma ve suça sürüklenme davranışında artışa neden olduğunu belirtmektedir (18,19).

Araştırmaya katılan çocuk-ergenler, DSM-V'e göre yıkıcı bozukluklar (%27.7 , n=5), dürtü denetimi ve davranım bozukluğu, depresif bozukluk (%22, n=4), alkol-madde kullanım bozukluğu (%16.7 , n=3) ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (%16.7, n=3) tanıları ile tedavi görmekteydi.

Tablo 4. Suça Sürüklenen Çocuk-Ergenlerin Psikoeğitim Öncesi ve Sonrası Sosyal-Duygusal Öğrenme Becerileri Ölçeği (SDÖBÖ) ile Duyguları Yönetme Becerileri Ölçeği (DYBÖ) Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ölçek ve Alt Boyutları	Eğitim Öncesi Puan Ort. X ± ss	Eğitim Sonrası Puan Ort. X ± ss	t	p
Sosyal Duygusal Öğrenme Becerileri Ölçeği (SDÖBÖ)	SDÖBÖ Toplam	107.38 ± 16.40	124.11 ± 20.33	6.363	0.001**
	İletişim Becerileri	24.88 ± 4.10	28.27 ± 5.16	3.793	0.001**
	Problem Çözme Becerileri	30.22 ± 6.02	35.00 ± 6.91	4.499	0.001**
	Stresle Başaçıkma Becerileri	21.50 ± 4.63	26.94 ± 5.98	4.935	0.001**
	Kendilik Değerini Arttıran Beceriler	30.77 ± 7.62	33.88 ± 6.23	2.549	0.021*
Duyguları Yönetme Becerileri Ölçeği (DYBÖ)	DYBÖ Toplam	85.44 ± 15.61	92.44 ± 13.95	2.060	0.050
	Sözel olarak ifade etme	20.44 ± 8.32	23.11 ± 6.27	1.635	0.120
	Duyguları olduğu gibi gösterme	18.72 ± 5.32	19.00 ± 5.06	0.234	0.817
	Olumsuz bedensel tepkileri kontrol etme	9.88 ± 3.64	11.72 ± 3.32	1.922	0.072
	Başa çıkma	13.16 ± 3.20	14.27 ± 3.96	1.170	0.258
	Öfke yönetimi	7.27 ± 3.34	8.94 ± 3.79	1.829	0.085

*$p<0.05$, **$p<0.01$, *t: paired sample t-test*

Çalışmaya katılan çocuk-ergenlerin aldıkları ruhsal tanılar literatür ile benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda da, suça sürüklenen ve tedavi altında olan çocuk/ergenlerin dürtü denetimi ve davranım bozuklukları (20), alkol-madde kullanım bozuklukları (3) ya da dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (21) tanıları ile izlendiği belirtilmektedir. Bu çalışma sonuçları doğrultusunda, suçlu ergenlerde sıklıkla görülen bozuklukların (dürtü denetimi ve davranım bozukluğu, alkol-madde kullanım bozukluğu ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu) ortak özelliği olan dürtü kontrolündeki yetersizliğin çocuk ergenlerin suça sürüklenme riskini arttırdığı düşünülmektedir. Nitekim literatürde de, bu bozuklukların bulunduğu çocuk ergenlerde anksiyete, öfke, aile ve sosyal ilişkilerinde endişe ve konsantrasyon problemlerinin daha sık görüldüğü ve bunlara bağlı suça sürüklenme oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (22–24) .

Suça sürüklenen 18 çocuk ergenin yarısının geçmişte de suça karışma öyküsü olduğu ve geçmişte ya da araştırmanın yürütüldüğü sırada daha sıklıkla kişiye yönelik suçlara (saldırgan davranışlar, darp, adam yaralama), mala yönelik suçlara (mala zarar verme, hırsızlık) ve uyuşturucu türünde suçlara (madde kullanma ve satma) sürüklendikleri belirlenmiştir. Literatürde yapılan farklı çalışmalarda da, klinikte yatan çocuk ergenlerin benzer suçlara sürüklenme öyküsüne sahip olduğu ve bu çalışmada da görüldüğü üzere, suça karışan çocukların tekrarlı kez benzer suçlara sürüklendiği vurgulanmaktadır (17,20,25–27). Çocuk-ergen, suça sürüklenerek yaşadığı ortam içerisinde iletişim ve uyum sorunları yaşamakta ve bu durumun yarattığı duyguların etkisi ile tekrar suça sürüklenebilmektedir. Bu kısır döngü çocuk-ergenin tekrarlı kez suça yönelmesini ve suç oranlarının yüksek olmasını açıklayabilir. Ayrıca araştırmada, suça sürüklenen çocuk ergenlerin yarısından fazlasının madde kötüye kullanım öyküsüne sahip olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde literatürde Haggard-Grann ve arkadaşları (2006) alkol kullanımının suça sürüklenme riskini arttırdığını (28), Simoes ve arkadaşları (2008) da benzer şekilde madde kullanımının çocukta görülen suç davranışlarının en önemli yordayıcısı olduğunu belirtmiştir (29).

Sosyal-duygusal öğrenme, çocuğun yaşam değişikliklerine ve sosyal çevresine uyum sağlamasını destekleyen önemli becerileri içerir. Suça sürüklenen çocuklara verilen psikoeğitim programının, çocukların sosyal duygusal öğrenme becerilerine olan etkisini incelemek amacıyla, çocuk ergenlere uygulanan ön-test ve son-test ölçek puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Yapılan analizde, sosyal duygusal öğrenme becerilerindeki gelişme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulguya göre, uygulanan psikoeğitim programı, suça sürüklenen ergenlerin sosyal duygusal öğrenme becerilerini (iletişim, problem çözme ve stresle başa çıkma becerileri, kendilik değeri) olumlu yönde geliştirmiştir. Benzer şekilde Totan (2011), sosyal duygusal öğrenme becerileri ölçeğini kullandığı bir çalışmasında, ilköğretim altıncı sınıf öğrencilerine verdiği problem çözme becerileri eğitiminin sosyal duygusal öğrenme becerilerini arttırdığını belirtmiştir (30). Kimlik gelişiminin yavaş yavaş oluşmaya başladığı bu dönemde yapılan psikoeğitimlerin sosyal duygusal öğrenme becerilerini desteklemesi, çocukları riskli davranışlardan koruyabilir. Suça sürüklenme öyküsü olan çocuk-ergenler için ise gelecekte karşılaşacağı sorunlar ile kolayca başedebilmesi, sosyal yeteneklerini

geliştirebilmesi için psikoeğitim programları ile desteklenmesinin gerekli ve önemli olduğu söylenebilir. Nitekim Smith ve Low (2013) madde kullanımı ya da saldırgan davranışı olan çocuk-ergenlerde sosyal duygusal becerilerin geliştirilmesinin bu tehlikeli davranışların önlenmesinde etkili olduğunu (31), Polan ve arkadaşları (2013) da, çocuklarda sosyal duygusal becerilerin artmasının şiddet suçları ve saldırgan davranışların azalması ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (32). Totan ve Kabakçı (2010), sosyal duygusal öğrenme becerileri yüksek olan çocukların daha az zorbalık davranışına dahil olma olasılığının olduğunu göstermektedir (33). Sosyal duygusal öğrenme becerileri yüksek olan çocuk-ergenlerin, etkili iletişim kurabilme, duygularını ve dürtülerini kontrol edebilme, problem çözme ve stresle başa çıkma gibi konularda daha iyi oldukları belirtilmektedir (15). Bu literatür bilgileri doğrultusunda, sosyal duygusal öğrenme becerilerini geliştiren bu psikoeğitim programının uzun vadede çocukların suça sürüklenme davranışlarını azaltmada etkili olabileceği düşünülmektedir.

Suça sürüklenen çocuk ergenlere uygulanan psikoeğitim programı ile duygu yönetimi toplam ve alt ölçek puan ortalamalarında bir artma kaydedilmiş olsa da bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Eğitim sonrası DYBÖ puan ortalamaları ayrıntılı incelendiğinde, uygulanan psikoeğitim programının çocuk ergenlerin duygu yönetimi becerileri ile ilgili en fazla sözel olarak ifade edebilme becerilerini geliştirdiği, bu beceriye ait alt-puan ortalamalarının, ortalamanın üzerine bir değere ulaştığı görülmektedir. Buna karşın eğitim sonrasında çocuk-ergenlerin olumsuz bedensel tepkileri kontrol etme ve öfke yönetimi becerilerine ait alt-puan ortalamalarının ortalamanın altında bir değerde kaldığı görülmektedir. Bu bulgu, suça sürüklenen çocuk-ergenlerde suç davranışını önlemek ve çocuk-ergenin tekrar topluma uyumunu sağlamada duygu yönetim becerilerini geliştirmenin gerekliliğini ve özellikle sözel olarak ifade etme, olumsuz bedensel tepkileri kontrol etme ve öfke yönetimi becerilerini geliştirmenin bu noktada önemli olduğunu göstermesi bakımından dikkat çekicidir. Araştırma bulgularına benzer şekilde Kuzucu'nun (2006) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, 12 oturumluk psikoeğitim programı sonrası öğrencilerin duygusal farkındalık düzeyi artarken, duyguları ifade etme eğilimlerinin değişmediği bulunmuştur. Çalışma bulgularının aksine Çeçen (2002) aynı ölçeği kullanarak, üniversite öğrencileri ile 11 hafta boyunca yürüttüğü duyguları yönetme eğitimi programı sonrası öğrencilerin duygu kontrolünde olumlu yönde bir gelişme gözlediğini belirtmiştir (34). Tetik ve Akkaya (2018), Duyguları Yönetme Becerileri Ölçeğini kullandığı bir çalışmada üniversite öğrencilerinin duygu yönetimi becerilerinin ortalamanın üzerinde olduğunu belirtmiştir (35). Aranda ve arkadaşları (2012) yaş ortalamaları 13 olan 479 çocuk-ergen ile iki yıl boyunca yürüttüğü çalışmasında, duygusal zekâyı geliştirici programların, duyguları anlama, düzenleme, algılama konusunda ve ergenlerin ruhsal sağlığını geliştirme yönünde etkili olduğunu ifade etmiştir (36). McCraty ve arkadaşları (1999) da, 12-14 yaş arasındaki çocuk-ergenler ile yürüttüğü ve duygusal kendine-yönetim tekniklerini öğrettiği çalışmasında, çocuk-ergenlerin bu teknikleri uyguladığı zaman önemli psikolojik, davranışsal ve fizyolojik gelişmeler elde edilebildiğini belirtmiştir (37). Bu araştırmaların her birinde, amaç duygusal yönde bir değişim ve gelişim sağlamak olsa da, çocuk-ergenlere uygulanan eğitim içeriği ve sürelerinin her birinde farklı olduğu ve bunun da duygularda değişim yönündeki sonuçların çeşitliliğini açıklayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, daha uzun süreli programlarda olumlu yönde değişim gözlendiği de bildirilmektedir.

Ataman-Temizel ve Dağ (2014), stres veren yaşam olaylarının artmasının bilişsel duygu düzenleme stratejilerini etkilediği belirtilmektedir (38). Suça sürüklenme, çocuk-ergen için ciddi anlamda stres veren bir yaşam olayıdır. Verilen piskoeğitim ile sosyal duygusal öğrenme becerilerinin bir alt boyutu olan stresle başa çıkma seviyeleri, eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir artış göstermiş olsa da, duyguları yönetme becerileri ölçeğinin alt boyutlarında anlamlı bir artışa neden olmamıştır. Ergenlik dönemine geçiş aşamasında olan ve bu süreçlere bir ruhsal hastalığın varlığı ve suça sürüklenme öyküsünün eşlik ettiği çocuk-ergenler, görünenden çok daha karmaşık duygular ile yüzleşmek zorunda kalır. Bu nedenle duygularını yönetme becerilerini öğrenmesi ve uygulaması önemlidir (39). Çalışma sonucunda, yapılan psikoeğitim programı ile suça yönelen

çocuk-ergenlerde bu öğrenmenin gerçekleştiği (sosyal duygusal öğrenme becerileri ölçek sonuçlarına göre) ancak, çocuk-ergenlerin henüz bunu uygulamaya aktaramadığı (duyguları yönetme becerileri ölçek sonuçlarına göre) görülmektedir.

Literatürde, öğrenme davranışının bilişsel, psikomotor ve duyuşsal olmak üzere üç düzeyde gerçekleştiği belirtilmektedir (40). Duyguları düzenleme ve yönetme becerileri sadece bilişsel düzeyde becerilerin öğrenilmesi ile sınırlı değildir (38). Duyuşsal alanda becerilerin öğrenilmesi ve değerlendirilmesi ise, öğrenilen becerilerin daha planlı ve amaç doğrultusunda kullanılması, zamanla bireyler günlük hayatta ilgili yaşam olaylarıyla karşılaştıkça oluşmaktadır. Bu da bilişsel alana göre daha uzun sürede gerçekleşmektedir (41). Ölçme araçlarının son uygulaması, psikoeğitim programı tamamlanır tamamlanmaz, ilk ölçümden yaklaşık bir ay gibi kısa bir zaman sonra yapılmıştır. Bu durum, Duyguları Yönetme Becerileri Ölçek öntest ve sontest puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmamasını açıklayabilir. Bu noktada, çocuk-ergenlerde duyguları yönetme becerilerinin suç davranışını önlemek adına önemli olduğu, ancak kısa vadeli programların bu beceride anlamlı değişim yaratmadığı, dolayısıyla duyguları yönetme becerileri kazandırmak adına daha kapsamlı, uzun vadeli ve sürekli eğitim programlarının oluşturulmasının gerekli ve önemli olduğu söylenebilir.

SONUÇ

Literatür ile benzer biçimde, bu çalışmada da görüldüğü üzere, suça karışan çocuklar tekrarlı kez benzer suçlara sürüklenmektedir. Suça sürüklenerek damgalanan çocuk-ergen, yaşadığı ortam içerisinde iletişim, uyum sorunları ve ruhsal problemler yaşayabilmekte ve bu nedenle sık sık ayaktan ya da yatarak psikiyatri birimlerinde tedavi olmaktadır. Psikiyatri birimlerde çalışan ve bu çocuk-ergenlerin bakım ve tedavisini yürüten sağlık çalışanları özellikle de hemşireler sıklıkla bu çocuk-ergenler ile karşılaşmakta ve onların bakımında rol almaktadır. Suça sürüklenen çocuk-ergenlerde tehlikeli davranışların önlenmesinde, onların tekrar topluma kazandırılmasında sosyal duygusal becerilerin geliştirilmesinin etkili olduğu belirtilmektedir. Yapılan bu çalışmada da, çocuk-ergenlere uygulanan yapılandırılmış psikoeğitim programı, suça sürüklenen çocuk ergenlerin sosyal duygusal öğrenme becerilerinde anlamlı ölçüde bir değişim yaratmıştır. Bu bağlamda, hazırlanan psikoeğitim programı, psikiyatri birimlerinde çalışan hemşireler tarafından çocuk ergenlerin sosyal duygusal öğrenme becerilerini geliştirmede kullanılabilir.

Psikoeğitim programı aynı şekilde çocuk-ergenlerin duygu yönetimi becerilerinde de olumlu yönde bir değişim oluştursa da, yapılan analizlerde bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sebeple, bundan sonra suça sürüklenen çocuk ergenlere yönelik duygu yönetimi becerisi geliştirmek amacıyla hazırlanacak psikoeğitim programlarının daha kapsamlı ve uzun süreli olması düzenli aralıklarla tekrarlanması, sürekliliğinin olması, davranışlarla ilişkilendirici yönlerinin ortaya konması ve daha uzun aralıklarla, tekrarlı ölçümlerin yapılması önerilir. Böylece benzer psikoeğitim programları ile çocukların bu süreçte yaşadıkları duygularını etkili biçimde yönetmelerine yani duygu yönetim becerilerinin gelişmesine katkı sağlanabilir. Ayrıca, bundan sonraki çalışmalarda, suça sürüklenme öyküsüne sahip sosyal duygusal öğrenme beceri eğitimini tamamlanmış çocuk ergenlerde geliştirilen becerinin, suç davranışları üzerine etkisi değerlendirilerek, tekrarlı kez suça karışma davranışlarında değişim olup olmadığı incelenebilir.

Araştırmanın sınırlılıkları

Vaka sayısının az olması, ölçme araçlarının eğitimin hemen sonrasında uygulanması bu araştırmanın sınırlılığıdır. Ancak söz konusu alanda vaka bulmanın oldukça zor olduğu göz önünde bulundurulduğunda, araştırma bulgularının alandaki boşluğu doldurarak önemli bir katkı sağladığı düşünülmektedir.

Yazışma Adresi: Araş. Gör. Gülsenay Tas, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye tas.gulsenay@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Murray J, Menezes AMB, Hickman M, Maughan B, Gallo EAG, Matijasevich A, et al. Childhood behaviour problems predict crime and violence in late adolescence: Brazilian and British birth cohort studies. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2015;50:579–89.

2. Korkmaz MN, Erden G. Çocukları Suç Davranışına Yönelten Olası Risk Faktörleri. Türk Psikoloji Yazıları. 2010;13:76–87.

3. Mason WA, Hitch JE, Kosterman R, McCarty CA, Herrenkohl TI, Hawkins JD. Growth in adolescent delinquency and alcohol use in relation to young adult crime, alcohol use disorders, and risky sex: A comparison of youth from low- versus middle-income backgrounds. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Discipline. 2010;51:1377–85.

4. Steadman JJ, Osher FC, Robbins PC, Case B, Samuels S. Prevalence of Serious Mental Illness Among Jail Inmates. Psychiatric Services. 2009;60:761–5.

5. Totan T, Kabakçı ÖF. İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinde Sosyal Duygusal Öğrenme Becerilerinin Zorbalığı Yordama Gücü. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2010;23:575–600.

6. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. Child Development. 2011;82:405–32.

7. Zins JE, Elias MJ. Social and emotional learning: Promoting the development of all students. Journal of Educational and Psychological Consultation. 2007;17:233–55.

8. Kokkinos CM, Kipritsi E. The relationship between bullying, victimization, trait emotional intelligence, self-efficacy and empathy among preadolescents. Social Psychology of Education. 2012;15:41–58.

9. Mallett CA. Youthful Offending and Delinquency : The Comorbid Impact of Maltreatment, Mental Health Problems, and Learning Disabilities. Child and Adolescent Social Work Journal. 2014;31:369–92.

10. Ozen S, Ece A, Oto R, Tirasci Y, Goren S. Juvenile delinquency in a developing country: A province example in Turkey. International Journal of Law and Psychiatry. 2005;28:430–41.

11. Lang PJ. Emotion and motivation: Toward consensus definitions and a common research purpose. Emotion Review. 2010;2:229–33.

12. Röll J, Koglin U, Petermann F. Emotion regulation and childhood aggression: Longitudinal associations. Child Psychiatry and Human Development. 2012;43:909–23.

13. Denham SA, Brown C. "Plays nice with others": Social–emotional learning and academic success. Early Education and Development. 2010;21:652–80.

14. Garaigordobil M. Effects of a Psychological Intervention on Factors of Emotional Development During Adolescence. European Journal of Psychological Assessment. 2004;20:66–80.

15. Kabakçı ÖF, Korkut Owen F. A Study of Development of Social Emotional Learning Skills Scale. Education and Science. 2010;35:152–66.

16. Çeçen AR. Duyguları Yönetme Becerileri Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2006;3:101–13.

17. Beşer NG, Arabacı LB, Uzunoğlu G. Türkiye'de Bir Bölge Psikiyatri Hastanesinde Tedavi Olan Suça İtilmiş Çocuk Profilleri. Anadolu Psikiyatr Dergisi. 2016;17:317–24.

18. Apel R, Bushway SD, Paternoster R, Brame R, Sweeten G. Using state child labor laws to identify the causal effect of youth employment on deviant behavior and academic achievement. Journal of Quantitative Criminology. 2008;24:337–62.

19. Staff J, Osgood DW, Schulenberg JE, Bachman JG, Messersmith EE. Explaining The Relationship Between Employment and Juvenile Delinquency. Criminology. 2010;48:1101–31.

20. Bilaç Ö, Pilan B, Orhon Z, Bayrak A. Suça Sürüklenen çocukların suç ve tanı dağılımlarının inclenmesi: kesitsel bir araştırma. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2014;21:115–22.

21. Sibley MH, Pelham WE, Molina BSG, Gnagy EM, Waschbusch DA, Biswas A, et al. The delinquency outcomes of boys with ADHD with and without comorbidity. Journal of Abnormal Child Psychology. 2011;39:21–32.

22. Lee D, Park M, Han Y. Psychological, family, and social factors linked with juvenile theft in Korea. School Psychology Internetional. 2015;36:648–70.

23. Altun H, Şahin N, Fınfıklı E, Sınır H. Suça sürüklenen çocukların suç tipleri , sosyodemografik ve klinik özellikleri. Adli Tıp Dergisi. 2016;30:196–204.

24. Haluk Yavuzer. Çocuk ve Suç. 6. Baskı. İstanbul: Remzi Kitapevi; 1993, pp.1-120.

25. Akduman GG, Baran G. Suça Karışan Çocuklarda Akran istismarının işlediği suçun özellikleri, göç ve okul durumu değişkenleri açısından incelenmesi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2010;3:33–41.

26. Şen S, Karbeyaz K, Toygar M, Akkaya H. Eskişehir'de Suça İtilen Çocukların Sosyodemografik Değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi. 2012;26:146–55.

27. Eyüboğlu M, Eyüboğlu D. Suça sürüklenen Çocuklarda psikiyatrik bozukluklar, sosyodemografik Özellikler ve risk faktörleri. Klin Psikiyatr Dergisi. 2018;21:7–14.

28. Haggård-Grann U, Hallqvist J, Långström N, Möller J. The role of alcohol and drugs in triggering criminal violence: A case-crossover study. Addiction. 2006;101:100–8.

29. Simoes C, Matos MG, Batista-Foguet JM. Juvenile Delinquency: Analysis of Risk and Protective Factors Using Quantitative and Qualitative Methods. Cognition Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal. 2008;12:389–408.

30. Totan T. Problem Çözme Becerileri Eğitim Programının İlköğretim 6. Sınıf Öğrencilerinin Sosyal Duygusal Öğrenme Becerileri Üzerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. 2011.

31. Smith BH, Low S. The Role of Social-Emotional Learning In Bullying Prevention Efforts. Theory into Practice. 2013;52:280–7.

32. Polan JC, Sieving RE, McMorris BJ. Are Young Adolescents' Social and Emotional Skills Protective Against Involvement in Violence and Bullying Behaviors? Health Promotion Practice. 2013;14:599–606.

33. Totan T, Kabakçı ÖF. İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinde Sosyal Duygusal Öğrenme Becerilerinin Zorbalığı Yordama Gücü. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2010;23:575–600.

34. Çeçen AR. Duyguları yönetme becerileri eğitimi programının öğretmen adaylarının duyguları yönetme becerileri üzerindeki etkisi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Ensitüsü, Doktora Tezi. 2002.

35. Tetik S, Akkaya B. Üniversite Gençlerinin Duygu Yönetimi Becerileri Üzerine Bir Araştırma. Sosyal Bilim Araştırma Dergisi. 2018;7:99–121.

36. Ruiz-Aranda D, Castillo R, Salguero JM, Cabello R, Fernández-Berrocal P, Balluerka N. Short- and midterm effects of emotional intelligence training on adolescent mental health. Journal of Adolescent Health. 2012;51:462–7.

37. McCraty R, Atkinson M, Tomasino D, Goelitz J, Mayrovitz HN. The Impact of an Emotional Self-Management Skills Course on Psychosocial Functioning and Autonomic Recovery to Stress in Middle School Children. Integrative Physiological and Behavioral Science. 1999;34:246–68.

38. Ataman-Temizel E, Dağ İ. Stres Veren Yaşam Olayları, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri, Depresif Belirtiler ve Kaygı Düzeyi Arasındaki İlişkiler. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2014;17:7–18.

39. Kuzucu Y. Duygulari Fark Etmeye ve Ifade Etmeye Yönelik Bir Psikoeğitim Programını Üniversi Öğrencilerinin Duygusal Farkındalık Düzeylerine, Duygularini Ifade Etme Eğilimlerine Psikolojik ve Öznel Iyi Oluşlarına Etkisi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Ensitüsü, Doktora Tezi. 2006.

40. Scales P. Öğretme ve Öğrenme İçin Planlama. Köymen Ü (Çeviri Ed). In. Yaşam Boyu Öğrenme ve Öğretim. Palme Yayıncılık; 2015. p. 158–189.

41. Gömleksiz MN, Kan AÜ. Eğitimde Duyuşsal Boyut ve Duyuşsal Öğrenme. International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic. 2012;7:1159–77.

Psikiyatri hemşireleri için moral distres ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması

Validity and reliability study of Turkish form of moral distress scale for psychiatric nurses

Mustafa Sabri Kovancı[1], Azize Atlı Özbaş[2]
[1]Araş. Gör., Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği AD, Ankara, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-9656-7858
[2]Dr. Öğr. Üyesi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği AD, Ankara, Türkiye https://orcid.org/0000-0001-7614-6354

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, psikiyatri hemşirelerine yönelik moral distres düzeylerini ölçmek için Ohnishi ve ark. (2010) tarafından geliştirilen "Moral Distress Scale for Psychiatric Nurses (MDS-P)"in Türkçe uyarlamasını, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaparak alana özgü yeni bir ölçme aracı kazandırmak amacıyla planlanmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı desende planlanmış bir ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışmasıdır. Araştırmanın evrenini, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na bağlı psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Bu araştırmada, uyarlanması planlanan ölçeğin madde sayısı 15'tir. Her bir madde için 10 kişinin gerekli olduğu öngörülmüş ve örneklem sayısı 150 olarak belirlenmiştir. Veriler Hemşire Bilgi Formu, Moral Distress Scale for Psychiatric Nurses aracılığıyla toplanmıştır. MDS-P'in dil, kapsam ve görünüş geçerliği gerçekleştirildikten sonra, yapı geçerliği açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Güvenirlik analizi için ise Cronbach alfa katsayısı, split half yöntemi, madde toplam puan korelasyonu ve madde analizleri ile uygulanmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması 35.5±6.8'dır. Meslekte çalışma yılı ortalamaları 13.3±7,2 yıl, psikiyatride çalışma yılı ise ortalama 6.4±5.4 yıl olarak bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda, orijinal formunda üç faktörlü yapıda olan ölçeğin, ülkemizde dört faktörlü bir yapısı olduğu belirlenmiştir. Faktörleşmenin farklı olması nedeniyle, faktör yeniden isimlendirilmiştir. AFA analiz sonuçlarına göre, mesleki özerlik alt boyutunun 7 maddeden (4,5,6,7,9,10,14), eylemsizlik alt boyutunun 3 maddeden (8,11,13), adalet alt boyutunun 3 maddeden (1,2,3), eylemsizlik alt boyutunun ise 2 maddeden (12,15) oluştuğu tespit edilmiştir. Ölçeğin tümü için iç tutarlık katsayısı .87 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlık katsayıları .65-.86 arasında değiştiği tespit edilmiştir. **Sonuç:** PH-MDÖ'nün 15 madde ve dört alt boyutlu olarak Türk dili ve kültürü için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Ahlaki sıkıntı, geçerlik, güvenirlik, psikiyatri, hemşire

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:486-494)

DOI: 10.5505/kpd.2020.24865

SUMMARY

Objective: This study aims to bring in a new field-specific measurement tool by conducting the Turkish adaptation and validity and reliability studies of Moral Distress Scale for Psychiatric Nurses (MDS-P) developed by Ohnishi et al. (2010) to measure the level of moral distress for psychiatric nurses. **Method:** A scale validity and reliability study planned in descriptive pattern. Target population of study consists of nurses working in psychiatric hospitals İn Turkey. This study, number of items of the scale planned to be adapted is 15. It was envisaged that 10 people were required for each item and number of samples was determined as 150. Data were collected through the Nurse Information Form and (MDS-P). Construct validity explanatory and confirmatory factor analysis were used after the language, scope and appearance validity of MDS-P was performed. For reliability analysis, Cronbach alpha coefficient was applied with split half method, item total score correlation and item analysis. **Results:** The average age of the participants is 35.5 ± 6.8. Average years of employment in the profession was found to be 13.3±7.2 years while average working years in psychiatry was found to be 6.4± 5.4 years. It was determined that the scale, which has a three-factor structure in its original form, has four-factor structure in Turkey. Since factoring is different, factor has been renamed. According to the AFA results, it was determined that professional autonomy sub-dimension consists of 7 items (4,5,6,7,9,10,14), inertia sub-dimension consists of 3 items (8,11,13), justice sub-dimension consists of 3 items (1,2,3) and inaction sub-dimension consists of 2 items (12,15). Internal consistency coefficient for entire scale was found 87. Internal consistency coefficients of sub-dimensions of scale were determined to vary between 65-86. **Discussion:** It was determined that MDS-P is a valid and reliable scale for Turkish language and culture as 15 items and four sub-dimensions.

Key Words: Moral distress, validity, reliability, psychiatry, nurse

Makalenin geliş tarihi: 04.03.2020, Yayına kabul tarihi: 21.05.2020

GİRİŞ

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 (1,2). Diğer tüm sağlık hizmet ortamlarında olduğu gibi, psikiyatrik hizmetlerde de hemşireler, hastalarla en uzun süre çalışan ve hastalarla yoğun etkileşim içerisinde olan sağlık meslek grubunu oluşturmaktadır. Hemşireler hemen hemen her gün, etik karar vermeleri ya da alınmış kararların gereğini yerine getirmeleri gereken durumlarla karşı karşıya kalmaktadır (3, 4). Ancak hem etik karar almak hem de bu kararın gereklerini yerine getirmek hemşireleri zorlayan deneyimler olabilmektedir. Psikiyatri hizmeti alan grubun, kendine özgü özellikleri, otonomilerinin sorgulanabilir olması, incinebilirliği yüksek bireylerden oluşması ve sunulan hizmetin kendine özgü dinamikleri hemşirelerde zorlanmaya yol açabilmektedir (3). Hemşirelerin sıklıkla deneyimledikleri bu durum, literatürde moral distres olarak karşılık bulmuştur (5,6).

Moral distres (MD) ilk olarak, 1984 yılında Jameton tarafından "Bir kişinin yapılacak doğru eylemi bilmesine rağmen, kurumsal kısıtlamalar nedeniyle doğru eylem sürecini takip etmenin neredeyse imkânsız olduğu durumlarda yaşadığı sıkıntı" olarak tanımlamıştır (7). Daha sonra Hamric (2012), Jameton'un tanımını genişleterek, moral distresi "Bireyin ahlaki bütünlüğünün ciddi bir şekilde tehlikeye girmesi ya da temel değerlere ve yükümlülüklere göre hareket etmede ya da eylemlerin istenen sonuca ulaşmasında başarısız olunmasından dolayı ortaya çıkan sıkıntı" olarak tanımlamıştır (8). Literatürde sıklıkla kullanılan bu tanımlar, çalışanların etik bir durum ile karşılaştıkları zaman, doğru olduğuna inandıkları girişimleri uygulamada karşılaştıkları bireysel, kurumsal ve dış engelleri vurgulamaktadır (9-11).

Etik teoriler, etik yönelimler, etik ilkeler, mesleki etik kodlar, hasta hakları vb. yasal ve etik düzenlemeler sağlık çalışanlarına yol gösterici olsalar da moral distres yaşantısına engel olamamaktadır. Çünkü sağlık çalışanlarının, benzer eğitime, aynı kurum kültürüne ve sosyal çevreye sahip oldukları, aynı etik kılavuzları kullandıkları durumlarda bile, aynı düşünmeleri ve hissetmeleri her zaman mümkün olmayabilir (6). Öncelikle, tüm sağlık çalışanlarının, aynı değerleri aynı öncelikle kabul etmeleri mümkün değildir. Benimsemiş oldukları değerlerin farklılaşması, benzer durumları farklı değerlendirmelerine 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.

Moral distresin, sağlık kurumunu, sağlık çalışanlarını ve bakım alan bireyi olumsuz bir etkilediği çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur (8, 12, 13). Moral distresin sağlık çalışanı üzerindeki etkileri fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi alanlarda görülmektedir. Bu etkiler, birdenbire ortaya çıkan ya da kaybolmazlar. Aksine, kişi bir kez moral distres deneyimledikten sonra, aşamalı olarak ilerler ve moral distresi tetikleme potansiyeli olan durumlarda patlak verir tarzda ortaya çıkar (14). Moral distres ilk olarak bireyde hayal kırıklığı, öfke, suçluluk, endişe, korku, yas ve çökkünlük vb. belirtilerle başlamaktadır. Fiziksel olarak, kalp atışında artış, uykusuzluk, baş ağrısı, gastrointestinal sistem problemleri (10,14,15), psikolojik olarak ise, çaresizlik (16), stres, tükenmişlik (17), iş tatminsizliği (18), manevi problemler (19) ve işten ayrılma isteği (8,18) gibi durumlarla sonuçlanmaktadır. Moral distres yaşayan kişinin iş doyumunun düşmesi ve tükenmişlik yaşaması ise bakım kalitesinde düşmeye yol açmakta ve hem hasta güvenliğine hem de kuruma zarar vermektedir (10,11 20).

Moral distresle mücadele etmenin ilk adımı, mevcut durumun değerlendirilmesidir. Moral distres ve çoğu zaman moral distres yaşayan kişin bile kendi kendine fark edemediği, itiraf edemediği ve seslendiremediği son derece öznel bir deneyim olduğu için literatürde moral distresi değerlendirmede ölçekler dışında bir yöntemden

söz edilmemektedir. Moral distresi değerlendirmek için ilk gereç ise Corley (2001) tarafından, yoğun bakım hemşireleri üzerinde geliştirilmiştir (21). Hamric ve ark. (2012) tarafından, moral distres ölçeğinde zamana uygun olmadığı düşünülen bazı maddeler çıkarılarak ve diğer maddelerde de düzenlemeler yapılarak gözden geçirilmiştir (8). Ayrıca bu çalışma ile birlikte ölçeğin altı paralel formu geliştirilmiştir. Bu paralel formlar hemşire, doktor ve diğer sağlık çalışanları yetişkin formları ve bunların pediatri versiyonlarını içermektedir. Ülkemizde ise, Karagözoğlu ve ark. (2017) tarafından Hamric ve ark. (2012) tarafından revize edilen ölçeğin yoğun bakım hemşireleri üzerinde Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış ve Türk dili ve kültürüne uyarlanmıştır (9).

Psikiyatri hizmetleri, kendine özgü özellikleri açısından diğer sağlık bakım alanlarından ayrılmaktadır. Ancak psikiyatri hizmetlerinde çalışan hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının yaşadığı moral distres düzeylerini ölçen bir ölçme gereci yoktur. Dolayısıyla bu alanda yaşanan moral distresin, alan özelliklerini barındıran bir ölçme aracı yoluyla değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu alandaki tek ölçek, Ohnishi ve ark. (2010), Corley (2001) tarafından geliştirilen ölçeği temel alarak geliştirilen Moral Distress Scale for Psychiatric Nurses ölçeğidir. Psikiyatri hemşirelerinin deneyimlemiş olduğu moral distres düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilen ölçek, bakım verenler tarafından etik olmayan davranışlar (6 madde), eksik personel (5 madde) ve hasta hakları ihlallerine rıza gösterme (4 madde) olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır (Ohnishi ve ark., 2010). Ohnishi ve ark. tarafından geliştirilen bu ölçek psikiyatri alanındaki tek ölçme gerecidir (22).

Bu çalışmada, psikiyatri hemşirelerine yönelik moral distres düzeylerini ölçmek için Ohnisni ve ark. (2010) tarafından geliştirilen "Moral Distress Scale for Psychiatric nurses (MDS-P)" in Türkçe uyarlamasını, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaparak alana özgü yeni bir ölçme aracı kazandırmak amacıyla planlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Tanımlayıcı desende planlanmış ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışması olan araştırmanın evrenini, çalışmanın gerçekleştirilmesi için izin veren, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na bağlı psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Çalışmanın gerçekleştirilmesi için 10 tane psikiyatri hastanesi ile yazışma yapılmıştır. Bu hastanelerin bir kısmı iş yoğunluğu, çalışmayı uygun bulmama vb nedenlerle çalışmayı reddetmiş, kurum izni veren beş hastanede çalışma yürütülmüştür.

Araştırma örneklemi ise çalışmaya dahil edilme kriterleri karşılayan 150 hemşire oluşmaktadır. Ölçek geçerlik güvenilirlik çalışmalarında, örneklem hacminin, ölçek maddelerinin sayısının 5-30 katı olması gerekmektedir (23, 24). Bu araştırmada, uyarlanması planlanan ölçeğin madde sayısı 15'tir. Her bir madde için 10 kişinin gerekli olduğu öngörülmüş ve örneklem sayısı 150 olarak belirlenmiştir. Veriler, araştımacı tarafından kurumlara gidilerek hemşirelere soru formu dağıtılmış ve öz bildirim yöntemi ile toplanmıştır. Örneklem sayısına ulaşıldığında veri toplama aşaması sonlandırılmıştır.

Örnekleme dahil edilme kriteri, araştırmaya katılmayı kabul etme, veri toplama formunu eksiksiz doldurma ve en az 6 aydır psikiyatri kliniğinde çalışıyor olma olarak belirlenmiştir. Örnekleme alınan hemşirelerin tümü tam zamanlı bir işi aktif olarak yürütebilecek fiziksel ve ruhsal duruma sahip oldukları için çalışmada herhangi bir dışlama kriteri kullanılmamıştır.

Veri Toplama Araçları

Veriler Hemşire Bilgi Formu, Moral Distress Scale for Psychiatric Nurses (MDS-P) aracılığıyla toplanmıştır.

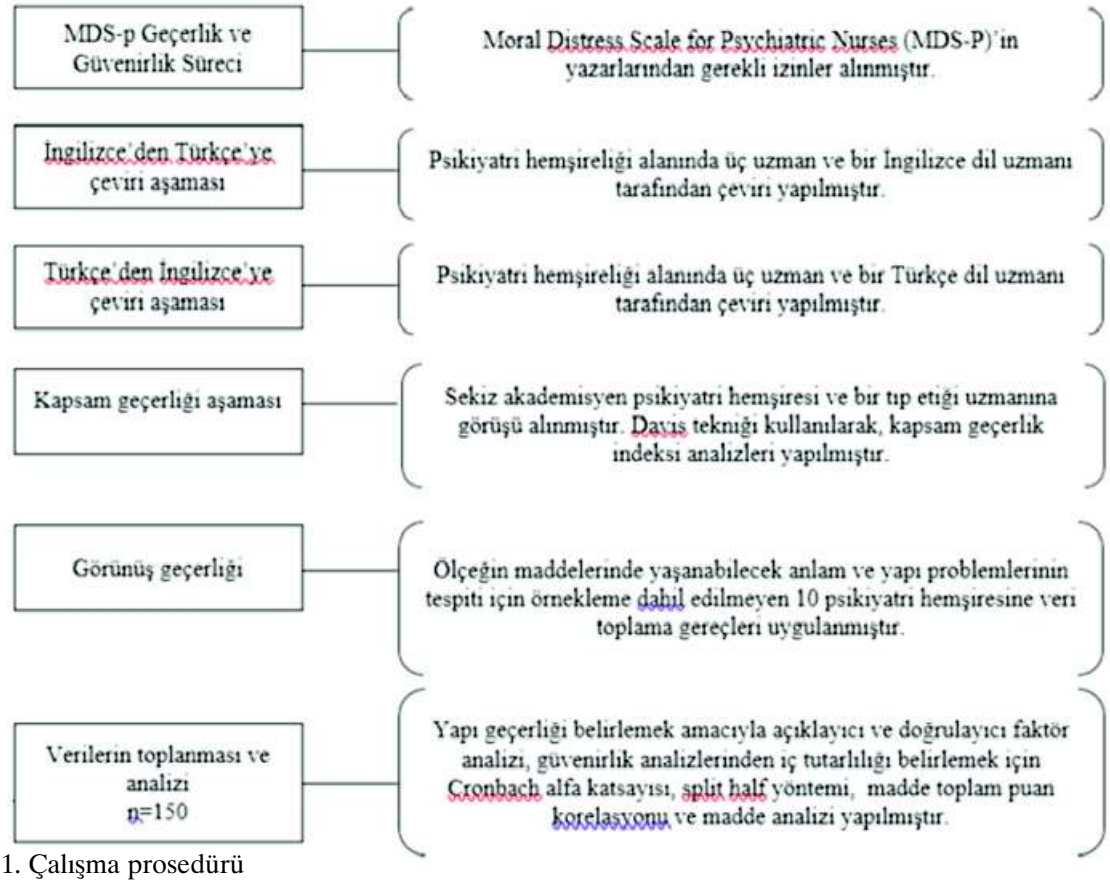
Hemşire Bilgi Formu: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini içermektedir. Bu form, araştırma alanındaki literatür bilgileri taranarak ve alanda çalışan uzmanlardan görüş alınarak, araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir (22, 25-27). Hemşirelerin, sosyodemografik özelliklerini, iş geçmişlerini, psikiyatri alanında çalışma deneyimlerini ve etik alanda aldıkları eğitimler ile

kliniklerinde etik durumla karşılaşma sıklığını sorgulayan 8 sorudan oluşmaktadır.

Moral Distress Scale for Psychiatric Nurses (MDS-P): Ohnishi ve ark. tarafından 2010 yılında, psikiyatri hemşirelerinin moral distres düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (22). Ölçek 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin orjinalinde, bakım verenler tarafından etik olmayan davranışlar (6 madde), yetersiz personel (5 madde) ve hasta hakları ihlallerine rıza gösterme (4 madde) olmak üzere üç alt boyut bulunmaktadır. Cronbach alfa değerleri her bir boyut için sırasıyla 0.80, 0,75 ve 0,72 olarak hesaplanmıştır. 7'li likert tipte olan ölçekte "hiç tecrübem olmadı" seçeneği ve "0-distres yaşamadım, 6-yoğun distres yaşadım" şeklinde puanlandırılmaktadır. Ölçeğin kesim noktası bulunmamakta, ölçekten alınan puan arttıkça moral distresin arttığı şeklinde değerlendirilmektedir.

Süreç

Araştırma kapsamında, ilk olarak Moral Distress Scale for Psychiatric Nurses (MDS-P)'in yazarlarından gerekli izinler alınmıştır. MDS-P'in dil geçerliği, psikiyatri hemşireliğinde bulunan altı uzman akademisyen ile bir İngilizce ve bir Türkçe dil uzmanı tarafından ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi, Türkçe'den İngilizce'ye geri çevirisi yapılarak sağlanmıştır. Geri çeviri sonucunda oluşan maddeler ölçek yazarlarına gönderilerek görüşleri alındıktan dil geçerliği aşaması sonlandırılmıştır. Dil geçerliği yapılan MDS-P, sekiz psikiyatri hemşiresi ve bir tıp etiği uzmanına görüş için gönderilmiştir. Öneriler doğrultusunda, Davis tekniği ve kapsam geçerlik indeksi (KGİ) kullanılarak kapsam geçerliği değerlendirilmiş ve ölçek son halini almıştır. Ölçeğin maddelerinde yaşanabilecek anlam ve yapı problemlerinin tespiti için 10 psikiyatri hemşiresi ve bir ölçme ve değerlendirme uzmanı ile ön uygulaması yapılan ölçeğin yapı geçerliği, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri uygulanarak değerlendirilmiştir. Güvenirlik aşamasında ise analizlerinden iç tutarlılığı belirlemek için Cronbach alfa katsayısı, split half yöntemi, madde toplam puan korelasyonu ve madde analizi yapılmıştır (28, 29). Çalışma adımları Şekil 1' de özetlenmiştir.



Şekil 1. Çalışma prosedürü

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	106	70.7
Erkek	44	29.3
Medeni Durum		
Evli	115	76.7
Bekar	35	23.3
Eğitim Durumu		
Lise	13	8.7
Ön Lisans	24	16.0
Üniversite	86	57.3
Lisans Üstü	27	18.0
Etik Durumla Karşılaşma Sıklığı		
Nadiren (yılda birkaç kez)		49.3
Bazen (ayda birkaç kez)	74	28.0
Sıklıkla (haftada birkaç kez)	42	16.0
Her Zaman (günde birkaç kez)	24	6.7
	10	
Toplam	150	100

İstatistiksel Analiz

Araştırmada yer alan verilerin analizinde, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v.23 paket programı ve AMOS v.23 kullanımıştır. Tanımlayıcı verilerin incelenmesinde ortalama, standart sapma, frekans ve yüzdelik istatistikleri kullanılmıştır. Ölçeğin Tükçe'ye uyarlamada açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, iç tutarlık analizi, split half yöntemi, madde toplam puan korelasyonu ve madde analizleri kullanılmıştır(28-30).

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma için öncelikli olarak Moral Distress Scale for Psychiatric Nurses ölçeği yazarından gerekli onaylar alındıktan sonra Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (16969557-1960) ve hastanelerden gerekli izin yazıları alınmıştır.

BULGULAR

Verilerin normal dağılıma uygunluğu incelenmiş ve normal dağılıma uyduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların sosyo-demografik verilerine yönelik değişkenler, Tablo 1'de sunulmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması 35.5 ± 6.8'dır. Meslekte çalışma yılı ortalamaları 13.3 ± 7,2 yıl, psikiyatride çalışma yılı ise ortalama 6.4 ± 5.4 yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların hepsi eğitim hayatlarının öncesi veya sonrasında etik konulara ilişkin eğitim almıştır.

Geçerlik

Psikiyatri hemşireleri için moral distres ölçeği (PH-MDÖ)'nin dil geçerliği tamamlandıktan sonra uzman görüşleri alınmış ve KGİ yardımıyla kapsam geçerliği değerlendirilmiştir. KGİ indeksi değeri 0.89 olarak bulunmuştur.

PH-MDÖ'nin faktör yapısı açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) kullanılarak değerlendirilmiştir. Analizler, ölçekte bulunan 15 madde üzerinden gerçekleştirilmiştir. İlk olarak, verilerin faktör analizine uygun olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser Meyer Olkin (KMO) ile Bartlett testleri uygulanmıştır. KMO değeri .80 ve Bartlett testi (944.519, $p<.000$) olarak bulunmuştur. KMO değerinin 0.60'tan büyük olması ve Bartlett testinin anlamlı bulunması verilerin faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir (28).

Ölçek adaptasyon çalışmalarında, geçerlik ve güvenirlik test edilirken ölçeğin orijinal faktör yapısına uyguluğunu belirleme amacıyla DFA analizler uygulanmaktadır. Orijinal ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin orijinal alt boyutları ile yapılan DFA sonucunda değerlerin kabul edilebilir sınırların altında olduğunu tespit edilmiştir (31).

Tablo 2. PHMDÖ faktör yapısı

	Mesleki Özerklik	Eylemsizlik	Adalet	Yönetsel etik
S1			,832	
S2			,798	
S3			,423	
S4	,568			
S5	,661			
S6	,666			
S7	,763			
S8		,596		
S9	,679			
S10	,710			
S11		,785		
S12				,687
S13		,695		
S14	,763			
S15				,642
Açıklanan Toplam Varyans			%64.40	

Tablo 3. PHMDÖ madde analizlerini ilişkin veriler

n=150	Ortalama	Standart Sapma	Madde Toplam Korelasyon	Madde silindiğinde ölçeğin α değeri
S1	1.12	1.73	.45	.873
S2	1.82	1.66	.50	.871
S3	2.91	1.99	.36	.877
S4	1.29	1.88	.55	.868
S5	1.34	1.79	.54	.869
S6	1.14	1.77	.63	.865
S7	2.14	2.02	.65	.863
S8	1.03	1.78	.45	.873
S9	1.38	1.71	.50	.871
S10	1.77	1.76	.65	.864
S11	2.58	2.14	.45	.874
S12	2.26	2.08	.50	.871
S13	1.16	1.58	.46	.872
S14	1.38	1.79	.65	.864
S15	1.88	2.16	.60	.866
Cronbach α katsayısı			.877	

Ölçeğin kültür ve dilimize uygun olan faktör yapısının tespit edilebilmesi amacıyla AFA uygulanmıştır.

Varimax eksen döndürme tekniği kullanılarak yapılan AFA göre, özdeğeri 1'den büyük olan dört faktör bulunmuştur. Dört faktörlü yapının, toplam varyansın %64.40'ini açıkladığı tespit edilmiştir. Orijinal ölçekle tutarlı olmayan yeni dört faktörlü yapı, yeniden isimlendirilerek yapı geçerliği açısından test edilmiştir. Genellikle, açıklanan varyansın 0,50-0.70 arasında olması yeterli olarak kabul edilmektedir (28).

AFA incelendiğinde, mesleki özerklik alt boyutunun varyansın %37.72 açıkladığını ve 7 maddeden (4,5,6,7,9,10,14) oluştuğunu, eylemsizlik alt boyutunun varyansın %11.02 açıkladığını ve 3 maddeden (8,11,13) oluştuğunu bulunmuştur. Adalet alt boyutunun ise varyansın %8.97 açıkladığını ve 3 maddeden (1,2,3) oluştuğunu, eylemsizlik alt boyutunun varyansın %6.66 açıkladığını ve 2 maddeden (12,15) oluştuğunu tespit edilmiştir.

Güvenirlik

Ölçeğin güvenirliğini belirleyebilmek amacıyla iç tutarlık katsayısı (Cronbach Alfa) ve testin iki yarıya bölünme (split half) yöntemleri kullanılmıştır. Öncelikle, ölçekte bulunan tüm maddeler ve dört alt boyut için Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları hesaplanmıştır. Ölçeğin tümü için iç tutarlık katsayısı .87 olarak bulunmuştur. Elde edilen değer ölçeğin iç tutarlığının kabul edilebilir bir düzeyde olduğunu göstermektedir (28). Ölçeğin mesleki özerlik alt boyutu için iç tutarlık katsayısı .86 olarak, eylemsizlik alt boyutu için .65, adalet alt boyutu için .67, yönetsel etik alt boyutu için .70 olarak elde edilmiştir. Ölçeğe ilişkin madde toplam korelasyon katsayıları, madde silindiğinde ölçeğin α değeri ile maddelerin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 3'te sunulmuştur. Kullanılan diğer güvenirlik yöntemi olan testin iki yarıya bölünme tekniği ile ölçeğin tek maddeleri ile çift maddeleri arasındaki Spearman-Brown ve Guttman katsayılarından incelenmesi ile ölçeğin güvenirliği hesaplanmıştır. Spearman-Brown katsayısı .897 ve Guttman .895 olarak bulunmuştur. Bu değerler doğrultusunda ölçeğin güvenirliğinin kabul edilebilir bir düzeyde olduğunu göstermektedir (28).

Ölçek madde ortalama ve standart sapmalarına ait bulgular Tablo 4'de sunulmuştur. Geçerlik ve güvenirlik analizlerini tamamlanan PH-MDÖ sonuçlarına göre, psikiyatri hemşireleri düşük düzeyde moral distres yaşamaktadır. Moral distres ortalaması 1.68±1.13 olarak bulunmuştur. Psikiyatri hemşirelerinde en çok moral distres oluşturan durum mesleki özerlik alt boyuna ait "Doktorun gereksiz test ve tedavi istemlerini uygulamak" maddesi 2.91±1.99, en az moral distres oluşturan durum ise eylemsizlik alt boyutuna ait

Tablo 4. PHMDÖ madde ortalama ve standart sapmaları

	n=150	Ortalama	Standart Sapma
1	Hastaneye dava açılmasından korktuğunuz için, aynı görüşte olmasanız da hastanın bakımı konusunda ailenin isteklerine göre davranmak	1,12	1,73
2	Ailenin isteklerini hastadan daha fazla önemseyen doktorun talimatlarına uymak.	1,82	1,66
3	Doktorun gereksiz test ve tedavi istemlerini uygulamak	2,91	1,99
4	Aydınlatılmış onam olmaksızın bir test veya tedaviyi uygulayan bir doktora yardım etmek	1,29	1,88
5	Hastanın bakım vericileri tarafından istismar edildiği şüphesinin olduğu durumları görmezden gelmek	1,34	1,79
6	Bir meslektaşınızın yaptığı ilaç hatasını rapor etmediğini öğrendiğinizde, bunu görmezden gelmek	1,14	1,77
7	Hasta bakımı konusunda yeterli düzeyde olmadığı için hasta güvenliğinde risk oluşturacağını düşündüğünüz hemşire ile çalışmak	2,14	2,02
8	Hasta artık ödeme yapamadığından dolayı tedaviye son vermeye yönelik talimatlara veya kurumsal politikalara uymak.	1,03	1,78
9	Sağlık personeli bir hastayla alay ettiğinde müdahale etmemek, sadece gözlemlemek	1,38	1,71
10	Hasta soru sorduğunda, doktorun ona gerçeği söylememe talimatına uymak	1,77	1,76
11	Bir hastanın, durumunun stabil olmasına ve hastanede yatırılmadan günlük yaşamını sürdürebilecek olmasına rağmen hastanede yatırılmaya devam ettiği durumlarda müdahale etmeden gözlemlemek.	2,58	2,14
12	Eksik personel nedeniyle hastalara (örneğin, amaçsız gezinen hastaları kısıtlamak ya da idrarını tutamayan hastalar) yetersiz bakım vermek	2,26	2,08
13	Hasta ilacı almak istemediğinde ilaçları hastanın yiyecek ya da içeceklerine gizlice karıştırmak.	1,16	1,58
14	Sorun çıkarmayan hastalarla konuşmak için vakit ayırmamak	1,38	1,79
15	Hemşirelere bir makinaymış gibi davranarak istifa etmelerine neden olan bir birimde çalışmak	1,88	2,16

*Veriler homojen dağıldığı için madde puanları ortalama değer olarak gösterilmiştir.

"Hasta artık ödeme yapamadığından dolayı tedaviye son vermeye yönelik talimatlara veya kurumsal politikalara uymak" maddesi 1.03±1.78 olarak bulunmuştur. Bir ölçekteki maddelerin, madde ile ölçülmesi beklenen özelliğe sahip olan ve olmayanları birbirinden ayırt edebilmesi olarak tanımlanmaktadır. Tanımlanan madde ayırt ediciliği testi, iç tutarlılığın belirlenmesinde diğer bir yöntem olarak kullanılmıştır. Literatürde en yaygın kullanılan yöntem, yüksek puan alan %27 ve düşük puan alan yüzde %27'lik grubun kullanımına bağlı yöntemdir (28). Alt ve üst gruplar arasındaki farkların anlamlı çıkması testin iç tutarlılığının göstergesi olarak değerlendirilir. (32, 33). PH-MDÖ madde puan ortalamalarının, alt %27 ve üst %27'deki gruplarda karşılaştırıldığında, farkın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (t= 29,687, p<0.001),

TARTIŞMA

Psikiyatri kliniklerinden hizmet alan grubun incinebilir bireylerden oluşması ve sunulan hizmetin özgün bir biçiminin olması nedeniyle günlük uygulamalarda etik durumlarla sıkça karşılaşılmaktadır. Bu durum ise, psikiyatri çalışanlarının daha yoğun bir şekilde moral distres deneyimlemesine zemin hazırlamaktadır (1, 18, 34, 35). Psikiyatri hemşireleri tarafından deneyimlenen moral distresi ölçmek için geliştirilen MDS-P'nin, Türkçe uyarlaması amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, dil geçerliğinin yapılması amacıyla çeviri-geri çeviri tekniği kullanılmıştır. Dil geçerliğinin sağlanmasına ilişkin yapılan tercümeler ve analizler PH-MDÖ'nün Türkçe versiyonunun anlaşılabilir olduğunu ve Türk nüfusuna kolaylıkla uygulanabileceğini göstermiştir. Ölçeğin kapsam geçerliği, KGİ kullanılarak değerlendirilmiş ve ölçek maddelerinin amaca hizmet ettiği saptanmıştır.

Yapı geçerliği aşamasında ise öncelikle araştırmada kullanılan örneklemin faktör analize uygunluğunun tespit edilmesi amacıyla, KMO ve Barttlet'in küresellik testi uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda örneklemin faktör analizine uygun olduğu tespit edilmiştir. Daha sonra yapı geçerliliğini test etmek için, DFA analizi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen değerlerin DFA uyum

indeks değerlerinin altında olduğu bulunmuştur. Bu nedenle, Türk dili ve kültürüne uygun olan faktör yapısının tespit edilebilmesi için AFA testi yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda, orijinal formunda üç faktörlü yapıda olan ölçeğin, ülkemizde dört faktörlü bir yapısı olduğu belirlenmiştir. Faktörleşmenin farklı olması nedeniyle, faktörler yeniden isimlendirilmiştir. Faktör isimlendirmesi yapılırken bir tıp etiği uzmanından görüş alınmış ve ilgili literatürle desteklenmiştir (36-39).

PH-MDÖ'nün güvenirliğini belirlemek amacıyla likert türü ölçeklerin güvenirliğinin hesaplanmasında sıklıkla kullanılan yöntemlerden biri olan Cronbach Alfa iç tutarlık katsayı hesaplanmıştır. Analiz sonucunda, dört faktör yapılı ölçeğin ve faktörlerinin yüksek güvenirliğe sahip olduğu tespit edilmiştir (28). PH-MDÖ'nün güvenirliğinin test edilmesinde bir diğer yöntem olarak split half tekniği kullanılmış olup ölçeğin güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

Ölçekteki maddelerin ölçeğe katkısını incelemek amacıyla madde analizi yapılmıştır. Madde analizinde, maddelerin ortalama ve standart sapmaları, madde toplam korelasyonu ve madde silindiğinde ölçeğin α değeri incelenmiştir. Analiz sonucunda, ölçek maddelerinin kabul edilebilir değerlerde olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle ölçekten herhangi bir madde çıkartılmamıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları ve Üstünlükleri

Çalışmanın izin alma sürecinde zorluklar yaşansa da, örneklemin ülkenin farklı bölgelerinden beş farklı psikiyatri hastanesinden oluşması ve katılımcıların 6.4 yıl alanda çalışma deneyimi bulunan hemşirelerden oluşması ve psikiyatri hemşirelerinde moral distresi ölçen tek ölçme gerecini Türk dili ve kültürüne kazandırması çalışmamızın üstün yanlarıdır.

SONUÇ

Sonuç olarak, psikiyatri hemşirelerinin moral distres düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilen 15 maddeden oluşan "Moral Distress Scale for Psychiatric Nurses" ölçeğinin üç faktörlü yapısının Türk kültüründe uygun olmadığı ancak dört alt boyutlu formunun Türk dili ve kültürü için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir. PH-MDÖ'nün psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin moral distresini ölçme ve moral distresi azaltmaya yönelik müdahalelerin etkinliğinin değerlendirmesinde kullanılması önerilmektedir.

Yazışma Adresi: Araş. Gör. Mustafa Sabri Kovancı, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye sabri.kovanci@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Arabacı Baysan L. Psikiyatride Etik Sorunlar ve Hemşirelerin Sorumlulukları. Turkiye Klinikleri Medical Ethics, Law and History-Special Topics. 2017;3:28-39.

2. Serap Yıldırım ŞD. Psikiyatride Etik ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulamasına Yansıması. Turkiye Klinikleri J Med Ethics. 2010;18(2).

3. Eren N. Nurses' attitudes toward ethical issues in psychiatric inpatient settings. Nurs Ethics. 2014;21:359-73.

4. 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.

5. Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and haematology units. Nurs Ethics. 2012;19:183-95.

6. Wallis L. Moral distress in nursing. AJN The American Journal of Nursing. 2015;115:19-20.

7. Jameton A. What moral distress in nursing history could suggest about the future of health care. AMA J Ethics. 2017;19:617.

8. Hamric AB. Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. HEC Forum. 2012;24:39-49.

9. Karagozoglu S, Yildirim G, Ozden D, Çınar Z. Moral distress in Turkish intensive care nurses. Nurs Ethics. 2017;24:209-24.

10. McCarthy J, Gastmans C. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. Nurs Ethics. 2015;22:131-52.

11. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. Nurs Ethics. 2015;22:15-31.

12. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. Crit Care Med. 2007;35:422-9.

13. Lievrouw A, Van Belle M, Benoit DD, editors. Coping with moral distress in oncology practice: nurse and physician strategies. Oncol Nurs Forum, 2016; 43:505-12.

14. Epstein EG, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. AMA J Ethics. 2009;20:330.

15. Austin W, Bergum V, Goldberg L. Unable to answer the call of our patients: mental health nurses' experience of moral distress. Nursing Inquiry. 2003;10:177-83.

16. 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.

17. 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.

18. Hamaideh SH. Moral distress and its correlates among mental health nurses in J ordan. Int J Ment Health Nurs. 2014;23:33-41.

19. Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. AACN. 2004;13:202-8.

20. Af Sandeberg M, Wenemark M, Bartholdson C, Lützén 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 Med Ethics. 2017;18:14.

21. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. J Adv Nurs. 2001;33:250-6.

22. Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, Fujii H, Tanaka H, Kitaoka K, et al. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. Nurs Ethics. 2010;17:726-40.

23. MacCallum RC, Widaman KF, Zhang S, Hong S. Sample size in factor analysis. Psychol Methods. 1999;4:84.

24. Yong AG, Pearce S. A beginner's guide to factor analysis: Focusing on exploratory factor analysis. Tutor Quant Methods Psychol. 2013;9:79-94.

25. Soleimani MA, Sharif SP, Yaghoobzadeh A, Sheikhi MR, Panarello B, Win MTM. Spiritual well-being and moral distress among Iranian nurses. Nurs Ethics. 2019;26(4):1101-13.

26. Hamaideh SH. Moral distress and its correlates among mental health nurses in Jordan. Int J Ment Health Nurs. 2014;23:33-41.

27. Nathanson E. A threat to selfhood: moral distress and the psychiatric training culture. Narrat Inq Bioeth. 2013;3:115-7.

28. Alpar R. Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı Istatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. Ankara: Detay Yayıncılık; 2018.

29. Kartal M, Bardakçı, Sait. Spss ve Amos Uygulamalı Örneklerle Güvenirlik ve Geçerlilik Analizleri. Ankara: Akademisyen Kitapevi, 2018.

30. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2006.

31. Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2013;33:210-23.

32. Erkuş A, Sünbül Ö, Sünbül SÖ, Yormaz S, Aşiret S. Psikolojide Ölçme ve Ölçek Geliştirme-II Ölçme Araçlarının Psikometrik Nitelikleri ve Ölçme Kuramları. Pegem Atıf İndeksi. 2017.

33. Thorndike R, Christ, T. Psikolojide ve Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Otrar M (Çeviri Ed.) Ankara: Nobel Kitabevi, 2017.

34. Arslantaş H. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde etik konular, kodlar ve standartlar. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi. 2015;6:47-55.

35. Jansen Tl, Hanssen I. Patient participation: causing moral stress in psychiatric nursing? Scand J Caring Sci. 2017;31:388-94.

36. Aydın İP. Yönetsel mesleki ve örgütsel etik. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 2014.

37. Rawls J. A Theory of Justice. Boston: Harvard University Press, 2009.

38. Yüksel C. Devlette Etikten Etik Devlete: Kamu Yönetiminde Etik. İstanbul: TÜSIAD, 2005.

39. Childress JF, Beauchamp TL. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, 2001, 130-135.

Klozapinin nadir görülen ciddi yan etkileri

Rare serious adverse effects of clozapine

Özcan Uzun[1]
[1]Prof. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Ankara, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-4244-6911

ÖZET

Klozapin, 1970'lerde klinik kullanıma sunulan dibenzodiyazepin grubundan bir atipik antipsikotik ilaçtır. Ancak, tedaviye dirençli şizofreni hastaları için hala altın standart ajan olarak kalmaya devam etmektedir. Hem pozitif hem de negatif belirtiler üzerinde kanıtlanmış etkililiğinin yanı sıra saldırgan davranış, hostilite, alkol-madde kullanımı ve intihar eğiliminin azaltılmasında da yararlıdır. Hem doğal hem de doğal olmayan nedenlerden ötürü gelişen mortalite riskini azalttığı gösterilmiştir. Şizofrenide gösterdiği etkililiğe karşın potansiyel ciddi yan etkileri yaygın kullanımını sınırlandırmaktadır. Klozapin dopaminerjik, serotonerjik, adrenerjik, muskarinik ve histaminik reseptörleri bloke edici özelliklere sahiptir. Dolayısıyla yan etkilerinin çoğu farmakolojik profiline dayanılarak öngörülebilir. Klozapin, yaşamı tehdit eden agranülositoza gidebilen reversibl nötropeni ile ilişkilidir. Diğer potansiyel ciddi yan etkileri arasında konvulsif nöbetler, miyokardit, kardiyomiyopati, iskemik kolitis ve paralitik ileus sayılabilir. Daha yaygın görülen ve daha az ciddi yan etkileri sedasyon, hipersalivasyon, taşikardi, hipotansiyon, hipertansiyon, konstipasyondur. Yan etkiler sıklıkla hastaların tedaviye uyumsuzluğuna veya tedavinin kesilmesine neden olur. Bunlar genellikle tıbbi olarak yönetilebilir ve hasta tarafından tolere edilebilir yan etkilerdir. Yeterli bilgi, olası ciddi yan etkilere karşı klinik farkındalık ve hızlı müdahale klozapin tedavisine bağlı morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde azaltabilir, tedaviye uyumu artırabilir. Bu yazının amacı, klozapinin potansiyel olarak yaşamı tehdit eden yan etkilerine odaklanarak bir güncelleme sağlamaktır.

Anahtar Sözcükler: Klozapin, ciddi yan etkiler, şizofreni

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:495-502)
DOI: 10.5505/kpd.2020.78790

SUMMARY

Clozapine remains still the gold standard agent for treatment-resistant schizophrenia. In addition to its proven efficacy on both positive and negative symptoms in refractory schizophrenia, clozapine is useful in reducing aggressive behavior, hostility, comorbid use of alcohol and drugs, as well as reducing suicidality in schizophrenia. It has significant dopaminergic, serotonergic, adrenergic, muscarinic and histaminic blocking properties; and thus most of its adverse effects can be predicted on the basis of its pharmacological profile. Despite its demonstrated efficacy in schizophrenia, the widespread use of clozapine has been limited by the potential for adverse effects. Clozapine can cause reversible neutropenia, which may progress to potentially fatal agranulocytosis. Other potentially serious adverse effects of clozapine include seizures, myocarditis, and cardiomyopathy. Less serious and more common side effects of clozapine including sedation, hypersalivation, tachycardia, hypotension, hypertension, weight gain, and gastrointestinal hypomotility can often be managed medically and are generally tolerated by the patient. These side effects often lead either to non-compliance or discontinuation of treatment by patients. The majority of patients did not report that the side effects affect their activities of daily living or they cause personal distress. Appropriate management of clozapine side effects facilitates the maximization of the benefits of clozapine treatment, and physicians and patients alike should be aware that there is a range of benefits to clozapine use that is wider than its risks. The aim of this article is to provide an update by focusing on the potentially life-threatening side effects of clozapine.

Key Words: Clozapine, serious adverse effects, schizophrenia

Makalenin geliş tarihi: 19.11.2019, Yayına kabul tarihi: 04.02.2020

GİRİŞ

Klozapin, atipik antipsikotik olarak da adlandırılan ikinci kuşak antipsikotiklerin ilk örneğidir. 1958 yılında sentezlenmiş, 1961'de geliştirilmiş ve 1970'de tedavide kullanılmaya başlanmıştır. Ancak, 1975 yılında Finlandiya'da klozapin kullanan 2660 hastanın 17'sinde (%0.7) agranülositoz gelişmiş ve bunlardan sekizi (%50) ikincil enfeksiyonlardan ölmüştür. Bu nedenle üretici firma tarafından geri çekilmiştir. Buna karşın, tedaviye dirençli şizofrenide etkililiği nedeniyle, düzenli hematolojik izleme koşuluyla, klozapin 1990 yılında yeniden klinik kullanıma dahil edilmiştir (1).

Klozapin 1958 yılında sentezlenmiş olmasına karşın hala tedaviye dirençli şizofreni için onaylanmış tek ilaç olarak kalmaya devam etmektedir (2). Etkililik çalışmaları, pozitif ve negatif psikotik belirtilerin baskılanmasında üstünlüğünü göstermiştir (3). Ek olarak, şizofreni hastalarında tekrarlayan intihar davranışı riskini önlemek için halen onaylanmış tek antipsikotiktir (4). Tiihonen ve ark. tarafından Finlandiya'da yapılan bir izleme çalışmasında, diğer antipsikotiklere göre klozapinin intihar, saldırganlık, madde kullanımı relaps riskini ve yeniden hastaneye yatma oranını düşürdüğü, hastalarda hem doğal hem de doğal olmayan nedenlerden ötürü gelişen mortalite riskini azalttığı gösterilmiştir (5).

Klinik uygulamada, en sık görülen yan etkileri hipersalivasyon, uykululuk, taşiaritmi, kilo alma, hiperlipidemi, ortostatik hipotansiyon, baş dönmesi ve kabızlıktır (6). Agranülositoz ve miyokardit gibi ciddi yan etkileri ise nadiren ortaya çıkar (7). Ancak, ciddi yan etkileri nedeniyle, klozapin kullanımı hala beklenilenin çok altındadır.

Dirençli şizofreni tedavisi için altın standart olarak bilinen ve alternatifi olmayan klozapinin yarar ve risklerinin bilinmesi kullanımının artırılması için gerekli görülmektedir (2). Ayrıca, olası ciddi yan etkilerine karşı klinik farkındalık sağlanması tedavisine bağlı morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde azaltabilir. Bu makalede, klozapinin nadir görülen, ancak ciddi klinik sonuçları olabilen yan etkilerinin genel görünümü ve yönetimi gözden geçirilmektedir.

FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLER

Klozapin, dibenzodiazepinler [8-kloro-11-(4-metil-piperazinil)-5H-dibenzo-[1,4]-diazepin] ailesine aittir. Dopaminerjik (D1, D2, D3, D4), serotoninerjik (5-HT2A, 5-HT2C, 5-HT3, 5-HT6, 5-HT7), adrenerjik (α1, α2), histaminerjik (H1) ve muskarinik (M1, M2, M3, M5) reseptörlerin alt tipleri ile antagonist, serotonin 5-HT1A, muskarinik M4 reseptörleri ile ise agonist etkileşime girer (8).

Klozapin, haloperidol ve klorpromazinin tersine, D2 reseptörlerini düşük oranda bloke etmektedir. Ayrıca, kimyasal yapısı D2 reseptörlerinden nispeten hızlı ayrılmasını kolaylaştırmaktadır. Hızlı ayrılma varsayımı antipsikotikler için atipikliği belirleyen en önemli özelliktir. Bu varsayıma göre, düşük D2 ilgisi ve hızlı ayrılma değeri olan antipsikotikler dopamin düzeyinde artış ve azalmada esnekliğe izin vererek daha fizyolojik bir dopamin iletimi ve daha az ekstrapiramidal yan etki bulguları ile negatif belirtilerde düzelme sağlar (9).

Klozapinin potansiyel nöroprotektif etkisini destekleyen periferik kan hücrelerinde interlökin-10 ve interferon-γ gibi pro-enflamatuar sitokinlerin üretimini düzenleme yeteneğine sahip olduğu kanıtlanmıştır. Dahası, serbest radikalleri azaltan bir etkisi olduğu da gösterilmiştir (10). Aynı zamanda GABA'erjik ve glutamaterjik sistemler üzerinde de önemli etkileri vardır (11).

KLOZAPİNİN NADİR GÖRÜLEN CİDDİ YAN ETKİLERİ

Klozapin dopaminerjik, serotonerjik, adrenerjik, histaminerjik ve muskarinik reseptörleri bloke edici özelliklere sahiptir. Yan etkilerinin çoğu farmakolojik profiline dayanarak öngörülebilir. Ancak, yan etkilerinin bir kısmının nedeni hala tam olarak açıklanamamıştır. Bu yan etkiler sıklıkla hastaların tedavi uyumsuzluğuna neden olmaktadır. Bunların bir kısmı da ölümle sonuçlanabilecek niteliktedir (7,8).

Hematolojik Yan Etkiler

Klozapinin yaşamı tehdit eden en önemli hematolojik yan etkisi agranülositozdur. Toksik olmaktan çok, otoimmün mekanizma ile geliştiği düşünülmektedir (12). Prospektif olarak izlenen 4061 hastada, agranülositoz, nötropeni ve lökopeninin kümülatif insidansı %2.6, agranülositoz insidansı ise %0.9 olarak bulunmuştur (13).

Agranülositoz riski tedavi süresi boyunca azalır. En riskli dönem 4 ila 20 hafta arasındadır. Olguların %50-75'i ilk 18 haftada, yaklaşık %85-90'ı ise 1 yıllık tedavi süresi içinde ortaya çıkar. Bir yıl sonra risk klorpromazin ile karşılaştırılabilir orana (yaklaşık %0.13) geriler (14). Kullanımın ilk beş yılını kapsayan ABD klozapin verilerinin değerlendirmesine göre, 99502 olgudan 382'sinde (%0.38) agranülositoz geliştiği ve bunların sadece 12'sinin (%0.01) ölüm ile sonuçlandığı rapor edilmiştir (15).

Geçmişte klozapin kullanırken agranülositoz gelişen, ancak yeniden klozapin başlanan hastalarda, agranülositoz gelişme riskinin kullanmayan hastalara göre 22 kat arttığı bildirilmektedir (16). Klinik yaklaşımda agranülositoz veya lökopeni gelişen olgularda klozapinin tedavisinin sonlandırılması önerilmektedir. Ancak, lökopeni durumunda granülosit koloni stimüle edici faktör (GCSF) veya lityum eklenerek tedavinin sürdürüldüğü olgu sunumları bulunmaktadır (17,18).

Nörolojik Yan Etkiler

EEG anormallikleri ve konvulsif nöbetler: Klozapin kullanan hastaların %72'sinde EEG anormallikleri, %30'unda epileptik aktivite saptanmıştır. EEG, tipik olarak epileptiform gibi görünen yavaş dalgalar ve paroksismal deşarjları gösterir. Nöbetler daha çok tonik-klonik özelliktedir (19). Çalışmalardan elde edilen veriler, bu nöbetlerin doza bağımlı olduğunu; nöbet sıklığının 300 mg/gün düşük doz ile tedavi edilen hastalarda %1-2 iken, 600-900 mg/gün doz ile tedavi edilenlerde %5 oranında bulunduğunu göstermiştir (20).

Klozapin kaynaklı nöbetlerin kesin etiyolojisi bilinmemektedir. Nöbetlerin ve EEG değişikliklerinin nasıl yönetileceği konusu önemli bir klinik sorundur. Bilinen bir nöbet varlığı, alkol kullanım bozukluğu veya başka bir merkezi sinir sistemi patolojisine sahip hastalarda klozapin kullanılırken dikkatli olunması gerekmektedir. Nöbet öyküsü olan hastalarda nöbet geçirme riski artabilir, ancak bu mutlak bir kontrendikasyon değildir (21). Sigara bırakma klozapin kan düzeyini ortalama %57.4 oranında arttırabilir ve nöbet riski oluşturabilir (22).

Klozapin kaynaklı nöbetler, tedaviye başlama aşamasında daha yaygındır (21). Doza bağımlı olduğundan yavaş titrasyon bu riski hafifletebilir. Klozapin plazma seviyesi 500 μg/l'yi aştığında, EEG'de belirgin epileptiform boşalmalar veya nöbetler, miyoklonik jerkler, konuşma güçlüğü varsa bir antiepileptik ilaç eklenmesi düşünülmelidir. Bu nöbetlerin tedavisi ve profilaksisi için tercih edilen antiepileptikler valproat veya lamotrijindir (20,23).

Geç Başlayan Hareket Bozuklukları

Geç sendromlar, dopamin reseptör bloke edici ajanlara uzun süre maruz kalınması sonucu ortaya çıkan hareket bozukluklarıdır. Bir çalışmada, antipsikotik kullanan olguların %28'inde en az bir geç sendrom atağı geliştiği tespit edilmiştir (24).

Klozapinin geç başlangıçlı sendroma neden olma riskinin çok düşük olduğu ve hatta geç sendromlu hastalarda bir tedavi seçeneği olduğu bilinse de klozapin ile ilişkili nadir olsa da geç sendromlar bildirilmiştir. Bunların arasında geç diskinezi, geç distoni, geç okülojirik kriz, geç miyoklonus tabloları vardır (25-27).

Geç diskinezi: Geç diskinezi hastalarında klozapinin diskinetik hareketleri önemli ölçüde azalttığı gösterilmiş ve etkili bir tedavi olarak düşünülmüştür (24). Klozapinin yararlarını

düşündüren bu gözlemlere karşın, geç diskinezi ile klozapin ilişkili birkaç olgu raporu bulunmaktadır. Bu olgular, çoğunlukla tipik antipsikotiklerle daha önce tedavi görmüş hastaları kapsamaktadır (28,29). Klozapin ile ilişkili geç diskinezi ve geç distoni tedavisi için tetrabenazin veya rezerpinin en etkili seçenekler olduğu gösterilmiştir (29).

Miyoklonus: Miyoklonus ani, kısa süreli, sıçrama şeklinde kasların kasılmaları ile karakterize hiperkinetik bir hareket bozukluğudur. Klozapin ile tedavi edilen hastaların yaklaşık %2'sinde ve daha çok negatif miyoklonus tarzında görülür (30). Miyoklonus, tonik-klonik nöbetlerin başlangıcına işaret edebilir. Klozapin kesildiğinde, dozu azaltıldığında veya antikonvülzan eklendiğinde bu belirtiler düzelebilir. Bu amaçla, valproatın en etkili ajan olduğu rapor edilmiştir (30).

Kardiyotoksisite

Klozapinin kardiyotoksisiteye neden olduğu mekanizmalar halen net değildir. Mevcut öncü hipotez, IgE aracılı aşırı duyarlılık reaksiyonuna işaret eder (31). Elman ve ark. ise klozapin ile tedavi edilen hastaların diğer antipsikotiklerle tedavi edilen hastalara göre daha yüksek noradrenalin düzeylerine sahip olduklarını kaydetmiştir (32). Artan katekolamin düzeyleri miyokardit ve/veya kardiyomiyopati gelişiminde etkili olabilir. Diğer kanıtlanmamış mekanizmalar arasında sitokrom P450 1A2/1A3 enzim eksiklikleri, kalsiyum bağımlı iyon kanalı blokajı, artmış inflamatuar sitokin üretimi ve düşük serum selenyum düzeyleri bulunmaktadır (33).

Klozapin kaynaklı kardiyotoksisiteden şüphelenilen hastaların tam kan sayımı, kardiyak biyobelirteçler (troponin düzeyi ve CRP dahil) ölçümü ve acil transtorasik ekokardiyografi ile hızlı tıbbi değerlendirmesi gerekir. İlk tedavi, ilacın kesilmesini ve destekleyici bakımın sağlanmasını içerir. Klozapinin yeniden başlanması mümkündür, ancak yalnızca kontrollü bir ortamda yakın klinik gözetim altında yapılmalıdır (34).

Miyokardit: Miyokardit, miyokardın inflamatuar bir bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Belirtilerin ortaya çıkması genellikle klozapin başlanmasından sonraki ilk iki ay içinde gelişir. Heterojen belirtiler tanıyı zorlaştırabilir ve durumun görülme sıklığı ve prevalansı hakkında kesin veri eksikliğini açıklayabilir (35). Genel nüfusta 1.8/10 000 000 olarak tahmin edilen miyokardit görülme sıklığını, Haas ve ark. klozapin ile tedavi edilen hastalarda %0.7 ile %1.2 arasında rapor etmişlerdir. Bu kohortta, miyokardit gelişen hastaların çoğunlukla standart dozda klozapin kullandıkları ve bu yan etkinin doz bağımlı olmadığı görülmüştür (35).

Klozapin kaynaklı miyokarditin klasik bir görünümü yoktur. En sık bildirilen belirtiler ateş, taşikardi, göğüs ağrısıdır ve bunlar %32 ile %49 arasında değişen oranlarda görülür. En yaygın anormal bulgular olguların %66'sında nonspesifik anormal EKG, yüksek troponin ve lökositozu içerir (34).

Kardiyomiyopati: Kardiyomiyopati, miyokardiyal kontraktil disfonksiyonun kronik bir durumudur. Klozapin ile tedavi edilen hastalarda da tanımlanmıştır. Bildirilen insidans Birleşik Krallık'ta %0,02, Avustralya'da %0,1 arasında değişmektedir (36). Belirtiler, genellikle klozapinle ilişkili miyokarditten en az 8 hafta sonra ortaya çıkar, ancak herhangi bir aşamada da gelişebilir. Hastalar tamamen asemptomatik olabilir, ancak bazen ilerleyici kardiyak yetmezlik özellikleri ile görülebilirler (37).

Perikardit: Akut perikardit, klozapinin en nadir kardiyotoksik yan etkisi olmakla beraber klinik olarak önemlidir. Hastalarda bu önemli yan etkinin fark edilmemesi, perikardiyal tamponat ve fulminan miyokarditi de içeren önemli sonuçlar doğurabilir. Postural plöretik göğüs ağrısından kardiyak tamponata kadar değişik klinik görünümü vardır. Bildirilen olguların çoğunda klozapin tedavisi kesilmiş ve belirtilerin tam olarak çözülmesi sağlanmıştır (38).

Gastrointestinal Yan Etkiler

Klozapin antikolinerjik özelliklerinden ötürü değişen derecelerde peristaltizmi bozarak özofagustan rektuma kadar tüm gastrointestinal sistemi etkileyebilir (39). Klozapin reçete edilen hastalarda ortalama kolonik geçiş süresi 104.5 saat bulunmuştur. Bu süre, diğer antipsikotikler ve normatif değerlerden dört kat daha uzundur (40). Ayrıca, serotonin de gastrointestinal motilitenin düzenlenmesinde önemli rol oynar ve serotonin reseptör antagonizması olasılıkla bu sorunlara katkıda bulunabilir (39).

Gastrointestinal yan etkileri hafif kabızlıktan ölümcül bağırsak tıkanıklığına veya iskemiye kadar çeşitli ve yaygındır. Kabızlık ile ilişkili olayların %22.8 ile %60 arasında görüldüğü bildirilmiştir. Ciddi klinik sonuçları olabilen ileus, bağırsak tıkanıklığı, bağırsak iskemisi, Ogilvie sendromu ve megakolon daha nadir ortaya çıkmaktadır (40). Farmakovijilans verileri, antipsikotikler arasında klozapinin en yüksek oranda kabızlık ile ilişkili mortaliteye sahip olduğunu göstermektedir. ABD'de 1997-2009 yılları arasında kabızlık ile ilişkili komplikasyonlar nedeniyle 70 civarı ölüm olayı meydana gelmiştir ve bu ölümler klozapin kaynaklı agranülositozdan üç kat daha fazladır (41).

Gastrointestinal komplikasyonların oluşumunu önlemek için stratejiler yeterli sıvı alınması, lifli diyet ve düzenli fiziksel aktivitenin sağlanmasıdır. Ancak, kronik kabızlık klozapin tedavisi boyunca devam edebilir. Bu olgularda uzun süreli stimülan laksatif kullanımının güvenliliği katartik kolon riski nedeniyle tartışmalıdır (42).

Diğer nadir yan etkiler

Priapizm: Uyarılma veya cinsel istekten bağımsız, ağrılı, uzun süreli ve kalıcı bir penil ereksiyon durumudur. Tüm priapizm olgularının %15 ile %45'inin özellikle psikoaktif ilaçlarla tetiklendiği bilinmektedir. Tipik ve atipik antipsikotikler priapizme neden olabilir (43). Klozapin kaynaklı priapizmin ilk örneği 1992'de rapor edilmiştir (44). Mekanizmasının alfa-2 reseptör antagonizmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (43,45). Zamanında ve uygun bir şekilde tedavi edilmezse empotans, nekroz ve akut üriner retansiyon gibi kalıcı sonuçlara neden olan ürolojik sorunlar gelişebilir. Cerrahi dekompresyon ile klinik iyileşme sağlanabilir, ancak yeniden klozapin başlanması ile priapizm tekrarlayabilir. Ürolojik durumu iyileşen hastaya klozapin devam edilmesine izin veren tedavi yöntemi hormon replasmanıdır (her 28 günde bir 3.5 mg goserelin asetat). Düzenli goserelin asetat uygulaması, testosteron plazma düzeyleri üzerindeki antagonistik etkisi nedeniyle nükseden priapizmi olan hastalarda tercih edilebilir (46).

Pulmoner emboli: Daha çok tedavinin erken döneminde ve doz-bağımsız ortaya çıkan, ölümcül olabilen ciddi bir yan etkidir. Mekanizması bilinmemektedir, ancak sedasyon, sigara kullanma, trombosit agregasyonunda artış ve kilo alma ile ilişkilendirilmektedir (47).

Şiddetli hipertansiyon krizler: Klozapinin α2-adrenerjik reseptör antagonist etkisi nedeniyle, hastalarda norepinefrin plazma düzeylerinin yükselmesi beklenen bir sonuçtur. Klozapin (300-900 mg) ile tedavi edilen 22 ile 51 yaş arasında, üriner katekolamin seviyeleri yüksek ve şiddetli hipertansiyon krizleri olan olgular bildirilmiştir. Klozapinin sonlandırılması ile kan basıncı ve üriner katekolamin konsantrasyonları normale dönmüştür (48).

Aspirasyon pnömonisi: Sedasyon, siyalore, azalan orofaringeal ve özofagus persistaltizmi klozapin kullanan hastalarda aspirasyon pnömonisi riskinin artmasına katkıda bulunur (49). Özellikle, siyalore ile ilişkilendirilen aspirasyon pnömonisi olguları rapor edilmiştir (49,50). Kuo ve ark. klozapin reçete edilen şizofreni hastalarında hastaneye yatmayı gerektiren pnömoni için 3.18'lik bir risk oranı bulmuştur (50).

SONUÇ

Tedaviye dirençli şizofreni tedavisinde yararlarına karşın, ciddi yan etkilerin ortaya çıkma olasılığı nedeniyle klozapin kullanımı oldukça sınırlıdır. Bu yan etkilerin çoğunluğu reseptör aracılı mekanizmalar ile doğrudan ilişkilidir ve öngörülebilirdir. Diğer bir kısmı nadirdir, ancak yaşamı tehdit edebilen özelliktedir. Ciddi yan etkilerin varlığı, klozapin kullanımını sınırlandırmaktadır. Yeterli bilgi, olası ciddi yan etkilere karşı klinik farkındalık ve hızlı müdahale klozapin tedavisine bağlı morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde azaltabilir.

Yazışma Adresi: Prof. Dr., Özcan Uzun, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Ankara, Türkiye ozcanuzun@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Crilly J. The history of clozapine and its emergence in the US market: a review and analysis. Hist Psychiatry 2007; 18: 39-60.

2. Taylor DM. Clozapine for treatment-resistant schizophrenia: Still the gold standard? CNS Drugs 2017; 31: 177-180.

3. Kane J, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. Arch Gen Psychiatry 1988; 45: 789-796.

4. Meltzer HY, Alphs L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, Bourgeois M, Chouinard G, Islam MZ, Kane J, Krishnan R, Lindenmayer JP, Potkin S; International Suicide Prevention Trial Study Group. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). Arch Gen Psychiatry 2003; 60:82-91.

5. Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). Lancet 2009; 374: 620-627.

6. Uzun Ö, Özşahin A, Özmenler KN, Doruk A, Battal S. Clozapine in treatment-resistant schizophrenia: follow-up study for three years. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni 2000; 10: 74-80.

7. De Berardis D, Rapini G, Olivieri L, Di Nicola D, Tomasetti C, Valchera A, Fornaro M, Di Fabio F, Perna G, Di Nicola M, Serafini G, Carano A, Pompili M, Vellante F, Orsolini L, Martinotti G, Di Giannantonio M. Safety of antipsychotics for the treatment of schizophrenia: a focus on the adverse effects of clozapine. Ther Adv Drug Saf 2018; 9: 237-256.

8. Gardner DM, Baldessarini RJ, Waraich P. Modern antipsychotic drugs: a critical overview. CMAJ 2005; 172: 1703-1711.

9. Kapur S, Seeman P. Does fast dissociation from the dopamine d(2) receptor explain the action of atypical antipsychotics? A new hypothesis. Am J Psychiatry 2001; 158: 360-369.

10. De Fazio P, Gaetano R, Caroleo M, Cerminara G, Maida F, Bruno A, Muscatello MR, Moreno MJ, Russo E, Segura-García C. Rare and very rare adverse effects of clozapine. Neuropsychiatr Dis Treat 2015; 11: 1995-2003.

11. O'Connor WT, O'Shea SD. Clozapine and GABA transmission in schizophrenia disease models: establishing principles to guide treatments. Pharmacol Ther 2015; 150: 47-80.

12. Wiciński M, Węclewicz MM. Clozapine-induced agranulocytosis/granulocytopenia: mechanisms and monitoring. Curr Opin Hematol 2018; 25: 22-28.

13. Copolov DL, Bell WR, Benson WJ, Keks NA, Strazzeri DC, Johnson GF. Clozapine treatment in Australia: a review of haematological monitoring. Med J Aust 1998; 168: 495-497.

14. Demler TL, Morabito NE, Meyer CE, Opler L. Maximizing clozapine utilization while minimizing blood dyscrasias: evaluation of patient demographics and severity of events. Int Clin Psychopharmacol 2016; 31: 76-83.

15. Honigfeld G, Arellano F, Sethi J, Bianchini A, Schein J. Reducing clozapine-related morbidity and mortality: 5 years of experience with the Clozaril National Registry. J Clin Psychiatry 1998;59(Suppl 3): 3-7.

16. Silvestrini C, Arcangeli T, Biondi M, Pancheri P. A second trial of clozapine in a case of granulocytopenia. Hum Psychopharmacol 2000; 15: 275-279.

17. Khan AA, Harvey J, Sengupta S. Continuing clozapine with granulocyte colony-stimulating factor in patients with neutropenia. Ther Adv Psychopharmacol 2013; 3: 266-271.

18. Kutscher EC, Robbins GP, Kennedy WK, Zebb K, Stanley M, Carnahan RM. Clozapine-induced leukopenia successfully treated with lithium. Am J Health Syst Pharm 2007; 64:2027-31.

19. Varma S, Bishara D, Besag FM, Taylor D. Clozapine-related EEG changes and seizures: Dose and plasma-level relationships. Ther Adv Psychopharmacol 2011; 1: 47-66.

20. Wong J, Delva N. Clozapine-induced seizures: Recognition and treatment. Can J Psychiatry 2007; 52: 457-463.

21. Langosch JM, Trimble MR. Epilepsy, psychosis and clozapine. Hum Psychopharmacol 2002; 17: 115-119.

22. McCarthy RH. Seizures following smoking cessation in a clozapine responder. Pharmacopsychiatry 1994; 27: 210-211.

23. Muzyk A, Gala G, Kahn DA. Use of lamotrigine in a patient with a clozapine-related seizure. J Psychiatr Pract 2010; 16: 125-128.

24. Lee MJ, Lin PY, Chang YY, Chong MY, Lee Y. Antipsychotics-induced tardive syndrome: a retrospective epidemiological study. Clin Neuropharmacol 2014; 37: 111-115.

25. Uzun, Ö, Cansever A, Özsahin A. A case of relapsed tardive dyskinesia due to clozapine dose reduction. Int Clin Psychopharmacol 2001; 16: 369-371.

26. Chakraborty K, Sharma A, Singh D, Gupta J, Lahariya S. Management of tardive syndromes with clozapine: a case series. Asian J Psychiatr 2014; 8: 111-114.

27. Uzun O, Doruk A. Tardive oculogyric crisis during treatment with clozapine: report of three cases. Clin Drug Investig 2007; 27: 861-864.Grover S, Hazari N, Kate N,

28. Miller DD. Clozapine and tardive dyskinesia. Am J Psychiatry 2003; 160: 588.

29. Limandri BJ. Tardive dyskinesia: New treatments available. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2019;57:11-14

30. Osborne IJ, McIvor RJ. Clozapine-induced myoclonus: a case report and review of the literature. Ther Adv Psychopharmacol 2015; 5: 351-356.

31. Pieroni M, Cavallaro R, Chimenti C, Smeraldi E, Frustaci A. Clozapine-induced hypersensitivity myocarditis. Chest 2004; 126: 1703-1705.

32. Elman I, Goldstein DS, Eisenhofer G, Folio J, Malhotra AK, Adler CM, Pickar D, Breier A. Mechanism of peripheral noradrenergic stimulation by clozapine. Neuropsychopharmacology 1999; 20: 29-34.

33. Devarajan S, Kutcher SP, Dursun SM. Clozapine and sudden death [letter]. Lancet 2000; 355: 841.

34. De Berardis D, Serroni N, Campanella D, Olivieri L, Ferri F, Carano A, Cavuto M, Martinotti G, Cicconetti A, Piersanti M, Saverio Moschetta F, Di Giannantonio M. Update on the adverse effects of clozapine: focus on myocarditis. Curr Drug Saf 2012; 7: 55-62.

35. Haas SJ, Hill R, Krum H, Liew D, Tonkin A, Demos L, Stephan K, McNeil J. Clozapine-associated myocarditis: a review of 116 cases of suspected myocarditis associated with the use of clozapine in Australia during 1993-2003. Drug Saf 2007; 30: 47-57.

36. Kritharides L, Chow V, Lambert TJ. Cardiovascular disease in patients with schizophrenia. Med J Aust 2017; 206: 91-95.

37. Yuen JWY, Kim DD, Procyshyn RM, White RF, Honer WG, Barr AM. Clozapine-induced cardiovascular side effects and autonomic dysfunction: A systematic review. Front Neurosci 2018; 12: 203.

38. Razminia M, Salem Y, Devaki S, Shah N, Khosla S. Clozapine induced myopericarditis: early recognition improves clinical outcome. Am J Ther 2006; 13: 274-276.

39. Palmer SE, McLean RM, Ellis PM, Harrison-Woolrych M. Life-threatening clozapine-induced gastrointestinal hypomotility: an analysis of 102 cases. J Clin Psychiatry 2008; 69:759-768.

40. Every-Palmer S, Nowitz M, Stanley J, Grant E, Huthwaite M, Dunn H, Ellis PM. Clozapine-treated patients have marked gastrointestinal hypomotility, the probable basis of life-threatening gastrointestinal complications: A cross sectional study. EBioMedicine 2016; 5: 125-134.

41. De Hert M, Hudyana H, Dockx L, Bernagie C, Sweers K, Tack J, Leucht S, Peuskens J. Second-generation antipsychotics and constipation: a review of the literature. Eur Psychiatry 2011; 26: 34-44.

42. Twycross R, Sykes N, Mihalyo M, Wilcock A. Stimulant laxatives and opioid induced constipation. J Pain Symptom Manag 2012; 43: 306-313.

43. Compton MT, Miller AH. Sexual side effects associated with conventional and atypical antipsychotics. Psychopharmacol Bull 2001; 35: 89-108.

44. Jeong SH, Kim JH, Ahn YM, Lee KY, Kim SW, Jung DC, Kim YS. A 2-year prospective follow-up study of lower urinary tract symptoms in patients treated with clozapine. J Clin Psychopharmacol 2008; 28: 618-624.

45. Rosen SI, Hanno PM. Clozapine-induced priapism. J Urol 1992; 148: 876-877.

46. Mulhall JP, Kaminetsky JC, Althof SE, Goldstein I, Creanga DL, Marfatia A, Symonds T, Budhwani M. Correlations with satisfaction measures in men treated with phosphodiesterase inhibitors for erectile dysfunction. Am J Mens Health 2011;5: 261-271.

47. Poudyal R, Lohani S. Clozapine associated pulmonary embolism: systematic review. J Community Hosp Intern Med Perspect 2019; 9:300-304.

48. Grover S, Sahoo S, Mahajan S. Clozapine-induced hypertension: A case report and review of literature. Ind Psychiatry J 2017; 26:103-105.

49. Kaplan J, Schwartz AC, Ward MC. Clozapine-associated aspiration pneumonia: Case series and review of the literature. Psychosomatics 2018; 59:199-203.

50. Kuo CJ, Yang SY, Liao YT, Chen WJ, Lee WC, Shau WY, Chang YT, Tsai SY, Chen CC. Second-generation antipsychotic medications and risk of pneumonia in schizophrenia. Schizophr Bull 2013; 39:648-657.

Yapay bozukluk/bakım verenin yapay bozukluğu olgularına psikodinamik bakış ve klinik yaklaşım: Bir gözden geçirme

Psychodynamic aspects and clinical approach to the concepts of factitious disorder/factitious disorder imposed on another: A review

Dilşad Foto Özdemir[1]
[1]Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara
https://orcid.org/0000-0002-9077-8419

ÖZET

Yapay Bozukluk fiziksel veya psikolojik belirtilerin taklit edilmesi, yaralamanın veya hastalığın indüklenmesinin aldatma niyetiyle oluşturulması ile karakterize bir bozukluktur. Bakım verenin Yapay Bozukluğu bir başkasında fiziksel veya psikolojik belirtileri taklit etme, aldatma amaçlı belirtiler üretme, yaralama veya hastalığa neden olmadır. Bu bozuklukta, dışsal bir ödül olmaksızın aldatmaca davranışları belirgindir. Yüksek mortalite ve morbiditeye neden olan ciddi bir çocuk istismarı türüdür. Literatürde, hekimin hastalık hakkında farkındalığının arttırılmasının morbidite ve mortaliteyi azaltacağı veya önleyebileceği belirtilmektedir. Bu bozukluğun belirlenmesi ve sürecin doğru yürütülmesi için multidisipliner yaklaşım hayati öneme sahiptir. Ülkemizde bu hastalarla çalışabilecek multidisipliner ekipler oldukça sınırlı sayıdadır. Hukuk sisteminin bu davalara çok yabancı olduğu, genellikle yasal süreci başlatmadığı ve çocuk istismarını önleyemediği görülmektedir. Bu makalede hastanemizin Çocuk İstismarı Değerlendirme Araştırma ve Tedavi komisyonunun multidisipliner ekip çalışması, klinik deneyimleri ve yazında yer alan olgu serileri göz önüne alınarak Yapay Bozukluk/Bakım verenin Yapay Bozukluğu olgularının biyopsikososyal ve psikodinamik özelliklerini çok boyutlu olarak tartışmak, alan yazın eşliğinde, son bilgiler ışığında bu olgulara yaklaşımla ilgili bir yol haritası sunmak amaçlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Yapay bozukluk, bakım verenin yapay bozukluğu, çocuk istismarı, psikopatoloji

SUMMARY

Factitious Disorder is characterized by fabricating physical or psychological symptoms, injuring or inducing the illness with the intent of deception. Factitious Disorder Imposed on Another is mimicking physical or mental, misleading symptoms, injuring or causing the disease on another. In this disorder, behaviors of deception are obvious, even without any extrinsic reward. It is a severe form of child abuse which leads to high levels of mortality and morbidity. It is stated in the literature that raising awareness of physicians about the disorder can reduce and even sometimes prevent the mortality and morbidity. Multidisciplinary approach is of great significance for the process to be carried out properly and for the disorder to be detected. Turkey suffers from the lack of multidisciplinary teams of physicians who can study and treat such a disorder. It is clear that the judicial system in the country is ignorant of such cases, does not usually commence legal proceedings and cannot prevent the child abuse. This article aims to extensively discuss the biopsychosocial and psychodynamic features of the concepts of factitious disorder and the factitious disorder imposed on another and undertakes to set a course for these concepts in the light of literature research and recent information on the issue, considering the multidisciplinary teamwork conducted by the Commission on Evaluation, Research and Treatment of Child Abuse, clinical experiences and a wide range of concept research included in the literature.

Key Words: Factitious Disorder, Munchausen syndrome by proxy, child abuse, psychopathology

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:503-517)
DOI: 10.5505/kpd.2020.29291

Makalenin geliş tarihi: 07.02.2020, Yayına kabul tarihi: 16.03.2020

GİRİŞ

Yapay Bozukluk (YB) fiziksel veya ruhsal belirtilerin taklit edilmesi, yaralama veya hastalık oluşturmanın aldatma niyetiyle yapılması ile karakterizedir (1,2). Genellikle YB'den şüphelenilen hastada kliniğin değerlendirilmesi, fiziksel veya ruhsal belirtilerin hastanın oluşturduğunun belirlenmesi için psikiyatri görüşü istenir. Ancak standart psikiyatrik görüşme, ruhsal muayene ve mevcut psikometrik değerlendirmelerle YB tanısının konulması zordur (3). Klinik tablonun normal dışı seyri ve görünümünden dolayı klinisyenin YB'den şüphelenmesi, ayrıntılı geçmiş tıbbi öykü, geçmiş hastane kayıtları ve bütün bu verilerin ruh sağlığı uzmanının da bulunduğu multidisipliner bir ekip tarafından değerlendirilmesi tanılamanın esasını oluşturur (4,5,6). Tanı, açık dışsal ödüller olmaksızın sahte hastalık kurgusu oluşturma, belirtileri taklit etme ya da hastalığa sebep olmak için aldatma amaçlı davranışları gizlice yapmayı gerektirir. Önceleri "Munchausen Sendromu" olarak bilinen Yapay Bozukluk (YB)/Factitious Disorder, DSM 5'te bazı değişiklikler yapılarak Bedensel Belirtiler ve İlişkili Bozukluklar başlığı altına alınmıştır ve Kendisine Yüklenen Yapay Bozukluk/ Factitious Disorder Imposed on Self ve Bir Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk/Factitious Disorder Imposed on Another başlığı altında 2 kategoriye ayrılmıştır (2). YB oldukça nadir görülür, ancak bunun nedeni bozukluğun doğasının aldatma ve gizleme üzerine kurulmuş olmasıdır. YB'nin belirlenmesi hastalığa neden olan davranışların doğrudan gösterilmesine bağlı olduğundan tanılama oldukça zordur (7,8). Bakım verenin Yapay Bozukluğu (BYB) ise bakmakla yükümlü kişi -genellikle de anne- tarafından çocukta bir hastalık varmış gibi gösterme, hastalık üretme, mevcut hastalığı olduğundan ağır bir bozukluk gibi abartarak sunma ya da doğrudan müdahaleyle çocukta hastalık yaratma olarak bilinen, mortalite ve morbidite oranı oldukça yüksek bir çocuk istismarı türüdür (9). Hekimi çoğu zaman çıkmaza sokan bu olgularda sürecin bir ekip tarafından yönetilmesi; olguları fark etmek, uygun değerlendirmek, çocuk ve aileyi ele almak, olgu yönetimini doğru yapmak, çocuğu korumak için çok önemlidir. Bu süreçte çocuk ve ailenin içinde bulunduğu durumun olgu özelinde çok boyutlu olarak ele alınması, çocuğun yüksek yararının gözetilmesi, birçok kurumla işbirliğinin yapılması gerekir. Ülkemizde bu olguların uygun ele alındığı multidisipliner ekip sayısı oldukça sınırlıdır. Hacettepe Üniversitesi -Çocuk İhmali ve İstismarı Değerlendirme, Araştırma ve Tedavi Komisyonu (ÇİDAT)- uzun yıllardır bu olgularla multidisipliner ekip olarak çalışmakta, olguları tespit etme, çocuğun güvenliğini sağlama, yüzleştirme, aileleri bilgilendirme, gerekli durumlarda adli süreci başlatma, çocuk koruma hizmetlerini harekete geçirme konusunda ciddi hizmetler vermektedir. Bu makalede YB olgularında klinik deneyimlerimiz, yazında yer alan olgu serilerimiz ve son dönem yazın bilgisi gözden geçirilerek klinisyende farkındalık yaratmak amaçlanmıştır. Halen yazında tanı geçerliliği tartışılan, hastalığın tıbbi, sosyal, hukuki, mali birçok boyutu olması nedeniyle hekimlerin mesafeli yaklaştığı, gizleme ve aldatma üzerine kurgusu nedeniyle sıklıkla atlanan, hastalığın sürecine ve istismara sağlık ekibinin katkısının da olduğu bilinen Yapay Bozukluk ve Bakım verenin Yapay Bozukluğu çok boyutlu olarak ele alınarak biyopsikososyal ve psikodinamik özelliklerinin tartışılması, son bilgiler ışığında bu olgulara yaklaşımla ilgili yol haritasının sunulması planlanmıştır.

YAPAY BOZUKLUK

YB'nin temeli aldatma ve gizleme üzerine olduğu için ancak klinikte tespit edilebilen olgular üzerinden yaygınlığı belirlenebilmektedir (10). Hastanede yatarak değerlendirilen her 1000 hastadan 1'inde YB şüphesiyle psikiyatri konsültasyonu istendiği bildirilmektedir. Araştırmalara göre, YB'nin yaygınlığı olasılıkla %0.5 ile % 2 arasında değişmektedir (7,10,11).

Yapay Bozukluğu olan Hastaların Özellikleri

YB üzerine çok az bilimsel araştırma bulunmaktadır. Bu konuda bildiklerimizin çoğu, profesyonellerin konsültasyon çalışmaları esnasında belirledikleri olgularla ilgili vaka bildirimleri ve makalelere dayanmaktadır. YB çoğunlukla 20'li-50'li yaşlarda ve kadınlarda görülmektedir (10,12). YB eğer bir erkek hastada tespit edilirse çoğunlukla tablo daha dramatik, düşmanca ve sosyopatik özellikler taşır (8). YB

hastaları arasında sağlık alanında çalışanların fazla olduğu bildirilmekle birlikte hastaların özellikle kendilerini sağlıkla ilişkili bir meslek grubunda gibi sunuyor olma ihtimali üzerinde durulmaktadır. YB hastalarının yarısından fazlasında geçmiş kayıplar, ciddi hastalık geçirmiş yakın aile üyesi, tıbbi kayıtlarda beklenmedik düzeyde çok sayıda çocukluk hastalığı ve operasyon, görüşmede açıklanamayan karmaşık geçmiş hastalık öyküsü bulunur (8, 10, 12). Bazen YB'si olan hasta çocuklukta BYB'ye maruz kalmış, yetişkin dönemde hastalığı sürdürmüş kötü muamele mağdurudur (13). YB sıklıkla süreğen, ataklarla seyreden, stresle tetiklenen bir bozukluktur. Evlilik uyuşmazlıkları, artan sorumluluklar ve baskılar, iş sorunları gibi stres durumlarında tekrarlayan orta ve geç erişkinliğe kadar devam eden bir bozukluktur (10,12).

Hastalık davranışının belirleyicileri çok yönlü olup, bir kişinin önceki hastalık deneyimleri, aile içi ilişkiler, erken dönem deneyimler, gelişimsel faktörler, hastalık hakkındaki mevcut inanışlar, hastanın hastalığa bakışı davranışı belirlemektedir (8,12,14). Hastalık deneyimleri insanların hasta rolünün güçlü sosyal faydalarını fark etmelerine yardımcı olur. Hasta rolü, avantajlar içeren, potansiyel olarak sosyal ilişkilerde ikincil kazançları oluşturması nedeniyle arzu edilebilen, kısmen meşrulaşmış bir durumdur (8,15,16). Bizim ülkemizde olduğu gibi bazı toplumlarda, hasta olarak ruhsal bozukluklardan çok fiziksel hastalıklar kabul edilebilir olduğunda yaşamın zorluklarıyla başa çıkma, bunlara uyum sağlamada içsel çatışmaların somatize edilmesi daha sık görülür (8,15,17).

Yapay Bozukluğu Belirtilerinin Özellikleri

YB'de hasta tutarsız, seçici veya yanıltıcı bir hastalık öyküsü verir; tedavi ekibinin hastalık öyküsüyle ilgili bilgi kaynaklarına erişmesine izin vermeye genellikle direnir. Laboratuvar veya diğer testlerden elde edilen kanıtlar hasta tarafından iletilen bilgilerle uyuşmaz. Hasta sağlığında bozulmaları önceden tahmin eder veya planlanan taburculuk olmadan kısa bir süre önce belirtilerde alevlenmeler olur. YB tanısı konan hastalarda 4 tip hastalık davranışı gözlenmektedir. Bu hastalık davranışının niteliği hastalığın şiddetini ve süreğenliğini belirlemektedir (10). Hastalık üretme davranışının hafif formu temelde var olan gerçek bir hastalığı abartarak sunma, bir diğeri tespit edilmesi mümkün olmayan bazı belirtiler dile getirerek hastalığı varmış gibi yapmaktır. Genellikle nesnel tıbbi kanıtlarla göstermenin neredeyse imkânsız olduğu ağrı, bulantı, yorgunluk gibi öznel belirtilerle hasta ısrarla kendisini hasta olarak sunar. Bu hasta davranışının yaygın olduğu tahmin edilmekle birlikte yazında bildirmeye değer bulunan olguların daha ciddi olgulardan oluşması hem YB'nin genel olarak ciddi sonuçları olduğu hem de nadir görüldüğü yanılgısına neden olmaktadır (6,8, 10). Yazında yaygın olarak bildirilen olgular laboratuvar sonuçlarını değiştirme amaçlı kan, idrar, BOS, doku örneklerine bulaştırma yolu ile müdahale ya da doğrudan kişinin girişimsel bir yöntemle kendi metabolizmasına müdahale etmesidir. Yaygın görülen klinik tablolar; yüksek kalsiyum seviyeleri, idrardaki protein, yüksek/düşük kan glikoz seviyeleri, döküntü, kusma, solunum sıkıntısı gibi dramatik fiziksel belirtilerdir. En sık bildirilen problemler apne, beslenme güçlüğü, ishal, nöbetler, duyusal veya motor problemler, davranış problemleri, astım, alerji, iyileşmeyen yaralar, ateş ve ağrıdır (10,11,16,18,19). Buradaki hastalık üretme davranışı ya tahlil edilecek idrar, kan, biyopsi materyallerine dışkı, bakteri, kan bulaştırarak müdahale etme ya da kendini alerjenlere, bakterilere, çeşitli tıbbi ve tıbbi olmayan kimyasallara maruz bırakma şeklindedir. İyileşmeyen yaralarda hasta açık yarayı enfeksiyon kapması için kasıtlı olarak kirletir (18). YB'nin varsanı, sanrı, demans veya mani/depresyon gibi belirtilerle ortaya çıktığı bir çeşidi de vardır (10,12). Konuyla ilgili çok veri bulunmamakla birlikte, YB'nin psikiyatrik sunumlarının tıbbi varyanttan daha az olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, YB'nin internet üzerinden de sürdürüldüğü bildirilmektedir. İnsanların çevrimiçi forumlara, tartışma gruplarına, kanser ve diğer ciddi hastalıkları varmış gibi davranarak katıldığı durumlar bildirilmiştir (20).

Pediatri uzmanlarına baş ağrısı, tekrarlayan karın ağrısı, nöbetler, bulanık görme ve başka birçok şikâyetlerle başvuran ve gözden kaçan YB olguları olduğu düşünülmektedir. Ancak yetişkinlerde olduğu gibi YB tanısı koyabilmek için, YB'yi diğer somatizasyon bozuklukları ve/veya hastalıklardan ayırt etmek, kasıtlı aldatmayı ve hastanın hasta

rolünü üstlenmedeki motivasyonunu anlamak gereklidir. Çocukta YB'yi saptamada bazı zorluklar vardır; belirtilerin birçok tanıyla örtüşmesi, belirlenmesi zor özgül olmayan belirtiler olması, çocuğun motivasyonunu ve niyetini anlamanın zorluğu, temel motivasyondan bağımsız olarak ikincil kazancın çocuk için kaçınılmaz olması bunlardan bazılarıdır. Çocuğun kasıtlı hastalık üretmeye başladığı süreç hakkında çok az şey bilinir. Çocuklar hastalık davranışını öğrenebilirler. Hasta rolünün erken dönemde desteklenmesi, ebeveynin ilgisini fark etmesi, evdeki görevlerden ve okuldan kurtulması (21), ebeveynin çocuğu bedensel duyumlara karşı duyarlı kılması, normal duyumları anormal olarak algılamayı öğrenmesi bu süreci etkiler (13,14). Çocuklar ebeveynlerin duygusal sorunları somatize ederek ifade etmelerine karşı duyarlıdır. Ebeveynin çocuğun belirtilerine koçluk ettiği, bunun çocukta naif/kırılgan olmaktan, pasif olarak durumu kabullenmeye, ebeveyne aktif katılımdan, kendisine doğrudan zarar vermesine kadar dinamiklerin iç içe geçmesine neden olduğu bildirilmiştir (13). Ebeveynin, çocukta hasta davranışını dolaylı olarak pekiştirdiği, aldatma niyeti olan veya olmayan yönlendirmesini çocuğun modellediği görülür. Ayrıca ebeveynin, hastalık aldatmacasını çocuğa aktif olarak öğrettiği, teşvik ettiği, BYB'ye katılmasını sağladığı ve ileride YB olmasına neden olduğu belirtilmektedir (13,22).

Yapay Bozukluğun Ruhsal Özellikleri

YB, somatoform bozuklukların bir parçası olması, genç yaşta başlaması, kalıcı niteliği ve sıklıkla kişilik bozukluğunun eşlik etmesi nedeniyle gelişimsel bozukluklar kapsamında değerlendirilir (8, 13).

YB hastalarının hekimi aldatma, hasta rolünü sürdürmek için gizleme, dikkat çekme arzusu gibi birçok gelişimsel etmenler tarafından motive olduğu görülür (8,12,23). Gelişim kuramı açısından, aldatma davranışı 5 yaşından küçük çocuklarda dahi sözsüz olarak görülmekte, çocuklar büyüdükçe aldatma daha karmaşık, gelişmiş hale gelmektedir. Kasıtlı veya taktiksel aldatmayı insanlar sosyal etkileşimde çok sıklıkla kullanır ve erken yaşta dahi mümkündür (8,14). Bu görüş, aldatma kullanılan bağlanma stratejilerinin olduğu gelişimsel psikopatolojilerle de desteklenmektedir (24,25). YB olan hastalarda gelişimsel faktörler açısından; özellikle selfin regülasyonunda ve egonun entegre olmasında sorunlar, olguların yarısında sınırda kişilik bozukluğu, üçte birinde narsisistik kişilik bozukluğu ve self patolojileri bildirilmiştir. Self patolojisinin düzeyi ve self regülasyonundaki sorunlar davranış ve duyguları denetleme becerisini etkiler, YB'nin prognozunu belirler (26). YB'de yoğun intrapsişik çatışmalar, duygulanımın güçlü bir şekilde baskılanması, duyguların yalıtımı, ego bütünleşmesinde aksamalar görülür. Olgunlaşmamış savunma düzeneklerinin -yer değiştirme, içe yöneltme, bastırma, dissosiyasyon- yoğun bir şekilde kullanılması hastanın agresyonu kendisine yöneltmesine, kendine zarar verme, intihar girişimi gibi eylemlere neden olabilir (23,26). YB'de erken dönemde ebeveynin yakın ilişki kurmada yetersiz ve reddedici olması, doyurulmamış bağımlılık gereksinimi, kendilik değerini onarma ve sürekli onaylanma ihtiyacı hastanın patolojik baş etme yöntemlerine yönelmesine neden olur (14,21). Geçmişte yaşanan olumsuz deneyimlere bağlı gelişen bilinçaltı çatışmaların ruhsal benlikteki temsilleri, somatik benlikte bedenin hastalıklı bölgesi olarak sembolleştirilir. Böylece içsel çatışma, dış ve görünür hale getirilerek idealize edilen nesneye (hekime) sunulur. Çözümlenmemiş bu çatışmaların benlikteki temsilinin sembolik ve iletişimsel bir anlamı olduğu, bu bakımdan geleneksel histeri kavramıyla yakından ilgili olduğu da belirtilmektedir (2,12). Ruhsal benlikte bilinçdışı bu çatışmalar içsel olarak yaşanırken, bedensel olarak sembolleştirilerek idealize edilen nesneye -hekime- sunulması sadomazoşit bir bağ kurulmasına hizmet eder (12,27). YB'de hastaların mazoşistik özellikleri olduğu, kendilerini riskli, küçük düşürücü durumlara soktukları, acı veren müdahalelere maruz bıraktıkları, sınırda kişilik özellikleri taşıdıkları, engellenme, hayal kırıklığına karşı son derece toleranssız oldukları, yoğun bağımlılık ihtiyacı duydukları belirtilmiştir (26).

YB olan hastalar stresli yaşam olayları karşısında sağlıksız başa çıkma mekanizmaları kullanarak, uygunsuz davranışlar sergilemekte, aldatmacayı sürdürebilmek için patolojik yalana başvurmaktadır (14). Fiziksel belirtileri olan YB'li bireyler olası bir psikiyatrik görüşme yapmayı kabul etmemekte, buna karşı çıkmakta ve hatta bu

koşulda hastaneden taburculuk talep etmektedir (6). İşbirliğine açık olmamakla birlikte hastalığının doğasının hekimler tarafından fark edildiğini anladığında düşmanca ve yıkıcı davranışları artmakta ve bazen bu agresyonu kendisine yöneltmektedir. Bazen mevcut hastalığını uyararak şiddetini artırmakta, bazen intihar girişiminde (% 14,1) bulunmaktadır (18). Bu durum hastalarla terapötik bir ittifak kurmayı zorlaştırmaktadır (18,28).

BAKIM VERENİN YAPAY BOZUKLUĞU/"FACTITIOUS DISORDER IMPOSED ON ANOTHER (FDIA)"

Çocuklarda tekrarlayan hastalık belirtileri nedeniyle sık hastane ve acil servis başvurusu olması, tüm araştırmalara karşın bir tanı konulamaması, tıbbi anlamı olmayan belirtiler gözlenmesi, birbiriyle ya da hastalıkla tutarsız laboratuvar sonuçları, çocuğun tedaviye yanıt vermemesi, belirtilerin yalnızca bakım verenin yanında ortaya çıkması, çocuğun taburculuğu gündeme geldiğinde; ısrarla çocuğun hasta olduğunu söyleyen, yeni belirtiler çıkaran bir bakım veren olması Bakım verenin Yapay Bozukluğunu (BYB)/Factitious Disorder by Proxy'i, DSM 5'deki yeni adıyla Bir Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk/Factitious Disorder Imposed on Another (FDIA) tanısını düşündürmelidir (29,30,31). Önceleri BYB nadir görülen bir kötüye kullanım şekli olarak düşünülürdü. Son yıllarda pediatri uzmanlarına yapılan anketler klinikte %0.002-%0.27 arasında değişen oranlarda belirlendiğini göstermiştir. Farklı uzmanlık alanları da dahil edildiğinde bu oran artmaktadır (%1-%13) (19).

Bakım verenin Yapay Bozukluğunda İstismarcının Özellikleri

Ne yazık ki yazında BYB ile ilgili istismarcıdan çok mağdurun özelliklerine yer verilmiştir. Mevcut yazın bilgisi gözden geçirildiğinde BYB vakalarında istismarcıya ait özellikler açısından neredeyse tüm istismarcıların kadın (%92–100) ve çocuğun annesi (%76.5–100) olduğu, çoğunun evli (%43–79), yaş ortalamasının 25–31.43 arasında olduğu, sıklıkla sağlıkla ilgili mesleklerde (%45,6) olduklarını bildirdikleri, obstetrik komplikasyonları (%23,5) ve çocuklukta kötü muamele öyküleri (%21.7–79) olduğu görülmektedir (18,19,28). BYB'de annelerin obstetrik ve jinekoloji kliniklerine yüksek oranda başvurdukları (%70), yaklaşık %25'inde düşük, erken doğum, kanama, rüptür (membranı keskin aletle uyararak antepartum kanamayı tetikleme gibi) ve acil sezaryen öyküleri olduğu bildirilmiştir (28, 32).

Anne çocuğun hastalığından sorumlu olmasına karşın, çocuğun ihtiyaçlarına ve tıbbi bakımına özen gösterir, ilgilenir, başucundan ayrılmak istemez, iş birliği içinde ve özenli görülür (23). Bu anneler özellikle hastanede ve sağlık personeli yanında çocuğa karşı aşırı ilgili, sağlık personeliyle alışılmadık şekilde yakın ilişki içinde, yardımcı ve uyumlu görünen, bu açıdan sempati uyandıran kişilerdir (27). Hastanemizde 1 yaşından önce apne nedeniyle çocuklarını kaybeden bir annenin, 8 aylık bebeğini hayatta tutmak için gösterdiği olağan üstü çaba nedeniyle tedavi ekibi tarafından yeniden canlandırma müdahalelerinin öğretilmesi; iş birliği içinde olan, tüm ekipte hayranlık uyandıran bu annenin EEG monitorizasyonu sırasında bebeğini yastıkla boğarak apne nöbetlerini uyardığının görülmesi bu bağlamda çok çarpıcı bir örnektir. "İlgili" görülen bu anneler beklenmedik seviyede tıbbi bilgiye sahiptir ve zamanla tedaviye müdahaleci, manüplatif, girici olurlar, tanı amaçlı yapılan birçok girişimsel müdahaleye izin verici ve hatta yapılması için zorlayıcı davranırlar. Çocuğunun klinik tablosunun ağırlığı karşısında oldukça sakindir. Geçmişte YB öyküsü olan, aile öyküsünde ani bebek ölümü bulunan annelerdir (29,33). Alan yazında BYB olgularında klasik olarak annenin fedakâr, kendini çocuğuna adamış, hastane ortamında bulunmaktan memnun, ailesi, çevresi ve sağlık çalışanları tarafından "mükemmel anne" olarak algılanan bir anne olduğu bildirilmiştir (31,33). İstismar çoğunlukla çocuğun öyküsünü, belirtileri ve bulguları yanlış bildirme ve bazen bunu çocuğun ağzından aktarma yoluyla olmaktadır. Ebeveynin aldatma amaçlı verdiği öykü; belirtileri abartma, patolojik olmayan bulguları yanlış yorumlama, çarpık, yanlış bilgiler verme, bulgular üretme ya da belirtileri uyarma şeklinde olmaktadır (20). Sağlık çalışanları ile kendini eş konumda, meslektaşı gibi görme, tıbbi görüşmelere müdahil olma,'hasta bir çocuğa sahip olmanın' mağduriyeti ile tatmin olma özellikleri göze çarpar (34). Hekim BYB'den şüphelendiğide

annenin saldırgan, yıkıcı ve düşmanca davranışları tetiklenir. Bu aşamada işbirliğini şiddetle reddeder. Aldatmacayı sürdürmek için daha geniş aile üyelerinden ve giderek daha fazla geleneksel ve/veya sosyal medyadan destek ister. Çocuğun doğrudan gözlenmesi, zorlukların anlaşılması, çocukla konuşulması gibi değerlendirmelere izin vermez. Tedavi ekibine müdahale etme, ekip içinde ikilik yaratma, ekibi bölme girişimleri sıklıkla görülür (9). Birlikte çalışan profesyonellere müdahale etmeye çalışır. Birçok anne, uzmanlar arasında bilgi kanalı olarak hareket etmeye başlar ve bu durum ekibi yanıltmak için yeni bir yol sağlar. Kendini çaresiz, suçlanmış hissettiği durumda yetkililere şikâyet etme sürecini başlatır (20).

Bu olgularda genel olarak baba hastalığın üretildiği çocuktan uzak, ilgisiz, duygusal ve fiziksel olarak aile sisteminin dışındadır (9). Annelerin yaklaşık %40'ının uzun zamandır evlilik problemleri olduğu, ilişki zorlukları karşısında çaresizlik yaşadıkları, eşlerinin yaklaşık %70'inin aile sisteminde neredeyse bulunmadığı belirtilmektedir (23). Bazı babalar gerçekten hastalık sürecinden habersizdir, annenin iddiasına inanır, bazısı ise aldatmacadan şüphelenmesine karşın anneye karşı koyamaz, durumu kabullenir (32,35,36). Babaların %5-7 kadarının istismarcı olduğu görülür. Meadow'un istismarcının baba olduğu olgu serisinde bu babaların genellikle ortalamanın üstünde bir zekâsı olduğu, eğitim düzeyinin yüksek ancak genellikle işsiz ya da uzun vadeli bir işte çalışmamış olduğu belirtilmiştir (35,37). Babalar psikiyatrik bir tanı almamasına karşın somatik belirtiler, panik atak öyküsü olan, sağlıkları konusunda endişeli, histerik, nevrotik ve şizoid kişilik özellikleri gösteren kişilerdir. Aşırı talepkâr, tedavi ekibi ve hastanenin hizmetini, bakımını yetersiz bulan, sağlık ekibi tarafından önemsenmediği, küçümsendiği ve aşağılandığı yönünde algıları olan kişilerdir. Babalar geçmiş travmalarına bağlı olarak -gerçek ya da algılanan değersizlik temaları nedeniyle- kalıplaşmış ilişki şemaları olan, bunu onarmak, bedel ödetmek için hastane çalışanlarını zorlayan kişilerdir (35).

Bakım verenin Yapay Bozukluğunda Belirtilerin Özellikleri

BYB'de en karmaşık belirtilerin, bulguların dahi bakım veren tarafından taklit edilebildiği düşünülür. Hastane başvurularında hekimin tıbbi değerlendirme sürecinde ebeveynden aldığı bilgiler son derece önemlidir ve en güvenilir kaynak olarak kabul edilir. Bu durum hekimin BYB'den şüphelenmesini ve belirtilerin üretildiğini fark etmesini zorlaştırır. BYB'de istismarcının motivasyonuna, eylemin türüne, ciddiyetine göre farklı sınıflandırmalara rastlanmıştır. Eylemin şiddetine göre annelerin davranışları 3 gruba ayrılır; belirti üretenler (hafif formu; çocuğa doğrudan bir müdahale yapmadan hastalık belirtileri aktaranlar); kanıtlara müdahale edenler (orta form; kan/idrar örneklerine müdahale ederek tetkik sonuçlarını değiştirenler); belirti oluşturanlar (ağır formu; çocukta hastalık oluşturmak için doğrudan müdahale edenler) (38). Bakım veren olmayan bir belirtiyi ısrarla var olarak sunmaktan, mevcut bulguları olduğundan daha şiddetli aktarmaya, boğma veya zehirleme gibi eylemlerle çocuğa doğrudan fiziksel zarar vermekten; astım, diyabet gibi mevcut hastalığın tedavisini durdurarak şiddetlenmesine ve atağa neden olmaya kadar çeşitli yöntemlerle çocuğun gereksiz yere tıbbi veya cerrahi müdahalelere maruz kalmasına neden olur (28,39). Yazında bakım verenin manipülasyonuyla cerrahların pankreatektomi, hemikolektomi, apendektomi, uzuv ampütasyonu yaptığı bildirilmiştir (28,34). Daha az olmakla birlikte bazı ruhsal hastalıklar travma sonrası stres bozukluğu, disosiyatif bozukluklar bakım veren tarafından aktarılmıştır. Tekrarlayan cinsel taciz iddiaları nedeniyle gereksiz yere muayene edilen, bazen anestezi altında tekrarlayan genitoüriner muayenelere maruz kalan, kriptoorşitizm tanısıyla testis ablasyonu olan olgular bildirilmiştir (34,38, 40). Dokuz yaşındaki bir çocuğun ve annenin okuldaki öğretmenlerden okul müdürüne kadar, apartman yöneticisi, market çalışanı dahil bir çok kişinin cinsel tacizde bulunduğunu ısrarla aktardığı olgumuz bu açıdan çok çarpıcıdır. BYB olan bu olguda kliniğimize başvurduklarında 20 kişinin halen yargılanma süreci devam etmekteydi. İstirmacının baba olduğu BYB daha az olmakla birlikte daha yüksek oranda mortalite ve morbidite bildirilmiştir. Meadow, 20 yıllık olgu serisinde 15 babadan 9'unun indeks çocuk ve kardeşlerini boğma yoluyla apne ve nöbetlere neden olduğunu bildirmiştir. Öyküde belirtilerin babanın yanında ortaya çıktığı, nöbetin başlangıcında, süreçte ve canlandırma müdahalesinde babanın yer aldığı belirtilmiştir. İki çocuk

tekrarlayan zehirlenmelere, 2 çocuk nedeni anlaşılamayan kırıklara maruz kalmıştır. Bu olgu serisinde 11 (%73) çocuğun öldüğü bildirilmiştir (35,37). BYB'de çocuğun hastane yatışı sırasında da bakım verenin istismarına maruz kalmaya devam ettiği, bu nedenle hastane ortamında ölümlerin olabildiği bilinmektedir. BYB'den şüphelenildiği andan itibaren yapılan tetkik ve müdahaleleri durdurmak ve çocuğu istismar eden ebeveynden ayırmak bu nedenle çok önemlidir (9, 15,17).

Bakım verenin Yapay Bozukluğunun Çocuk Üzerindeki Etkileri

İstismara maruz kalan çocukların ortalama yaşının 18 ay olduğu, kardeşlerin %60'ında benzer belirtiler görüldüğü, %25'inde kardeş ölümü olduğu, tanı alması belirtilerin başlamasından ortalama 2 yıl sonra olduğu bildirilmiştir (19,28,34,41). BYB'de bakım verenin temel amacı çocuğa zarar vermek olmamasına karşın bu hastalık aldatmacası çocukta sekel bırakabilecek ciddi fiziksel zararlara yol açar, ruhsal gelişimi açısından çok ciddi sonuçların oluşmasına neden olur (20). BYB'de hastalık oluşturmak amaçlı yapılan müdahaleler %6-10 oranında ölümle sonuçlanır (35). Ölüme neden olan en yaygın belirti apnedir. Buna boğulma ve zehirlenmeler de dâhil edildiğinde bu oran %33'e çıkar. Ani bebek ölümlerinin %10'unun BYB ile ilişkili olduğu, sıklıkla gözden kaçtığı belirtilmektedir (19,41).

BYB'nin çocuğa hem doğrudan hem de dolaylı olarak zarar verdiği görülmektedir. Bazı çocuklar, hastalıkları nedeniyle gereksiz yere okul devamsızlığı, eğitim kaybı, akran ilişkisinden mahrum kalma; bazıları uzun yatışlar nedeniyle hastane ortamında ciddi ölçüde sınırlandırılmış bir hayat yaşama mecburiyetinde bırakılır (10). Anne, çocuğun hastalığına odaklandığı için günlük aktiviteleri sınırlar. Zamanla bu tür sınırlamalar çocuğun da kendi sağlığından endişe duymasına, sağlığıyla ilgili gerçeklik algısının bozulmasına neden olur. Çocuğun endişesi annenin kurgusunu güçlendirir ve bir kısır döngü oluşur. BYB'de çocukta hastalık üretmek kurguyu sürdürebilmek için gereklidir, annenin çocuğuna ihtiyacı vardır. Tam ayarında hastalık oluşturamaz ve çocuğun kaybına neden olursa bakım veren bunu sürdürebilmek için diğer çocuğa geçer (15,20). Amaç çocuğa zarar vermek olmamasına karşın genel olarak çocuğun zarar görme ihtimaline karşı duyarsızdır, annenin duygusal istismarı ve ihmali belirgindir. Dolaylı zarar, doktorların kurguya katılmasıyla olur. Tanı ve tedavide yapılan girişimsel müdahaleler hekimin bakım veren aracığıyla fark etmeden istismara dâhil olmasına neden olur (20).

Çocuklar; annesinin hastalık üretmek için yaptığı girişimler nedeniyle ve anneyle ilişkisinin doğası gereği erken dönemden itibaren hem çok güçlü "sevgi" hem de "nefret" duygularını deneyimler. Kendisini yatıştıran kişinin aynı zamanda kendisine zarar verici olması nedeniyle çelişkili duygular yaşar, bu duygularla baş etmekte zorlanır, dolayısıyla ebeveyniyle olan güven ilişkisi zedelenir. Anne hastalık üreterek hem fiziksel hem de duygusal olarak çocuğu kendisine bağımlı kılar, gelişimsel olarak çocuğun ayrışmasına izin vermez. Hastalık üreterek bebeğinin vücudunda kontrol sağlar, patolojik bağımlı ilişkiyi sürdürür (15,42). Hastane başvuru sayısı ve süresi arttıkça medikal bilgiler giderek artar ve annenin müdahaleleri giderek invaziv hal alır. Bu çocuklar anneye bağımlı, fazlaca yapışmış, anne-çocuk ilişkisinin ise duygusal olarak soğuk ve sembiyotik olduğu gözlenir. Daha büyük çocukların ise hastalıkla ilgili aldatmacanın farkında olduğu, ancak anneleriyle bağımlı ilişkileri nedeniyle bunu durduramadıkları görülür (9,43). Hastalık üzerinden annesinin dikkatini çektiği, belirtilere zamanla ortak olduğu ve sürdürdüğü, böylece annenin beklentisini karşıladığı görülür (22,40). Annesine uyum sağlayarak kendisi de kendi tacizine katılır, yapay bir bozukluk geliştirir. Çocuğun anne/babanın sahte yapay kurgusuna katılması bir süre sonra patolojik yalancılığa yönelmesine, gerçeklik algısının bozulmasına, hastalık kurgusu içinde yalanla gerçeği birbirinden ayıramaz hale gelmesine neden olur (40,43). Bu çocuklar ebeveynin aldatmacasına katılmak ve hastalığı onaylamakla kalmaz daha sonra ebeveyn yokluğunda da hastalığı sürdürür (15,22). Ancak bazı olgularda farklı olarak çocuğun hastalık ürettiği, belirti ve aldatmacanın önce başladığı ve YB'ye annenin sonradan eşlik ettiği, belirtileri abartarak, çocuğunun aldatmacasına göz yumarak, aldatmacaya dâhil

olarak YB'nin sürmesine yardımcı olduğu görülmüştür. Tedavi ekibi YB'si olan çocuğun hastalığı taklit ettiğinden şüphelendiğinde ilginç olarak annenin çocuğuna koçluk yaptığı görülür (13,22,43). Çocuğun birincil olarak hastalık uydurduğu YB'de ebeveynin dolaylı olarak bu aldatmacada rol aldığı karmaşık olgular yazında çok az tartışılmıştır. Hem çocuk hem de bakım verenin, YB'nin gelişmesine katkıda bulunduğu birçok karma durum vardır. Çoğunlukla bu vakalarda, ebeveyn ve çocuğun göreceli rolleri, farkındalık ve motivasyon düzeyleri belirlenemez ve bu durumu daha da karmaşıklaştırır (13,44). YB'si olan çocuk genellikle uyumludur ancak tıbbi aldatmacayı ısrarla inkâr eder ve belirtileri sürdürür. Bunda ebeveynin çocukta "hasta" davranışını desteklemesinin ve sağlığıyla ilgili duyarlı olmasının rolü çok fazladır. Ebeveyn bilinçsiz olarak veya aldatma niyetiyle, çocuğun duygularını somatize ederek ifade etmesine model olur. Çocuk ve ebeveynin iç içe geçen bu dinamiklerini anlamak bu olgulara yaklaşım açısından çok önemlidir (13,43,44).

Büyük çocuklar erken çocukluk dönemindeki çocuklardan farklı olarak annenin direk müdahalesine daha az maruz kalır ancak fiziksel ve ruhsal açıdan risk altında olmaları devam eder. Bu çocuklarda YB, ebeveynin belirtileri abartması veya çocuğun işbirliğini bir dereceye kadar içeren aktif aldatma şeklinde ortaya çıkar. Büyük çocuklar genellikle pasif ya da aktif olarak ebeveynin aldatıcı davranışına katılır (9,40). Aralarında sessiz bir anlaşma söz konusu olduğu, birlikte hareket ettikleri görülür (45). Bu durum, kısmi farkındalığı olan ve ebeveynini korumak, ilişkisini sürdürmek isteyen çocuktan, boyun eğerek hasta olduğunu tamamen kabul eden, ebeveynin aldatmacasına aktif olarak katılan çocuğa kadar değişkenlik gösterir (22,43). Yazında YB kurbanı olan çocukların eninde sonunda aktif somatik belirtiler üreten bireyler olacağı vurgulanmaktadır. Bir diğer vurgu YB'nin bakım veren tarafından çocuğa devredilmesi, bozukluğun nesilden nesile aktarımına yol açması konusundadır (13,27). Yazın da bazen büyük çocukların annesinin istismarına direndiği, böylelikle istismarın hemen durduğu olgular bildirilmiştir. Ne yazık ki, anne bu koşulda küçük bir kardeşi kurban etmiştir (43).

Bakım verenin Yapay Bozukluğunda İstismarcının Ruhsal Özellikleri

Çocuk istismarının sinsi bir biçimi olan BYB'de istismarcı standart ruhsal muayene ve psikometrik değerlendirmelerle nadiren psikiyatrik tanı almaktadır. Bu nedenle psikiyatristin BYB olgularını multidisipliner bir ekip içinde bütüncül değerlendirmesi, diğer kliniklerin olguyla ilgili topladığı bilgileri kullanması çok önemlidir. Ayrıca iyi bir vaka yönetimi gerekir. BYB'den şüphelenildiğinde uygun vaka yönetimi yapılamazsa anne hostil ve yıkıcı davranabilir, bazen agresyonu kendisine bazen de çocuğa yönelterek zarar verici davranışlar sergileyebilir, intihar girişimde bulunabilir (3,28).

Çalışmalarda annelerde ruhsal bir bozukluk saptanmamasına karşın yazın bilgisiyle uyumlu olarak narsisistik, paranoid, sosyopatik/psikopatik özellikler, histerionik, kaygılı/bağımlı, antisosyal kişilik özellikler bildirilmiştir (14,15,27,30,32). Yazında daha sıklıkla kişilik bozuklukları üzerinde durulur, BYB'nin gelişimsel bir patoloji olduğu, bütünleşmiş bir kendilik oluşumunda sorunlar olduğu vurgulanır (8,12,23). Gelişimsel bozuklukları destekler biçimde bakım verenlerde yüksek oranda güvensiz bağlanma (%85), özelliklede saplantılı (%46) ve dezorganize bağlanma (%27) bildirilmiştir (24,25). Bakım verenlerin geçmiş öykülerinde ruhsal gelişimi sekteye uğratan çözümlenmemiş yas deneyimi (%54), çocukluk dönemi travmaları (%70), erişkin dönem travmaları (tecavüz/şiddet) (%28), çocukluk döneminde tekrarlayan hastalıklar, yaralanmalar (%45), ailede ciddi bir hastalık/kaza öyküsü (%24), nesilden nesile aktarılan tıbbi durumlarla ilgili yanlış tutum ve inanışlar bildirilmiştir (25, 34). Bakım verenlerin yarısından fazlasının YB/BYB mağduru olduğu (%29.3-64), sıklıkla eksen II tanısı aldıkları (%8.6-75), özellikle B kümesi (sosyopatik, borderline, histrionik) veya anksiyöz/bağımlı kişilik özelikleri taşıdıkları görülmektedir. Şizoid yaşam tarzı, çaresizlik ve geleceğe ilişkin karamsar duygular da bildirilmiştir (15,23,25,20,34). Ayrıca annelerde klinik olarak duygu durum bozuklukları (%5.3–50), anksiyete, depresyon (%14.2), somatik belirtiler (%52-72), patolojik yalan, travma sonrası stres bozukluğu, madde kullanımı, disleksi bildirilmiştir (14,18,19,23,25,28,30,32).

Bakım verenin ruhsal değerlendirmesinde oldukça savunucu olduğu, olumlu bir ilişki kurma gayreti gösterdiği, kendisini iyi gösterme çabasının olduğu görülür (23). BYB nedeniyle çocuğunu tehlikeye sokan bakım verenin velayet açısından değerlendirilmesi istenen durumlarda uygulanan psikometrik testler bu konudaki bilgilerimizi çok artırmıştır. Annelerin bu değerlendirmelerde de sevgi dolu ve iş birliği içinde olduğu izlenimini sürdürmeye çalıştığı ve bağımlı, hassas, kibar, savunucu ve yapmacık bireyler olduğu görülür (23, 45). Bu ilişkiler duygusal olarak yakın görülmekle birlikte, gerçekte sınırlı, yüzeysel ve samimiyetten uzaktır (23,40). Ayrıca bakım veren engellenirse otorite ile çatışması ve antisosyal davranışlar sergilemesi muhtemeldir (23). Çocuğunu kendi duygusal gereksinimleri, ruhsal kazanımları için veya eşini evlilik ilişkisi içinde tutmak için aldatmaca aracı olarak kullanmada, çocuğu riske atma konusunda oldukça soğukkanlıdır (40,44). Bu anneler plansız ve duygularıyla hızlıca harekete geçen, dürtüsel, acil olarak yatıştırılma, hazzın doyurulması çabasında olan annelerdir. Çocuğu için potansiyel riskler gündeminde değildir. Annenin amaca yönelik plansız davranışları, dürtüsel eylemleri muhtemelen çocukta sekeller oluşmasına veya ölümlere neden olmaktadır. Çocuğunu kötüye kullanmada çekincesi olmayan bu anne kendi ruhsal ihtiyaçlarıyla o kadar meşguldür ki yaptığı eylemlerin kendisi için de olası sonuçlarını hiç düşünmez (40). Bu aldatmacadan aldığı haz o kadar önceliklidir ki zamanla yakalanma riskini göz ardı eder, meydan okumak için kendisini riske atar, ortalıkta ipuçları bırakarak aldatmacaya devam eder (17). Apne nöbetleri olan bir olgumuzda, tanı için odanın kamerayla izlendiğini bilen annenin çocuğuna kateterden enjektörle hava vererek nöbeti tetiklemesi buna çok çarpıcı bir örnektir (15,17). BYB saldırganlığın ve düşmanlığın daha dolaylı yollarla ifade edildiği, gizlice taciz edici davranışlarda bulunarak aldatmaca ve ikiyüzlülük üzerinden agresyonun boşaltıldığı bir bozukluktur (40,44). Empati becerisi düşük, sınırları zorlayan, başkalarının sınırına girme konusunda ısrarcı, başkalarının ihtiyaçlarına karşı duyarsız annelerdir (15). Genellikle sosyal becerileri düşük, sosyal amaçlı iletişim kurmada zayıf, iletişimi kişilere, bağlama ve koşullara göre ayarlama, sözel ve sözel olmayan sosyal işaretleri anlama konusunda yetersiz, davranışlarına ilişkin içgörüleri zayıftır (3,40,44). Bakım verenin ilişkilerde sıklıkla inkâr, bastırma ve bölme savunma düzeneklerini kullandığı, bilişsel kaymalar, gerçeği çarpıtma, yoğun duyguları düzenleyememe, pasif agresif davranışlar görüldüğü, bilişsel esneklik gösteremediği, ben merkezcil, pasif ve bağımlı olduğu bildirilmektedir (27,40,46)

Bakım verenin Yapay Bozukluğunda İstismarcının Psikodinamik Özellikleri

BYB'de en karmaşık ve anlaşılması zor olan annenin bu aldatmacayı neden yaptığıdır. Ebeveynin motivasyonuna göre BYB 3'e ayrılmıştır; 1. Kendi anksiyete, depresyon ya da sıkıntısını çözmek için ilgi, sempati arayanlar (yardım arayanlar/help-seekers), 2. Ebeveyniyle olan erken dönem travmatik yaşantılarıyla baş etmek, olumsuz deneyimleri telafi etmek için doktorla ilişki kurma ihtiyacı duyanlar (aktif indükleyiciler), 3. Çocuğun gerçekten hasta olduğuna inananlar (doktor bağımlıları) (47).

BYB'nin temel nedeni, bakım verenin yeri doldurulamaz bir duygusal doyum peşinde koşması gibi görünmektedir. Bu tanı bazı yönlerden bağımlılığa benzetilmektedir. Davranışın içsel ödüllerini sürdürmek için aldatmacalarla belirtiyi sürekli üretme ve gizleme davranışı sergileme, annenin hastane ortamına karşı bağımlı davranış örüntüsü olarak düşünülmüştür (14,34). Bazı anneler veya aileleri, zamanla hastalıktan bazı ekonomik kazançlar almış olabiliyor ancak temel motivasyonu bu değildir. Tek hedef dış kazançlar olduğunda bakım verenin "temaruzu" (malingering by proxy) olarak adlandırılır (10). Bakım veren için çocuğu aracılığıyla aldığı ilgiyle duygusal gereksinimi doyurma, ebeveynlik zorlukları, çocuğun davranış sorunları nedeniyle suçlanmayı azaltma, sorunu saptırma, çocuğu bağımlı kılma, çocuğuyla ilgili olumsuz duyguları, hayal kırıklıklarını "haklı" bir nedene bağlama gibi motivasyonlar bildirilmiştir (20,40). Bakım veren ebeveynlik becerileri açısından kendisini yetersiz, güvensiz hissetme eğilimindedir. Bu gibi duyguları ifade edemediği, strese tepki olarak sıklıkla fanteziyi kullandığı belirtilir (17,23). Anne burada kendine/çocuğuna zarar vermeyi; ilgiyi üzerinde tutma, bakım görme,

sorumluluktan kurtulma fantezisini gerçeğe dönüştürmek için kullanır. Ek olarak, güvensizlik ve aşağılık duygusu nedeniyle anne olarak övülmek, takdir almak, hayranlık duyulmak konusunda fantezilerini de bu eylemlerle besler (23). Annede şizoid yaşam tarzı nedeniyle ilişkilerinde yabancılaşma, izolasyon, reddedilme, kendisini sosyal çevrenin bir parçası değilmiş gibi hissetme bildirilmiştir. Hastane personeli ve hasta yakınlarıyla kurduğu ilişkide kabul gördüğü bir ortam varmış gibi bir yanılsama yaşar, yalnızlık duygusunu, onaylanma ihtiyacını doyurur.

BYB'ye psikodinamik bakışa göre, temel eksiklik erken dönem bir nesne kaybıdır. Bu nedenle anne hekimle bu ilişkiyi yeniden canlandıracağı bir ilişki kurar, ancak bu ilişki geçmiş olumsuz deneyimler nedeniyle her zaman tehdit altındadır. Bu nedenle çocuğu ilişkinin kontrol nesnesi olarak kullanır (45). Bu annelerin, ebeveynleriyle erken dönem olumsuz yaşantılarıyla ilgili aşırı uğraşları vardır. Annenin çocuğunda hastalık oluşturması; kendisinin çözümlenmemiş, patolojik ebeveyn ilişkisi sonucudur (14,27,46). Buna göre anne, çocuğunda hastalık üretme yoluyla sık hastane başvuruları yapar, tedavi ekibiyle kurduğu ilişki aracılığıyla ebeveyn ilişkisindeki olumsuz deneyimleri yeniden canlandırmaya ve onarmaya çabalar (27,31,42,46). Tedavi ekibiyle iç içe olma arzusu; geçmişte yaşamış olduğu terk edilme ve ihmal edilme hislerine karşılık olarak, kendisinin hastane personeli tarafından ilgili ve ideal ebeveyn olarak görülme, değerli olma ve kabul görme ihtiyacını karşılar (31, 46). Anne çocuğunu kurbanlaştırarak bir yandan hekimin tıbbi olarak dikkatini çekerken diğer yandan ona meydan okur, aşağılar ve çocuğun hastalığı karşısında hekimin çaresizliğinden narsistik bir doyum alır (31, 33, 36). Bakım veren hostilite ve değersizlik duyguları nedeniyle tedavi ekibiyle ilişkisinde kendisini hem istenen hem de reddedilen olarak algılar, ambivalan duygular yaşar (2, 9,27,33).

Annenin kendi ebeveyniyle olan olumsuz yaşantıları güvensiz/dezorganize ya da saplantılı/korkulu bağlanma ilişkilerine, stres durumunda davranış ve duygu düzenleme sorunlarına neden olur (14,24,25,32). Erken yaşamın besleyici öğelerinden yoksun kalan bu anneler duygusal ihtiyaçlarına yönelik patolojik bir uyum sağlayarak uygunsuz bazı davranışlar ortaya koyar. Davranışa dönüşen bu duygusal stratejiler çoğunlukla ikiyüzlülük ve aldatmayı içerir (8,24). Psikanalitik olarak YB'de annenin yaşadığı olumsuz deneyimleriyle bağlantılı olarak, olumsuz nesne tasarımlarını bedenine yansıtarak kendi bedenini ya da bedeninin bir parçasını kendisinin bir parçası değilmiş gibi algıladığı belirtilir (2). İçsel olumsuz nesne temsillerini bedenselleştirmesi ruhsal benliği korumanın bir yolu olarak işlev görür. Buna göre annenin bedeni ya da beden parçası kendi ebeveynini ve kendilik algısıyla ilişkili olumsuz duygularını temsil eder. Ebeveynle olan travmatik deneyimlerinden psişik-benliği korumak için "beden-benlik" ile "psişik-benlik" arasında bir bölme yaratarak olumsuz deneyimleri temsilen bedeninde hastalık yaratır. Böylelikle "psişik-benliği" olumsuz duygularının (düşmanlık, nefret, korku, ağrı) etkilerinden korur (1,2,27). Bu annelerin yoğun stres altında geçmiş çatışmaları alevlenmekte, buna bağlı olarak aşırı kaygı, gerçeklik algısında bozulma gelişmekte ve kendisinde yapay bir bozukluk üretmektedir. Anne kendi bedeninde hastalık ürettiğinde aslında kendisinin gibi algılamadığı bir beden parçasına bu olumsuz duyguları yansıtmaktadır. BYB'de ise anne-bebek ilişkisinin sembiyotik (42) olması nedeniyle anne bebeğini kendisinin bir uzantısı olarak görmekte, bebeğinin bedeninde manipülasyonla hastalık oluştururken aslında olumsuz duygularını uzantısı olarak gördüğü bir parçasına yansıtmaktadır. Bu bağımlı ilişkide anne bebeğine zarar verirken aslında kendi vücuduna zarar veriyor hissi yaşadığı belirtilmektedir (2). Bu nedenle hem tanıda hem de tedavide anne ile bebeğin fiziksel olarak ayrılması hayati önem taşımaktadır (15,47). Bir olgumuzda annenin apne nöbetleri oluşturması nedeniyle bağımlı, afektif olarak donuk, psikomotor yavaşlaması olan bebeğin anneden ayrıldıktan sonra kısa sürede canlandığı, birçok alanda hızlıca gelişim gösterdiği görülmüştür. Anne kendi terapisi ve anne-bebek ilişkisinin çalışıldığı süreçte bebeğinin gösterdiği gelişim karşısında "Ona zarar verdiğimin farkında değildim, sanki kendime zarar veriyor gibiydim, o canlı gibi değildi, artık ona asla dokunamam, benim yaptıklarımın farkında ve hatırlıyor gibi bana bakıyor" demesi bu açıdan çok çarpıcı bir örnektir. Tedavinin bu aşamasında başlangıçta aldırmaz ve savunucu olan annenin farkındalığı ve içgörüsü arttıkça depresif olduğu

görülmüştür (17).

Ancak bütün istismarcılar derin bir ruhsal ihtiyaç nedeniyle çocuklarında hastalık üretmez. Bazen bu davranışa iten dışsal nedenler olabilir. Alan yazında bazı özel koşullar altında istismarın annenin de içinde olduğu aile sisteminin fikir ve inançları sonucu olarak ortaya çıktığı bildirilmiştir. Bazen hasta bir çocuğun ebeveyni olma rolü; aileden veya arkadaşlardan ekstra bir ilgi alma, dikkat çekme, sempati toplama, ev işleri, diğer aile fertlerinin bakımı gibi tatmin edici olmayan işlerden kurtulma, hastanede sosyal çevre oluşturma gibi doyum sağlayan olanaklar sunar (36). Üniversitemizin istismar komisyonu olarak bildirdiğimiz olgu serimizde (15) annelerin çocuklarda oluşturdukları hastalığı ailede ilgi odağı olmak için güçlü bir araç olarak kullandıkları görüldü. Bu olguların çoğunda ataerkil, geleneksel bir aile yapısı olduğu, annelerin duygusal olarak ihmal edildikleri, değersizleştirildikleri, buna karşın aile içi sorumlulukların ve beklentilerin yüksek olduğu, annelerin beklentileri karşılamakta zorlandığı belirlendi. Kültürel olarak da hastalığın dikkat toplamada önemli yeri olduğu bilinen ülkemizde annelerin çocuğun hastalığı üzerinden ilgi, takdir toplaması öğrenilmiş bir baş etme yöntemi olarak değerlendirildi. Geniş aile içinde değersizleştirilen, duygusal olarak baskı altında olan annelerin çocuklarındaki hastalıkla birlikte bir yandan çocuklarına verdikleri bakımla "mükemmel" bir anne olurken diğer yandan hastane yatışları nedeniyle çatışmalı ortamdan uzak kaldıkları belirlendi (15,17).

Bir diğer psikodinamik bakış; YB'de anne-çocuk dinamiklerinin iç içe geçmesi ile YB'nin kuşak aşkın aktarımları olduğu, bu yolla bozukluğun nesilden nesile aktarıldığı yönündedir (13,27,48). BYB mağduru olan çocuğun yaşadığı deneyim gelecekte hastalık aldatmacası için bir aşama oluşturduğu belirtilmektedir. Annenin çocuğunda hastalık oluşturması, aldatmacanın nesnesi olan çocukta kontrol kaybına, sahnelenen oyunda pasif olarak rol almasına, güçsüz ve bağımlı hissetmesine neden olur. Çocuğun deneyimlediği bu çıkmaz "hastalığa uyum davranışına" dönüşür. Bu tepki hayvanlarda akut stres karşısında görülen, boyun eğme, şok, donup kalma veya hareketsizlik durumlarına benzetilir (49). Çocuk uzun süre annenin aldatmacasının pasif nesnesiyken çaresizlik hisseder, bir süre sonra aldatma davranışına katılarak kendi başına hastalık üretir. Böylelikle kendisini nesne rolünden çıkararak bozukluğun öznesi olur, kurgunun merkezine yerleşir, kontrolü tekrar ele geçirir. Hâlâ hasta rolündedir ancak oyunun yöneticisi olarak kendisinin merkezde olduğu, sahte hastalık kurgusuna devam ederken uzun süredir kaybettiği kontrol duygusunu tekrar yakaladığı bir pozisyondadır (40,44). Ayrıca çocuk başlangıçta otorite figürü, potansiyel kurtarıcı olarak idealize ettiği hekimin aldatmaca karşısındaki çaresizliğini giderek fark eder. Annenin aldatmaca dünyasını deneyimleyen çocuk yönlendirebildiğini gördüğü hekimin zafiyetini kendi koşullarında sınar. Hekimi tekrar tekrar aldatabildiğini gördüğünde büyük bir hayal kırıklığı yaşar. Ancak aldatmacada özerkliğini kazanma, hekimi kontrol etme, ilgi odağı olma ve aldatmanın sağladığı güç, narsistik bir doyum almasını ve bu davranışı sürdürmesini sağlar. Yani YB deneyimleyen çocuk bir süre sonra yaşadığı çatışma ve baskıyı kendisine oldukça tanıdık gelen bir baş etme yoluyla çözmeye çalışır. Bu başlangıçta bir boyun eğme gibi görülse de bir süre sonra maruz kaldığı kötü muameleyle baş etme mekanizması şeklini alır (40). BYB'de çocuk sırasıyla kırılganlık, pasif kabullenme, aktif olarak katılım, anneden ayrılsa da aktif olarak kendine zarar verme aşamalarını deneyimler (13,34). Alternatif bir düşünce de, çocuk ebeveyni memnun etmek ve/veya hekimleri kontrol etmek için çaba harcamak yerine, kendisinin yönettiği bir hastalık aldatmacasıyla ebeveynin kurgusu içinde özerk alan oluşturmaya çalışır (13). Bu durum, yetişkin yapay bozukluğunun BYB ile çocuğa aktarılmasını ve YB'nin nesiller arası aktarılan bir döngüsü olduğunu düşündürmektedir (27,34,48).

Bakım verenin Yapay Bozukluğuna Yaklaşım

BYB tanınması güç olan bir durum olması nedeniyle bazen hekimin de bu istismarın bir parçası haline geldiği görülür. BYB'de hekimin rolüne bakarsak; bu annelerin geçmiş hastalık deneyimleri hastalıkla birlikte gelen ilgiyi fark etmesini sağlamasına karşın çoğu ilk kez gebelikle birlikte evin merkezine yerleşir ve hekime düzenli olarak takibe gider. Hekimle yakın temasa geçmesine olanak tanıyan gebelik, hasta olmadan da ilgiyi

üzerine toplamasına neden olur. Gebelik ve doğum döneminde annenin doktoruyla olan ilişkisi yaşamındaki tüm diğer ilişkilerinden önemli derecede farklıdır. Bebeğin annesi olduğu için belki de hayatında ilk kez bir "güç figürü" onun duygusal boşluğunu paylaşır, dinler, düşüncelerine önem verir, hayranlık duyar. Doğum sonrası kısa bir süre hekim hem anne hem de bebekle ilgilenir ancak bir süre sonra hekimin ilgisi bebeğe kayar. Anne endişe ve kıskançlık duyar ama kısa süre sonra bu yeni duruma uyum sağlar, hastanede alışık olduğu rolü sürdürmek için hekimin ilgi odağı olan bebeğini kullanmakta gecikmez. Nedeni bir türlü anlaşılamayan, birçok hastane dolaşmış, aydınlığa kavuşmamış bir hastalık karşısında hekim; çocuğun karmaşık ve tedaviye dirençli belirtilerinin nedenlerini anlamaya ve doğru tanıyı koymaya istekli, nadir ve sıra dışı tanıları keşfetmek için tutkulu, bu uğurda bir dizi testi, invaziv müdahaleleri yapmaya hazır bir profesyoneldir (1). Alan yazında hekimin bazen bu aldatmacanın bir parçası olduğu; annenin yalanlarının kurbanı ve aynı zamanda, asıl kurban olan çocuğun da, farkında olmadan ve istemeden istismarcısı olabildiği görülür (9,41). Hekimler, başlangıçta bakım verenin motivasyonunun farkında değildir. Annenin davranışları; çocuğu araştırmak ve tedavi etmek için doktoru teşvik etmeye, ikna etmeye böylelikle iddialarını doğrulayacak bir teşhisin konulmasına hizmet eder (20). Araştırmalar morbiditelerin %75'inin hastanede ve doktor eliyle ortaya çıktığını göstermektedir (41). Bu oran çok yüksektir. Hekim BYB'den şüphe ettiğinde dahi birçok açıdan kendisini çıkmazda hisseder. Çocuğun nadir görülen ve tedavi edilebilir bir durumunu atlama endişesi devam eder, çocuğun ve/veya ebeveynin işbirliğini "kaybetme" endişesi duyar, ebeveynle karşı karşıya gelme, kızdırma, şikâyet edilme ile ilgili endişeler duyar. Hastalıkla ilgili şüphelerini dile getirdiğinde belirsiz delillerle aileyi karşısına alma, diğer kurumları devreye sokma, artan iş yükü hekimin bakım verenin isteklerine uyum sağlamasına neden olur. Hekim kendisini yalnız, güvencesiz hissedebilir ve nasıl ilerleyeceğini bilemeyebilir (20). Ayrıca tedavi ekibinin çocuğun kliniğini şüpheli görmeye başladığını fark eden ebeveynin belirtilerin şiddetini artırarak yeni belirtiler üretme ve çocuğa zarar verme ihtimali hekimi durdurabilir (28).

BYB çocuğa karşı kötü muamele kapsamındadır ve adli bildirimi gereklidir. Bu nedenle ayrıntılı ve titiz bir değerlendirme, iyi bir vaka yönetimi gerektirir. Şüphelenilen olguda zamanında uygun adımlar atılmaması, adli bildirim ve çocuk koruma birimleriyle işbirliğinde aksaklıklar olması çocuk ve aile için çok dramatik sonuçlara neden olabilir (38). Çocuk, bakım verenden ayrı tutulmadığı veya gözetim altına alınmadığı sürece hastanede güvende değildir. Çalışmalar BYB'de çocukların yarıdan fazlasının hastanede kaldığı süre boyunca istismarının devam ettiğini göstermektedir. BYB'nin teşhisi çocuğun tedavisini üstlenen tedavi ekibi, ruh sağlığı uzmanları, hastane sosyal hizmet uzmanları koordinasyonu ve işbirliğiyle mümkün olmaktadır. Hastanenin Çocuk Koruma Birimi'nin olması bu değerlendirme sürecini güçlendirir. Değerlendirmeler; tıbbi kayıtları, ek testleri (toksikoloji gibi), bakım verenlerle ve çocukla yapılan görüşmeleri içerir (4,5,38). Gözlem ve değerlendirme için hastanın yatırılması gerekebilir. İstismarcının ruhsal motivasyonlarını tanımlamak mümkün olmayabilir ve bu tür bir istismarın teşhisinde bu öncelikli değildir. Motivasyonlar tedavi, müdahale, izlem ve tekrarlanmasını önlemede önemli görülmektedir (5,6). BYB'yi teşhis etmek pediatrisin klinik uzmanlığı olmamakla birlikte şüphelenmek ve değerlendirme sürecini başlatmada pediatrist çok önemlidir. Tanıda en önemli kısım pediatrisin BYB'den şüphelenmesi, medikal öyküyü kronolojik olarak çok detaylı incelemesi ve ruh sağlığı uzmanlarını devreye sokmasıdır (4,38). Ruh sağlığı alanında çalışan uzmanın şüphelenilen hastayı, bakım vereni değerlendirme, klinik ve adli değerlendirmeyi yapma, vaka yönetimi için ekibe öneriler sunma, süreci yürütme, tedaviyi veya sevki sağlama görevleri arasındadır (3). Yazında annelerde bir bozukluk belirlenmemesi nedeniyle anne-çocuk ilişkisini değerlendirmenin tanının doğrulanmasında yardımcı olabileceğine dikkat çekilmiştir. BYB'de tanı aşamasında anne-çocuk ilişkisinin ruhsal açıdan değerlendirilmesi anahtar rol oynamaktadır (15,17). Bakım verenin ürettiği hastalıklar teşhis edildiğinde, tıbbi ekibin tüm üyeleri gereksiz tıbbi tedavileri ve testleri bırakmayı, aileyi ekip olarak ele almayı, koordineli bir şekilde olguyu tartışmayı kabul etmelidir (38,39,50). Ek olarak, çocuğun güvenliği tehdit altındaysa ilk adım anneyi çocuktan ayırmaktır, gerekirse çocuk koruma hizmetleri

devreye sokulmalıdır. BYB'nin şiddetini, çocuğun riskini değerlendirme, ebeveynleri aşamalı yüzleştirme, sağlıklı aile üyelerini bilgilendirme, tedaviye ve sürece dâhil etme, adli bildirim gereksinimi ve zamanlamasını belirleme titiz bir ekip çalışması gerektirir. Çocuğa zarar veren bakım verenden ayırıp diğer ebeveyne, akrabalara verilmesini ve hatta geçici bir koruma kararını isteme gerekebilir (3,32). BYB'nin risk düzeyini belirledikten sonra olguya özgü izlenecek yol haritası belirlenir. BYB'de istismardan sorumlu olan ebeveyne ve diğer aile üyelerine durumun en uygun nasıl açıklanacağı ile ilgili yayınlanmış öneriler sınırlıdır (4). İlk adım yüzleştirmedir. Ancak multidisipliner ekibin ebeveynleri "yüzleşme" yerine "bilgilendirme toplantısı" yapması önerilir. Bilgilendirmenin amacı, "iyi belgelenmiş destekleyici kanıtlarla sakin, empatik ve rasyonel bir şekilde" belirli tıbbi durumlar veya tedaviler için herhangi bir hastalığın olmadığını ve belirtilerin ebeveyn davranışlarından kaynaklandığını bildirmektir (4,6,50). Erken ve hazırlıksız bir yüzleştirme işbirliğini zorlaştırır ve çocuğun hastanede tutulmasını, korunmasını riske sokar, ailenin başka hastaneye yönelmesine neden olur. Bilgilendirme sonrası hemen çocuğun korunması için anneden ayrılması, hastane bakımını sürdürecek sağlıklı aile üyesinin devreye sokulması sağlanır (38,39). Burada en hassas noktalardan biri sağlıklı olan ebeveynin psikoeğitimi ve işbirliği için ekibin yanında yer almasını sağlamaktır. Bu uzun dönemde evdeki diğer çocukların korunması açısından da çok önemlidir. Ek olarak annenin bireysel psikoterapisi, anne-bebek ilişkisinin değerlendirilmesi ve güçlendirilmesi, ebeveynlik becerilerinin desteklenmesi, anne çocuk bağlanmasının desteklenmesi, aile terapisi, genelde tamamen silik olan babanın aile sistemine dâhil edilmesi ve ailenin hastane dışındaki destek kaynaklarının araştırılması, güçlendirilmesi gerekir. Annenin terapisinde işbirliği kurabilmek, güven sağlayabilmek ve yüzleştirmeyi aşamalı olarak yapmak önemlidir (3,34). BYB'de terapide; güvene dayanan terapötik bir ittifak kurma; ebeveynde empati ve sosyal ilişkileri geliştirme, gerçek potansiyelini fark ettirme, stresli durumlarla başa çıkma, kendi davranışlarını fark ettirme, yaptığı davranışın nedenleri hakkında bilinçlendirme; yeteneklerini keşfetmesine yardımcı olma; benlik saygısı ve kendine güveni geliştirmesine yardım etme; ebeveynin ödüllendirme sistemini kademeli olarak değiştirme, babayı tedaviye dâhil etme sağlanır. Tespit edilen eş hastalanımlar, davranış farkındalığıyla ortaya çıkan gerginlik, anksiyete ve depresyon için farmakolojik ve psikoterapötik tedavi alması gerekir (3,4,32,34). Ebeveynin kendi annesi ile arasındaki ilişkisel bağları onarma, yeniden anlamlandırma, taciz edici davranışların neden olduğu suçluluk duygusuyla başa çıkma, sosyal becerileri geliştirme, duygusal gereksinimleri, ödülleri hastane dışında aramasını sağlama, çocuğuna zarar vermeden acı veren duygularını ifade edebilme tedavide önemli çalışma konularıdır (39,46).

SONUÇ

Klinisyenler arasında bugün halen tanı geçerliliği tartışılan bu bozuklukta, hastalığın yapay olarak oluşturulduğu fark edildiğinde tedavi ekibinde öfke uyanması, hasta-hekim arasında gelişen aktarım/karşı aktarım süreçleri nedeniyle olgu yönetiminin tedavi ekibini zorlaması ve birçok kurumla işbirliği gerekmesi uzmanların bu olgulara mesafeli yaklaşmasına neden olmaktadır. Kliniğin geniş bir yelpazede karşımıza çıkması, motivasyonların iç içe geçtiği literatürde "gri zon" olarak adlandırılan karma durumların görülmesi, nesilden nesile aktarımı tabloyu daha da karmaşıklaştırmaktadır. Öncelik olguların fark edilmesi ve istismarın durdurulmasıdır. Sonraki aşama doğru yaklaşım ve rehabilitasyon için psikodinamikleri anlamamızı gerektirir. YB/BYB'nin ele alınması ve uygun vaka yönetimi için klinikler ve kurumlar arası işbirliği, eşgüdümün olması, mümkünse multidisipliner bir ekibin süreci ele alması çok önemli görülmektedir. Birincil hedef çocuğu korumak ve hayati tehlikesini değerlendirmek, olguyu süreç içinde iyi yönetmek olmalıdır. Bu olguların adli bildirimi literatürde de tartışmalıdır. Olgularda daha somut bulgular olduğunda, bakım veren tarafından hastalık indüklendiğinde dahi hukukçuların bu konuda bilgilerinin yetersizliği nedeniyle süreç tıkanmakta, çocuk ve anne tedavi sisteminin dışında kalmaktadır. BYB olgularında yazın bilgisi ve olgu serilerimizden edindiğimiz deneyimlere göre adli süreçleri başlatmakla ilgili her olguyu kendi özelinde değerlendirmek gerektiği, riskleri belirleme ve dinamiklere hakim olmanın önemli olduğu ve çocuğun yüksek yararı göz önünde bulundurarak

bir strateji belirlemenin en uygun yaklaşım olduğu kanısındayız. Hafif olgularda öncelik sağlıklı ebeveyni de tedavinin içine katarak aile ve çocukla çalışarak takip içerisinde tutmak daha uygun olmaktadır. Bazen süreç içinde çocuğun risk altında olduğu düşünüldüğünde, işbirliği yapılamayan, içgörünün geliştirilemediği olgularda adli bildirimin yapılması ve çocuk koruma sisteminin devreye sokulması gerekir. Çocukta invaziv girişimle doğrudan hastalık üreten annelerde acilen adli süreci başlatarak çocuğu koruma altına alınması gerekir. Ancak bu olgularda da anneyi hemen çocuktan ayırmak gerekmesine karşın adli bildirim hemen yapılmayabilir. Adli süreçlerin sağlıklı işlemesi için ailenin değerlendirilmesi, istismarcı olmayan ebeveyni sürece katma ve desteğini alma, aile dinamiklerini anlama ve aldatmacayla aşamalı olarak yüzleştirme için yatarak çocuğun ve annenin değerlendirmesi ve çocuk için en uygun koruma sistemini de içeren detaylı bir adli rapor oluşturulması çok önemli olmaktadır. Klinik deneyimlerimiz, olgu yönetimi aşamasında işbirliğine açık olmayan bazı annelerin çocuk koruma sistemi ve/veya adli bildirim sürecinin başlatılmasıyla birlikte babalar tarafından işbirliğine ikna edilebildiğini, dolayısıyla anne ve aileyle çalışılarak çocuğun aile sistemi içinde korunmasının sağlanabildiğini göstermiştir.

Yazışma Adresi: Doç. Dr., Dilşad Foto Özdemir, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
dilsad_ozdemir@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Meadow S. Munchausen syndrome by proxy. J Clin Forensic Med 1994; 1: 121-127.

2. Scher LM, Knudsen P, Leamon M. Somatic Symptom and Related Disorders, in The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, Chap. 16, edited by RE. Hales, SC. Yudofsky, LW Roberts with foreword by DJ Kupfer–Sixth Edition, Washington, DC, American Psychiatric Press, 2014, pp. 531-556.

3. Bursch B, Emerson ND, Sanders MJ. Evaluation and management of factitious disorder imposed on another. J Clin Psychol Med Settings 2019; 1-11.

4. Cardona L, Asnes AG. Disclosure of caregiver-fabricated illness to a child: A team-based approach to communicating with pediatric patients. Clin Child Psychol Psychiatry 2019; 24: 494–502.

5. Flaherty EG, MacMillan HL. Caregiver-fabricated illness in a child: a manifestation of child maltreatment. Pediatrics 2013; 132: 590–597.

6. Sousa Filho DD, Kanomata EY, Feldman RJ, Maluf Neto A. Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy: a narrative review. Einstein (Sao Paulo) 2017; 15(4):516-521.

7. Fliege H, Grimm A, Eckhardt-Henn A, Gieler U. Martin K, Klapp BF. Frequency of ICD-10 factitious disorder: survey of senior hospital consultants and physicians in private practice. Psychosomatics 2007; 48: 60–64.

8. Bass C, Halligan P. Factitious disorders 2; Factitious disorders and malingering: challendes for clinical assessment and management. Lancet 2014; 383: 1422-1432.

9. Squires JE, Squires RH. Munchausen syndrome by proxy: ongoing clinical challenges. JPGN 2010; 51: 248–253.

10. Hamilton JC, Feldman MD, Sherwood IM. Factitious Disorder, Munchausen Syndrome, Munchausen by Proxy, and Malingering. Encyclopedia Ment Health 2016; 226-234. doi: 10.1016/B978-0-12-397045-9.00010-0

11. Pavan C, Scarpa C, Bassetto F, Azzi M, Vindigni V. Munchausen's syndrome in plastic surgery: an interdisciplinary challenge. Plast Reconstr Surg Glob Open 2015; 3: e428

12. Caselli I, Poloni N, Ceccon F, Ielmini M, Merlo B, Callegari C. A systematic review on factitious disorders: psychopathology and diagnostic classification. Neuropsychiatry 2018; 8:281-292.

13. Libow JA. Beyond collusion: active illness falsification. Child Abuse Negl 2002; 26; 525–536

14. Bass C, Jones D. Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: case series. Br J Psychiatry 2011; 199(2):113-8. https://doi.org/ 10.1192 /bjp.bp.109.074088.

15. Foto-Özdemir D, Yalçın S, Akgül S, Evinç ŞG, Karhan A, Karadag F, Balseven-Odabaşı A, Tekşam Ö, Yıldız İ, Kanbur N, Özmert E, Derman O, Tümer AR, Atik H, İnce T, Yurdakök K, Gökler B, G Kale. Munchausen By Proxy: A Case Series Study From Turkey. J Fam Violence 2015; 30: 661-671. DOI 10.1007/s10896-015-9700-3.

16. Karakoç Demirkaya S, Tağcı S, Aksu H. Hipoglisemi nöbetleri ile başvuran tip-1 diyabetes mellitus tanılı ergen olguda Munchausen Sendromu. Anatolian Journal Of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi 2016; 17: 91-93.

17. Foto-Özdemir D, Yalçın SS, Zeki A, Yurdakök K, Özusta Ş, Köse A, Karadağ F, Yıldız İ, Balseven-Odabaşı A, Kale G. Munchausen by proxy syndrome presented as recurrent respiratory arrest and thigh abscess: A case study and overview. Turk J Pediatr 2013; 55: 337-343.

18. Yates GP, Feldman MD. Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature. Gen Hosp Psychiatry 2016; 41: 20–28.

19. Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of munchausen syndrome by proxy. Child Abuse Negl 2003; 27: 431-451.

20. Davis P, Murtagh U, Glaser D. 40 years of fabricated or induced illness (FII): Where next for paediatricians? Paper 1: Epidemiology and definition of FII. Arch Dis Child 2019; 104: 110–114. https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-314319

21. Eisendrath SJ. Current Overview of Factitious Physical Disorders. In The Spectrum of Factitious Disorders. Edited by MD Feldman, SJ Eisendrath, Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996, pp.21-36.

22. Sanders MJ. Symptom coaching: Factitious disorder by proxy with older children. Clin Psychol Rev 1995; 15: 423–442.

23. Day LB, Faust J, Black RA, Day DO, Alexander A. Personality profiles of factitious disorder imposed by mothers: a comparative analysis. J Child Custody 2017; 14: 191–208 Https://Doi.Org/10.1080/15379418.2017.1331780

24. Kozlowska K. Abnormal illness behaviors:a developmental perspective. Lancet 2014; 383: 1368-1369.

25. Adshead G, Bluglass K. Attachment representations in mothers with abnormal illness behaviour by proxy. Br J Psychiatry 2005; 187: 328-333.

26. Ehlers W, Plassmann R. Diagnosis of narcissistic self-esteem regulation in patients with factitious illness (Munchausen syndrome). Psychother psychosom 1994; 62: 69-77.

27. Rogers R. Diagnostic, explanatory, and detection models of munchausen by proxy: extrapolations from malingering and deception. Child Abuse Negl 2004; 28:225–39.

28. Yates G, Bass C. The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy) – A systematic review of 796 cases. Child Abuse Negl 2017; 72: 45–53.

29. Rosenberg DA. Munchausen syndrome by proxy. Child Abuse Negl 2003; 27: 421–430. https://doi.org/ 10.1016/S1045-2134(03)00029-2.

30. Bools C, Neale B, Meadow R. Munchausen syndrome by proxy: a study of psychopathology. Child abuse negl 1994; 18: 773-788.

31. Schreier H, Libow J. Hurting for Love -Munchausen by Proxy Syndrome. New York, Guildford Press, 1993.

32. Bass C, Glaser D. Factitious disorders 1; Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. Lancet 2014; 383: 1412-1421.

33. Schreier, H. Munchausen by Proxy defined. Pediatrics 2002; 110: 985–988.

34. Lopez-Rico M, Lopez-Ibor JJ, Crespo-Hervas D, Muñoz-Villa A, Jimenez-Hernandez JL. diagnosis and treatment of the factitious disorder on another, previously called munchausen syndrome by proxy. Compr Clin Med 2019; 1: 419–433. https://doi.org/10.1007/s42399-019-00057-6

35. Maldonado JR. When parents deceive their children's doctors: a review of factitious disorder by proxy . Am J Forensic Psychiatry 2002; 23: 29-58.

36. Criddle L. Monsters in the closet: munchausen syndrome by Proxy. Crit Care Nurse 2010; 30: 46-55.

37. Meadow R: Munchausen syndrome by proxy abuse perpetrated by men. Arch Dis Child 1998; 78: 210-216

38. Stirling J. Beyond munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. Pediatrics 2007; 119: 1026-1030.

39. Roesler TA. Medical child abuse: what have we learned in 40 years? Curr Treat Options Peds 2018; 4: 363–372. DOI 10.1007/s40746-018-0136-x

40. Foto Özdemir D, Gökler B, Evinç ŞG, Balseven-Odabaşı A. Paylaşılmış Ailesel Psikoz Kapsamında Bir "Bakım Verenin Yapay Bozukluğu" Olgusu. Türk Psikiyatri Dergisi 2013; 24: 275-279. DOI: 10.5080/u6990.

41. Sharif I. Munchausen syndrome by proxy. Pediatr Rev 2004; 25: 215-216.

42. Martinovic Z. Fictitious epilepsy in munchausen syndrome by proxy: family psychodynamics. Seizure 1995; 4:129-134

43. Foto Özdemir D, Karakok B, Yalçın SS. Factitious Disorder Presented by Haematemesis / Factitious Disorder Imposed on Another (FDIA): A Case Report. Turk J Psychiatry 2020; DOI :10.5080/u24988. In press

44. Awadallah N. Munchausen by proxy: a case, chart series, and literature review of older victims. Child Abuse Negl 2005; 29:931–941

45. Marcus A, Ammermann C, Klein M, Schmidt MH. Munchausen syndrome by proxy and factitious illness: symptomatology, parent-child interaction, and psychopathology of the parents. Eur child adolesc psychiatry 1995; 4: 229-236.

46. Precey G. Assessment issues in working with mothers who induce illness in their children Child Fam Soc Work 1998; 3: 227-237.

47. Libow JA, Schreier HA. Three forms of factitious illness in children: when is it Munchausen syndrome by proxy? Am J Orthopsychiatry 1986; 56: 602-611.

48. Conway SP, Pond MN. Munchausen syndrome by proxy abuse: a foundation for adult munchausen syndrome. Aust N Z J Psychiatry 1995; 29: 504–507.

49. Taylor DC. Parental persuasion to sickness. Occasional Papers-Association for Child Psychology and Psychiatry 1996; 13-16.

50. Roesler T, Jenny C. Medical Child Abuse. Beyond Munchausen Syndrome by Proxy. Elk Grove Village, IL: Am Acad Pediatrics 2008.

Hiperprolaktinemi saptanan sanrısal bozukluk tanılı bir hastada uzun etkili aripiprazol ile klinik düzelme: Olgu sunumu

Clinical ımprovement with long-acting aripiprazole in a patient with delusional disorder with hyperprolactinemia: a case report

Sevler Yildiz[1],Kerim Uğur[2]
[1]Uzm. Dr., Tunceli Devlet Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Tunceli, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-9951-9093
[2]Uzm. Dr., Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Malatya, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-3131-6564

ÖZET

DSM-5 bir ya da daha fazla sistematik, değişmez nitelikte sanrıların olduğu bozukluğu 'Sanrısal Bozukluk' olarak adlandırmıştır. Sanrısal bozukluk tanılı hastaların iç görüleri zayıf olduğundan doktora kendileri başvurmazlar bu sebeple de ilaç tedavisine karşı oldukça dirençlidirler. Bu yazıda antipsikotik tedavi sürecinde hiperprolaktinemi tespit edilen sanrısal bozukluk tanılı bir hastada, prolaktin yüksekliğinin etiyolojisini açıklamaya çalışırken yapılan ileri tetkikler ile hipofiz adenomu saptanmasından ayrıca hastada uygun endokrinolojik yaklaşım ve uzun etkili aripiprazol depo kullanımıyla birlikte görülen klinik iyileşmeden bahsedeceğiz. Psikiyatrik tanılı hastalarda özellikle ilaç yan etkisi olarak düşündüğümüz durumların inatçı seyretmesi, altta yatan organik bir nedenin bulunabileceğini akla getirmeli, ayrıntılı nöropsikiyatrik değerlendirme mutlaka yapılmalıdır. Ayrıca günümüzde oral tedaviye dirençli olgularda depo ilaçların önemi giderek arttığından hekimler tarafından kullanımının yaygınlaşacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Sözcükler: Uzun Etkili Aripiprazol, Sanrısal Bozukluk, Hiperprolaktinemi, Hipofiz Adenomu

SUMMARY

DSM-5 named the disorder with one or more systematic, invariant delusions as 'Delusional Disorder'. Patients with a diagnosis of delusional disorder have poor internal symptoms and therefore do not consult a doctor themselves, so they are very resistant to drug treatment. In this article, we will discuss the etiology of prolactin elevation in a patient with delusional disorder diagnosed with hyperprolactinemia during antipsychotic treatment. In patients with psychiatric diagnosis, stubbornness of what we consider to be a drug side effect should suggest that an underlying organic cause may exist, and a detailed neuropsychiatric evaluation should be performed. In addition, we think that the use of depot drugs in patients resistant to oral therapy will increase and its use by physicians will become widespread.

Key Words: Long-acting Aripiprazole, Delusional Disorder, Hyperprolactinemia, Pituitary Adenoma

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:518-521)
DOI: 10.5505/kpd.2020.71501

Makalenin geliş tarihi: 25.12.2019, Yayına kabul tarihi: 11.03.2020

GİRİŞ

Dış gerçekliğin aksi kanıtlara rağmen yanlış yorumlanmasına dayanan sabit inançlar sanrı olarak tanımlanmaktadır. Bir ya da daha fazla sistematik sanrının bir araya gelmesi ile oluşan klinik tablo ise sanrısal bozukluk olarak adlandırılmaktadır. Ortalama 40'lı yaşlarda görülen bu hastalıkta en sık perseküsyon sanrıları görülse de grandiyöz sanrılar, somatik sanrılar, kıskançlık sanrıları veya başka tür sanrılar da görülebilmektedir. Sanrısal bozukluk tedavisinde antipsikotik ilaçların yanında psikoterapi de kullanılmaktadır (1).

Tipik antipsikotik ilaçlar tuberoinfundibuler sistemde, dopamin 2(D2) blokajına bağlı olarak kan prolaktin seviyesinde yükselmeye neden olmaktadır. Risperidon, ketiyapin, aripiprazol gibi atipik antipsikotik ilaçlar ise daha az D2 reseptör blokajı yaptığından diğer antipsikotiklere göre prolaktin seviyesini daha az yükseltmektedir. Hiperprolaktinemi, kullanılan antipsikotikten kaynaklanabileceği gibi diğer hiperprolaktinemi nedenlerinin de bu duruma yol açabileceği unutulmamalı ve bu nedenlere yönelik araştırmalar yapılmalıdır (2,3).

Aripiprazol 5-HT1a reseptör parsiyel agonisti iken, 5-HT2a reseptör antagonisti olduğundan hiperprolaktinemiye neden olma ihtimali %5'in altındadır. Hatta aripiprazol, diğer antipsikotik ilaçların yanında semptomatik hiperprolaktineminin etkilerini azaltmak amacıyla kullanılmaktadır (4, 5).

Biz burada uzun etkili paliperidon ile takip ettiğimiz sanrısal bozukluk tanılı bir olguda, tedavi esnasında hiperprolaktinemi tablosunu düşündüren şikayetler gelişmesinden, olguda yapılan ileri tetkikler sonrası insidental olarak hipofiz adenomu saptanmasından ve sonrasında uygun endokrinolojik yaklaşım ile birlikte uzun etkili aripiprazol tedavisi ile birlikte klinik seyrin düzelmesinden bahsedeceğiz.

OLGU

42 yaşında, evli, kadın hasta. Kötülük göreceği düşünceleri, kimsenin duymadığı sesler duyma, sinirlilik yakınmalarıyla yakınları tarafından getirildi. Kendisine göre bunlardan şikayetçi olması muhtemel hastalığı yoktu. Bu dönemden önce psikiyatrik semptomu olmayan hastanın ilk şikayetleri yaklaşık iki yıl önce kendi kendine konuşma, yoğun takip edilme ve kötülük göreceği düşünceleri, dini konularda yoğun uğraşılar şeklinde başlamış. Tanımadığı insanların kendisini takip ettiğini, kendisinin dini bir örgüte mensup olduğunu, örgütlerine zarar vermek isteyen insanlar tarafından kendisine kötülük edileceğini düşünüyormuş. Bu düşünceleri nedeniyle kendisini takip ettiğini düşündüğü bir kişinin arabasına zarar vermesi, bir diğer seferde de kendi örgütüne mensup olmadığını düşündüğü insanların oturduğu apartmanın önünde silahla havaya ateş etmesi nedenleriyle adli sorunlar yaşamış. Adli sürecin sonucunda ailesi kişinin hastalığı olduğunu fark edip psikiyatri doktoruna götürmüş. Psikiyatristler tarafından farklı zamanlarda olanzapin, risperidon ve haloperidol tablet tedavileri başlanmış ancak hasta oral ilaç alımına karşı direnç gösterdiğinden, ilaç başlandıktan birkaç gün sonra ilaçları kendisi bırakıyormuş.

Ruhsal yakınmalar ile hasta psikiyatri polikliniğine getirildi. Öz geçmişinde ve soy geçmişinde özellik yoktu. Alkol ve madde kullanım öyküsü yoktu. Yapılan ruhsal muayenesinde; bilinci açık, koopereydi. Zeka ve dikkati klinik gözlem ile yeterliydi. İletişim kurmakta isteksizdi. Göz teması kurmaktan sakındığı gözlendi. İlgi ve bakımı yetersizdi. Çağrışımları düzenliydi. Düşünce içeriğinde referans ve perseküsyon sanrıları vardı. Soyut düşünme yeterli, gerçeği değerlendirme yetersizdi. İç görüsü yoktu. Duygulanımı disforikti. Hastadan istenilen tam kan sayımı ve biyokimya değerleri ilk başvuru anında normal sınırlardaydı. Yapılan genel nörolojik muayenesinde patoloji izlenmedi.

Hastada DSM -5'e göre bir aydan daha uzun süren sanrıların varlığı, bulguların şizofreni a tanı ölçütlerini karşılamaması, sanrısal süreç dışında işlevselliğin belirgin olarak etkilenmemesi, beraberinde şiddetli mani ya da majör depresyon dönemlerinin olmaması, hastalığın bir maddenin etkisi ya da sağlıkla ilgili bir duruma bağlı olmaması nedenleriyle 'Sanrısal Bozukluk' tanısı düşünüldü. Ayırıcı tanıda şizofreni, psikoz özellikleri gösteren

depresyon, bipolar I ve II bozukluğu DSM 5'e göre uygun tanı kriterlerini sağlanamadığı için dışlandı.

Hastaya Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) uygulandı. Ölçek toplam skoru 126 idi. İç görü eksikliği ve oral tedaviye uyumsuzluk öyküsü nedeniyle uzun etkili antipsikotik tedavi başlanması planlandı. 150 mg dozunda paliperidon uzun salınımlı süspansiyon enjeksiyon intramusküler (im) yapıldı. 8. Gün 100 mg uzun etkili paliperidon enjeksiyon im uygulandı. Bir ay sonra 100 mg uzun etkili paliperidon enjeksiyonu ile takibi yapıldı. Ancak tedavinin üçüncü ayında adet düzensizliği, memelerde hassasiyet, dolgunluk ve memelerden akıntı gelmesi yakınmaları oldu. Hastada tekrar alınan rutin kan tetkiklerinde patoloji izlenmediğinden ilaca bağlı hiperprolaktinemi olasılığı düşünüldü ve serum prolaktin düzeyi istendi. Prolaktin düzeyi 92,64 ng/ml olarak saptandı. Hastanın uzun etkili paliperidon aylık dozu 75 mg'a düşüldü. Yapılan kontrollerde prolaktin düzeyinde yeterli düşmenin sağlanamadığı görüldü ve hastanın hiperprolaktinemiye bağlı yakınmalarının devam ettiği öğrenildi. Tedavinin beşinci ayında bakılan prolaktin kan düzeyi 166,8 ng/ml olarak saptandı. 150 ng/ml seviyesinin üstünde çıkan sonuç nedeniyle prolaktin düzeyinin hipofiz tümörüne bağlı olabileceği düşünülerek kontrastlı ve kontrastsız hipofiz manyetik rezonans (MR) istendi. Hipofiz MR sonucunda hipofiz glandı posterior kesiminde 5 mm çapında IVKK ile kontrast tutulumu göstermeyen ve hipofiz mikroadenemonu düşündüren kitle saptandı. Hasta endokrinoloji bölümüne konsülte edildi. Endorinoloji tarafından diğer hormon seviyelerinde anomali saptanmadığından ilk etapta antipsikotik tedavinin değiştirilmesi önerildi. Antipsikotik ihtiyacı devam eden hastanın uzun etkili paliperidon intramüsküler (im) tedavisi sonlandırıldı. Aripiprazol 5 mg/gün tb başlandı. Ancak oral antipsikotik tedavisine bağlı tedavi uyumsuzluğu devam ettiği için uzun etkili aripiprazol im tedavisine geçişi yapıldı. Poliklinik kontrollerinde takiplerine devam edilen hastanın ilaç değişimi sonrası hiperprolaktinemiye bağlı olan fiziksel belirtileri gerileDi. Ayrıca endokrinoloji tarafından takip edilmekte olan hastada, takiplerde prolaktin seviyesi gerileyip normal aralığa döndüğünden nonfonksiyonel hipofiz adenomu düşünüldü ve hasta ilaçsız olarak izleme alındı.

Tedavinin yaklaşık yedinci ayında total PANNS skoru 44'e geriledi. Hasta tedavi sonrası dönemde evden çıkmaya başladı, hastalığı sürecinde sorun yaşadığı kişiler ile ikili ilişkilerinde düzelme sağlandı, sosyal işlevselliğini geri kazandı. Hastanın sonraki üç aylık poliklinik takiplerinde ruhsal ve fiziksel yakınması olmadı. Prolaktin seviyeleri normal sınırlarda olduğundan endokrinoloji tarafından ilaçsız olarak takip edilmektedir. Hasta aylık psikiyatri poliklinik kontrolleri ile de izlenmeye devam ediliyor.

TARTIŞMA

Tipik antipsikotiklerin ön hipofizdeki D2 reseptörlerini bloke ederek prolaktin seviyelerinde yükselmeye neden olduğu bilinmektedir (6). Atipik antipsikotikler ise, tipik antipsikotiklere göre daha az olmakla birlikte kendi aralarında reseptör afinitelerine göre prolaktin düzeyini yükseltenler ve yükseltmeyenler olarak iki gruba ayrılmaktadır (6,7). Klozapin ve ketiapinin düşük D2 reseptör afinitesi nedeniyle prolaktin düzeyinde yükselmeye neden olmadığı düşünülmektedir. Risperidon ve amisülpirid ise serum prolaktin düzeyini yükselten gruptadır (8).

Hiperprolaktinemi menstrual düzensizliklere, galaktore, jinekomasti, seksüel disfonksiyon, infertilite, obezite, akne ve hirsutizm ve kemik mineral yoğunluğunda azalma gibi yan etkilere neden olabilmektedir (9). Hiperprolaktinemi saptanması durumunda hastalık öyküsü, fizik muayene, gebelik testi de dahil olmak üzere detaylı kan tetkikleri yapılmalıdır. Öyküde baş ağrısı ve görme bozukluğu gibi şikayetlerin varlığı beyinde yer kaplayan bir lezyonu akla getirmelidir. Ancak öyküde bu tür şikayetlerin olmaması santral sinir sistemi patolojilerini dışlamaz. Bu sebeple ileri tetkik için hasta endokrinolog ve beyin cerrahına yönlendirilmelidir (3).

Aripiprazol kullanımının prolaktin düzeylerinde hafif bir yükselmeye neden olduğuna yönelik çalışmalar olsa da diğer antipsikotiklerle ortaya çıkan hiperprolaktinemi durumunda tedaviye aripiprazol eklenmesinin prolaktin düzeylerinde düşüş sağladığına yönelik vaka bildirimleri ve çalışmalar da bulunmaktadır (5,10,12).

Antipsikotiğe bağlı prolaktin yüksekliği araştırılırken prolaktin seviyesi bize etiyoloji açısından yardımcı olmaktadır. Antipsikotik kullanımı ile ortaya çıkan prolaktin yüksekliği en fazla 150 ng/ml kadar olmaktadır (11). Öte yandan nadirde olsa antipsikotiklere bağlı kan seviyesi 150 ng/ml'den daha yukarılara da çıkabilmektedir.

Yukarıdaki vaka sunumunda hastaya önce paliperidon uzun salınımlı enjeksiyon tedavisi başlanmıştır. Tedavinin ilk dönemlerinde prolaktin düzeyi 92,64 ng/ml'e yükselmiş ve kontrollerde intramüsküler antipsikotik tedavinin dozu azaltılmasına rağmen prolaktin seviyesinde gerileme olmamıştır. Ayrıca prolaktin düzeyinin 150 ng/ml'nin üzerine yükselmiş olduğunun görülmesi üzerine organik etiyoloji araştırılmıştır. Hastada daha az oranda prolaktin yükselmesine sebep olabileceği bilinen uzun etkili aripiprazol enjeksiyon tedavisine geçilmiştir. Takiplerde prolaktin seviyesi normal aralığa döndüğünden endokrinoloji tarafından nonfonksiyonel hipofiz adenomu düşünülmüş ve hasta ilaçsız olarak izleme alınmıştır. Bu hasta için her ne kadar antipsikotik olarak klozapin ve ketiapin düşünülecek alternatifler arasında olsa da hastanın oral tedaviye uyumsuzluğunun yanında ortaya çıkabilecek metabolik sendrom ve agranülositoz riski nedeniyle aripiprazol depo aylık enjeksiyon tedavisi uygun görülmüştür.

Sonuç olarak; Sanrısal Bozukluk gibi oral tedaviye dirençli olgularda antipsikotik dozunun ayarlanamadığı uzun etkili antipsikotikler ile tedavi sırasında, hiperprolaktinemi yan etkisi ortaya çıkabilmektedir (7, 12). Belirtilen hasta grubunda ortaya çıkabilecek hiperprolaktinemi durumlarında kısmi agonist etki mekanizması ve D2 reseptörlerine güçlü bağlanma afinitesi gösteren aripiprazol, hiperprolaktinemiyi azaltmaya yardımcı olmak için güvenli ve etkili bir ekleme tedavisi alternatifi olabilir (12). Bununla birlikte akut dönem dışında uzun etkili depo formuyla idame tedavi alternatifi de olabilir. Biz bu vaka sunumunun uzun etkili tedavi gerektiren Sanrısal Bozukluk hastalarında hiperprolaktinemiye yaklaşım açısından literatüre katkı yapacağını düşünmekteyiz.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Sevler Yıldız, Tunceli Devlet Hastanesi, Psikiyatri, Tunceli, Türkiye dr_sevler@hotmail.com

KAYNAKLAR

1.Winokur G. Delusional Disorder (Paranoia). ComphernsivePsychiatry 1977; 18: 511-521.

2. Jolene RB, Pharm D, Sally KG . Pharmacotherapy 2009; 29: 64-73.

3. Windgassen KW, Wesselmann U, Mönking H. Galactorrhea and hyperprolactinemia in schizophrenicpatients on neuroleptics: frequencyandetiology. Neuropsychobiology 1996; 33:142-146.

4. Kane JM, Meltzer HY, Carson WH, McQuade RD, Marcus RN, Sanches R, Aripiprazole Study Group. Aripiprazole for treatment-resistant schizophrenia: Results of a multicenter, randomized, double-blind, comparison study versus perphenazine. Journal of Clinical Psychiatry 2007; 68: 213–223.

5. Saitis M, Papazisis G, Katsigiannopoulos K, Kouvelas D. Aripiprazole resolves amisulpride and ziprasidone induced hyperprolactinemia. Psychiatry Clin Neurosci 2008; 62: 624.

6. Haddad PM, Sharma SG. Adverseeffects of atypical antipsychotics differential risk and clinical implications. CNS Drugs 2007; 21:911–936.

7. Bulut SD, Bulut S, Alataş E. Antipsikotiklere bağlı hiperprolaktinemi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2015; 7(2), 109-124.

8. Grunder G, Wetzel H, Schlosser R, Anghelescu I, Hillert A, Lange K,Hiemke C,Benkert O. Neuroendocrine response to antipsychotics: effects of drug type and gender. Biol Psychiatry 1999; 45: 89-97.

9. Marder SR, Essock SM, Miller AL, Buchanan RW, Casey DE, Davis JM, Kane JM, Lieberman JA, Schooler NR, Covell N, Stroup S, Weissman EM, Wirshing DA, Hall CS, Pogach L, Sunyer X, Bigger JT, Friedman A, Kleinberg D, Yevich SJ, Davis B, Shon S. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 2004; 161:1334–1349.

10. Shim JC, Shin JG, Kelly DL, Jung DU,Seo YS, Liu KH, Shon JH, Conley RR.. Adjunctive treatment with a dopamine partial agonist, aripiprazole, for antipsychot icinduced hyperprolactinemia: a placebo-controlled trial. Am J Psychiatry 2007; 164:1404–1410.

11. Checkley S. Neuroendocrine effects of psychotropic drugs. Baillieres Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 1991; 5:15-33.

12. Yeager A, Shad MU. Aripiprazole for the Management of Antipsychotic-Induced Hyperprolactinemia A Retrospective Case Series. Prim Care Companion CNS Disord. 2020; 30: 22(1).

Psikojenik polidipsi olgu sunumu: Atomoksetine ek klomipramin kullanımı

Psychogenic polydipsia case report: Use of additional clomipramine in atomoxetine

Berna Gündüz Çıtır[1],Sevcan Karakaç Demirkaya[2]
[1]Uzm.Dr., Tokat Dr Cevdet AykanRuh Sağılığı ve Hastalıkları Hastanesi, Tokat, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-6092-2993
[2]Doç. Dr., İstanbul Gelişim Üniversitesi, İktisadi İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-2778-9174

Psikojenik polidipsi (PP) veya kompülsif su içme susama duymaksızın alışkanlık haline gelen normalden fazla su içme ile karakterize psikiyatrik bir tablodur(1). En sık şizofrenide (%80) olmak üzere psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların %6-20'sinde görülür (2). Bunun dışında psikotik özellikli depresyonda, bipolar bozuklukta, kişilik bozukluklarında, alkol madde bağımlılarında ve antipsikotik kullanımı sonrasında görülebilir. Etiyopatagenezinin multifaktoriyel olduğu, bunlardan bir nedenin de hipotalamustaki susama merkezinin işlevinde bozulma olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda aşırı sıvı alımının hipotalamohipofizyel aksın regülasyonunu bozduğu ve ADH sekresyonunda disregülasyona neden olduğu bildirilmiştir (3). Tanı koymada ilk adım ayrıntılı öykü almaktır. Klinik tablonun nadiren akut başladığı ve bu hastaların genellikle gece su içmedikleri ve noktürilerinin olmadığı belirtilmektedir (5). Tedavide ilk adımın sıvı kısıtlaması olduğu ancak hastaların uyumsuzluğu nedeniyle başarısız olunduğu belirtilmektedir. Polidipsiyi azalttığı saptanan bazı ilaçların ise fenitoin, bupropion ve propranolol olduğu bildirilmiştir (6).

OLGU

Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğinden "özel öğrenme bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve anksiyete bozukluğu" tanılarıyla 2 yıldır takip edilmekte olan A'nın kontrollerinde çok fazla su tükettiği öğrenildi. Değerlendirme sırasında 13 yaş 4 aylık, 40 kg ağırlığında erkek çocuğu olan A'nın tedavisi 4 aydır essitalopram 4 mg/gün ve atomoksetin 40 mg/gün şeklindeydi. Anne tarafından fark edilen günde en az 10 litre su içme ve sık idrara çıkma şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Alınan öyküden su isteğini engelleyememe, içmeyince huzursuz olma, sık idrara (her 5 dakikada 1) idrara çıkma ve boğaz kuruluğu hissi olduğu öğrenildi. Hasta fizyolojik sebeplerin ayırıcı tanısı için çocuk hastalıklarına yönlendirildi. Ek diyabetes mellitus veya diyabetes insipitus tanıları düşünülmedi ve tüm hemogram ve biyokimya incelemeleri normal değerlerde bulundu. Essitalopram dozu yükseltiğinde çok hırçınlık olduğu daha önceki izlemlerden görüldüğü için olgunun tedavisine bilişsel davranışçı terapi programı da oluşturuldu. Davranışçı ödevler ile kayıt tutması ve aşamalı su azaltılması çalışıldı. Miktar takibi önerildi ancak hasta uyumsuz olduğu için bu yaklaşımdan fayda görmedi ve tedavisi yeniden düzenlendi. Hastada kompülsif su içme düşünülerek essitalopram kesilip 10 mg/gün klomipramin başlandı. İki ay sonunda su miktarı 3 litre/güne düştü. İlk Klinik Global izlem-şiddet puanı (CGI) (KGİP) 4 iken izlemde 1 olarak bulundu.

TARTIŞMA

Bu olgu, psikojenik polidipsinin obsesif-kompulsif spektrumda yer alan bir bozukluk olduğunu desteklemektedir. Bozukluğun herhangi bir sınıflama sisteminde yer almaması tanı ve tedavi açısından güçlük yaratırken, klinik özelliklerinin net olması ancak patofizyolojisinin aydınlatılmamış olması sorun yaratmaktadır. Psikojenik polidipsinin ortaya çıkış mekanizmaları ile ilgili çok az şey bilinmektedir ve hastaların çoğu su içtikten sonra bizim olgumuzda olduğu gibi kendilerini daha iyi hissettiklerini söylemektedir (7). Bu hastalarda anterior hipotalamusta disfonskiyon olduğu ve stresle başa çıkmada su içme davranışının etkili olduğu bildirilmiştir (8). Etiyopatogenezinde aşırı duyarlı dopamin reseptörleri de neden olarak gösterilmek-

Makalenin geliş tarihi: 27.04.2020, Yayına kabul tarihi: 01.05.2020

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23: 522-523)
DOI: 10.5505/kpd.2020.26879

tedir(9). Psikojenik polidipsi tanısı ve ayırıcı tanısında ilk adım, tıbbi ve psikiyatrik eş tanılar ve ilaç kullanımı da dahil olmak üzere kapsamlı bir öykü ile değerlendirme yapmaktır. Diabetes İnsiputuslu hastalara kıyasla, polidiptik hastalar tipik olarak daha az akut bir başlangıç bildirir ve genellikle gece boyunca noktüriyi ve su içmeyi reddeder (5). Su alımının gönüllü olarak azaltılması tedavide ilk seçenek olarak önerilmekte ancak kompulsif şekilde su içme davranışı olan hastanın uyumsuzluğu nedeniyle bu yöntemin sıklıkla başarısız olduğu belirtilmektedir. Polidiptik davranışı iyileştirmek ve hiponatremiyi önlemek için polidipsi davranışını azalttığı tespit edilen bazı ilaçların fenitoin, bupropion ve propronol, irbesartan olduğu saptanmıştır (9,10). Bupropionun dopamin ve norepinefrin geri alımını inhibe ederek dopamin reseptörlerinde mevcut olan dopamin seviyesini arttırdığı varsayılmaktadır (10). İrbesartanın ise beyinde anjiyotensin sistemlerinde merkezi olarak su içme davranışını düzenlemeye yardımcı olduğu düşünülmektedir(9). Atomoksetin ve klomipraminin noradrenerjik etkileri ile sempatik sistem üzerinden ve olası vazopresin/anjiotensin üzerinden hipodipsiye yol açtığı belirtilmiştir. Kolimpramin trisikiklik antidepresanlar içinde güçlü antiobsesif etkiye sahiptir ve ayrıca mevcut antikolinerjik yan etkisi ile ağız kuruluğu yapar ve ilginç olarak buna rağmen olgumuzda su alımını azaltmıştır. Olgumuzda atomeksetine ek olarak klomipramin tedavisinin etkili olduğu mevcut literatürle uyumludur.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr., Berna Gündüz Çıtır, Tokat Dr Cevdet Aykan Ruh Sağılığı ve Hastalıkları Hastanesi, Tokat, Turkiye, bernagndz@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Ergin H, Semiz S, Dağdeviren E. Psikojenik polidipsi: Bir vaka takdimi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2006; 49: 319-21.

2.Verghese C, de Leon J, Josiassen RC: Problems ang progress in the diagnosis and treatment of polydipsia and hyponatremia. SCHİOPHR Bull 1996; 22:455-464.

3.Fricchione G, Kelleher S, Ayyala M:Coexisting central diabetes insipidus and pscycohogenic polydipsia. .JClin Pschiatry 1987;48:75-76.

4.Kokaçya M, Çöpoğlu Ü, Kurhan F, Girişken E. Günde 12 litre su içen psikojenik polidipsi olgusu. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi 2015; 21:46-49.

5. Fenske W, Allolio B. Clinical review: Current state and future perspectives in the diagnosis of diabetes insipidus: a clinical review. J Clin Endocrinol Metab. 2012;97:3426–37.

6. Arora G, Singh M, Mudassar T. Psychogenic polydipsia and bupropion. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2012;24:E3–4 .

7. Goldman MB. Brain circuit dysfunction in a distinct subset of chronic psychotic patients. Schizophrenia Research 2014;157:204–213.

8. De Leon J, Verghese C, Tracy JI ve ark. Polydipsia and water intoxication in psychiatric patients: a review of the epidemiological literature. Biol Psychiatry 1994; 35:408–19.

9.Kruse D, Panteşis C, Rudd R, et. al: Treatment of psychogemic polydipsia: comparison of risperidone an olanzapine, and the effects of anadjunctive angiotensin II receptor blocking drug (irbesartan). Aust N Z J Psychiatry 2001; 35:65-68.

10. Arora G, Singh M, Mudassar T. Psychogenic polydipsia and bupropion. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2012;24:3–4.

Bumetanide for autism spectrum disorder: Current evidence

Otizm Spektrum Bozukluğunda Bumetanid: Güncel Deliller

Mazlum Copur[1], Sidar Copur[2]
[1]Prof., İstanbul Arel University, School of Health Sciences Department of Child Development, Türkiye https://orcid.org/0000-0001-9218-0296
[2]Student, Koç University School Of Medicine, Istanbul, Türkiye https://orcid.org/0000-0003-0190-2746

TO THE EDITOR

Autism spectrum disorder (ASD), a lifelong neurodevelopmental disability characterized by persistent defects at social interactions and restricted behaviors and interests, affects 1 in every 59 children while effective treatment options are yet to be identified (1). Novel treatment options including gluten-free diet, vitamin and mineral supplementation have been implemented along with pharmacotherapy with limited success. Bumetanide is a loop diuretic drug that works by inhibiting sodium-potassium-chloride (Na-K-Cl) cotransporters, namely NKCC1 and NKCC2, while NKCC1 is also present in brain in contrast to kidney-specific NKCC2 (2). Use of bumetanide in ASD patients was first proposed in 2010 in five infants treated with 1 mg/day bumetanide for 3 months (3). Effectiveness of bumetanide treatment has shown in a 3-month placebo-controlled double-blind randomized controlled trial (RCT) involving 60 children with ASD or Asperger syndrome in which autistic traits were evaluated by Childhood Autism Rating Scale (CARS), Clinical Global Impressions, Autism Diagnostic Observation Schedule and video films at day 0 and 90 (4). Further placebo-controlled RCTs revealed that administration of bumetanide treatment along with applied behavior analysis (ABA) is superior treatment option compared to ABA alone (5). Beneficial effects were also reported in few other RCTs involving 88 and 83 subjects with similar autistic behavior evaluation tools and case reports while most commonly observed adverse effects include hypokalemia, dehydration, loss of appetite and asthenia (6-8). Clinical trials investigating effectiveness of bumetanide in other neuropsychiatric disorders including neonatal seizures, schizophrenia and Parkinson diseases have been conducted (9, 10).

Accumulation of chloride in neurons in early prenatal period has shown to regulate the levels of primary inhibitory neurotransmitter in humans, namely gamma-aminobutyric acid (GABA), which involves in many neurodevelopmental process through calcium-mediated cell signaling (11). Intracellular chloride accumulation is mediated via NKCC1 and KCC2 transporters which are influx and efflux pumps, respectively (11). Mechanism of action of bumetanide in ASD patients is believed to be the restoration of GABAergic system through decline in intracellular chloride levels. Over-activation of cortical regions involved in face processing and recognition including amygdala in ASD patients compared to controls has shown to be reversed with bumetanide treatment as shown in functional magnetic resonance imaging studies (12, 13). Even though bumetanide appears to be effective in the treatment of autistic behaviors with low adverse effect profile, further large-scale RCTs are necessary to recommend its' clinical implementation. However, it is important for clinicians to be aware of such possibly upcoming treatment option and its' pathophysiology.

Correspondence address: Prof, Mazlum Copur, İstanbul Arel University, School of Health Sciences Department of Child Development , Türkiye scopur14@ku.edu.tr

The arrival date of article: 03.02.2020, Acceptance date publication: 05.04.2020

(Turkish J Clinical Psychiatry 2020;23: 524-525)
DOI: 10.5505/kpd.2020.47123

REFERENCES

1. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, Maenner MJ, Daniels J, Warren Z, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. MMWR Surveill Summ 2018;67(6):1-23.

2. Brater DC. Pharmacology of diuretics. Am J Med Sci 2000;319(1):38-50.

3. Lemonnier E, Ben-Ari Y. The diuretic bumetanide decreases autistic behaviour in five infants treated during 3 months with no side effects. Acta Paediatr 2010;99(12):1885-8.

4. Lemonnier E, Degrez C, Phelep M, Tyzio R, Josse F, Grandgeorge M, et al. A randomised controlled trial of bumetanide in the treatment of autism in children. Transl Psychiatry 2012;2:e202.

5. Du L, Shan L, Wang B, Li H, Xu Z, Staal WG, et al. A Pilot Study on the Combination of Applied Behavior Analysis and Bumetanide Treatment for Children with Autism. J Child Adolesc Psychopharmacol 2015;25(7):585-8.

6. Lemonnier E, Villeneuve N, Sonie S, Serret S, Rosier A, Roue M, et al. Effects of bumetanide on neurobehavioral function in children and adolescents with autism spectrum disorders. Transl Psychiatry 2017;7(3):e1056.

7. Zhang L, Huang C-C, Dai Y, Luo Q, Ji Y, Wang K, et al. Symptom improvement in children with autism spectrum disorder following bumetanide administration is associated with decreased GABA/glutamate ratios. Transl Psychiatry 2020;10(1):9.

8. Grandgeorge M, Lemonnier E, Degrez C, Jallot N. The effect of bumetanide treatment on the sensory behaviours of a young girl with Asperger syndrome. BMJ Case Rep 2014;2014.

9. Damier P, Hammond C, Ben-Ari Y. Bumetanide to Treat Parkinson Disease: A Report of 4 Cases. Clin Neuropharmacol. 2016;39(1):57-9.

10. Rahmanzadeh R, Eftekhari S, Shahbazi A, Khodaei Ardakani MR, Rahmanzade R, Mehrabi S, et al. Effect of bumetanide, a selective NKCC1 inhibitor, on hallucinations of schizophrenic patients; a double-blind randomized clinical trial. Schizophr Res 2017;184:145-6.

11. Cellot G, Cherubini E. GABAergic signaling as therapeutic target for autism spectrum disorders. Front Pediatr 2014;2:70-.

12. Hadjikhani N, Asberg Johnels J, Lassalle A, Zurcher NR, Hippolyte L, Gillberg C, et al. Bumetanide for autism: more eye contact, less amygdala activation. Sci Rep 2018;8(1):3602.

13. Hadjikhani N, Zurcher NR, Rogier O, Ruest T, Hippolyte L, Ben-Ari Y, et al. Improving emotional face perception in autism with diuretic bumetanide: a proof-of-concept behavioral and functional brain imaging pilot study. Autism 2015;19(2):149-57.

Internet addiction and mental well-being among secondary school students in a Malaysian district: A cross-sectional survey

Luke Sy-Cherng Woon[1]
[1]MD, DrPsych, Department of Psychiatry, University Kebangsaan Malaysia Medical Centre,Kuala Lumpur, Malaysia
https://orcid.org/0000-0002-8216-0694

TO THE EDITOR

The number of internet users is steadily rising in Malaysia, with students spending the longest time online at three hours per day (1). Worryingly, recent National Health and Morbidity Surveys (NHMSs) have shown high prevalence of internet addiction among adolescent participants (2), besides elevated levels of depression, anxiety and stress (3).

A number of studies have examined internet addiction and mental well-being among adolescents. They revealed a general pattern of correlation between internet addiction and poor mental health (4, 5, 6, 7). For example, a study among adolescents in Croatia and Germany using the Internet Addiction Test (IAT) and the Short Form (36-item) Health Survey (SF-36) found significant correlation between poor mental health and quality of life and the level of internet addiction (6). Similar, internet addiction was also associated with poorer mental health among Japanese adolescents (7). However, such research data is scarce in Malaysia.

A cross-sectional survey was conducted which aimed to determine the prevalence of internet addiction, depression, anxiety and stress in a sample of secondary school students in Bentong, a rural district in Pahang state of Peninsular Malaysia. Secondarily, we explored the associations between internet addiction and depression, anxiety and stress.

In conjunction with the World Mental Health Day 2018, a half-day seminar was jointly organised at a local school by the psychiatric unit of Bentong Hospital and the district education office, with invitations sent out to all 18 secondary schools in the district. Up to eight conveniently selected students were sent by each school to take part in the event. During the programme, a talk on internet addiction was delivered. Two screening questionnaires, the Malay-version Depression, Anxiety and Stress-21 Scale (DASS-21) and the Malay-version Internet Addiction Test (MVIAT) were distributed to all participants and collected from them.

The 20-item IAT is among the most commonly used instruments for the assessment of internet addiction. It measures internet addiction using a 5-point Likert scale (from 1=rarely, to 5=always) with the maximum score of 100 (8). Internet addiction is defined as a score of 43 or more. The MVIAT has shown good internal consistency (Cronbach's α=0.91), parallel reliability (intra-class correlation coefficient=0.88) and concurrent validity with the Compulsive Internet Use Scale (Pearson's correlation coefficient=0.84) (9).

The 21-Item DASS (DASS-21) is a shorter version of the original DASS with 42 items. It is a set of self-reported questionnaire with three subscales measuring depression, anxiety and stress over the past week on a Likert scale of 0 to 3 (10). The cut-off points for depression, anxiety and stress scores are 13, 9, and 18, respectively. The Malay-version has high Cronbach's alpha values of 0.75, 0.74 and 0.79 respectively for depression, anxiety and stress, besides demonstrating good construct validity (11).

Additionally, basic demographic data, including

The arrival date of article: 31.12.2019, Acceptance date publication: 25.03.2020

(Turkish J Clinical Psychiatry 2020;23: 526-528)
DOI: 10.5505/kpd.2020.72623

age, gender, ethnicity and school of the participants was also collected.

Data were analysed using the SPSS version 20.0 software. Rates of internet addiction, depression, anxiety and stress among participants were calculated. Pearson's correlation coefficients and Chi-square tests were used to measure correlations and to compare dichotomous outcomes, respectively. Multivariate analysis of variance (MANOVA) was conducted to explore interactions between internet addiction, depression, anxiety, and stress. All tests were two-tailed with the significance level set at 0.05.

There were 125 participants in the survey (Age: 14–17 years). Male students consisted 50.4% of the sample; 86.4% were Malays. Internet addiction was identified in 45.6%. The proportions of participants with depression, anxiety and stress were 25.6%, 47.2%, and 20.0% respectively. There was no gender or ethnic difference in the internet addiction rate.

IAT scores showed moderate-to-strong correlations with depression, anxiety and stress scores (Table 1). Internet-addicted students were more likely to be depressed ($\chi2 = 9.292$, $p=0.002$), anxious ($\chi2=13.190$, $p<0.001$), and stressed ($\chi2=6.321$, $p=0.012$). In MANOVA, there was a statistically significant difference in depression, anxiety and stress scores based on internet addiction status, $F (3, 121)=9.14$, $p<0.0005$; Wilk's $\Lambda=0.815$, partial $\eta2=0.19$. Internet addiction had a statistically significant effect on depression scores, ($F (1, 123)=12.39$; $p<0.0005$; partial $\eta2=0.10$), anxiety scores ($F (1, 123)=19.19$; $p<0.0005$; partial $\eta2=0.14$), and stress scores ($F (1, 123)=26.75$; $p<0.0005$; $\eta2=0.18$).

Internet addiction rate in this survey was higher than the national (29.0%) and state (30.7%) figures in the Malaysian national survey (2). Depression and anxiety prevalence rates were comparable with the national findings, but stress prevalence was about twice higher (3).

This study demonstrated clear linear correlations between the severity of internet addiction and the level of depression, anxiety and stress, confirming a negative association with general mental health. Firstly, it confirmed similar findings from recent Malaysian studies among medical students (12) and secondary school students in the Metropolitan Kuala Lumpur (13). It also corroborated with recent findings among adolescents from other countries such as Japan (7) and Iran (14).

While longitudinal association between psychological distress and internet addiction has been demonstrated among adolescents (15), the directional association between psychological distress and internet addiction is not yet clear. Some authors have postulated that mental ill-health could be the underlying factor among people with internet addiction whose usage the Internet acted as a way of to avoid unpleasant emotional experiences, including anxious feelings, stress and solitude (16).

On the other hand, Internet use in excess can contribute to greater social isolation, which in turn can result in psychological symptoms such as depression (14). Additionally, how different applications of the internet (e.g. social media and internet gaming) may influence symptoms, remain to be investigated.

Despite the limitations to this study, including single study site, small sample size and potential bias due to convenient sampling, there was evidence that internet addiction was common among sec-

Table 1. Descriptive statistics and correlations for internet addiction, depression, anxiety, and stress.

Variable	Internet addiction	Stress	Anxiety	Depression
Internet addiction	1			
Stress	.630**	1		
Anxiety	.605**	.789**	1	
Depression	.514**	.769**	.731**	1
M	43.42	6.32	4.59	4.52
SD	12.433	4.035	3.391	4.284

** $p< 0.01$

ondary school students in a rural Malaysian district, and it was strongly associated with mental ill-health. Such findings call for further investigations into relevant clinical factors and timely implementation of effective interventions for internet addiction among adolescents.

Acknowledgments

The author would like to express his appreciation and gratitude to Dr Tiong Chea Ping, Dr Sharon Kaur Bhart and Dr Siti Umi Fairuz Azmi for their assistance in conducting the study and to the Bentong District Education Office for its support in conducting this study.

Funding

This research did not receive any funding.

Correspondence address: MD, Luke Sy-Cherng Woon, Universiti Kebangsaan Malaysia Medical Centre, Jalan Yaacob Latif, Bandar Tun Razak 56000 Cheras, Kuala Lumpur, Malaysia lukewoon@gmail.com

REFERENCES

1. Malaysian Communications and Multimedia Commission. Internet Users Survey 2016: Statistical Brief No. 20. Malaysia: Malaysian Communications and Multimedia Commission, 2016.

2. Institute for Public Health. National Health and Morbidity Survey 2017 (NHMS 2017): Adolescent Health Survey. Malaysia: Institute for Public Health, Ministry of Health Malaysia, 2017a.

3. Institute for Public Health. National Health and Morbidity Survey 2017 (NHMS 2017): Adolescent Mental Health (DASS-21). Malaysia: Institute for Public Health, Ministry of Health Malaysia, 2017b.

4. Kawabe K, Horiuchi F, Ochi M, Oka Y, Ueno S. Internet addiction: Prevalence and relation with mental states in adolescents. Psychiatry Clin Neurosci 2016; 70:405-412. doi: 10.1111/pcn.12402

5. Gholamian B, Shahnazi H, Hassanzadeh A. The prevalence of internet addiction and its association with depression, anxiety, and stress, among high-school students. Int J Pediatr 2017; 5:4763-4770. doi: 10.22038/IJP.2017.22516.1883

6. Karacic S, Oreskovic S. Internet addiction and mental health status of adolescents in Croatia and Germany. Psychiatr Danub 2017; 29:313-321. doi: 10.24869/psyd.2017.313

7. Kawabe K, Horiuchi F, Ochi M, Oka Y, Ueno S. Internet addiction: Prevalence and relation with mental states in adolescents. Psychiatry Clin Neurosci 2016; 70: 405-412. doi: 10.1111/pcn.12402

8. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. Cyberpsychol Behav 1998; 1:237-244. doi: 10.1089/cpb.1998.1.237

9. Ng CG, Isa SM, Hashim AH, Pillai SK, Harbajan Singh MK. Validity of the Malay Version of Internet Addiction Test (MVIAT): A Study on a group of medical students in Malaysia. Asia Pac J Public Health 2015: 27:NP2210-9. doi: 10.1177/1010539512447808

10. Lovibond PF, Lovibond SH. Manual for the depression, Anxiety and Stress Scales. Sydney: Psychology Foundation, 1995.

11. Musa R, Fadzil MA, Zain Z. Translation, validation and psychometric properties of Bahasa Malaysia version of the Depression Anxiety and Stress Scales (DASS). ASEAN J Psychiatry 2007; 8:82-89.

12. Ching SM, Awang H, Ramachandran V, Lim SMS, Wan Sulaiman WA, Foo YL, Yee A, Hoo F. Prevalence and factors associated with internet addiction among medical students - a cross-sectional study in Malaysia. Med J Malaysia 2017; 72:7-11.

13. Abdul Aziz M, Wan Ismail WS, Bahar N, Mahadevan R, Azhar Shah S. Internet addiction among secondary school students in Klang Valley, Malaysia: What is the association with depressive symptoms, anxiety symptoms, and self-esteem? Int Med J Malaysia 2018; 17:17-26.

14. Ostovar S, Allahyar N, Aminpoor H, Moafian F, Md Nor M, Griffiths MD. Int J Ment Health Addiction 2016; 14:257-267. doi: 10.1007/s11469-015-9628-0

15. Choi JS, Park SM, Roh MS, Lee JY, Park CB, Hwang JY, Gwang AR, Jung HY. Dysfunctional inhibitory control and impulsivity in Internet addiction. Psychiatry Res 2014; 215:424-8. doi: 10.1016/j.psychres.2013.12.001.

16. Stavropoulos V, Gomez R, Steen E, Beard C, Liew L, Griffiths MD. The longitudinal association between anxiety and Internet addiction in adolescence: The moderating effect of classroom extraversion. J Behav Addict 2017; 6:237-247. doi: 10.1556/2006.6.2017.026