

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent
Mental Health



2020



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Adına Sahibi ve Sorumlu Müdürü/On behalf of Turkish Association for Child and Adolescent Psychiatry Owner and Manager
Prof. Dr. Eyüp Sabri Ercan

Onursal Yayın Yönetmeni/Honorary Publication Director
Prof. Dr. Bahar Gökler

Baş Editör/Editor In Chief
Prof. Dr. Neslihan İnal Emiroğlu
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı
Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
neslihanemir@hotmail.com / +90 506 627 30 76

Vekil Editör/Associate Editor
Prof. Dr. Ali Evren Tufan
Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
tevenus@yahoo.com

Yardımcı Editörler/Assistant Editors
Dr. Öğr. Üyesi Gonca Özyurt
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı
Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
goncaenginozyurt@gmail.com

Doç. Dr. Ülkü Akyol Ardıç
Serbest Hekim
ulkuakyol@yahoo.com

Dr. Öğr. Üyesi İpek Percinel Yazıcı
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı,
Elazığ, Türkiye
ipek.pr@hotmail.com

Doç. Dr. Ali Güven Kılıçoğlu
Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
gkilocoglu@yahoo.com

Doç. Dr. Özhan Yalçın
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı,
Ankara, Türkiye
cpozhan@gmail.com

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Selçuk Esin
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı,
Erzurum, Türkiye
esinibrahimselcuk@gmail.com

Uzman Dr. Yasemin Taş Torun
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Polikliniği, Ankara
ysmn.ts@gmail.com

Doç. Dr. Öğretim Üyesi Meryem Özlem Kütük
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı,
Adana, Türkiye
drozlemina@hotmail.com

Yönetim ve Gelişim Editörleri/Executive and Development Editors

Doç. Dr. Ömer Faruk Akça
Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye
dromerakca@gmail.com

Doç. Dr. Caner Mutlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye
canerrmutluu@yahoo.com

Doç. Dr. Nagihan Cevher Binici
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Behçet Uz Çocuk Sağlığı ve Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Kliniği, İzmir, Türkiye
ncevher@gmail.com

Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Öztürk
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh
Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye
yusuf26es@hotmail.com

Doç. Dr. Sevay Alşen Güney
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Behçet Uz Çocuk Sağlığı ve Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Kliniği, İzmir, Türkiye
sevayalsen@gmail.com

**Kapak Resmi/
Cover Image**
Gümüşsü Memik,
12 yaş

**Bu Sayının Yayın Koordinatörü/
Publication Coordinator of This Volume**
Prof. Dr. Ali Evren Tufan

**Bu Sayının Çeviri
Denetmeni/Translation
Examiner of This Volume**
Uzm. Dr. Handan Özek Erkuran

**Bu Sayının Türkçe
Denetmeni/Turkish
Examiner of This Volume**
Hatice Küçükgoz

YAZIŞMA ADRESİ / ADDRESS FOR CORRESPONDENCE

Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği

Cinnah Cad. 35/12 Çankaya - Ankara Tel.: +90 312 440 12 57 Faks: +90 312 440 12 58 E-posta: crsdergi@hacettepe.edu.tr Web: www.cogepderg.org.tr



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

Editörler Kurulu/Editorial Board

Prof. Dr. Ayhan Bilgiç,

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

Doç. Dr. Burak Baykara

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Doç. Dr. Devrim Akdemir

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Dilşad Foto Özdemir

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. İbrahim Durukan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Onur Burak Dursun

Trabzon Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Trabzon, Türkiye

Prof. Dr. Ayşe Rodopman Arman

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

Prof. Dr. Ayhan Çöngöloğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Aynur Akay

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Prof. Dr. Cem Gökçen

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

Prof. Dr. Birim Günay Kılıç

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Özlem Özel Özcan

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

Prof. Dr. Elvan İşeri

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

Prof. Dr. Eyüp Sabri Ercan

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Prof. Dr. Fevziye Toros

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

Prof. Dr. Fatih Ünal

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Füsün Çuhadaroğlu Çetin

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Ebru Çengel Kültür

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Neşe Perdahlı Fiş

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

Prof. Dr. Nursu Çakın Memik

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

Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu

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

Doç. Dr. Vahdet Görmez

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

Doç. Dr. Esra Çöp

Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Esra Güney

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Doç. Dr. Gül Karaçetin

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

Doç. Dr. Murat Coşkun

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



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

Doç. Dr. Pınar Vural

Uludağ İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa Türkiye

Uzman Dr. Gülser Dinç

Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

Uluslararası Bilimsel Danışma Kurulu/International

Scientific Advisory Board

Prof. Dr. Ali Saffet Gönül

Prof. Dr. Ayşegül Özerdem

Prof. Dr. Cesar Soutullo

Prof. Dr. Christoph Correll

Prof. Dr. Ellen Leibenluft

Prof. Dr. Mani Pavuluri

Prof. Dr. Mary Fristad

Prof. Dr. Mücahit Öztürk

Prof. Dr. Nahid Motavallı Mukaddes

Prof. Dr. Oğuz Karamustafaloğlu

Prof. Dr. Ömer Aydemir

Prof. Dr. Yankı Yazgan

Doç. Dr. Rasim Somer Diler

Yabancı Dil Editörü/Language Editor

Uzman Dr. Handan Özek



Galenos Yayınevi Kurucusu ve Sahibi/
Galenos Publishing House Owner and Publisher
Derya Mor
Erkan Mor

Genel Yayın Koordinatörü/Publication Coordinator
Burak Sever

Web Koordinatörleri/Web Coordinators
Fuat Hocalar
Turgay Akpınar

Grafik Departmanı/Graphics Department
Ayda Alaca
Çiğdem Birinci
Gülşah Özgül

Finans Koordinatörü/Finance Coordinator
Sevinç Çakmak

Proje Koordinatörleri/Project Coordinators

Duygu Yıldırım
Gamze Aksoy
Hatice Sever
Melike Eren
Pınar Akpınar
Saliha Tuğçe Evin

Proje Asistanı/Project Assistant
Ece Büşra Türkmen
Gülşay Akın
Özlem Çelik
Rabia Palazoğlu

Araştırma&Geliştirme/Research&Development
Mert Can Köse
Mevlûde Özlem Akgüney

Yayınevi İletişim/Publisher Contact

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

Telefon/Phone: +90 (212) 621 99 25

Faks/Fax: +90 (212) 621 99 27

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

Web: www.galenos.com.tr

Yayıncı Sertifika No/Publisher Certificate Number: 14521

Yayın Tarihi/Publication Date: Mart/March 2020

ISSN: 1301-3904

International periodical journal published three times in a year.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► HAKKIMIZDA

Türkiye Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi (TJCAMH), Türkiye Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Derneği'nin bilimsel yayın organıdır ve 1994'ten beri yayınlanmaktadır.

Türkiye Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi, Türkçe ve İngilizce dillerinde yayınlanmaktadır. Çift-kör hakem değerlendirmesi ilkesine dayanan bağımsız bir uluslararası dergidir. TJCAMH yılda düzenli olarak 3 kez yayınlanmaktadır. TJCAMH'nin amacı, özgün araştırma ve alanıyla ilgili teorik, bilimsel ve klinik uygunluk bildirileri yayınlayarak çocuk ve ergen psikiyatrisi bilimini ve pratiğini geliştirmektir. TJCAMH, özellikle çocukların, ergenlerin ve ailelerin ruh sağlığı, genetik, epidemiyolojik, nörobiyolojik ve psikopatolojik araştırmaları; bilişsel, davranışsal, psikodinamik ve diğer psikoterapötik araştırmalar; ebeveyn-çocuk, kişilerarası ve aile araştırması; ve yatarak, ayakta tedavi, konsültasyon-irtibat ve okul temelli ortamlarda klinik ve ampirik araştırmaları içeren yazıları kabul eder. Katılımlar ulusal ve tüm dünyadan teşvik edilmektedir.

Hedef kitle, ilgili çocuk ve ergen alanındaki uzmanlar ve eğitimde olanlardır.

Yayın politikaları, Uluslararası Tıp Dergisi Editörleri Komitesi (2013, <http://www.icmje.org/> adresinde arşivlenmiştir) ve "Tıp Dergilerinde Bilimsel Çalışmalarda Bilimsel Çalışmaların Yapılması, Raporlanması, Düzenlenmesi ve Yayınlanması İçin Tavsiyeler" e dayanmaktadır.

Türkiye Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi; Index Copernicus, Türk Psikiyatri ve Türkiye Atıf Dizini'nde indekslenmektedir.

Açık Erişim Politikası

Bu dergi, kamuoyunda serbestçe araştırma yapmanın daha büyük bir küresel bilgi alışverişini desteklediği ilkesi ile içeriğine anında erişim sağlar.

Açık Erişim Politikası, Budapeşte Açık Erişim Girişimi (BOAI) <http://www.budapestopenaccessinitiative.org/> kurallarına dayanmaktadır. Hakemli araştırma literatürüne "açık erişim" ile, herkesin bu makalelerin tüm metinlerini okumalarına, indirmelerine, kopyalamalarına, dağıtmalarına, basmalarına, aramalarına veya bağlantılarına, tarama yapmalarına izin vererek, halka açık internet üzerinden ücretsiz erişilebilirliğini kastediyoruz. İndeksleme için, bunları yazılıma veri olarak aktarınız veya internete erişim sağlamadan ayrılmaz olanlar dışındaki finansal, yasal veya teknik engeller olmadan başka bir yasal amaç için kullanınız. Üreme ve dağıtım üzerindeki tek kısıtlama ve bu alandaki telif hakkı için tek rol, yazarlara çalışmalarının bütünlüğü ve uygun şekilde onaylanma ve atıf yapma hakkı üzerinde kontrol sağlamaktır.

İzin Talepleri

Telif hakkı sahibini ve yazar haklarını korumak için CC-BY-NC-ND lisansı altında yayımlanan ve ticari amaçlarla (satış vb.) Kullanım izni gereklidir. Yayınlanan herhangi bir materyalin resimlerinin veya tablolarının yayınlanması ve çoğaltılması, kaynakların yazar isimlerinin uygun şekilde kaynak gösterilmesi ile yapılmalıdır: makale başlığı; gazete başlığı; yıl (cilt) ve yayın sayfası; makalenin telif yılı.

Abonelik Bilgileri

Yayınlanan tüm yazılara tam metin olarak ücretsiz olarak ulaşılabilir: www.cogepderg.com Abonelik talepleri, Türkiye Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Derneği'ne iletilmelidir.

Yazılar elektronik olarak ancak bir hesap oluşturduktan sonra www.journalagent.com/cogepderg adresinden gönderilebilir. Bu sistem çevrimiçi gönderime ve incelemeye izin verir.





Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► ABOUT US

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health (TJCAMH) is the scientific publication of the Turkish Association For Child And Adolescent Psychiatry and it has been published since 1994.

The Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health is currently published in Turkish and English languages. It is an independent international periodical journal based on single-blind peer-review principle. TJCAMH is regularly published three times a year. The aim of TJCAMH is to advance the science and practice of child and adolescent psychiatry by publishing original research and papers of theoretical, scientific, and clinical relevance to the field. TJCAMH welcomes in particular papers covering on the mental health of children, adolescents, and families; genetic, epidemiological, neurobiological, and psychopathological research; cognitive, behavioral, psychodynamic, and other psychotherapeutic investigations; parent-child, interpersonal, and family research; and clinical and empirical research in inpatient, outpatient, consultation-liaison, and school-based settings. Contributions from national institutions and all around the world are encouraged.

The target audience includes specialists and physicians in training in child and adolescent psychiatry in all relevant disciplines.

The editorial policies are based on the "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (ICMJE Recommendations)" by the International Committee of Medical Journal Editors (2013, archived at <http://www.icmje.org/>) rules.

The Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health is currently indexed in the Index Copernicus, Turkish Psychiatry, and Turkish Citation Index.

Open Access Policy

This journal provides immediate open access to its content on the principle that making research freely available to the public supports a greater global exchange of knowledge.

Open Access Policy is based on the rules of the Budapest Open Access Initiative (BOAI) <http://www.budapestopenaccessinitiative.org/>. By "open access" to peer-reviewed research literature, we mean its free availability on the public internet, permitting any users to read, download, copy, distribute, print, search, or link to the full texts of these articles, crawl them for indexing, pass them as data to software, or use them for any other lawful purpose, without financial, legal, or technical barriers other than those inseparable from gaining access to the internet itself. The only constraint on reproduction and distribution, and the only role for copyright in this domain, should be to give authors control over the integrity of their work and the right to be properly acknowledged and cited.

Permission Requests

Permission required for use any published under CC-BY-NC-ND license with commercial purposes (selling, etc.) to protect copyright owner and author rights. Reproduction and reproduction of images or tables in any published material should be done with proper citation of source providing authors names; article title; journal title; year (volume) and page of publication; copyright year of the article.

Subscription Information

All published volumes in full text can be reached free of charge through the website www.cogepderg.com. Requests for subscription should be addressed to the Turkish Association For Child and Adolescent Psychiatry.

Manuscripts can only be submitted electronically through www.journalagent.com/cogepderg after creating an account. This system allows online submission and review.



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► YAZARLARA BİLGİ

Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği'nin süreli yayın organı olan Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Türkçe ve İngilizce dilinde elektronik olarak yayınlanmaktadır.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi makale başvuru ücreti veya makale işlem ücreti uygulamamaktadır.

Dergiye kabul edilen eserlerin özgün ve daha önceden başka ortamlarda yayınlanmamış olması esas alınır.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi'nin kısaltması TJCAMH'dır, ancak kaynaklarda Turk J Child Adolesc Ment Health şeklinde belirtilmelidir. Uluslararası indekslerde ve veritabanında derginin adı Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health, İngilizce kısaltması Turk J Child Adolesc Ment Health olarak kaydedilecektir.

Yazıların bilimsel ve etik sorumlulukları yazarlara, telif hakkı ise TJCAMH'ya aittir. Yazıların içeriğinden ve kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Yazarlar, yayın haklarının devredildiğini belirten onay belgesini (Yayın Hakları Devir Formu) yazıları ile birlikte göndermelidir. Bu belgenin tüm yazarlar tarafından imzalanarak dergiye gönderilmesi ile birlikte yazarlar, gönderdikleri çalışmanın başka bir dergide yayınlanmadığı ve/veya yayınlanmak üzere incelemede olmadığı konusunda garanti vermiş, bilimsel katkı ve sorumluluklarını beyan etmiş sayılırlar.

Dergiye yayımlanmak üzere gönderilen tüm yazılar 'iThenticate' programı ile taranarak intihal kontrolünden geçmektedir. İntihal taraması sonucuna göre yazılar red ya da iade edilebilir.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi'nde yayımlanmak amacıyla gönderilen ve etik kurul onayı alınması zorunluluğu olan deneysel, klinik ve ilaç araştırmaları için uluslararası anlaşmalara ve 2013'de gözden geçirilmiş Helsinki Bildirisi'ne uygun etik kurul onay raporu gereklidir (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>). Etik kurul onayı ve "bilgilendirilmiş gönüllü onam formu" alındığı araştırmanın "Gereç ve Yöntem" bölümünde belirtilmelidir. Deneysel hayvan çalışmalarında ise yazarlar, "Guide for the care and use of laboratory animals" (<http://oacu.od.nih.gov/regs/guide/guide.pdf>) doğrultusunda hayvan haklarını koruduklarını belirtmeli ve kurumlarından etik kurul onay raporu almalıdır.

Yayın direkt ya da indirekt ticari bağlantı içeriyorsa veya çalışmaya materyal desteği veren bir kuruluş varsa, yazarlar kullanılan ticari ürün, ilaç, firma vs. ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ya da var ise nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar) editöre sunum sayfasında belirtmek zorundadır.

Araştırmalara yapılan her türlü yardım ve diğer desteklerin alındığı kişi ve kuruluşlar beyan edilmeli ve çıkar çatışmasıyla ilgili durumları açıklamak amacıyla Çıkar Çatışmaları Bildirim Formu doldurulmalıdır.

Tüm yazılar, editör ve editör yardımcıları ile en az üç danışman hakem tarafından incelenir.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi bağımsız, önyargısız ve çift-kör hakemlik ilkeleri çerçevesinde yayın yapan süreli bir yayın organıdır. Hakemler yazının konusuyla ilgili uluslararası literatürde yayınları ve atıfları olan bağımsız uzmanlar arasından seçilmektedir. Makale baş editör ve yardımcı editöre ulaştınca değerlendirilir ve yardımcı editöre gönderilir. Asistan editör makaleyi 3 hakeme gönderir. Hakemler 21 gün içinde kararlarını belirtmelidirler. Yardımcı editör hakem kararlarına kendi değerlendirme ve önerisini ekleyerek baş editöre gönderir. Son karar dergi editörü tarafından verilir. Ayrıca hakemlerin kararları çatışıyorsa dergi editörü yeni hakem atayabilir.

Dergide yayınlanacak yazıları değerlendiren hakemler dergide belirtilen danışmanlar ve gerekirse yurt içi/dışı konu ile ilgili uzmanlar arasından seçilir. Yazarlar, yayına kabul edilen yazılarda, metinde temel değişiklik yapmamak kaydı ile editör, editör yardımcıları, biyoistatistik uzmanı ve dil uzmanının düzeltme yapmalarını kabul etmiş sayılırlar.

İncelemeye sunulan araştırmada olası bir bilimsel hata, etik ihlal şüphesi veya iddiasıyla karşılaşılsa, bu dergi verilen yazıyı destek kuruluşların veya diğer yetkililerin soruşturmasına sunma hakkını saklı tutar. Bu dergi sorunun düzgün biçimde takip edilmesi sorumluluğunu kabul eder, ancak gerçek soruşturmayı veya hatalar hakkında karar verme yetkisini üstlenmez.

Yayın Politikası ve Makale Yazım Kuralları aşağıda belirtilen maddeler, "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (ICMJE Recommendations)" (2013, <http://www.icmje.org/>) temel alınarak hazırlanmıştır. Araştırma makalelerinin hazırlığı, sistematik derleme, meta-analizleri ve sunumu ise uluslararası kılavuzlara uygun olmalıdır:

Randomize çalışmalar için; CONSORT (Moher D, Schultz KF, Altman D, for the CONSORT Group. The CONSORT statement revised recommendations for improving the quality of reports of parallel group randomized trials. JAMA 2001; 285:1987-91) (<http://www.consort-statement.org/>).

Sistematik derleme ve meta-analizlerin raporlamaları için; PRISMA (Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 2009; 6(7): e1000097) (<http://www.prisma-statement.org/>).

Tanısal değerli çalışmalar için; STARD (Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, et al, for the STARD Group. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: the STARD initiative. Ann Intern Med 2003;138:40-4) (<http://www.stard-statement.org/>).

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► YAZARLARA BİLGİ

Gözlemsel çalışmalar için; STROBE (<http://www.strobe-statement.org/>).

Meta-analizleri ve gözlemsel çalışmaların sistematik derlemeleri için; MOOSE (Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting "Meta-analysis of observational Studies in Epidemiology" (MOOSE) group. JAMA 2000; 283: 2008-12).

GENEL KURALLAR

Yazılar sadece çevrim-içi olarak kabul edilmektedir. Yazarların makale gönderebilmesi için Journalagent online makale değerlendirme sistemine (<http://journalagent.com/cogepderg/>) kayıt olup, hesap açmaları gerekmektedir. Bu sistem çevrim-içi yazı gönderilmesine ve değerlendirilmesine olanak tanımaktadır.

Sayfa düzeni: Makaleler, A4 sayfasının iki yanında 2.5 cm boşluk bırakacak şekilde, Arial yazı stilinde, 12 font büyüklüğünde, 1.5 satır aralığıyla, Microsoft Word programında yazılmalıdır.

Kısaltmalar: Kelimenin ilk geçtiği yerde parantez içinde ve tüm metin boyunca kullanılır. Uluslararası kullanılan kısaltmalar için "Bilimsel Yazım Kuralları" kaynağına başvurulabilir.

Editöre sunum sayfası: Gönderilen makalenin kategorisi, daha önce başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu, var ise çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi ve kuruluşlar ve bu kuruluşların yazarlarla ilişkileri, makale İngilizce ise İngilizce yönünden kontrolünün ve araştırma makalesi ise biyoistatistiksel kontrolünün yapıldığı belirtilmelidir.

KAYNAKLAR

Kaynakların gerçekliğinden yazarlar sorumludur.

Metin içinde: Kullanılan kaynaklar, ilgili cümlelerin sonunda noktadan hemen sonra üst simge olarak belirtilmelidir. Eğer kullanılan kaynağın yazar/yazarları cümle başında belirtiliyorsa, kaynak isimden hemen sonra gelecek şekilde üst simge olarak yazılmalıdır. Türkçe kaynak var ise, belirtilmesine özen gösterilmelidir. Kongrelerde sunulan bildiriler, basılmamış yayınlar, tezler, internet kaynaklı adresler, kişisel görüşme ya da deneyimler kaynak olarak belirtilmemelidir. Adı geçen kaynaklardan bahsedilmek isteniyorsa, yazıda geçtiği cümlelerin sonunda kaynak numarası belirtilmeden, açık yazı ile parantez içine alınarak kaynağın niteliği belirtilmelidir.

Kaynaklar bölümünde: Kaynaklar metin içerisinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır. Kaynaklarda tüm yazarlar belirtilmelidir. Dergilerin isimleri Index Medicus'ta kullanılan stillere göre kısaltılmalıdır.

Kaynak yazılımı için örnekler: Dergi: Yazar(lar)ın soy isim(ler)i ve yazar isim(ler)inin ilk harfi, makale başlığı, dergi adı (dergide belirtilen orijinal kısaltması), yıl, cilt ve sayfa numaraları.

Örnek: Ceyhan AA. Ergenlerin Problemleri İnternet Kullanım Düzeylerinin Yordayıcıları, Turk J Child Adolesc Ment Health. 2011;18:85-94.

Kitap: Yazar(lar)ın soy isim(ler)i ve yazar isim(ler)inin ilk harfi, bölüm başlığı, editörün(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, basıldığı şehir, basım yeri, yayınevi, basım yılı ve sayfa numaraları.

Örnek: Herbert L. The Infectious Diseases (1st ed). Philadelphia; Mosby Harcourt; 1999:11;1-8.

Kitap bölümü: Yazar(lar)ın soy isim(ler)i ve yazar isim(ler)inin ilk harfi, bölüm ve kısım, editörün(lerin) ismi, kitap adı, basım yeri, yayınevi adı, basım yılı, sayfa numaraları.

Örnek: O'Brien TP, Green WR. Periocular Infections. In: Feigin RD, Cherry JD, eds. Textbook of Pediatric Infectious Diseases (4th ed). Philadelphia; W.B. Saunders Company;1998:1273-1278.

Yazar ve editörün aynı olduğu kitap: Yazar(lar)ın/editör(ler)in soy ismi ve isim(ler)inin ilk harfi, bölüm başlığı, editörün(lerin) ismi, kitap ismi, baskı sayısı, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar.

Örnek: Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the exocrine pancreas. In: Solcia E, Capella C, Kloppel G, eds. Tumors of the Pancreas. 2nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997:145-210.

RESİM, TABLO, GRAFİK VE ŞEKİLLER

Tüm görsel materyaller metnin sonunda ayrı birer sayfa olarak hazırlanmalıdır. Şekil, resim, tablo ve grafiklerin açıklamaları makale sonuna eklenmelidir.

Resimler: Resimlere metindeki geçiş sırasına göre numara verilmeli ve kısa birer başlık yazılmalıdır. Başka bir yayından alıntı yapılıyorsa yazılı baskı izni birlikte yollanmalıdır. Fotoğrafların ayrıntıları seçilmeli, JPEG formatında ve en az 300 piksel/inç olarak kaydedilmelidir.

Tablolar, Grafikler, Şekiller: Tüm tablolara, grafiklere ve şekillere metinde geçiş sırasına göre numara verilmeli ve kısa birer başlık yazılmalıdır. Kullanılan kısaltmalar alt kısımda mutlaka açıklanmalıdır. Özellikle tablolar metni açıklayıcı ve kolay anlaşılır hale getirme amacı ile hazırlanmalı ve metnin tekrarı olmamalıdır.

BİYOİSTATİSTİK

Araştırma bulgularının denetlenebilirliğini sağlamak için, araştırma düzeni, örneklem, yöntem, bilimsel yaklaşımlar ve uygulamalar tanımlanarak kaynakları sunulmalıdır.

Anlamlılık sınırı olarak seçilen "p" değeri ile birlikte uygun hata ve belirsizlik payları (güven aralıkları, vs) belirtilmelidir. Kullanılan istatistiksel terimler, kısaltmalar ve semboller tanımlanmalı, kullanılan yazılım (software) belirtilmelidir. İstatistik terminolojisi (random, significant, korelasyon, vs.) istatistik dışı anlamlarda kullanılmamalıdır.

► YAZARLARA BİLGİ

Verilerin ve analizin tüm sonuçları tablo, şekil veya grafik olarak "Bulgular" bölümünde, kullanılan biyoistatistiksel yöntemler ve uygulama ayrıntıları yazının "Gereç ve Yöntem" bölümünde veya ayrı bir başlık altında sunulmalıdır.

YAZI ÇEŞİTLERİ

Özgün Araştırmalar

Klinik araştırma klinik gözlem, yeni teknikler, deneysel ve laboratuvar çalışmalarını kapsar. Özgün araştırmalar; başlık, özet, yazının ana konusu ile ilgili anahtar kelimeler, giriş, gereç ve yöntem, bulgular, tartışma, çalışmanın kısıtlılıkları, sonuç, teşekkür, kaynaklar, tablolar, grafikler ve resimler bölümlerini içermelidir. Başlık, özet ve anahtar kelimeler Türkçe ve İngilizce olarak yazılmalıdır. Makale yukarıda belirtilen yazım kuralları ile yazılı 16 A4 sayfasını aşmamalıdır. **Başlık sayfası:** Makalenin başlığı, kısa başlık, yazar isimleri ve yazar bilgilerini kapsayan sayfadır. Sırasıyla şu tanımlar yapılmalıdır;

1. Makalenin başlığı (Türkçe ve İngilizce) mümkün olduğunca kısa ve açıklayıcı olmalı, boşluklar dahil 135 karakteri geçmemeli, kısaltma içermemelidir. Başlık makalede kullanılan en az bir anahtar kelime içermelidir.
2. Kısa başlık (Türkçe ve İngilizce), en fazla 60 karakterden oluşmalıdır.
3. Yazar isimleri (yazarların isimleri tam olarak kısaltılmadan yazılmalıdır, yazarın akademik görevi yazılmamalıdır) ve bağlı bulunduğu kurumlar.
4. İletişim kurulacak yazarın ismi, adresi, telefon ve faks numarası ile e-posta bilgileri.
5. Bilimsel toplantılarda sunulan ve özeti kongre kitabında yer almış eserlerin toplantı yeri ve tarihi.

Özet: Dergiye yabancı uyruklu yazarlar tarafından gönderilen yazılar için, yazının Türkçe özeti, başlığı ve anahtar kelimeleri derginin editöryal ofisi tarafından sağlanacaktır. Yazının ana hatlarını içeren, en fazla 250 kelimeden oluşan özet Türkçe ve İngilizce olarak hazırlanmalıdır. Özet bölümünde kaynak gösterilmemeli, kısaltmalardan mümkün olduğunca kaçınılmalıdır. Yapılacak kısaltmalar metindekilerden bağımsız olarak ele alınmalıdır.

Araştırma makalelerinde özet 5 alt başlık olarak hazırlanmalıdır:

Amaç: Çalışmanın amacı açıkça belirtilmelidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma tanımlanmalı, standart kriterleri, randomize olup olmadığı, retrospektif veya prospektif olduğu ve varsa istatistiksel yöntem belirtilmelidir.

Bulgular: Çalışmanın detaylı sonucu verilmeli, istatistiksel anlamlılık derecesi belirtilmelidir.

Sonuç: Çalışmanın sonuçlarını yansıtmalı, klinik uygulanabilirliği tanımlamalı, olumlu ve olumsuz yönlerini göstermelidir.

Anahtar kelimeler: En az 3, en çok 8 anahtar kelime özeti sonunda yer almalıdır. İngilizce anahtar kelimeler "Medical Subject Headings'e (MESH) uygun olarak verilmelidir (www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Türkçe anahtar kelimeler ise <http://www.bilimterimleri.com> 'dan referans alınarak oluşturulmalıdır.

Araştırma makalelerinde ana metin aşağıdaki başlıkları içermelidir;

Giriş: Konu hakkında kısa ve öz bilgi verilmeli, çalışmanın amacı belirtilmeli, bunlar literatür bilgisi ile desteklenmelidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma planı verilmeli, randomize olup olmadığı, retrospektif veya prospektif olduğu, denek sayısı, özellikleri, çalışmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri, ve kullanılan istatistiksel yöntem belirtilmelidir.

Bulgular: Elde edilen sonuçlar belirtilmeli, tablo ve resimler numara sırasıyla verilmeli, sonuçlar uygulanan istatistiki analiz yöntemine göre değerlendirilmelidir. Görsel materyallerin yazım kuralları hakkında gerekli bilgi "Genel Kurallar" başlığı altında bulunan "Resim, Tablo, Grafik ve Şekiller" bölümünde bulunmaktadır.

Tartışma: Elde edilen değerler olumlu ve olumsuz yönleriyle tartışılmalı, literatür ile karşılaştırılmalı, çalışmadan elde edilen sonuç vurgulanmalıdır. Çalışmanın kısıtlılıkları: Bu bölümde çalışma sürecinde yapılamayanlar ile sınırları ifade edilmeli ve gelecek çalışmalara ilişkin öneriler sunulmalıdır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları: Çalışmanın kısıtlılıkları tartışılmalıdır. Ek olarak, gelecek araştırma için elde edilen bulguların değerlendirilmesi ana hatlarıyla yapılmalıdır.

Sonuç: Çalışmadan elde edilen sonuç vurgulanmalıdır. Teşekkür: Her türlü çıkar çatışması, finansal destek, başış ve diğer editöryal (istatistik analiz, İngilizce/Türkçe değerlendirme) ve/veya teknik yardım var ise metnin sonunda sunulmalıdır.

Kaynaklar: Kaynakların gerçekliğinden yazarlar sorumludur. Kaynakların yazım kuralları hakkında gerekli bilgi "Genel Kurallar" başlığı altında bulunan "Kaynaklar" bölümünde bulunmaktadır.

Olgu Sunumları

Nadir görülen, tanı ve tedavide farklılık gösteren, mevcut bilgilerimize yenilerini ekleyip katkı sağlayan olguları içermelidir. Türkçe ve İngilizce başlık, 150 kelimeden aşmayan, yapılandırılmamış özet ve anahtar kelimeler ilk sayfada yer almalıdır. Sunum metni giriş, olgu sunumu, tartışma ve kaynaklardan oluşmalıdır. Metnin tümü yukarıda bahsedilen yazım kuralları çerçevesinde 5 (A4) sayfayı geçmemelidir.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► YAZARLARA BİLGİ

Derlemeler

Derlemeler, klinik veya temel oftalmolojinin herhangi bir konusunu ele alabilir. Bir bilgi ya da konunun klinikte kullanılması için vardığı son düzeyi anlatan, tartışan, değerlendiren ve gelecekte yapılacak olan çalışmalara yön veren bir formatta hazırlanmalıdır. Derlemelerin çoğu davet ile hazırlanmaktadır, ancak davetli olmayan derleme başvuruları da kabul edilmektedir. Derleme başvurusu yapılmadan önce konunun editör ile görüşülmesi önerilir. Güncel bir konuyu bağımsız, hiçbir farklı görüşü öne çıkarmadan derinlemesine inceleyen yazılardır. Yazının ilk bölümünde Türkçe ve İngilizce başlık, özet, anahtar kelimeler bulunmalıdır. Özet bölümü yapılandırılmamalıdır. Konuda geçen her alıntının kaynağı mutlak gösterilmelidir. Tümü 25 A4 sayfa geçmemelidir.

Editöre Mektuplar

Psikyatri alanında güncel gelişmeleri, bilimsel ve sosyal yönden irdelenen veya özellikle Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi'nde yayınlanan yazılarla ilgili soru veya katkı içerikli, 1000 kelimayı geçmeyen ve kaynak belirten yazılar olmalıdır. Başlık ve özet bölümleri içermez. Kaynak sayısı 5 ile sınırlıdır.

1) Gönderilecek makaleler Microsoft Word, RTF veya WordPerfect formatlarında olmalıdır.

- 2) Metin çift satır aralıklı, 12 puntoda olmalıdır. (URL adresleri hariç) Tüm şekiller, grafikler ve tabloların konumu, metinde uygun noktalarda işaretlenmelidir.
- 3) Tüm yazarlar referanslarda numaralandırılmaksızın listelenmelidir.
- 4) Metin, "Yazarlara Bilgi" kısmında belirtilen stilistik ve bibliyografik gerekliliklere uygun halde olmalıdır.
- 5) İngilizce anahtar kelimeler için, <http://www.nlm.nih.gov/mesh> (Medical Subject Headings), Türkçe anahtar kelimeler için <http://www.bilimterimleri.com> siteleri referans alınmalıdır.

YAZIŞMA

Tüm yazışmalar dergi editörlüğünün aşağıda bulunan posta veya e-posta adresine yapılabilir.

Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği

Cinnah Caddesi 35/12 Çankaya / ANKARA

Tel.: +90 312 440 12 57 Cep: +90 541 440 33 54

Dernek İnternet Sayfası: www.cogepderg.org.tr

Dergi İnternet Sayfası: cogepderg.com

E-posta: editor@cogepderg.org

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

Hakem Değerlendirmesi ve Etik

Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi bağımsız, önyargısız ve çift-kör hakemlik ilkeleri çerçevesinde yayın yapan süreli bir yayın organıdır.

Yayın Politikası ve Makale Yazım Kuralları, aşağıda belirtilen maddeler "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (ICMJE Recommendations)" (2016, <http://www.icmje.org>) temel alınarak hazırlanmıştır.

Gönderilen yazılar, öncelikle tarafsız olarak baş editör tarafından bilimsel açıdan incelenir. Makale baş editör ve vekil editöre ulaşınca değerlendirilir ve editör yardımcısına gönderilir. Editör yardımcısı makaleyi 3 hakeme gönderir. Daha sonra yazı, en az üç danışmana (hakem) incelenmek üzere gönderilir. Editörler kurulu makaleyi gerek gördüğünde başka bir danışmana da gönderebilir. Danışmanlar yurt içinden veya yurt dışından bağımsız, alanında uzman kişilerdir. Hakem değerlendirmesi sonrasında, yardımcı editör hakem kararlarına kendi değerlendirme ve önerisini ekleyerek vekil editöre ve baş editöre gönderir. Son karar baş editör tarafından, hakem ve yardımcı editör yorumları göz önünde bulundurularak verilir. Değerlendirme süresi üç ayı geçmeyecek şekilde tamamlanır. Tüm yazılar istatistiki açıdan, ayrıca istatistik editörü tarafından da incelenir.

Yazıların geliş tarihleri ve kabul ediliş tarihleri her makalenin ilk sayfasında belirtilir.

Editör ve editör yardımcılarını, yayın ilkelerine uymayan yazıları düzeltmek üzere yazarına geri gönderme, yazının biçiminde düzenleme veya yazıyı hakemlere göndermeden reddetme yetkisine sahiptir.

Tüm şikayetler editör ile iletişime geçilerek iletilir. Şikayet editör tarafından değerlendirilir ve gerekli işlemler yapılır. İnceleme bittiğinde ve bir karara varıldığında, şikayeti ileten kişi ile iletişime geçilir ve karar bildirilir.

Geri çekilmesi istenen makaleler Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi'ne geri çekme gerekçesi ile bildirilmelidir. Editöryal politikalar göz önünde bulundurularak makale ile ilgili karar verilir.

Dergiye gönderilen yazılar kabul edildiğinde otomatik yazılım tarafından intihal, tekrarlanan yayın olup olmadığı taramasına tabi tutulur. Derginin alıntı kontrolü "iThenticate" programı kullanılarak yapılmaktadır. Yazılar daha önce kongre veya herhangi bir şekilde sunulmuş ise sorumlu yazar tarafından bu durum belirtilmelidir.

Etik

Dergiye yayınlanmak amacıyla gönderilen ve etik kurul onayı alınma zorunluluğu olan deneysel, klinik ve ilaç araştırmaları için uluslararası anlaşmalar ve 2013'de gözden geçirilmiş Helsinki Bildirisi'ne uygun etik kurul onay raporu gereklidir ([https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-](https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/)

[involving-human-subjects/](https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/)). Etik kurul onayı ve "bilgilendirilmiş gönüllü onam formu" alındığı, araştırmanın "Gereç ve Yöntem" bölümünde belirtilmelidir. Deneysel hayvan çalışmalarında ise yazarlar, "Guide for the care and use of laboratory animals" (<http://oacu.od.nih.gov/regs/guide/guide.pdf>) doğrultusunda hayvan haklarını koruduklarını belirtmeli ve kurumlarından etik kurul onay raporu almalıdır.

Toplanan hiçbir veri üçüncü parti şahıslarla ve organizasyonlarla paylaşılmayacaktır. Yazarların kişisel bilgileri (sorumlu yazar hariç; bilgiler makalenin ilk sayfasında belirtilecektir) korunacaktır. Hastaların kişisel bilgileri açıklanmayacaktır.

Etik Kurul onay belgesi, Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi için makale ile birlikte gönderilmelidir.

Etik kurul onayı, hastaların onaylarının alındığı "Gereç ve Yöntem" bölümünde, bu iş için gerekli olgu raporlarında ne zaman data/media kullanılmış olabileceği, hasta kimliği ortaya konularak belirtilen uluslararası kurallar çerçevesinde beyan edilmelidir. Yazarların kurum, finansal veya maddi destek bildirim, yardım arasında çıkar çatışması beyanı yazması zorunludur ve beyan yazının sonunda görünmelidir. Hakemler olası çıkar çatışmasını, hakem, yazarlar ve kurumların arasında olup olmadığını raporla bildirilmek zorundadır. Tüm editörler alanlarında uzman kişilerdir; bu yüzden herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Çıkar çatışması bulunması durumunda, baş editör COPE Guidelines'a göre hareket eder.

İntihal: Başka bir yazarın yayınının içeriğini tamamen veya kısmen, bir referans vermeden, kendi yayını gibi yeniden yayımlamak.

Fabrikasyon: Mevcut olmayan veri ve bulguları/sonuçları yayımlamak.

Duplikasyon/Teksisir: Herhangi başka bir yayından veri tekrarı yapmak, yayın dilini değiştirerek atıf yapılmayan makaleler yayımlamak.

Salamisation/Yanıltma: Doğal olmayan yollarla yapılmış bir çalışmanın sonuçlarını bölerek birden fazla yayın oluşturmak.

İntihal kontrolü için makale yayınlanmadan önce Crossref Smilarity Check powered by "iThenticate" kullanılmaktadır. İntihal, uydurma, teksir ve yanıltma gibi etik olmayan uygulamalar ve makale inceleme sürecini etkileme çabası ile hediye yazarlık katkıları gibi uygunsuz teşekkür bildirim ve kaynak gösterimler onaylanmamaktadır. Şüphe durumunda yazarlardan ek açıklamalar istenecektir. Tüm eylemler COPE Flowchart'lara göre yapılacaktır.

Ayrıca, yazarlar çalışmaya katkıda bulunanların gizlilik haklarına saygı duymalıdır. Diğer taraftan, kongre kitaplarında yayınlanan ve 400 kelimeyi aşmayan kısa özetler ve elektronik ortamda önceden yayınlanmış ön araştırma ve mevcut veriler işlem için kabul edilmez. Bu durumda yazarların, makalenin ilk sayfası ve kapak mektubunda bu durumu bildirmeleri gerekir (COPE: <http://publicationethics.org>).

► INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

The Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health is an official peer-reviewed publication of the Turkish Association For Child And Adolescent Psychiatry. Accepted manuscripts are published online in both Turkish and English languages.

The Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health does not charge any article submission or processing charges.

A manuscript will be considered only with the understanding that it is an original contribution that has not been published elsewhere.

The abbreviation of the Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health is TJCAMH; however, it should be denoted as Turk J Child Adolesc Ment Health when referenced. In the international index and database, the name of the journal will be registered as the Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health and abbreviated as Turk J Child Adolesc Ment Health.

The scientific and ethical liability of the manuscripts belongs to the authors and the copyright of the manuscripts belongs to the Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health. Authors are responsible for the contents of the manuscript and accuracy of the references. All manuscripts submitted for publication must be accompanied by the Copyright Transfer Form. Once this form, signed by all the authors, has been submitted, it is understood that neither the manuscript nor the data it contains have been submitted elsewhere or previously published and authors declare the statement of scientific contributions and responsibilities of all authors.

All manuscripts submitted to the Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health are screened for plagiarism using the 'iThenticate' software. Evidence indicating plagiarism may result in manuscripts being returned or rejected.

Experimental, clinical and drug studies requiring approval by an ethics committee must be submitted to the Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health with an ethics committee approval report confirming that the study was conducted in accordance with international agreements and the Declaration of Helsinki (revised 2013) (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>). The approval of the ethics committee and the presence of informed consent given by the patients should be indicated in the Materials and Methods section. In experimental animal studies, the authors should indicate that the procedures followed are in accordance with animal rights as per the Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (<http://oacu.od.nih.gov/regs/guide/guide.pdf>) and they should obtain animal ethics committee approval.

Authors must provide disclosure/acknowledgment of financial or material support, if any was received, for the current study.

If the article includes any direct or indirect commercial links or if any institution has provided material support to the study, authors must state in the cover letter that they have no relationship with the commercial product, drug, pharmaceutical company, etc. concerned; or specify the type of relationship (consultant, other agreements), if any.

Authors must provide a statement on the absence of conflicts of interest among the authors and provide authorship contributions.

All the manuscripts are examined by editors, editor assistants and at least three reviewers.

The Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health is an independent international journal based on double-blind peer-review principles. The manuscript is assigned to the Editor-in-Chief, and Associate Editor, who reviews the manuscript and makes an initial decision based on manuscript quality and editorial priorities. Manuscripts that pass initial evaluation are sent for external peer review, and the Associate Editor assigns an Assistant Editor. The Assistant Editor sends the manuscript to three reviewers (internal and/or external reviewers). The reviewers must review the manuscript within 21 days. The Associate Editor recommends a decision based on the reviewers' recommendations and returns the manuscript to the Editor-in-Chief. The Editor-in-Chief makes a final decision based on editorial priorities, manuscript quality, and reviewer recommendations. If there are any conflicting recommendations from reviewers, the Editor-in-Chief can assign a new reviewer.

The scientific board guiding the selection of the papers to be published in the journal consists of elected experts of the journal and if necessary, it is selected from national and international authorities. The Editor-in-Chief, Associate Editors, biostatistics expert, and the language consultant may make minor corrections on accepted manuscripts that do not change the main text of the paper.

In case of any suspicion or claim regarding scientific shortcomings or ethical infringement, the journal reserves the right to submit the manuscript to the supporting institutions or other authorities for investigation. The journal accepts the responsibility of initiating action but does not undertake any responsibility for an actual investigation or any power of decision.

The Editorial Policies and General Guidelines for manuscript preparation specified below are based on "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals

► INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

(ICMJE Recommendations)" by the International Committee of Medical Journal Editors (2013, archived at <http://www.icmje.org/>).

Preparation of research articles, systematic reviews and meta-analyses must comply with study design guidelines:

CONSORT statement for randomized controlled trials (Moher D, Schulz KF, Altman D, for the CONSORT Group. The CONSORT statement revised recommendations for improving the quality of reports of parallel group randomized trials. JAMA 2001; 285: 1987-91) (<http://www.consort-statement.org/>);

PRISMA statement of preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 2009; 6(7): e1000097.) (<http://www.prisma-statement.org/>);

STARD checklist for the reporting of studies of diagnostic accuracy (Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, et al., for the STARD Group. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: the STARD initiative. Ann Intern Med 2003;138:40-4.) (<http://www.stard-statement.org/>);

STROBE statement, a checklist of items that should be included in reports of observational studies (<http://www.strobe-statement.org/>);

MOOSE guidelines for meta-analysis and systemic reviews of observational studies (Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting Meta-analysis of observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. JAMA 2000; 283: 2008-12).

GENERAL GUIDELINES

Manuscripts can only be submitted electronically through the online manuscript submission system (<http://journalagent.com/cogepderg/>) after creating an account. This system allows online submission and review.

Format: Manuscripts should be prepared using Microsoft Word, size A4 with 2.5 cm margins on all sides, 12 pt Arial font and 1.5 line spacing.

Abbreviations: Abbreviations should be defined at first mention and used consistently thereafter. Internationally accepted abbreviations should be used; refer to scientific writing guides as necessary.

Cover letter: The cover letter should include statements about manuscript type, single-journal submission affirmation, conflict of interest statement, sources of outside funding, equipment (if applicable), approval of language for articles in English, and approval of statistical analysis for original research articles.

REFERENCES

Authors are solely responsible for the accuracy of all references.

In-text citations: References should be indicated as a superscript immediately after the period/full stop of the relevant sentence. If the author(s) of a reference is/are indicated at the beginning of the sentence, this reference should be written as a superscript immediately after the author's name. If relevant research has been conducted in Turkey or by Turkish investigators, these studies should be given priority while citing the literature. Presentations presented in congresses, unpublished manuscripts, theses, Internet addresses, and personal interviews or experiences should not be indicated as references. If such references are used, they should be indicated in parentheses at the end of the relevant sentence in the text, without reference number and written in full, in order to clarify their nature.

References section: References should be numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. All authors should be listed regardless of number. The titles of journals should be abbreviated according to the style used in the Index Medicus.

Reference Format

Journal: Last name(s) of the author(s) and initials, article title, publication title and its original abbreviation, publication date, volume, the inclusive page numbers. Example: Collin JR, Rathbun JE. Involuntary entropion: a review with evaluation of a procedure. Arch Ophthalmol. 1978;96:1058-1064.

Book: Last name(s) of the author(s) and initials, chapter title, book editors, book title, edition, place of publication, date of publication and inclusive page numbers of the extract cited.

Example: Herbert L. The Infectious Diseases (1st ed). Philadelphia; Mosby Harcourt; 1999;11;1-8.

Book Chapter: Last name(s) of the author(s) and initials, chapter title, book editors, book title, edition, place of publication, date of publication and inclusive page numbers of the cited piece.

Example: Ceyhan AA. , Ergenlerin Problemleri İnternet Kullanım Düzeylerinin Yordayıcıları, Turk J Child Adolesc Ment Health. 2011;18:85-94

Books in which the editor and author are the same person: Last name(s) of the author(s) and initials, chapter title, book editors, book title, edition, place of publication, date of publication and inclusive page numbers of the cited piece.

Example: Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the exocrine pancreas. In: Solcia E, Capella C, Kloppel G, eds. Tumors of the Pancreas. 2nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997:145-210.

► INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

TABLES, GRAPHICS, FIGURES, AND IMAGES

All visual materials together with their legends should be located on separate pages that follow the main text.

Images: Images (pictures) should be numbered and include a brief title. Permission to reproduce pictures that were published elsewhere must be included. All pictures should be of the highest quality possible, in

JPEG format, and at a minimum resolution of 300 dpi.

Tables, Graphics, Figures: All tables, graphics or figures should be enumerated according to their sequence within the text and a brief descriptive caption should be written. Any abbreviations used should be defined in the accompanying legend. Tables in particular should be explanatory and facilitate readers' understanding of the manuscript, and should not repeat data presented in the main text.

BIOSTATISTICS

To ensure controllability of the research findings, the study design, study sample, and the methodological approaches and applications should be explained and their sources should be presented.

The "P" value defined as the limit of significance along with appropriate indicators of measurement error and uncertainty (confidence interval, etc.) should be specified. Statistical terms, abbreviations, and symbols used in the article should be described and the software used should be defined. Statistical terminology (random, significant, correlation, etc.) should not be used in non-statistical contexts.

All results of data and analysis should be presented in the Results section as tables, figures and graphics; biostatistical methods used and application details should be presented in the Materials and Methods section or under a separate title.

MANUSCRIPT TYPES

Original Articles

Clinical research should comprise clinical observation, new techniques or laboratories studies. Original research articles should include title, structured abstract, key words relevant to the content of the article, introduction, materials and methods, results, discussion, study limitations, conclusion, references, tables/figures/images, and acknowledgement sections. Title, abstract, and key words should be written in both Turkish and English. The manuscript should be formatted in accordance with the above-mentioned guidelines and should not exceed sixteen A4 pages.

Title Page: This page should include the title of the manuscript, short title, name(s) of the authors, and author information. The following descriptions should be stated in the given order:

1. Title of the manuscript (Turkish and English), as concise and explanatory as possible, including no abbreviations, up to 135 characters. A title should have at least one keyword used in article.
2. Short title (Turkish and English), up to 60 characters
3. Name(s) and surname(s) of the author(s) (without abbreviations and academic titles) and affiliations
4. Name, address, e-mail, phone and fax number of the corresponding author
5. The place and date of scientific meeting in which the manuscript was presented and its abstract published in the abstract book, if applicable

Abstract: Turkish abstract, title and keywords will be supplied by editorial office for the manuscripts that have been sent by foreign authors. References should not be cited in the abstract. Use of abbreviations should be avoided as much as possible; if any abbreviations are used, they must be taken into consideration independently of the abbreviations used in the text.

Abstract should be prepared as 5 subheadings in the research articles:

Objectives: The aim of the study should be clearly stated.

Materials and Methods: The study and standard criteria used should be defined; it should also be indicated whether the study is randomized or not, whether it is retrospective or prospective, and the statistical methods applied should be indicated, if applicable.

Results: The detailed results of the study should be given and the statistical significance level should be indicated.

Conclusion: This section should summarize the results of the study, the clinical applicability of the results should be defined, and the favorable and unfavorable aspects should be declared.

Keywords: A list of minimum 3, but no more than 8 key words must follow the abstract. Key words in English should be consistent with "Medical Subject Headings (MESH)". (www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Turkish key words should be consistent with <http://www.bilimterimleri.com>.

Original research articles should have the following sections:

Introduction: This section should consist of a brief explanation of the topic and indicate the objective of the study, supported by information from the literature.

► INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

Materials and Methods: The study plan should be clearly described, indicating whether the study is randomized or not, whether it is retrospective or prospective, the number of trials, the characteristics, and the statistical methods used.

Results: The results of the study should be stated with tables/figures given in numerical order; the results should be evaluated according to the statistical analysis methods applied. See General Guidelines for details about the preparation of visual material.

Discussion: The study results should be discussed in terms of their favorable and unfavorable aspects and they should be compared with the literature. The conclusion of the study should be highlighted.

Study Limitations: Limitations of the study should be discussed. In addition, an evaluation of the implications of the obtained findings/results for future research should be outlined.

Conclusion: The conclusion of the study should be highlighted. **Acknowledgements:** Any technical or financial support or editorial contributions (statistical analysis, English/Turkish evaluation) towards the study should appear at the end of the article.

References: Authors are responsible for the accuracy of the references. See General Guidelines for details about the usage and formatting required.

Case Reports

Case reports should present cases which are rarely seen, feature novelty in diagnosis and treatment, and contribute to our current knowledge. The first page should include the title in Turkish and English, an unstructured summary not exceeding 150 words, and key words. The main text should consist of introduction, case report, discussion and references. The entire text should not exceed 5 pages (A4, formatted as specified above).

Review Articles

Review articles can address any aspect of clinical or laboratory ophthalmology. Review articles must provide critical analyses of contemporary evidence and provide directions of current or future research. Most review articles are commissioned, but other review submissions are also welcome. Before sending a review, discussion with the editor is recommended.

Review articles analyze topics in depth, independently and objectively. The first chapter should include the title in Turkish and English, an unstructured summary, and key words. Source of all citations should be indicated. The entire text should not exceed 25 pages (A4, formatted as specified above).

Letters to the Editor

Letters to the Editor should be short commentaries related to current developments in psychiatry and their scientific and social aspects, or may be submitted to ask questions or offer further contributions in response to work that has been published in the journal. Letters do not include a title or an abstract; they should not exceed 1,000 words and can have up to 5 references.

1. Submitted manuscripts should be written in Microsoft Word, RTF or WordPerfect format.
2. Text should be double-spaced with 12 type size. (Except URL's) All the places of schemes, graphics, and tables should be pointed in appropriate points in text.
3. All authors should be listed without being numbered in references section.
4. The text should be in accordance with the stylistic and bibliographic requirements specified in "Information to Authors"
5. For English keywords, <http://www.nlm.nih.gov/mesh> (Medical Subject Headings), and for Turkish keywords <http://www.bilimterimleri.com> should be referenced.

CORRESPONDENCE

All correspondence should be directed to the TJO Editorial Board:

Post: Turkish Association For Child And Adolescent Psychiatry

Cinnah Street 35/12 Çankaya / ANKARA

Phone: +90 312 440 12 57

+90 541 440 33 54

Affiliation Web Page: www.cogepderg.org.tr

Journal Web Page: cogepder.com

E-mail: editor@cogepderg.org

Ethical Issues & Peer-Review

The Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health is an independent, non-biased periodical publication that adheres to the double-blind peer review process.

The Publication Policy and Manuscript Writing Rules were prepared in accordance with the Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (ICMJE Recommendations) (2016, <http://www.icmje.org>).

Submitted manuscripts are first evaluated for their scientific value by the editor. After initial evaluation, regarding to article's topic, one of the associate editors is assigned. Then, manuscripts are sent to at least three peer reviewers for evaluation by assistant editor. The Editorial Board may also send the manuscript to another reviewer if necessary. All reviewers are independent national and international experts in the field. After peer-review process, associate editor adds his/her own comments to the peer reviews and send them to the Editor-in-Chief and deputy editor. Editor-in-Chief considers peer-reviewers' and associate editor's comments and commits his/her final decision. The whole evaluation process is aimed to be finished within 3 months. Every submission is also evaluated by the statistics editor.

Dates when the manuscript was received and accepted are stated in the first page of the manuscript that is published.

The Editor-in-Chief and associate editors have the right to reject, return manuscripts for revision, or revise the format of manuscripts that do not comply with publication rules.

For all complaints and appeals, please contact the Editorial Office. A complaint will be reviewed by Editor and the action will be taken. Whenever the investigation is completed and the decision is made, the complainant will be notified upon the decision.

The Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health must get informed about the manuscripts which is requested to be withdrawn, including the justifications. The decision is made in accordance with the editorial policies.

Ethical Issues

For the experimental, clinical and drug human studies, approval by ethical committee and statement on the adherence of the study protocol to the international agreements (Helsinki Declaration revised 2013 (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>)) are required. In experimental animal studies, the authors should indicate that the procedures followed are in accordance with animal rights (Guide for the care and use of laboratory animals, www.nap.edu/catalog/5140.html) and they should obtain animal ethic committee approval.

All collected data will not be shared with third-party person, organization or any other affiliation. Authors' personal data (excluding corresponding author; it is stated in each article) are protected. Patients' personal data will not be disclosed.

The Ethic Committee approval document should be submitted to the Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health together with the manuscript.

The approval of the ethic committee, statement on the adherence to international guidelines mentioned above and the patients' informed consent that is obtained should be indicated in the 'Material and Method' section and it is required for case reports whenever used data/media that could reveal the identity of patient. The declaration of the conflict of interest between authors, institutions, acknowledgement of any financial or material support, and aid is mandatory for authors submitting manuscript and the statement should appear at the end of manuscript. Reviewers are required to report if any potential conflict of interest exists between reviewer and authors and institutions. All editors are experts in their own fields; therefore, all possible conflicts of interest are prevented. In case of any, Editor-in-Chief will take the action according to the COPE Guidelines.

Plagiarism: To re-publish whole or in part the contents of another author's publication as one's own without providing a reference.

Fabrication: To publish data and findings/results that do not exist.

Duplication: Use of data from another publication, which includes re-publishing a manuscript in different languages without citing.

Salamisation: To create more than one publication by dividing the results of a study preternaturally.

We use Crossref Similarity Check powered by "iThenticate" to screen all submissions for plagiarism before publication. We disapprove upon such unethical practices as plagiarism, fabrication, duplication, and salamisation, as well as efforts to influence the review process with such practices as gifting authorship, inappropriate acknowledgements, and references. In case of suspicion, the authors will be asked for additional explanation. Further actions will be made according to the COPE Flowcharts.

Additionally, authors must respect participant right to privacy. On the other hand, short abstracts published in congress books that do not exceed 400 words and present data of preliminary research, and those that are presented in an electronic environment are not accepted pre-published work.

Authors in such situation must declare this status on the first page of the manuscript and in the cover letter. (The COPE flowchart is available at: <http://publicationethics.org>)

► İÇİNDEKİLER

EDİTÖRDEN / EDITORIAL

DERLEME / REVIEW

- 1 **İrritabilite ve Çocuklarda İrritabilitenin Değerlendirilmesi**
Irritability and Assessment of Irritability in Children
Arzu Çalışkan Demir, Özlem Özcan; Malatya, Türkiye
- 7 **Çocuğa Kötü Muamelenin Psikolojik ve Gelişimsel Sonuçlarını Önlemek**
Preventing the Psychological and Developmental Outcomes of Child Maltreatment
Ahu Öztürk; Bursa, Türkiye

ÖZGÜN ARAŞTIRMALAR / ORIGINAL ARTICLES

- 20 **Psikolojik Danışman ve Rehber Öğretmenlerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü Hakkındaki Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri**
Knowledge and Awareness of Guidance Counselors About Attention Deficit and Hyperactivity Disorder and Specific Learning Disability
Meltem Oral, Nurgül Karakurt; Erzurum, Türkiye
- 27 **Konya İlinde Bir Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniğinde Değerlendirilen Adli Olguların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Geriye Dönük İncelenmesi**
Retrospective Analysis of Sociodemographic and Clinical Characteristics of Forensic Cases Evaluated in a Child and Adolescent Psychiatry Clinic in Konya
Merve Sertdemir, Beytullah Kut, Şerafettin Demirci, Ömer Faruk Akça, Semih Erden, Faruk Uğuz, Mehmet Ak, Adem Aydın, Ayhan Bilgiç; Konya, Türkiye
- 33 **Engelli Kardeşi Olan Çocukların Anneleri ile İlişkileri Üzerine Bir Alan Çalışması**
A Field Study on the Relationship Between Children with Disabled Sibling and Their Mothers
Melike Pak; Erzurum, Türkiye
- 40 **Kadına Yönelik Psikolojik Şiddetin Ebeveyn Tutumları ile İlişkisi: Gümüşhane İli Örneği**
The Relationship Between Psychological Violence Against Women and Parental Attitudes: The Case of Gümüşhane Province
Ayşin Çetinkaya Büyükbodur, Ahmet Burhan Çakıcı; Gümüşhane, Karaman, Türkiye
- 49 **Birincil Baş Ağrısı Olan Çocuk ve Ergenlerde Psikopatoloji ve Annelerinde Artmış Depresyon Düzeyleri: Kontrollü Bir Çalışma**
Psychopathology in Children and Adolescents with Primary Headache and Higher Depression Levels in Mothers: A Controlled Study
Elif Akçay, Gökçen Öz Tuncer, Serap Tıraş Teber, Birim Günay Kılıç; Ankara, Hatay, Türkiye

OLGU SUNUMLARI / CASE REPORTS

- 56 **Intestinal Malrotation Confused with Psychiatric Disorder in a Child: A Case Report**
Çocukta Psikiyatrik Bozukluk ile Karışan İntestinal Malrotasyon Olgusu
Meryem Özlem Kütük, Gülen Güler Aksu, Nihal Aktaş, Emine İnce, Şenay Kekeç, Semra Saygı, Oğuz Canan, Ayşe Avcı, Pelin Dağ, Aytül Noyan, İlknur Erol, Ali Evren Tufan; Adana, Mersin, İstanbul, Türkiye

KONGRE VE BİLİMSEL TOPLANTI DUYURULARI



Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi

Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health

► EDITÖRDEN / EDITORIAL

Değerli Meslektaşlarım ve Alanımızın Değerli Profesyonelleri

Derneğimizin ulusal yayın organı olan "Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı" dergisi meslek grubumuzun kuşkusuz en kıymetli dergisi olarak 1994 yılından bu yana fedakârlıklarla yaşatılmaya çalışılmıştır. Uzun süre senede bir ya da iki sayı ile yayın hayatında kalmak için çaba sarf eden dergimiz 2016 yılında bir takım talihsizlikler nedeniyle bir süre yönetsel açıdan dondurulmak zorunda kalmış bu nedenle TUBİTAK-ULAKBİM TR dizin tarafından "düzensiz yayınlanan dergi" statüsüne girerek askıya alınmıştır. TUBİTAK-ULAKBİM TR dizin tarafından senede 2 sayı çıkarmasından dolayı bir tıpta uzmanlık dergisi olmasına karşın "sosyal bilimler" dergisi olarak değerlendirilmiştir. 2017 de editörler kurulunun tekrar yenilenip görevlendirildikten sonra geriye dönük 2016 yılından itibaren "senede 3 sayı" ve en az 12 araştırma makalesi hedefi ile toparlanmaya çalışan ve harika editörler ekibi sayesinde bu hedefine ulaşan dergimiz "TUBİTAK-ULAKBİM TR dizin FEN BİLİMLERİ ve SOSYAL BİLİMLER" alanında indekslenmeye başlamıştır. Uluslararası indekslere girme hedefimizin kaçınılmaz ilk adımını tamamlamış olmaktan çok büyük mutluluk duymaktayız. Bu nedenlerle bu sayıdan itibaren dergimiz Türkçe ve İngilizce olarak iki dilde yayınlanmaya başlamıştır. En kısa zamanda siz değerli ve duyarlı meslek grubumuzun katkıları ile bu hedefimizi de başarabileceğimize inancım tamdır.

Dergimizin gelişim sürecinde başta dernek başkanımız Prof.Dr. Eyüp Sabri ERCAN olmak üzere değerli dernek yönetim kurulumuza, her biri ayrı bir mücevher olan editörler grubuma, hakemlerime ve siz değerli meslek grubuma desteklerinden dolayı şükranlarımı iletirim.

Dergimize desteklerinizin artarak devam etmesi en büyük dileğimdir.

En içten sevgi ve saygılarımla

Prof. Dr. Neslihan İnal Emiroğlu
Editör

İrritabilite ve Çocuklarda İrritabilitenin Değerlendirilmesi

Irritability and Assessment of Irritability in Children

Arzu Çalışkan Demir, Özlem Özcan

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

ÖZ

İrritabilite hem normal gelişimsel süreçte hem de birçok psikiyatrik bozuklukta saptanan bir semptom olup son dönemlerde çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında çalışan klinisyenlerce ilgi gören konulardan biri olmuştur. İrritabilite, engellenmeye yanıt olarak öfke eşliğinin düşük olması, gelişimsel düzey ile uyumsuz sinirlilik hali ya da bu sinirlilik halinin uzun sürmesi olarak tanımlanır. Depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve karşı olma karşı gelme bozukluğu için bir tanı ölçütü olan iritabilite, yeni Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5 tanısı olan “Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu’nun” da temel belirtisi olarak yerini almıştır. Bu yazıda çocukluk döneminde saptanan iritabilitenin genel özellikleri ve iritabilitenin değerlendirilmesi ile ilgili bilgiler paylaşılacaktır.

Anahtar Kelimeler: İrritabilite, öfke, çocuklar, değerlendirme

ABSTRACT

Irritability, which is a symptom detected in both normal developmental processes and various psychiatric disorders, has recently been of interest to clinicians working in the field of children and adolescents psychiatry. Irritability is defined as low anger threshold in response to frustration, state of nervousness incompatible with developmental level or prolonged state of this nervousness. Irritability, which is a diagnostic criterion for depressive disorder, generalized anxiety disorder, attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder, has taken its place as the main symptom of the new Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 diagnosis, “Disruptive Mood Dysregulation Disorder”. In this article, general characteristics of irritability detected in childhood and information about the evaluation of irritability will be shared.

Keywords: Irritability, anger, children, assessment

Giriş

Çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında iritabilite kavramı, gelişimsel boyutu, psikopatolojilerle ilişkisi, klinik ve nörobiyolojik özellikleri ile dikkat çeken bir konu haline gelmiştir. İrritabilite uzun yıllardır bir semptom olarak tanı sınıflandırma sistemleri içinde yer almasına karşın, son yıllardaki bu ilgi artışının altında farklı nedenler göze çarpmaktadır. Bu nedenlerden ilki ve en önemlisi, Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 1990 ve 2000’li yıllar arasında çocuk ve ergenlerde bipolar bozukluk (BB) tanı oranındaki ciddi artıştır.^{1,2} ABD’de çocuk ve ergenlerde son 10-15 yılda BB tanı sıklığı oranlarındaki artış %500 gibi inanılması güç rakamlara ulaşmıştır. Artmış duygudurum ile birlikte epizodik iritabl duygudurumun da maninin ana semptomu olarak değerlendirilmesi, iritabilite semptomu (kronik ve/veya epizodik) ile başvuran çocuk ve gençlerin BB tanısı alması ile sonuçlanmıştır.³ Bu aşırı tanılamayı da önlemek amacı ile Liebenluft ve ark.’nın⁴ tanımladığı şiddetli

duygudurumu düzenleyememe bozukluğu [(ŞDDB), severe mood dysregulation disorder] bazı değişikliklerle yeniden tanımlanarak yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu [(YDDB), disruptive mood dysregulation disorder] başlığı ile Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5) tanı sınıflamasına eklenmiştir. YDDB, şiddetli öfke nöbetleri ve kronik epizodik olmayan iritabilitenin eşlik ettiği durumları içermektedir. İrritabilite konusunun gündeme gelmesinin olası bir nedeni de, psikiyatrik tanıya yaklaşımda kategorik yaklaşım modeli yerine boyutsal yaklaşımının modelinin daha ön plana çıkması olabilir.⁵ İrritabilite kavramının her yönü ile anlaşılması psikiyatri alanında birçok bozukluğun daha iyi anlaşılır, tedavi edilebilir ve önenebilir olmasını sağlayacaktır.

Bu yazıda iritabilite terminolojisi ve çocukluk çağında iritabilitenin değerlendirilmesi ana hatları ile ele alınacaktır. Tanımı, çocukluk çağındaki klinik görünüşü, öfke ve agresyon gibi diğer semptomlarla ilişkisi, tanı sınıflama sistemlerindeki yeri özetlenerek klinikte çocukluk çağı iritabilitesinin değerlendirilmesindeki temel noktalar vurgulanacaktır.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Arzu Çalışkan Demir, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

Tel.: +90 507 362 74 25 **E-posta:** arz-36@hotmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0002-0835-380X

Geliş Tarihi/Received: 26.08.2019 **Kabul Tarihi/Accepted:** 06.01.2020

©Telif Hakkı 2020 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



İrritabilite Tanımı

İrritabilite Latince bir kelime olan “irritabilis” kelimesinden köken alır. “İra” ve “anger” kelimeleri İngilizce’de benzer anlamda kullanılır.⁶ İrritabilite kelimesinin sözlükte çabuk ve kolay kızma şeklindeki bir emosyonel reaksiyon, stimuluslara duyarlılıkta ve yanıtta artış gibi karşılıkları da vardır. Türk Dil Kurumu Sözlüğü’nde irritabilite kelimesi hafif uyarılara karşı şiddetli cevap verme yeteneği ve uyarıya aşırı tepki göstermeyle belirgin durum şeklinde açıklanmaktadır.⁷ İrritabilite kelimesini birebir ifade edebilecek Türkçe bir kelime bulunmamaktadır.

Birçok psikiyatrik kavram gibi, irritabilite de nozolojiye girmeden önce edebiyat ve felsefe gibi diğer alanların ilgisini çekmiştir. İlk olarak Burton’ın melankoli kavramında ve Bleuler’in psikiyatrik temel kitabında “Krankhafte Reizbarkeit” (Almanca’da patolojik sinirlilik) olarak kendine yer bulmuştur.^{8,9} Psikanalizde self yönelimli hostilite olarak irritabilite ile ilgilenmiştir.¹⁰ Psikiyatri alanındaki güncel kaynaklarda irritabilite, engellenmeye yanıt olarak öfke eşliğinin düşük olması, kendisine ya da çevresine zarar verebilecek düzeyde olan sinirlilik hali ya da bu sinirlilik halinin uzun sürmesi olarak tanımlanır.

Tanı sınıflandırma sistemleri ve kategorik tanımlar üzerine kurulu bilimsel araştırmaların doyurucu sonuçlar vermemesi üzerine, araştırma alanı ölçütleri (RDoC) belirlenmiştir.¹¹ RDoC irritabiliteyi frusturasyon (hayal kırıklığı) olarak amacın engellenmesi ve amaca ulaşamama ile ortaya çıkan durum olarak tanımlamaktadır.¹²

İrritabilite bazı araştırmacılar tarafından bir kişisel özellik, mizaç boyutu (trait) olarak kabul edilmektedir. Mizaç boyutunun kalıtılabilir ve sürdürülebilir olması iki temel özelliğidir. İrritabilitenin çocuk ve ergenlerde kalıtılabilirliği yaklaşık olarak 0,3-0,4 olarak tahmin edilmektedir.¹³ Ayrıca irritabilite okul çağından erişkinliğe kalıcılık gösteren bir özelliktir.¹⁴

İrritabilite ile İlişkili Kavramlar

İrritabilite nazolojik olarak rafine, saf bir kavram olmayıp tanımlanmasında kavramsal karışıklık mevcuttur. Öfke irritabilite ile yakından ilişkili olup, öfke hem duygulanım (emotion) hem de bir his (feeling) olarak kabul edilmektedir. Öfke bilinç düzeyinde farkındalığa neden olduğu ve bedensel duyumları hissedildiği için bir hisdir. Benzer şekilde birey gergin ve alıngan olduğunu hissettiği için öfkeye yatkın olduğunu yani irritabiliteyi hissedebilir. Öfke aynı zamanda bilinç düzeyinde bir farkındalık yaratmadan eyleme neden olabileceği için duygulanımdır (e-motion).³ Duygudurum klinisyenler tarafından kullanılan negatif ve/veya pozitif değerlikli, süregelen bir durumu ifade etmek için kullanılan bir tanımdır. Duygulanım ve duygudurum arasındaki fark süreden kaynaklanır. Ayrıca duygulanım bir uyarana tepki olarak ortaya çıkarken, duygudurum için uyarıcı gerekli değildir. Bu bağlamda genel olarak irritabilite bir duygudurum olarak kabul görür. Çünkü irritabl bireyler belirli bir uyarıcı, neden olmaksızın uzun süre öfkeye yatkın olma durumunda seyrederler. Yine kafa karıştıran bir terim olan affekt ise duygudurum veya duygulanımın görüşme sırasında gözlenebilir yüzüdür.

Psikiyatrik muayenede sırasında hastanın kızgın yüz ifadesini görmek, irritabilitenin bir göstergesi olabilir.⁶

İrritabilite ile keşisen, örtüşen kavramlardan biri de duygudurumu düzenleyememe (mood dysregulation) kavramıdır. Duygudurum (mood), duygulanım (e-motional) ve affekt kavramlarındaki tanımsal güçlüklerle, doğal olarak bu kavramda da bir terminoloji sorununa yol açmaktadır. Bununla birlikte duygulanımı düzenleyememe (emotional dysregulation), duygudurumu düzenleyememe (mood dysregulation), affektif labilite kavramları sıkça birbirleri yerine kullanılmaktadır. Duygudurumu düzenleyememe irritabiliteyi de kapsar ve negatif değerli ve pozitif değerli emosyonlar arasında dalgalanma olarak tanımlanabilir. Ancak daha çok irritabilite ve mutsuzluk gibi negatif değerli duygudurum durumunu tanımlamak için kullanılır. Korku, depresyon ve irritabilite negatif değerli duygudurum, elavyasyon ise pozitif değerli duygudurum olarak sınıflandırılır. Korku ve depresyon motivasyonel açıdan içe kapanmaya yol açarken, negatif değerli olan irritabilite manideki elavyasyon gibi davranışsal yaklaşma eğilimine neden olur.^{3,6} Öfke puanları yüksek olan insanlarda aynı zamanda davranışsal yaklaşma ve ödül arama puanlarının da yüksek olduğu gösterilmiştir.¹⁵ İrritabilite negatif değerlikli olup motivasyonel olarak yaklaşma ile seyreden tek duygudurum olması açısından da ilginçtir.

Sözel ya da fiziksel agresyon kolay tetiklenen irritabilitenin bir semptomu olarak karşımıza çıkabilir. Oysa irritabilite ve agresyon aynı şeyler değildir. Bağırma ya da kavgı/dövüş başlatma artmış öfkenin bir dışavurumu olabilir ancak irritabl çocuklar saldırganlık sergileyen bir tutum yerine daha çok sürekli homurdanan, huysuz ve içlerinde ağır disfori yaşayan zor çocuklardır. Agresyon işlevine göre proaktif ve reaktif agresyon olarak ikiye ayrılarak incelenebilmektedir. Proaktif agresyonda bilinçli bir plan doğrultusunda doğrudan kazanç sağlama amacıyla agresif davranışlar ortaya konulmaktadır. Reaktif agresyon ise provokasyon, tehdit ya da öfke uyandıran bir sosyal durum varlığı halinde ortaya konulan agresif davranışları tanımlamaktadır.¹⁶ Reaktif agresyon içe atım bozukluklarını (anksiyete, depresyon) öngörürken, proaktif agresyon psikopati ile ilişkili bulunmuştur.^{17,18} Bu bağlamda irritabilite daha çok reaktif agresyon ile ilişkili olabilir.

İrritabilitenin psikiyatride duygudurum, duygulanım gibi temel alanlarla ilişkisinin ele alınması ve öfke, agresyon gibi kavramlarla sınırlarının netleştirilmesi klinik uygulamalar ve bilimsel araştırmaların planlanmasında fayda sağlayacaktır.

İrritabilitenin Klinik Özellikleri

İrritabilite hem normal gelişimsel bir fenomen olup hem de birçok psikiyatrik bozuklukta saptanan bir semptomdur. Bu nedenle gelişimsel süreçte irritabilitenin belirlenmesi ve tanımlanması önem kazanmaktadır. “Erken yaşta görülen öfke nöbetlerinin sıklığı ve süresi geç dönemde görülebilecek irritabilitenin bir belirleyicisi olabilir mi? Ergenlik gibi irritabilitede artışın görüldüğü özel periyodlar var mıdır? İrritabilitenin ne kadarı emosyonel mizaç ve nörotizm ile ilişkilidir?” gibi sorular aklı gelmektedir.

Patolojik iritabilite son zamanlarda artan bir ilgi alanı olmasına karşın normatif iritabilitenin gelişimsel seyri hakkında henüz çok az şey bilinmektedir. Gelişimsel olarak iritabilite normal olarak kabul edilebilir. Ancak iritabilite, çocuğun içinde bulunduğu durum ve kısırtıcı faktörlere göre şiddet ve süre açısından gelişimsel düzeyi ile orantısız olduğunda patolojik olarak tanımlanır.¹⁹ Dolayısı ile çocuğun içinde bulunduğu duruma tepki olarak gösterdiği normal sayılabilecek öfke halinden, öfke patlamalarının şiddeti, derecesi ve yineleyici biçimde seyretmesi ile kolaylıkla ayrılabilir. Her gün, 5 dakikadan uzun süren fiziksel agresyonun eşlik ettiği, aile bireyleri dışında oluşan ve tetikleyici bir neden olmaksızın ortaya çıkan öfke patlamaları patolojik kabul edilmştir. Çalışmalar adolesan iritabilitesinde ve erişkin suisidal davranışta erişkin nörotizminin aracılık etmediğini düşündürmektedir.¹⁸ Tam tersine uzunlamasına çalışmaları emosyonel mizacın “Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB)” gelişimi için risk faktörü olduğunu ve bunun da içe atım bozuklukları ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Pek çok psikiyatrik hastalığın semptomlarıyla benzerlik gösterdiğinden, klinisyen tarafından sınırlarının netleştirilmesi ve özelliklerinin belirlenmesi hastalığın tanınması ve tedavi açısından önem kazanmaktadır.

İrritabilite epizodik ve kronik (non-epizodik) olarak ayrıldığında, sınırları belirgin ve duygudurum değişikliklerine eşlik eden epizodik iritabilite daha çok BB ile ilişkilendirilirken, kronik iritabilite daha çok YDDDB ile birliktelik gösterir.²⁰ DSM-5 YDDDB’de kronik iritabiliteyi 2’ye ayırmıştır. Tonik iritabilite süregelen, öfkeli, huysuz ve mızırmız bir duygudurum olarak tanımlanırken, fazik iritabilite daha çok gelişimsel düzeyiyle uyumsuz hayal kırıklığına cevaben ani başlayan, hızlı pik yapan yoğun öfke patlamalarına yakınlık olarak tanımlanır.

Günlük yaşantımızda kullanılan dilde iritabilite kavramı en sık tonik iritabilitedeki iritabl duygudurum için kullanılırken, “reaktif agresyon/impulsif agresyon” kavramları daha çok fazik iritabilitedeki yoğun öfke dalgalanmalarını belirtmek için kullanılır.²¹ Fazik ve tonik iritabilite içerisinde kullanılan kavramlara aşağıda yer verilmiştir.²²

Fazik İrritabilite

- **Öfke Nöbeti (Temper Tantrum):** Aşırı sinirlilik, frusturasyon ile karakterize ve bağırarak, ağlayarak ve ayaklarını yere vurarak insanlara ya da eşyalara zarar verecek düzeyde yaşanan öfke krizi.
- **Öfke Patlamaları (Temper Outburst):** Şiddet içermeyen ve öfke nöbeti kriterlerini karşılamayan öfke krizi.

Tonik İrritabilite

- **İrritabilite (Irritability):** Dışarıdan gelen bir etkiye karşı kızgınlık, öfke, hırçınlık ve sıkıntı halinin kolay tetiklenmesi durumu. Bu duygudurum çocuğun günlük yaşamını etkilemektedir.
- **Çabuk/Kolay Sinirlenme (Touchy/Easily Annoyed):** Provoke edilen küçük bir durumda bile çoğu çocukta daha fazla somurtma, kızgınlık, öfke ve sıkıntı hissi yaşama eğilimi. Bu paterne davranış değişiklikleri eşlik etmez.

- **Kızgınlık/Kin Tutma (Angry/Resentful):** Provoke edilen küçük bir durumda bile çoğu çocukta daha fazla somurtma, bağırma, kavgı gibi durumlara eğilim.

İrritabilite Epidemiyolojisi

Epidemiyolojik çalışmalar çocuk ve ergenlerde iritabilitenin yaygın olduğunu göstermektedir. Yapılan bir çalışmada ağır mood disregülasyon oranının %3-20 arasında olduğu belirtilmiştir.²³ Yine bazı önveriler psikiyatri kliniklerindeki çocuk ve ergenlerde iritabilitenin yaygın olduğunu göstermektedir; Maudsley Hastanesi verilerinde 16 yaşından küçüklerde “morbid iritabilite”nin 1/3 gibi ciddi bir sıklıkta olduğu gösterilmiştir.²³

Buna ek olarak, birkaç yeni çalışma iritabilite ve geç psikopatoloji arasında ilişki olduğunu göstermiştir.²⁴ Prospektif ve toplum temelli çalışmalar kronik iritabilite gösteren okul çağı çocuklarının ve ergenlerin erken/geç depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu için risk altında olduğunu göstermiştir. Dahası 20 yıllık takip çalışmalarında psikiyatrik hastalık olmasa bile iritabilitenin varlığı düşük eğitim ve düşük gelir düzeyi ile ilişkili bulunmuştur.

İrritabilite ve Psikopatoloji İlişkisi

İrritabilite çocuk ve ergen psikiyatristlerinin çok sık karşılaştığı semptomlardan biridir. Aynı zamanda iritabilite birçok değişik hastalığın kliniğinin bir parçası ve erken belirleyicisi olarak görülmektedir.²⁵ Stringaris iritabiliteyi tanımlarken yüksek ateş metaforunu kullanarak “Nasıl ki yüksek ateş enfeksiyonlardan maligniteye birçok klinik tabloda görülebiliyorsa, iritabilite de ruhsal sorunlarda özgün bir bulgu olmayıp kişide yanlış giden bir şeylerin göstergesi olabilir” şeklinde tanımlamıştır.⁶ İritabilitenin sık görülüyor olması ve depresyondan otizm spektrum bozukluğuna (OSB) birçok psikiyatrik tabloya eşlik etmesi bu metaforu geçerli kılmaktadır.

Normal ve anormal iritabilitenin sınırları henüz netleştirilememiştir. Günümüze dek yapılan araştırmalarda farklı yöntemlerin kullanılması ve iritabilite kavramının net olmayışı sonuçların genellenebilirliğini etkilemektedir. Ayrıca beslenme, uyku gibi fizyolojik süreçler, eşlik eden diğer tıbbi durumlar, ergenlik gibi birçok faktör iritabilite düzeyini etkileyebilir.

İrritabilite içe atım bozukluklarının bir bulgusu olabileceği gibi dışa atım bozukluklarında da sıkça izlenen bir durumdur. Çocukluk ve ergenlik döneminde genellikle ŞDDDB, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, KOKGB gibi dışa atım bozukluklarının bir bulgusu olarak karşımıza çıksa da, 2. dekatta majör depresyon, BB, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), borderline ve antisosyal kişilik bozukluğunun klinik bulgusu olarak karşımıza çıkabilir.³ Diğer yandan ergenlerin değerlendirildiği bir araştırmada iritabilitenin özkayım riskini de artırdığı ortaya konmuştur.²⁶ Yine iritabilite OSB’de davranış problemleri, sözel ya da fiziksel agresyon, kendine ya da çevreye zarar verme şeklinde karşımıza çıkabilir.²⁷

Gençlerde %3-5 gibi ciddi oranlarda görüldüğü ve psikiyatrik komorbidite, işlevsellikte ciddi bozulma, intihar eğilimi ile birliktelik gösterdiği göz önüne alındığında ağır iritabilitenin

klirik prezantasyonu ve uzun dönem etkileri klinisyenler açısından önem kazanmaktadır. DSM-5'te YDDB içerisinde "ağır irritabilite" kavramı yer almasına karşın bu konuyla ilgili araştırmaların sınırlı olduğu görülmektedir. İrritabilite ile ilişkili bozukluklar Şekil 1'de gösterilmiştir.

Tanı Sınıflandırma Sistemleri İçinde İrritabilite

İrritabl duygudurum kavramı, 1952 yılında yayınlanan DSM-1'de "manik depresif reaksiyon-manik epizod" tanımında yer alarak ilk kez bu tanı sınıflandırma sistemine girmiştir. DSM-3'de benzer şekilde yer alırken, DSM-4'te irritabl duygudurum erişkinlerde maninin bir parçası iken çocuk ve gençlerde depresif ve distimik bozukluğun bir görüngüsü olarak kabul edilmiştir. Ayrıca, DSM-4 KOKGB içinde "kolayca öfkelenir", "başkaları tarafından kolayca kızdırılır" şeklinde irritabiliteyi ifade etmiştir. YAB, posttravmatik stres bozukluğu, borderline ve antisosyal kişilik bozukluğu, nikotin çekilmesi, patolojik kumar oynama ve şizoaftif bozukluk gibi pek çok tanı içinde bu bulgu yer almıştır. DSM-5 ile birlikte, depresyon bozuklukları başlığı altında sınıflandırılan YDDB ve KOKGB ile klinik olarak daha net tanımlanan bir irritabilite karşımıza çıkmaktadır.

İrritabilitenin Değerlendirilmesi ve Kullanılan Yöntemler

Psikiyatride altın standart tanılama yöntemi her zaman iyi bir öykü almak ve psikiyatrik muayene olmuştur. Çocuk ve ergen psikiyatri kliniklerine en önemli başvuru nedenlerinden biri de irritabilitedir. İrritabilitenin değerlendirmesinde de iyi bir öykü alıp, psikiyatrik muayene yapmak önemlidir. Ölçekler gibi değerlendirme araçları da klinisyenlere yardımcı olabilir.



Şekil 1. İrritabilite ile ilişkili bozukluklar

Psikiyatrik Öykü, Muayene ve Klinik İzlem

İrritabilite kliniğe başvuran çocuk, genç ve aileleri tarafından farklı kelimeler kullanılarak ifade edilebilir. Öfke, sinirlilik, huysuzluk, kızgın olma, aniden parlama, sakinleşememe, tutturma, engellenmeye gelememe bu ifadelerden bazılarıdır. Aileler ve öğretmenler irritabilitenin davranışsal boyutunu daha iyi gözlemleyebildiklerinden, sıklıkla öfke patlamaları, sözel ve fiziksel saldırganlık gibi durumlardan yakınır. Çocuklar ve gençler gelişimsel düzeyine bağlı olarak irritabilitenin kendilerinde yarattığı his ve duyuları tanımlayabilirler. Bazı olgularda çocuğun kendisi ve ailesi irritabilite ve boyutlarını fark etmeyip bu durum klinisyen tarafından gözlenebilir.

İrritabilite normal gelişiminde bir parçası olabileceğinden normal/patolojik irritabilite ayırımını yapmak, klinisyenler için önemlidir. Bu durumda öfke veya kızgınlık olarak sunulan belirtinin sınırları tam olarak çizilmelidir. Çocuk ve/veya aileden en son yaşanan, hatırlanan irritabilite ile ilişkili bir olayı veya tipik bir gününün anlatılması istenebilir. Daha sonra semptomun şiddeti, sıklığı ve süresi belirlenmelidir. Öfke patlamaları, sinirlilik ne kadar sıklıkta olmaktadır? Ne kadar sürmektedir? Nasıl bir seyir göstermektedir (epizodik/kronik)? İrritabilitenin şiddet ve zaman boyutunu içeren çizelgeler oluşturmak tanılama ve tedavi açısından yardımcı olabilir. Örneğin uzun süre devam eden, şiddeti hiçbir zaman normale dönmeyen ve öfke patlamaları ile seyreden bir tabloda olası tanı YDDB olabilir. Epizodik seyirli olan, atak halinde başlayıp normal duruma dönme ile seyreden irritabilitede görülen diğer mani semptomları varlığında BB tanısı koymak mümkün olabilir.

Öykü alırken dikkat edilmesi gereken bir nokta da irritabilitenin ortaya çıktığı bağlamı ve tetikleyici, artıran, azaltan durumları belirlemektir. Okulda ortaya çıkan bir irritabilite bu alanda yaşanan bir soruna işaret edebilir. Her zaman bu durumları saptamak güç olduğundan, aileye bir günlük oluşturmalarını önermek işe yarayabilir. Semptomun sonuçları ve yaşam kalitesi üzerine olan etkileri de değerlendirilmelidir.

Yapılandırılmış tanı görüşmeleri (K-SADS, CAPA, DAWBA, DISC gibi) irritabiliteye eşlik eden diğer semptomların varlığını tarayarak klinisyenin tanılamasına yardımcı olabilir.

Ölçekler

Çocuk ve ergenlerdeki psikopatolojinin değerlendirmesinde çok sık kullanılan derecelendirme ölçekleri belirtilerin ve davranışların varlığı, sıklığı ve şiddeti ile ilgili ölçülebilir bilgi sağlamaktadır. Böylece çocuk ve ergenin değerlendirilen psikopatolojiler açısından yaşları ve genel toplum ile karşılaştırılması yapılabilir. Diğer yandan ölçekler farklı bilgi kaynaklarından bilgi edinmeyi sağlayarak, çocuk ve ergenlerin ev okul gibi farklı ortamlardaki davranışlarıyla ilgili daha kapsamlı verilere ulaşılmasını mümkün kılar. Tedavi yaklaşımının belirlenmesi ve tedaviye yanıtın izlenmesi gibi alanlarda da ölçekler kullanılabilir. Ancak elde edilen sonuçların nesnel olmayan bildirimlere dayanması, bu sonuçların güvenilirliği ve genellenebilirliğini olumsuz yönde etkilemektedir.

Çocuk ve ergen yaş grubunda iritabiliteyi değerlendiren, derecelendiren ölçekler oldukça sınırlıdır. Bu alanda standart ölçme araçlarının sınırlı sayıda olması, iritabilitenin değerlendirilmesini, şiddetinin belirlenmesini ve doğal olarak bilimsel araştırmalarda ortak bir değerlendirme yapılmasını engellemekte idi. Tüm bu ihtiyaçlardan yola çıkarak, Stringaris ve arkadaşları tarafından Duygusal Reaktivite indeksi [Affective Reactivity index, (ARI)] geliştirilmiştir.¹³

Duygusal Reaktivite indeksi (ARI): İritabiliteyi değerlendiren ARI, 6 semptom maddesi ve bir bozulma maddesinden oluşur. Katılımcılar her maddeyi 0=doğru değil, 1=bazen doğru, 2=kesinlikle doğru şeklinde düzenlenmiş olan likert tipi skalayı kullanarak yanıtlarlar. Toplam puan ölçekte yer alan ilk 6 maddenin puanlarının toplanması ile elde edilir. Alınan puan 0-12 puan aralığında dağılım gösterirken, daha yüksek puan alınması daha şiddetli iritabilite varlığını işaret eder. ARI, son 6 ay içinde var olan öfke reaksiyonu için eşik değer, öfke his ve davranışlarının sıklığı ve öfke his ve davranışlarının süresi olmak üzere iritabilitenin 3 boyutuna odaklanır. Özbildirim ve anne baba formları mevcut olup, çocuk ve ergen yaş aralığında kullanılabilir. Yapılan çalışmalarda geçerlilik ve güvenilirliğinin oldukça yeterli düzeyde olduğu gösterilen ARI, klinik ve araştırmalarda kullanıma uygundur.^{13,28,29} Diğer yandan bu ölçeğin bir formu da DSM-5 kitapçığı içinde yayınlanmıştır.

İritabiliteye özgü olmamakla birlikte, güçler ve güçlükler anketi (strengths and difficulties questionnaire) ve çocuklar için davranış değerlendirme ölçeği [child behaviour checklist (CBCL)] gibi ölçeklerde iritabilitenin değerlendirilmesinde kullanılabilir.³⁰ Dikkat problemleri, agresyon, depresyon/anksiyete alt ölçeklerinin toplamından oluşan CBCL-disregulasyon profili gençlerde BB için tanımlansa da, anksiyete bozukluğundan yıkıcı davranış bozukluklarına kadar birçok psikopatoloji ile ilişkili bulunmuştur.³¹ Çalışmalarda iritabilitenin değerlendirilmesinde yıkıcı davranış profilinin çok boyutlu değerlendirilmesi (multidimensional assessment profile of disruptive behavior, MAP-DB) isimli ölçeğin de sıkça kullanıldığı dikkat çekmektedir. MAP-DB davranışların şiddeti, bağlamı ve sıklığını değerlendirerek normalden patolojik sınıra dek iritabl mood ve davranışları değerlendirir.³²

Sonuç

İritabilite çocuk ve ergen psikiyatri kliniklerinde sık karşılaşılan önemli bir durumdur. Psikiyatrinin kategorik yaklaşımdan boyutsal yaklaşıma doğru yol aldığı günümüzde iritabilite de bu yaklaşımın önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Diğer yandan gelişimsel süreçler içinde de iritabilite çocuk ve ergenlerde değişik dönemlerde psikopatolojiden bağımsız olarak karşımıza çıkabilir. Bu nedenle iritabilitenin tüm boyutları ile anlaşılması, değerlendirilmesi ve sağaltımı alanımızda çalışan tüm hekimler için önemlidir.

Etik

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: A.Ç.D., Ö.Ö., Dizayn: A.Ç.D., Ö.Ö., Veri Toplama veya Veri İşleme: A.Ç.D., Ö.Ö., Analiz ve Yorumlama: A.Ç.D., Ö.Ö., Literatür Tarama: A.Ç.D., Ö.Ö., Yazan: A.Ç.D., Ö.Ö.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Barker ED, Salekin RT. Irritable oppositional defiance and callous unemotional traits: is the association partially explained by peer victimization? *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53:1167-1175.
2. Burke JD. An affective dimension within oppositional defiant disorder symptoms among boys: personality and psychopathology outcomes into early adulthood. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53:1176-1183.
3. Vidal-Ribas P, Brotman MA, Valdivieso I, Leibenluft E, Stringaris A. The Status of Irritability in Psychiatry: A Conceptual and Quantitative Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55:556-570.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed). Washington DC; American Psychiatric Association; 2013.
5. Widiger TA, Samuel DB. Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and statistical manual of mental disorders-fifth edition. *J Abnorm Psychol*. 2005;114:494-504.
6. Stringaris A, Eric T. Disruptive Mood: Irritability in Children and Adolescents. USA; Oxford University Press; 2015.
7. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. <http://tdk.gov.tr>. (Erişim tarihi: 12.11.2019).
8. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin; Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 1918.
9. Burton R. The anatomy of melancholy. Philadelphia, PA; JW Moore; 1857.
10. Freud S. Trauer und Melancholie. Frankfurt; Fischer Taschenbuch Verlag; 1915.
11. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, Sanislow C, Wang P. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry*. 2010;167:748-751.
12. Deveney CM, Connolly ME, Haring CT, Bones BL, Reynolds RC, Kim P, Pine DS, Leibenluft E. Neural mechanisms of frustration in chronically irritable children. *Am J Psychiatry*. 2013;170:1186-1194.
13. Stringaris A, Goodman R, Ferdinando S, Razdan V, Muhler E, Leibenluft E, Brotman MA. The Affective Reactivity index: a concise irritability scale for clinical and research settings. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53:1109-1117.
14. Leibenluft E, Stoddard J. The developmental psychopathology of irritability. *Dev Psychopathol*. 2013;25:1473-1487.
15. Carver CS, Harmon-Jones E. Anger is an approach-related affect: evidence and implications. *Psychol Bull*. 2009;135:183-204.
16. Fite PJ, Rathert J, Colder CR, Lochman JE, Wells KC. Proactive and reactive aggression: Implications for adolescent adjustment. In: Levesque RJR, ed. Encyclopedia of adolescence. New York; NY:Springer; 2012:2164-2170.
17. Fite PJ, Raine A, Stouthamer-Loeber M, Loeber R, Pardini DA. Reactive and proactive aggression in adolescent males: Examining differential outcomes 10 years later in early adulthood. *Crim Justice Behav*. 2009;37:141-157.

18. Fite PJ, Stoppelbein L, Greening L. Proactive and Reactive Aggression in a Child Psychiatric Inpatient Population. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2009;38:199-205.
19. Copeland WE, Brotman MA, Costello EJ. Normative Irritability in Youth: Developmental Findings From the Great Smoky Mountain Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015;54:635-642.
20. Copeland WE, Shanahan L, Egger H, Angold A, Costello EJ. Adult Diagnostic and Functional Outcomes of DSM-5 Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Am J Psychiatry.* 2014;171:668-674.
21. Brotman MA, Kircanski K, Stringaris A, Pine DS, Leibenluft E. Irritability in youths: A translational model. *Am J Psychiatry.* 2017;174:520-532.
22. Moore AA, Lapato DM, Brotman MA, Leibenluft E, Aggen SH, Hettema JM, York TP, Silberg JL, Roberson-Nay R. Heritability, stability, and prevalence of tonic and phasic irritability as indicators of disruptive mood dysregulation disorder. *J Child Psychol Psychiatry.* 2019;60:1032-1041.
23. Stringaris A. Irritability in children and adolescents: a challenge for DSM-5. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2011;20:61-66.
24. Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ, Stringaris A, Leibenluft E, Carlson GA, Klein DN. Preschool irritability: longitudinal associations with psychiatric disorders at age 6 and parental psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;52:1304-1313.
25. Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry.* 2011;168:129-142.
26. Frazier EA, Liu RT, Massing-Schaffer M, Hunt J, Wolff J, Spirito A. Adolescent but not parent report of irritability is related to suicidal ideation in psychiatrically hospitalized adolescents. *Arch Suicide Res.* 2016;20:280-289.
27. Mikita N, Hollocks MJ, Papadopoulos AS, Aslani A, Harrison S, Leibenluft E, Simonoff E, Stringaris A. Irritability in boys with autism spectrum disorders: an investigation of physiological reactivity. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015;56:1118-1126.
28. DeSousa DA, Stringaris A, Leibenluft E, Koller SH, Manfro GG, Salum GA. Cross-cultural adaptation and preliminary psychometric properties of the Affective Reactivity index in Brazilian Youth: implications for DSM-5 measured irritability. *Trends Psychiatry Psychother.* 2013;35:171-180.
29. Mulraney MA, Melvin GA, Tonge BJ. Psychometric properties of the Affective Reactivity index in Australian adults and adolescents. *Psychol Assess.* 2014;26:148-155.
30. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997;38:581-586.
31. Althoff RR, Verhulst FC, Rettew DC, Hudziak JJ, van der Ende J. Adult outcomes of childhood dysregulation: a 14-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010;49:1105-1116.
32. Wakschlag LS, Henry DB, Tolan PH, Carter AS, Burns JL, Briggs-Gowan MJ. Putting theory to the test: modeling a multidimensional, developmentally-based approach to preschool disruptive behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51:593-604.

Çocuğa Kötü Muamelenin Psikolojik ve Gelişimsel Sonuçlarını Önlemek

Preventing the Psychological and Developmental Outcomes of Child Maltreatment

© Ahu Öztürk

Bursa Uludağ Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

ÖZ

Bu çalışma, çocukluk döneminde önemli bir sorun olan kötü muamelenin etkilerine yönelik kapsamlı bir psikolojik ve gelişimsel resim ortaya koymayı amaçlamaktadır. Çocuğa kötü muamelenin Türkiye’de ve dünyadaki durumunun çocuğun gündelik yaşamına ilişkin yansımaları hayli rahatsız edici olabilmektedir. İstismar ve ihmalî çarpıcı konular yapan temel unsur, etkilerinin çocuğun sağlıklı gelişimin avantajlarından yararlanmasını ve çocuk haklarını engellemesidir. İstismar ve ihmal, önlenabilir bir dizi bireysel, ailevi ve toplumsal nedene bağlı biçimde gerçekleşir. Her türden kötü muamele çocuğun ruh ve beden sağlığında gözlenen ani ve dramatik biçimde etkilerinin ötesinde, çocuğun sağlıklı işlevselliğinde uzun vadeli düşüşe de neden olabilmektedir. Kötü muamelenin çocuktaki etkilerine en kısa zamanda ve sosyo-kültürel ekolojiyi gözetenek müdahale etmek ise sorunların gelişimsel seyrini önleyebilir. Kötü muamelenin çocuk kurbanın uzun vadede psikolojik sağlığına olumsuz yansımalarından kaçınmak için yapılan uygulamalara yönelik kısa bir tartışma, bu yazı kapsamında yürütülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Çocuk psikolojisi, kötü muamele, istismar, ihmal, çocuk gelişimi, önleme

ABSTRACT

This study aims to illustrate the long-term effects of maltreatment during childhood and to provide a comprehensive picture of the predictors of this significant problem. The reflections of child maltreatment in Turkey and in the world regarding the children’s daily life can be very subversive. The most fundamental element that makes the issues of abuse and neglect striking is that they are exploiting healthy development and hindering children’s rights. Abuse and neglect occur concerning several preventable individual, familial, and societal causes. Beyond the immediate and dramatic effects on the children’s mental and physical health, all kinds of maltreatment may also cause a long-term decline in the healthy functioning of the child. Intervening in the effects of maltreatment on the child at an early period by considering children’s socio-cultural ecology may prevent the developmental course of the problems. There is a short discussion on the implications of avoiding adverse outcomes of maltreatment on child victim’s long-term psychological well-being.

Keywords: Child psychology, maltreatment, abuse, neglect, child development, prevention

Giriş

Çocuğun temel gereksinimlerinin göz ardı edildiği veya açıkça ihlal edildiği olumsuz koşullar çocuğa kötü muamelenin zeminini oluşturur. Çocukların kötü muameleden korunması ise hem yasal hem de toplum sağlığını ilgilendiren bir konu olarak ele alınmaktadır. Kötü muamele, artalanında bireye bilinçsiz veya bilinçli bir zarar verebilme düşüncesini içeren her türden davranışı içerir. Bu kapsamı ile kötü muamele hem sağlıklı gelişen hem de gelişimi bir takım çevresel koşullar tarafından engellenen çocukların hakları için ciddi bir tehdittir. Dolayısıyla çocuğun kötü muameleye maruz bırakılarak büyümek durumunda bırakılması hem çocuğun haklarını sarsan hem de sağlıklı gelişimini engelleyen önemli bir durumdur.¹ Kötü muamelenin çocuk hakları çerçevesinde değerlendirilmesi evrensel bir kavrayışı ortaya koyarken, kötü muamelenin toplum

sağlığı çerçevesinde ele alınması ise gelişimsel bir kavrayışı gerektirir. Çocuk kurbanlar sağlıklı yakın ilişkiler kurma ve sürdürmede zorluk çekerken yetişkin olduklarında ise yakın ilişkilerinde, diğer yetişkinlere göre, daha fazla zorluk yaşarlar.²

Genel kabul gören bir tanımıyla kötü muamele; çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen, çocuğa bir yetişkin, topluluk veya ülkesi tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan türden davranışlardır.³ Çocuğa kötü muamele, kültürler arası farklar ve zaman içinde meydana gelen toplumsal değişimlerden de etkilenir.⁴ Bir kültürel çevrede kötü muamele olarak algılanan davranış diğer bir kültürel çevrede yaygın kullanılan bir disiplin¹ yöntemi veya norm kabul edilirse olumsuz algılanmayabilir. Bu kültürel farklar, çocuğa kötü muamele altında ele alınan evrensel davranışlardan bahsedilmesini engellemektedir. Buna karşın, kötü muamele olarak adlandırılan tüm davranışlar bireylerde ortak bir

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Ahu Öztürk, Bursa Uludağ Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

Tel.: +90 542 495 87 68 **E-posta:** ozturka@uludag.edu.tr **ORCID:** orcid.org/0000-0003-0349-7342

Geliş Tarihi/Received: 13.11.2019 **Kabul Tarihi/Accepted:** 06.02.2020

©Telif Hakkı 2020 Türkiye Çocuk ve Genç Psikyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



takım sağlık sorunlarına yol açabilme potansiyellerinde benzeşmektedir.

Mevcut çalışma kapsamında çocuğa kötü muamele, 18 yaşından küçük bir bireye bakım veren, ebeveyn veya çocuğun emanet edildiği (ör. bakıcı, öğretmen) bir diğer “birey tarafından” uygulanan her türden istismarı ve ihmali tanımlayacak biçimde ele alınacaktır. Literatürde kötü muamele çocuk istismarı ve ihmali de içeren şemsiye bir kavram olarak kavramsallaştırılır, çünkü (a) farklı kötü muamele türleri ortak biçimde çocuklarda hak ihlali oluşturmakta, (b) ortak gelişimsel işlevleri etkileyebilmekte ve (c) çocukların karşı karşıya kaldığı işlevsiz koşulları, benzer çevresel riskleri ve sorunlu yapıları tanımlamaktadır. Böylece literatürde kötü muamele kavramının istismar, ihmal, sömürü ve insan ticareti yerine kullanıldığı görülür. Bununla birlikte, sözü edilen kötü muamele türlerini kavram özelinde tanımlamak gelişimsel çıktılardaki farklılaşmayı açıklamak için değerlidir. En temel kavramsal farklılık istismar ve ihmal türleri arasındadır. İstismar bir bireye aktif biçimde kötü muamele edilmesidir, ihmal ise bireyin duygusal, sosyal, fiziksel ve bilişsel ihtiyaçlarının uygun biçimde karşılanmamasıdır. Bireyde olumsuz psikolojik ve gelişimsel sonuçlarla ilişkili iki durum olan istismar ve ihmali birbirinden ayıran en temel fark, sırasıyla istismarın aktif ve ihmali ise pasif doğasıdır. İstismarcı çocuğu hor görüp ona kötü muamele ederken, ihmali ise çocuğun gelişimsel ihtiyaçlarını göz ardı eder veya onu zarar görmekten korumaz. Çocuklar temelde fiziksel, sosyal-duygusal ve cinsel yönden istismara ve ihmale uğramaktadır. Ek olarak çocukların sözel, finansal veya manevi istismar, tıbbi veya eğitsel ihmali de rastlanılabilmektedir.

Çocuğun güvenliğini sarsan biçimde ona kötü davranmak yani istismar ile çocuğun ihtiyaçlarını gidermemek yani ihmal gibi, her ikisi de kötü muamele çatısı altında yer alan ancak farklı türden iki kötü davranış birbiriyle benzer derecede yıkıcı psikolojik etkilere sahip olabilmektedir.⁵⁻⁸ İstismar ve ihmali sağlıklı psikolojik gelişimde oluşturduğu benzer sorunlar, kötü muamelenin ortaya çıkışında etkili olan bir takım bağlamsal nedenlerin de araştırmaya değer olduğu fikrini doğurmaktadır. Kötü muamelenin ortaya çıkış koşulları ile bağlantılı biçimde kavranması, çocuktaki psikolojik ve gelişimsel sonuçları daha iyi anlamamızı, oluşan yıkıcı etkileri önlememizi ve çocuğun sağlığını etkileşimde olduğu olumsuz çevrelere karşı daha iyi koruyabilmemizi sağlayacaktır. Bununla birlikte, kötü muamelenin her çocuğu kendi koşullarında etkilediğini ve çocuktaki psikolojik ve gelişimsel sonuçları bu çevresel koşulların belirleyicileri olan aile, toplum ve kültür içinde kavramamız son derece önemlidir.

Bu kapsayıcı çerçevede, mevcut çalışma ile, çocuğa kötü muamelenin insanın gelişimine, aile ve toplum sağlığına etkilerini kötü muamelenin ortaya çıkış nedenleri ile ilişkili biçimde inceleyen araştırma ve istatistikleri derleyerek, kötü muameleyi önlemede yol gösterici bir analize ulaşmak hedeflenmiştir. Alanın ileri gelen uluslararası ve ulusal araştırmacılarının yürüttüğü görgül araştırmalar, kötü muamelenin neden ve sonuçlarına dair meta analizler ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu, UNICEF, Dünya Sağlık Örgütü, T.C. Başbakanlık

ve Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu, İMDAT ve ASUMA gibi seçkin kurumların mevcut duruma dair ulusal ve uluslararası raporlarından yararlanılacaktır. Uluslararası ve ulusal araştırmacılarının yürüttüğü görgül araştırmaların taranmasına ve seçim ölçütlerine dair bilgilere takip eden bölümde ayrıntılı biçimde yer verilmektedir.

Makalelerin Taranması ve Seçim Ölçütleri

Çocukluk döneminde bir diğerinin kötü muamelesine uğramanın psikolojik ve gelişimsel etkilerini ele alan çalışmalara ulaşabilmek amacıyla PsycNET, EBSCOhost, ERIC, Embase, Medline, WOS, ULAKBİM TR Dizin veri tabanları taranmıştır. Anahtar sözcük öbekleri (İngilizce ve Türkçe muadilleri) olan “child maltreatment, child abuse, child neglect” ve “developmental outcomes, psychological outcomes, risk factors, prevention” birbiri ile eşleştirilerek 1980 ila 2019 yılları aralığında taranmıştır. Bu sistematik tarama sonucu elde edilen makaleler, üç temel seçim ölçütüne uyuyor ise derleme kapsamına alınmıştır. Bu ölçütler; 1) her bir değişken başına en az 25 kişinin düştüğü bir örneklem grubu ile düzenlenen görgül bir çalışma veya alanda tanınan bir yazarın en az 25 görgül araştırmayı incelediği bir meta analiz veya derlediği bir çalışma olmak, 2) kötü muamele şemsiye kavramı içinde yer alan çocuk istismarı ve/veya ihmali belirticilerini, etki yollarını belirtmek veya 3) gelişimsel ve/veya psikolojik çıktıları bire bir ele almaktır. Sonuç olarak, toplam 72 eser bu derleme kapsamında incelenmek üzere seçilmiştir. Bu makalelerden, çocukluktaki gelişimsel çıktıların incelendiği 20 örnek makalede ele alınan kötü muamele tür/leri, örneklem, araştırma yöntemi ve elde edilen temel sonuçlar ve tartışma vurgularına dair bilgiler Tablo 1’de sunulmuştur.

İncelenen makaleler ve istatistiki bilgiler, ilk olarak temel bulguları çerçevesinde ele alınmıştır. Daha sonraki aşamada makaleler, psikolojik ve gelişimsel sonuçların çocuğa kötü muamelenin hangi türü veya türleri üzerinden araştırıldığına bakılarak nedenler ve önenebilir sonuçları “fiziksel istismar”, “cinsel istismar”, “duygusal istismar” ve “çocuk ihmali” olmak üzere dört ana başlıkta toplanmıştır. Makalelerin 9^a,^{9,13,15,33,36,52,53,64,65} farklı türden kötü muamelenin çocuğa etkisini bir arada incelemiş, dolayısıyla bu çalışmaların sonuçları ilgili olduğu birden fazla ana başlıkta yer almaktadır. Daha sonra bu çalışmalar, çocuğa kötü muamelenin önenebilir sonuçlarını benzeştiren ve farklılaştıran nedenleri incelemek üzere yeni iki başlık altında ele alınarak mevcut derleme kötü muameleyi önleme, sonuç ve tartışma bölümleri ile sonlanmıştır.

Çocuğa Kötü Muamelenin Önenebilir Psikolojik ve Gelişimsel Sonuçları İle İlgili Temel Araştırma Bulguları

Kötü muameleye uğrayan tüm çocukların yaşadığı kaygı, korku duyguları ve algıladığı tehdidin boyutu biz gelişim bilimcileri de endişelendiren bir durumdur. Kötü muamele gören çocuklar kendileri için tehdit anlamına gelen yoğun stres altında, diğer çocuklardan daha fazla kaygılanmakta ve algısal girdileri

Tablo 1. Çocuğa kötü muamelenin psikolojik ve gelişimsel çıktılar üzerindeki etkisini konu edinen makaleler*

Kaynak**	Kötü muamelenin türü	Örnekleme	Yöntem	Temel bulgular ve tartışılan önemli vurgular
1 MacKenzie ve ark. ¹³	Kötü muamele: istismar, ihmal	LONGSCAN verisi-okul öncesi ve orta çocukluk dönemi	Boylamsal-korelasyonel	Yaşamının ilk yılında ekolojik yönden kötü muamele bildirilen çocukların 4, 6, 8, 10 ve 12. yaşlarında anneleri ile yapılan ayrıntılı görüşme ve değerlendirmeler sonucunda, kötü muamelenin çocuk 8 yaşına gelene kadar özellikle dışsallaştırma sorunlarını yordadığı bulunmuştur. İlk bir yıldaki kötü muamelenin çocuğun ilerleyen yıllarında klinik sorunlar geliştirmesi ile ilişkili olduğu fakat kötü muamelenin bu etkisinin diğer “birikimli” risk etkenleri ile birlikte ele alınması gerektiği vurgulanmıştır.
2 Thompson ve ark. ¹⁵	Kötü muamele: fiziksel istismar, cinsel istismar, psikolojik kötü muamele ve ihmal	LONGSCAN verisi-okul öncesi ve ergenlik dönemi	Boylamsal-korelasyonel	Kötü muamelenin 16 yaşındakilerin temelde intihar düşüncesi ile ilişkisini ele alan çalışmanın bulguları, çocuğa kötü muamelenin, farklı şekillerde de olsa (ergenlikte cinsel istismar ve psikolojik kötü muamele, erken çocukluk döneminde ihmal ve yaşam boyu fiziksel istismar) güçlü bir risk yordayıcıları sınıfı olarak ortaya çıkmıştır. Birikimli bir bakış açısının müdahale sistemlerine, çocukların farklı gelişimsel evrelerindeki olumsuz yaşantılarına dair kavrayış geliştirmelerinde yol gösterici katkısı vurgulanmaktadır.
3 Twardosz ve Lutzker ³³	Kötü muamele: istismar ve ihmal	1995-2009 arası nörobilimsel derleme ve görgül araştırmalar	Derleme	Bebeklik ve çocukluk döneminde kötü muameleyle uğramanın nörobilim bakış açısından nasıl sonuçlara neden olduğunu nörobilimci olmayan uzmanlara tanıtmayı amaçlayan çalışma, çocukluk dönemindeki kötü muamelenin beyin gelişimi üzerinde travma benzeri atipik sonuçlar ortaya koyduğunu ve kötü muamelenin gelişimin farklı evrelerinde çocukta oluşabilecek farklı tepkilerini anlamaya çalışırken beyin plastisitesi, stres sistemi düzenlemesi gibi özellikleri üzerinden ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır.
4 MacMillan ve ark. ³⁶	İstismar: Fiziksel ve cinsel istismar	Ergenlik ve yetişkinlik	Deneysel olmayan karşılaştırmalı çalışma	Çocukluk dönemi fiziksel ve cinsel istismar öyküsü olanlar ile olmayanların 5 psikiyatrik bozukluk oranlarının, genel nüfusa dayalı bir örnekleme karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bulgular, çocukluklarındaki cinsel istismar öyküsü ile dikkate alınan tüm bozukluklar arasında kadınlar için daha yüksek oranda ilişkiler bulunduğunu göstermiştir. Yanı sıra, majör depresyon ve yasadışı madde kullanımı en yüksek oranda fiziksel istismar öyküsü olan kadınlarda bildirilmiştir.
5 Brems ve ark. ⁵²	İstismar: Fiziksel ve cinsel istismar	Yetişkinlik	Deneysel olmayan karşılaştırmalı çalışma	Yetişkin ruh sağlığı açısından bir dizi ciddi ve olumsuz sonucun (alkol, ilaç gibi madde kullanımı, psikolojik sorunlar ve suçlu davranış) nedenlerini ele almak amaçlanmıştır. Bulgular çocukluk dönemindeki istismarın yetişkin ruh sağlığı açısından önemli bir risk etkeni olduğunu, daha erken yaşta bağımlı olanların, ciddi psikopatolojik sorunları olanların ve suçla karışanların cinsiyetten bağımsız biçimde hem cinsel hem de fiziksel istismar öyküsüne sahip oldukları saptamıştır.
6 Berzenski ve Yates ⁶⁴	Kötü muamele: Fiziksel istismar, duygusal istismar, aile içi şiddet	Yetişkinlik dönemi-üniversite öğrencisi	Korelasyonel	Çocukluk dönemindeki kötü muamele öyküsü ile genç yetişkinlikteki psiko-sosyal uyum arasındaki ilişkinin ele alındığı çalışmada, çoklu kötü muamelenin belirli biçimlerinin uyumun farklı yönlerini açıkladığı bulunmuştur. Bulgular, duygusal istismarın hem tek başına hem de diğer kötü muamele türleri ile beraber kaygı ve depresyon gibi psikopatolojiler için belirleyici olduğuna işaret etmektedir. Çocuklukta duygusal ve fiziksel istismarın bir arada olduğu biçimde bir kötü muamelenin ise riskli cinsel davranış ve madde kullanımı gibi iletici bozukluklarını güçlü biçimde açıkladığı görülmektedir.
7 Pollak ve ark. ⁹	Fiziksel istismar	Okul öncesi dönem	Deneysel	Fiziksel istismara uğrayan çocukların kızgın insan yüzlerine kontrol grubu ve ihmal edilen çocuklara göre daha çok bakma eğiliminde oldukları bulundu. İstismarın seçici ve olumsuz duygusal ipucu yorumlamaya yol açtığı vurgulanmıştır.
8 Romens ve Pollak ¹²	Fiziksel istismar	Orta çocukluk dönemi	Deneysel	Kötü muamele gören çocukların belirli bağlamlarda (örn. üzgün bir duygusal durum deneyiminden sonra) depresyonla ilgili ipuçları için daha fazla dikkat gösterdiklerini göstermektedir. Ek olarak, depresyonla ilgili ipuçlarına nispeten istikrarlı bir artan dikkat göstermektedir. Bu bulguların, kötü muamele gören çocukların üzücü ipuçlarına yanlı biçimde dikkat etmeleri olasılıklarının yüksek olduğunu ve bu durumun depresyon riskini arttıran bir etken olabileceği vurgulanmaktadır.

Tablo 1. Devamı

Kaynak**	Kötü muamelenin türü	Örnekleme	Yöntem	Temel bulgular ve tartışılan önemli vurgular
9 Bilir ve ark. ²¹	Fiziksel istismar	Okul öncesi ve orta çocukluk dönemi	Betimsel	Ülkemizde fiziksel cezanın anneler tarafından çocuğa uygulanma sıklığını betimlemek için 4-12 yaşlarında çocukları olan 50,473 çocuğun annesinin katıldığı tarama çalışmasının sonucunda, en sık %67,3 oranda 7 yaş grubu ve en düşük %48,7 oranında 12 yaş grubunun fiziksel cezaya maruz kaldığı belirtilmiştir. Yanı sıra ceza veren annelerin çoğunluğunun genç (21-30 yaş), eğitim düzeyi düşük (okur-yazar veya ilkökul mezunu), ev hanımı ve 2-3 çocuklu olma özelliklerini taşıdıkları da belirtilmiştir. Fiziksel ceza alan erkek çocukların en sık davranış bozukluğu geliştirdiği, kızların ise korku ve tırnak yeme gibi alışkanlık bozuklukları geliştirdikleri belirlenmiştir. Yaşlara göre sorun davranışların türünün de değiştiği, fiziksel ceza verilmeyen grup ile karşılaştırıldıklarında korku, uyku, konuşma, alışkanlık (tik) ve davranış bozukluğunun daha yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir.
10 Stouthamer-Loeber ve ark. ³⁵	Fiziksel istismar	Ergenlik	Deneysel olmayan karşılaştırmalı çalışma	Ailevi ve demografik özelliklerin, ergenlik döneminde sapkın ve saldırganca davranış ile ilişkisini ele almak amaçlanmıştır. Evde doğrudan fiziksel şiddete maruz kalan erkek çocukların diğerlerine göre yaklaşık dört kat daha fazla olasılıkla okulda ciddi ve ısrarlı şiddet uygulayan sapkın gençler grubunda yer aldığı bulunmuştur.
11 Kendall-Tackett ve ark. ¹⁰	Cinsel istismar	Bebeklik ve çocukluk dönemini ele alan enlemesine kesitsel 46 araştırma	Derleme	İstismarın etkisi, süresi, sıklığı ve şiddeti, failin çocukla ilişkisi ve anne desteği semptomatoloji derecesini etkiler. Mağdur çocukta gözlenen belirtilerin yaklaşık üçte ikisinin ilk 12 ila 18. ayda iyileşme gösterdiği vurgulanmıştır.
12 Mullen ve ark. ¹¹	Cinsel istismar	Yetişkinlik dönemindeki kadınlar	Korelasyonel	İstismarın şiddeti ile psikopatoloji arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Çocuklukta cinsel istismar ve kesintiye uğramış gelişim arasında bağlantılar olduğu, ancak sonucu belirleyen mağdurun yaşadığı deneyimdeki kişiler arası unsurların anlamlı olduğu vurgulanmıştır.
13 Jonas ve ark. ¹⁹	Cinsel istismar	Yetişkinlik dönemindeki kadınlar	Deneysel olmayan karşılaştırmalı çalışma	Psikiyatrik rahatsızlıklar ve çocukluk dönemi cinsel istismarın ilişkisini ele alan çalışmanın bulguları, yetişkinlik döneminde kadınlarda depresif dönemler, karışık kaygı/depresyon bozukluğu, genel kaygı bozukluğu, panik bozukluk, fobik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozukluğun gelişimi riskinin çok daha fazla olduğunu ortaya koymuştur.
14 Eskin ve ark. ⁴³	Cinsel istismar	Yetişkinlik dönemi-Üniversite öğrencisi	Korelasyonel	Kendi cinsiyetine cinsel yönden yönelim ve intihar ile çocukluk dönemindeki cinsel istismar arasındaki ilişkileri ele almayı amaçlayan çalışmanın bulgularına göre, çocukluk döneminde cinsel istismar öyküsüne dair bildirim ile hem son bir yıldaki intihar düşüncesi hem de intihar edimi anlamlı ilişkiler göstermiştir. Kendi cinsiyetinden biri tarafından cinsel yönden istismar edilmek ile kendi cinsiyetine cinsel yönden yönelim arasındaki ilişki ise sadece erkek katılımcılar için anlamlı bulunmuştur.
15 Yılmaz ve ark. ⁴⁵	Cinsel istismar	Yetişkinlik dönemi-Üniversite öğrencisi	Korelasyonel	Geriye dönük biçimde çocukluk döneminde cinsel istismar bildirenlerden depresyon düzeyi yüksek ve düşük olanları birbirinden ayırt eden ailevi ve bireysel etkenler incelenmiştir. Araştırmanın sonucunda; hem kadın hem de erkeklerde anne eğitim düzeyinin, sorun odaklı ve duygu odaklı baş etme stratejilerinin her birinin depresyon üzerinde negatif yönde etkili olduğu bulunmuştur. Araştırmacılar, baş etme stratejilerinin kullanımının yanı sıra annenin yüksek eğitimli oluşunun cinsel istismar sonrası çocuğa yaklaşımda olumlu etkilerini ve depresyon gelişimi için ayırt edici ve önleyici olabileceğini vurgulamaktadır.
16 Devries ve ark. ⁵¹	Cinsel istismar	7 boyamsal ve 2 ikiz çalışmasının verileri	Meta analiz	Cinsel istismar ve intihar arasındaki ilişkinin ele alındığı meta analiz sonucunda, bu ilişkide karıştırıcı rol oynayabilecek bir dizi etkinin de kontrolü sonrasında cinsel istismar ve intihar arasında oldukça heterojen de olsa anlamlı bir ilişkinin gözlemlendiği bulunmuştur. Bununla birlikte bu ilişkinin zamansal öncelik kurgusunda intihar ediminin mi yoksa istismarın mı önceliği olduğuna net bir yanıt verilemediğine dikkat çekilmektedir.

Tablo 1. Devamı

Kaynak**	Kötü muamelenin türü	Örnekleme	Yöntem	Temel bulgular ve tartışılan önemli vurgular
17 Thompson ve ark. ¹⁵	Duygusal istismar	LONGSCAN verisi-okul öncesi ve ergenlik dönemi	Boylamsal-korelasyonel	Kötü muamelenin 16 yaşındakilerin temelde intihar düşüncesi ile ilişkisini ele alan çalışmanın bulguları, hem çocukluk hem de ergenlikteki psikolojik istismarın ve yanı sıra ihmalin kuvvetli etkilerine dikkat çekmektedir. Bu veriyi kullanan daha önceki çalışmalarda mevcut ebeveyn duygusal istismarının, ihmalin ve ailedeki düzensiz yaşamın (ör. sık sık ev değiştirmek) klinik önemi bu çalışmada ergenlik dönemi için bir kez daha vurgulanmıştır.
18 Wright ve ark. ⁶⁵	Duygusal istismar ve ihmal	Yetişkinlik dönemi-üniversite öğrencisi	Korelasyonel	Uyumsuz şemaların çocukluk dönemindeki duygusal kötü muamele ile üniversite yıllarındaki psikolojik stres düzeyi arasında ilişki kurucu etkisini araştıran çalışmanın bulguları, hem kadın hem de erkeklerde duygusal ihmalin gelişen dissosiyasyon ile ilişkisinin ebeveyn ile bağlanmada oluşan utanç şeması üzerinden kurulduğunu göstermektedir. Araştırmacılar, duygusal kötü muamele sonucu içsel çalışan benlik modelinde belirgin olan utancın uzun vadede psikopatolojik sorunların gelişiminde etkisine dikkat çekmektedir.
19 Pollak ve ark. ⁹	Çocuk ihmali	Okul öncesi dönem	Deneysel	İhmal edilen çocukların değişik duygusal ifadeler arasındaki farkı ayırt etmede sorun yaşadıklarını göstermiştir. İhmalin duyguyu yorumlama ve anlamayı güçleştiren yönü vurgulanmıştır.
20 Garland ve ark. ¹⁸	Çocuk ihmali	Çocukluk dönemi	Deneysel olmayan karşılaştırmalı çalışma	En az 5 aydan beri koruyucu ailenin yanında olan 2-17 yaşındakilerden, korunma altına alınmadan önce ihmal edilme ve bakım veren yoksunluğu gibi pasif türden kötü muameleyle maruz kalan çocukların, cinsel ve fiziksel istismar gibi etken türden kötü muameleyle maruz kalanlara göre ruh sağlığı hizmetlerinden daha az yararlandıklarını göstermiştir. Kötü muamelenin türünden etkilenen sağlık hizmeti almaya karşı bu olumsuz tutumun, yaşanan ruh sağlığı sorununun şiddetinden ise etkilenmediği vurgulanmaktadır.

*Tabloda 20 örnek makaleye yer verilmiştir, **Sağ üst kısımda makalenin kaynaklar bölümündeki sıra numarası verilmektedir

anamlı duygusal çıktılar üretecek şekilde düzenleyebilme becerileri zamanla azalmaktadır.⁷⁻¹⁰ Bununla beraber, çocuk için kötü muamele, niteliğine bağlı biçimde farklı birer duygusal deneyim olabilmektedir. Küçük çocukların duygusal becerilerine ayrıntılı bir bakış açısıyla odaklanan Pollak ve ark.⁹, çocukların duygusal ipuçlarını yorumlama ve anlama becerisinin kötü muamelenin farklı türlerinden etkilendiğini ortaya koymuştur. Araştırmacılar, fiziksel istismara uğrayan çocukların kızgın insan yüzlerine daha çok bakma eğiliminde olduklarını, ihmal edilen çocukların ise değişik duygusal ifadeler arasındaki farkı ayırt etmede sorun yaşadıklarını göstermiştir. Bu bulgular, hem kötü muamele durumlarının farklı duygusal sorunlarına işaret ederken, kötü muamele gören ve uygun duygusal ifade deneyimleri ile büyüme şansı olmayan tüm çocukların gittikçe daha fazla biçimde çevrelerindeki duygusal ipuçlarına duyarlı hale geldiğini göstermektedir. Yaşanan travmanın çocukluk döneminin yanı sıra ergenlik ve hatta yetişkinlikteki örtük veya açık bir dizi olumsuz ilişki sorunu ve olumsuz toplumsal davranış ile ilişkisine dair bulgular ise^{10,11}, duyguları kavramayla ilgili erken dönemde saptanan sorunların⁹ uzun vadede yol açtığı muhtemel gelişimsel birer sonucudur. Kötü muamelenin çocukta ortaya çıkardığı olumsuz duygulara eşlik eden ve klinik anlamda tanılanmayan güvensizlik ve mutsuzluk ise çocuğun uzun vadede iyi oluş haline ciddi zarar veren diğer iki duygudur. Çocukluk dönemindeki istismar ve ihmalin sosyo-duygusal etkileri ile ilgili uzun yıllardır çalışan Pollak ve ark.⁹,

bu türden olumsuz duyguların gelişimsel sonuçlarına işaret etmektedir.¹² Pollak ve ark.¹², kötü muamele gören çocuğun yaşadığı aşırı korkunun kaygı bozukluğu ve depresyon gibi duygu durum bozukluklarının yanı sıra somatik sorunlar veya bağışıklık sisteminde düşüş gibi fiziksel sağlık sorunlarına yol açabileceğini belirtmektedir.

MacKenzie ve ark.¹³ ise, çocuktaki kötü muamelenin olumsuz etkilerinin temelde yaşanan kötü muamelenin birikimli (cumulative) etkisi sonucunda oluştuğunu belirtir. Bu araştırmacılara göre, çocuğun hem kötü muameleyle maruz kalması hem evdeki kötü muameleyle şahit olması ve yanı sıra istismarcının diğer olumsuz özellikleri birleşerek çocukta gelişimsel bir sorunu ortaya çıkartmaktadır. Bebeklik ve çocukluk döneminde kötü muameleyle maruz kalmak, çocukluğun ilerleyen yıllarında duygu ve davranış düzenleyememenin yanı sıra bilinçli bilişsel işlevlerde, atıf ve şemalarda bozulmalara neden olmaktadır. Kötü muamelenin birikimli etkisi ile oluşan bu bilişsel temelli sıkıntılar ise, kişiler arası ilişkilerde olumsuzluklara neden olan psikiyatrik belirtilerin tek başına veya bir arada görülme sıklığını artırmaktadır.¹⁴ Ergenlik dönemindeki ölüm nedenlerinin ilk sırasında gelen intiharla ilgili Thompson ve ark.¹⁵ geniş kapsamlı çalışmalarında, kötü muamele intihar düşüncesinin (ideation) temel nedeni olarak belirlenmiştir. On altı yaşındaki Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 740 ergenin LONGSCAN verisinin kullanıldığı bu çalışmada, öncesinde olumsuzluk yaşamayan ama 12-16

yaşları arasında yüksek düzeyde kötü muamele yaşayan grupta yer alan ergenlerin en yüksek düzeyde intihar düşüncesine sahip olduğu ve intihar için yüksek risk taşıdığı sonucuna ulaşılmıştır. Kötü muamelenin birikimli etkisi ergenlerde duygu düzenleme, bağlanma, okul ve akran ilişkilerinde sorunlarla ve madde kullanımı ve intihar eğilimi göstermeye yatkınlık ile de ilişkilendirilmiştir.¹⁵ Görüldüğü gibi küçük yaştan itibaren istismar ve ihmal edilen yetişkinler yaşamlarının tüm alanlarını kapsayan güçlükler yaşamaktadır.

Çocuğa kötü muamelenin çocuk için hayati ve ulus için ise ciddi ekonomik sonuçları da mevcuttur. 2008 yılı resmi verileri ABD'de 1,740 çocuğun kötü muamele nedeniyle yaşamını yitirdiğini ve 772 bin çocuğun sosyal hizmetler kapsamında korunma altına alındığını göstermektedir. Yine ABD'de 2011 senesinde yapılan ulusal bir araştırmada çocuğa kötü muamelenin ülkeye maliyetinin 124 milyar dolar olduğu saptanmıştır. Çocuğa kötü muamelenin bu maliyeti aynı yılki ABD bütçesinin 3/10000'ini oluşturmaktadır. Çocuğa kötü muamelenin sağlık, sosyal, duygusal zorluklarının yanı sıra azalan ekonomik üretkenlik gibi yaşam boyu sürecek olumsuz ve yaygın etkileri de vardır.^{16,17}

İstismar ve ihmal olgusunu incelemek için öncelikle bazı belirticilerin açıklanmasına ihtiyaç vardır. Böylece hangi eylem veya eylemsizliklerin hatalı olacağı belirgin olacaktır. Pek çok çalışmanın sonucu kötü muamelenin çocuğun ruh sağlığı üzerinde anlık ve uzun süreli etkilerinin doğasının; kötü muamelenin türüne¹⁸, kötü muamelenin şiddeti ve uzun süreli oluşuyla doğru orantılı biçimde artış gösterdiğine^{19,10} ve kötü muamelenin doğrudan oluşturduğu yapısal ve işlevsel anormallığın hangi beyin alanında gözlemlendiğine²⁰ bağlı olduğuna dikkatimizi çeker. Tüm bu bulgular, kötü muamelenin çocukta psikolojik ve gelişimsel sonuçlarına hem genel olarak hem de istismar ve ihmali türüne özel biçimde odaklanılmasının önemine işaret etmektedir. İlerleyen bölümde sırasıyla ihmale göre daha açık bir kötü muamele türü olan istismar ve daha örtük belirtileri olan ihmal ele alınacaktır. Literatürde yer aldığı biçimiyle her bir temel istismar türü ve ihmali belirticileri açıklanarak, çocukluk dönemindeki kötü muamelenin psikolojik ve gelişimsel sağlık temelinde sonuçları ile bağlantısı kurulacaktır.

Fiziksel İstismarın Nedenleri ve Önlenebilir Psikolojik ve Gelişimsel Sonuçları

Fiziksel istismar yetişkin tarafından çocuğa fiziksel zarar verecek biçimde kötü davranılmasıdır. Fiziksel istismar sağlık alanında en hızlı saptanan ve ülkemizdeki durumu ile ilgili en detaylı bilgiye ulaşabildiğimiz istismar türüdür. Bilimsel çalışmalarda yer aldığı biçimiyle ülkemiz çocukları için bildirilen fiziksel istismar oranı yaklaşık %14 ila %35 arasında değişmektedir.^{21,22} Fiziksel istismara yönelik tıbbi bulguların çocukluğun erken döneminde, özellikle üç yaşın altındakiler için daha yüksek olduğu gözlenmektedir.²³ Çocukluk döneminde istismar ve aile içi şiddet ile ilgili düzenlenen ulusal bir raporda, 7-18 yaşları arasındaki çocukların yarısından çoğunun akranlar arasında veya ailede fiziksel istismara tanık olduğu bildirilmiştir.²⁴

Fiziksel istismar olgularında kültürel, sosyo-ekonomik, ailevi veya yaş ve cinsiyet gibi bireysel ve genetik özelliklerin risk oluşturabildiği bildirilmektedir.²⁵ Kötü muamele toplum içinde meşrulaştırıldıkça yayılır. Meşrulaşan kötü muamele toplumun çocuk, kadın ve engelli, mülteci gibi en incinebilir gruplarında yer alan bireylerinden başlayarak tüm bireylerine uygulanması olası hale gelir. Appel ve George²⁶, düzenledikleri kapsamlı bir gözden geçirme çalışmasında bu durumu açıklayarak, fiziksel istismarın genellikle hem eşe hem de çocuğa eş zamanlı biçimde yapıldığını ortaya koymuştur. Çocuğa kötü muamele toplumda rahatsızlık yaratsa da, çocuğa bakış açısının bir yansımasıdır. Çocuğu fiziksel ceza ile disiplin etme bir toplumda ne denli kabul görüyorsa o denli yaygın kullanılır ve bir hak ihlali olarak algılanmaz.⁴ Çocuğa verilen disiplinin katı mı yoksa ılımlı mı olacağı, toplumun insani gelişmişlik düzeyini ve çocuk yetiştirme normlarını aynalar. Ebeveynin çocuğa kötü muamelesinin çevresel ve genetik nedenlerine yönelik bir modelleme çalışmasında, fiziksel istismar ve duygusal ihmali ortaya çıkışına ortak bir takım çevresel etkenlerin neden olduğu, genetik etkenlerin ise açıklayıcı gücü olmadığı bulgularına ulaşılmıştır.²⁵ Kültürel gelişmişlik düzeyinden bağımsız biçimde, ailenin sosyo-ekonomik düzeyinin ise fiziksel istismarın uygulanmasında en etkili koşul olduğu ileri sürülmektedir.^{27,28}

Kötü muamelenin tüm türlerinde risk, çocukların cinsiyeti ve yaşına göre değişebilmekte, hem kızlar hem erkeklerde fiziksel istismar yaşanmakla birlikte farklı yaşlarda farklı oranda istismar olduğu görülmektedir. Araştırmalar, ergenliğe geçişle birlikte fiziksel istismarın arttığını ve kızların erkeklere göre daha fazla fiziksel istismara uğradığını ortaya koymaktadır.^{29,30} İstismarcı ebeveynin cinsiyeti ve çocuğun yaşı arasındaki etkileşim ele alındığında, çocuklukta annelerin, ergenlikte ise babaların fiziksel istismarının daha fazla oranda bildirildiği görülmektedir.³¹ Ergenlikte çocuk sahibi olmak ise bebek ve çocuğa kötü muamelede bulunma eğilimi ile ilişkilidir. Çocuk yaşta anne olanların ebeveynlerinin ergenliklerinden itibaren onlara olumsuz tutumları ve özellikle babalarının uyguladığı fiziksel istismar ve bağlantılı iletici veya içselleştirme bozuklukları, bu genç annelerin kendi bebek ve çocuklarına fiziksel istismarda bulunmaları ile ilişkili bulunmuştur.³² Tüm bu bulgular, fiziksel istismarın görülme sıklığındaki artışın temelinde ebeveynlerin kendi yakın çevrelerinde de fiziksel cezanın bir terbiye yöntemi olarak kullanılması ve tecrübesiz ebeveynliğin olduğunu göstermektedir. Bu özellikleri ile fiziksel istismar, kuşaklar arasında geçişi olan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Fiziksel istismar çocuğun beden bütünlüğüne yönelik ciddi sonuçlar doğurabilmektedir. Çocuk ve ergenlerde fiziksel istismara bağlı ciddi hayati tehlike ve sakatlığın yanı sıra çocukta oluşturduğu strese bağlı romatizma, subklinik kalp ve ülser gibi kronik rahatsızlıklar bildirilmektedir. Fiziksel istismarda bilişsel alanda da sıkıntılar mevcuttur. Fiziksel istismarcı, kurbanında travmaya bağlı kalıcı bilişsel hasarlara neden olabilir. Günümüzde kötü muamelenin gelişen beynin üzerindeki etkileri nörobilimsel bakış açısıyla da ele alınmaktadır. Gelişim psikolojisi ve psikiyatri alanındaki araştırmalardan derlenen bulgular, çocukluk döneminde kötü muameleyle maruz kalmanın

beyinde yaşam boyu ruh sağlığına etki eden anatomik ve işlevsel farklara yol açtığını ortaya koyar.³³ İstismar edilen çocuğun karşılaşabileceği sosyal bilişsel bir diğer sorun ise dünyaya karşı düşmanlık duyması, belirsiz sosyal durumlarda bir diğerinin nötr eylemlerini bile düşmanca olarak atfetme yanlılığı geliştirmesidir. Sosyal bilgi işleme bakış açısı, kötü muamele gören çocukların geliştirdiği saldırganca tavırların temelini çocuğun düşmanca dünya görüşü oluşturduğunu kanıtlar.³⁴ Davranışsal sorunlar geliştirmede yüksek risk grubunda yer alan erkek çocuklarla düzenlenen bir çalışmada, evde doğrudan fiziksel şiddete maruz kalan erkek çocukların diğerlerine göre yaklaşık dört kat daha fazla olasılıkla okulda ciddi ve ısrarlı şiddet uygulayan sapkın gençler grubunda yer aldığı bulunmuştur.³⁵ Doğrudan fiziksel şiddete maruz kalmanın ergenlikteki etkilerine dair bu bulgu, aile ilişkilerine dair bir grup riskin etkileri bertaraf edildikten sonra bile gözlenmeye devam etmiştir. Çocukluk döneminde fiziksel istismara uğrayan bireylerde saldırganlık ve suça yatkın davranışın yanı sıra sağlıklı bağlanma ilişkisi kuramama, özsaygıda düşüş, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri de gözlenmektedir.^{22,23} Fiziksel istismar mağduru çocuklarda aşırı uyarılma ve akademik başarıda düşüşün de saptandığı aktarılmaktadır.^{22,29} Çocukluk dönemindeki istismarın gelişimsel etkileri mağdurun cinsiyetine bağlı olarak farklılaşabilmektedir. Çocukluk dönemi fiziksel istismarının yaşamın ilerleyen dönemlerinde, kadınlarda psikopatolojiler gibi duygusal alanda ve erkeklerde ise riskli cinsel davranış ve alkolizm gibi davranışsal alandaki sorunların olasılığını artırdığı bulunmuştur.^{36,37}

Cinsel İstismarın Nedenleri ve Önlenebilir Psikolojik ve Gelişimsel Sonuçları

Cinsel istismar cinselliği kavramama, cinselliğe gelişimsel olarak hazır olmama, cinsel ilişkiyi onaylamama veya rıza göstermeme koşulundan en az birini karşılayan bir kişiyi diğer bir kişinin kendi gereksinim ve isteklerini karşılamak amacıyla cinsel davranışa zorlamasıdır. Çocuğa yönelik cinsel istismar okşama, tecavüz, ensest, cinsel birleşme, fiili livata, teşhircilik ve çocuğun yetişkinlerce ticari amaçlı çalıştırılması gibi davranışları içerir.³⁸ Dünyada çocuğa uygulanan cinsel istismar yaklaşık %0,16 oranında bildirilmektedir.³⁹ Çocukluk döneminde cinsel istismarda, çocuğun karşılaması beklenmeyen onaylamama ve rıza gösterme koşulları aranmamalıdır.⁴⁰ Cinsel istismarcı çoğunlukla çocuğun ailesi veya okul, ıslahevi veya bakım/ sosyal hizmetleri gibi yakın fiziksel-sosyal çevresinden biri olmaktadır.⁴¹ Duygusal ve fiziksel istismarda çoğunlukla ailenin diğer bir üyesi veya tanıısı olan istismarcılar bildirilirken, konu cinsel istismar olduğunda çocuğun tanımadığı bir yabancıнын istismarcı olarak bildirilme olasılığı yükselmektedir.⁴² Dünyanın üçte birindeki genç kadınların en az %5'i çocukluk çağında cinsel şiddete uğradığını bildirmektedir.⁴⁰ Ülkemizden geneli genç yetişkinlik dönemindeki üniversite öğrencilerinin oluşturduğu araştırmalarda, çocukluk dönemi cinsel istismarın bildirim oranları %1,4 ila %28 arasındadır.⁴³⁻⁴⁶ Bu çalışmaların tamamı görece küçük ölçekli örneklemelerle ve geriye dönük sorgulamalar kullanılarak düzenlenmiştir. Ülkemizde temsili ve geniş ölçekli

olarak düzenlenen tek bir çalışmada cinsel istismara çocukluk döneminde tanıklık etme oranı %10 olarak belirtilmektedir.²⁴ Ülkemizden örnekler dünyadaki oranla karşılaştırıldığında, cinsel istismarın dramatik biçimde yüksek gerçekleştiğine ve yüz binlerce çocuk mağdurun olduğuna işaret etmektedir.

Çocuğun ailesinin sosyo-ekonomik düzeyinin cinsel istismar için ayırt edici bir değişken olmadığı, her gelir düzeyinden çocuğun cinsel istismarın eşit düzeyde kurbanı olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur.⁴⁷ Bununla birlikte Hollanda ve Kanada gibi ülkelerde ulusal çaplı ve daha yakın tarihli çalışmalar, düşük sosyo-ekonomik koşulların çocuk istismarı ve ihmali en önemli risk etkeni olduğunda ortaklaşmaktadır. Hollanda'da özellikle mülteci gruplarda, zorlu sosyo-ekonomik koşullar yaşamının çocuğun aile içindeki kötü muameleye maruz kalması ile bağlantısına dikkat çekilmektedir.²⁷ Kanada'nın oldukça gelişmiş bir bölgesi olan Ontario'da düzenlenen kapsamlı bir diğer araştırmanın sonucu, 2013'de rapor edilen çocuk istismarı ve ihmali vakalarının ekonomik zorlukla karşı karşıya kalan ailelerin çocuklarında iki katı fazla bildirildiğini göstermiştir.⁴⁸ Cinsel yönden istismara uğrayan çocuk ve gençlerde her türden cinsel istismar davranışının, bazı bireysel farklar olmakla birlikte, olumsuz etkileri bildirilmektedir. Cinsel istismarın kız çocuklar arasında daha yaygın olduğunu bildiren araştırma bulguları mevcut olmakla beraber, cinsel istismara uğrayan kız çocukların olumsuz ailevi koşulları ve işlevsiz ebeveynlikten erkek çocuklara göre daha olumsuz etkilendiğine dair bulguların¹¹, kötü muamelenin kapsayıcı ard alanını anlamada daha değerli olduğu düşünülmektedir. Kötü muamelede risk grubunda olmada çocuğun bireysel özelliklerinin değil de çevresel koşullarının etkisinin daha önemli olduğuna yönelik bulgular gün be gün artmaktadır.

Cinsel istismarı diğer istismar türlerinden ayıran durum gelişimsel açıdan olumsuz etkisinin çeşitli, daha ölümcül ve yaygın olmasıdır. Ergenlik döneminde en sık rastlanan ruh sağlığı problemi olan depresyon ve ergen ölümlerinin ilk üç nedeni arasında yer alan intihar eylemi³ cinsel istismar ile ilişkilendirilmektedir. Çocukluk ve ergenlikte cinsel istismarı takip eden depresyon, intihar düşüncesi ve girişimlerinin yanı sıra, maddeyi kötüye kullanma, kişilik bozuklukları, uygun olmayan cinsel deneyimler, kaygı bozuklukları ve dikkatini odaklama sorunları gibi^{29,49,50} akut ve kronik geniş bir dizi duygusal, fiziksel ve bilişsel sorunların geliştiği bildirilmektedir. Cinsel istismara maruz kalan çocuk ve gencin gelişimindeki olumsuz etkiler sıklıkla yetişkinlik dönemine de taşınmaktadır. Ruh sağlığı alanında yapılan araştırmalar çocukluk döneminde cinsel istismara uğrayan yetişkin bireylerde intihar eğiliminin artabileceğine işaret etmekle birlikte⁵⁰, istismara uğramayan yaşıt grup ile karşılaştırma yapılmaması bu ilişkinin istismardan kaynaklanıp kaynaklanmadığının net olarak belirlenmesine imkan vermemektedir. Devries ve ark.⁵¹, yirmi iki bini aşkın araştırma arasından araştırma ölçütlerine uyan yedi boyamsal çalışma ve iki ikiz kardeş çalışmasına yaptıkları bir meta analiz ile, cinsel istismar ve intihar arasındaki ilişkiye netlik getirmiştir. Rol oynayan diğer bazı değişkenlerin etkileri kontrol edildikten sonra, cinsel istismar ile intihar arasındaki

anlamli ilişkisinin heterojen hale geldiği, fakat belirtilen ilişkisinin zamansal öncelik kurgusuna dair belirsizliğin halen devam ettiği ortaya konmuştur. Maddeyi kötüye kullanma ile çocukluk dönemindeki istismar arasındaki ilişkiler ise çok daha nettir. Brems ve ark.⁵² maddeden arınma tedavisi gören ve yaşları 18 ila 68 arasında değişen yetişkinlerle düzenledikleri kapsamlı araştırmalarının sonucunda, yetişkin ruh sağlığı açısından bir dizi ciddi ve olumsuz sonuçla (alkol, ilaç gibi madde kullanımı, psikolojik sorunlar ve suçlu davranış) yakından ilişkili temel etkeni çocukluk dönemindeki istismar olarak saptamıştır. Bağımlılık tedavisi gören 830 yetişkinin %41'inin çocukluğunda fiziksel ve %35'inin ise cinsel istismar yaşadığı; çocukluk dönemi cinsel istismarı kadınların erkeklerden yaklaşık 8 kat daha fazla bildirdikleri bulunmuştur. Aynı çalışmada, cinsiyetten bağımsız olarak, cinsel veya fiziksel istismarın görüldüğü gruplarda görülmeyenlere göre daha erken yaşta madde kullanımına başlama, daha ciddi psikopatolojik sorunlar ve daha yüksek tutuklanma oranları mevcuttur. Dube ve ark.⁵³ ise, olumsuz çocukluk deneyimlerinin madde bağımlılığına etkilerini anlamak amacıyla 8613 yetişkinin katılımı ile geriye dönük bir tarama gerçekleştirmişlerdir. Çocukluk döneminde bildirilen istismar ile ihmal yaşantılarına eşlik eden, ebeveynin yasadışı madde kullanımı ve sağlıkla ilişkili bir takım diğer olumsuz çocukluk deneyimlerinin yetişkin katılımcılarda erken yaşta madde kullanımını iki ila 4 kat arttırdığı bulgusu elde edilmiştir. İngiltere'de psikiyatrik rahatsızlıklar ve çocukluk dönemi cinsel istismarın ilişkisini yaklaşık 7500 yetişkinin katılımı ile ele alan bir ulusal araştırmada ise, çocukluk dönemi cinsel istismarın sık rastlanan zihinsel sorunlar, alkol ve uyuşturucu kullanımı ve travma sonrası stres bozukluğu, cinsel istismarın yetişkinlik dönemindeki ilişkilerde tekrarlanması ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ek bulgular, yetişkinlikte sık rastlanan altı zihinsel sorun olan depresif dönemler, karışık kaygı/depresyon bozukluğu, genel kaygı bozukluğu, panik bozukluk, fobik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozukluğun gelişimi riskinin cinsel istismara uğrayan kadınlarda çok daha yüksek olduğuna işaret etmektedir.¹⁹ Sınırdaki kişilik bozukluğu belirtilerine sahip yetişkinlerle düzenlenen bir diğer araştırmanın sonuçları ise, çocukluğunda cinsel istismar öyküsü olan gruptakilerin sosyal ilişkilerinde bağlanma kaygısı yaşadığını ve cinsel istismar da dahil farklı türden herhangi bir kötü muamele öyküsü olan tüm grupların ise sağlıklı bir romantik ilişki için gereken bağlanmadan kaçınma sergilediklerini ortaya koymuştur.⁵⁴ Görüldüğü gibi cinsel istismar yetişkinlikte hem duygusal hem de kişiler arası sorunlar ile ilişkilendirilir; bu durum ise mağdurlarda benliklerine yönelik olumsuz temsillerin gelişmesine, kaygı ve korkularının artmasına, diğerlerine güven duygularının azalmasına neden oluyor gibi görünmektedir.

Cinsel istismarın ağır psikolojik etkilerinin gelişiminin bile önlenabilir olduğuna dair kanıtlar mevcuttur. Kendall-Tackett ve ark.¹⁰ kırk beş görgül araştırmanın bulgusunu gözden geçirdikleri çalışmalarının sonucuna göre; cinsel yönden istismar edilen çocuklarda istismar edilmeyenlere göre korku, davranış sorunu, düşük benlik değeri gibi psikolojik belirtilerin %15-45 oranında daha fazla tespit edildiği, buna karşın

çocukların yaklaşık üçte ikisinde ilk 12 ila 18 ay içinde olumlu ilerlemeler gözleendiği ve hiçbirinde ise psikolojik sorun veya travma belirtisi gelişmediği gösterilmiştir. Araştırmacılar, cinsel istismarın pek çok özelliğinin önemli olduğuna ama özellikle annenin çocuğa desteğinin olumlu rolüne vurguda bulunmuştur. Tüm bu çalışmaların sonuçları, çocukluk döneminde cinsel istismara eşlik eden korkular ve bağlanma sorunları olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra bu bulgular, hızlı, çocuğa özel ve aileyi de kapsayan müdahale ile, cinsel istismarın çocuğun yaşamının ileriki yıllarında ortaya çıkarılabileceği psiko-sosyal işlevsizliğin önüne geçilebileceğini göstermiştir.

Duygusal İstismarın Nedenleri ve Önlenebilir Psikolojik ve Gelişimsel Sonuçları

Duygusal istismar; bakım verenin çocukta ciddi davranışsal, bilişsel veya duygusal sorunlara yol açan veya açabilecek olan davranışlarıdır. Duygusal istismar davranışları arasında çocuğun nitelikleri, kapasitesi ve isteklerini olumsuzlama, çocuğu terk etme ile tehdit, çocuktan becerilerinin üstünde istek ve beklentiler ve düşmanca tavırlar yer almaktadır.⁵⁵ Bu tanıma göre, duygusal istismarın en sık rastlanan türü sözel olandır. Çocuğu gereksinim duyduğu ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakarak psikolojik zarar vermenin de duygusal bir istismar olarak ele alınabileceği ileri sürülmekle birlikte³⁰, araştırmacıların bu durumu duygusal ihmal veya uygun olmayan bakım ve duygulanım⁵⁶ olarak kavramsallaştırarak ele almayı tercih ettiği görülmektedir. Çocuğu ve ergeni reddetme, izole etme, yıldırma, suça yöneltme, duygusal olumlu tepki vermeyi reddetme, aşağılama, kendi çıkarına kullanma ve vaktinden önce yetişkin rolü verme de duygusal istismar uygulamalarıdır.⁵⁶⁻⁵⁸ Duygusal istismara tek başına rastlanması oldukça nadirdir. Duygusal istismar genellikle istismarın fiziksel ve cinsel türlerine eşlik etmekte ve on temel olumsuz çocukluk deneyimi arasında tanımlanmaktadır.⁵² Yakın zaman öncesine kadar duygusal istismarın kötü muamelenin bir türü olarak tek başına ele alınmaması ve cinsel ve fiziksel istismarın gölgesinde kalması^{57,58}, muhtemelen bu "birlikte gözlenme" durumundan kaynaklanmaktadır. Duygusal istismarla ilgili son zamandaki en kapsamlı çalışmalardan birini Stoltenborgh ve ark.⁵⁶ yürütmüştür. Çocukluk dönemi duygusal istismarın ele alındığı ve 7 milyonu aşkın katılımcının verisi ile yapılan bu meta analizde, duygusal istismarın yaygınlığının katılımcıların öz bildirimleri sonucunda %0,03 ve ölçekler kullanıldığında ise %0,0004 olduğu bulunmuştur. Bu durum dünya genelinde ele alındığında ne yazık ki pek çok çocuğun duygusal istismara maruz kaldığını gösteren önemli bir kanıttır.

Psikolojik istismar olarak da adlandırılan bu istismar türü, genetik etkenlerden oldukça yoğun biçimde etkilenmektedir.²⁵ Çocuğun duygusal istismarının sadece stres tepkisinin nörobiyolojisi üzerinde değil, çocuğun tüm sinir sistemi gelişimi üzerinde olumsuz etkisi olabilmekte, böylece de istismarın olumsuz etkileri kuşaklar arasında geçişle aktarılmaktadır.⁷ Farklı kültürlerde duygusal istismar ile ilgili araştırmalar, duygusal istismarın özellikle kızlar üzerinde daha belirgin ve tek

başına kullanılan bir istismar türü olduğuna işaret etmektedir.²⁸ Erinlikle beraber benlik değerinde erkeklere göre ciddi düşüş gözlenen^{59,60} ve utandığında daha kolay incinen⁶¹ bir grup olan kızların, psikolojik istismarın oluşturduğu kaygı ve depresyon gibi psikopatolojilerden daha fazla etkilenebileceği ve uyum sorunları yaşamayabilecekleri muhtemeldir.

Duygusal istismara uğrayan çocuklar normal zihinsel kapasiteye sahip olmalarına rağmen, öğrenme güçlüğü, dikkati odaklama sorunu, mekanda yönelim/oryantasyon sorunu ve bellek sorunları yaşayabilmektedir.⁶² Bu durum küçük yaştan itibaren çocukların kendilerini ve sosyal çevrelerini de olumsuz değerlendirmelerine, benliklerine dair temsillerin bozulmasına da yol açmaktadır. Çocukluk döneminde duygusal istismara bağlı olarak sıklıkla ve değişen şiddette parmak emme, ısırma, altını ıslatma, yeme bozuklukları, depresyon, uyku bozukluğu ve fobilerin de gözlemlendiği bildirilmektedir.^{62,63} Çocukluklarında duygusal istismara uğrayan üniversite öğrencilerinin uyumunda farklı türden istismarın ortak etkilerinin kümeleme analizi ile incelendiği bir çalışmanın sonucunda, tek başına veya diğer kötü muamele türleriyle birlikte görülen duygusal istismarın özellikle kaygı ve depresyon gibi psikopatolojilerle ilişkisi ortaya konmuştur. Çocukluk döneminde fiziksel istismara eşlik eden duygusal istismarın ise üniversite yıllarında madde kullanımı, riskli cinsel davranışlar gibi ileti bozukluklarıyla kuvvetli ilişkiler gösterdiği bulunmuştur.⁶⁴

Çocukluk dönemindeki duygusal istismar bireyde benliğine yönelik olumsuz duygular da oluşturmaktadır. Çocukluk dönemindeki duygusal istismar, üniversite yıllarında utanç duygusu ve kendini feda etme ile ilişkilendirilmektedir.⁶⁵ Çocuğun duygusal istismarının gelişimsel sonuçlarını sinirbilimin bakış açısıyla ele aldığı çalışmasında Yates, çocukta olumsuz etkilenen algısal ve psikolojik süreçlerin, stres karşısındaki tepki sisteminin düzeni ve bütünlüğü üzerinde doğrudan ve dolaylı yollarla kalıcı olumsuz etkileri olduğunu ileri sürmektedir.⁷ Tüm bu bulgular, duygusal istismarın gelişimsel sonuçlarının biyolojik, psikolojik ve sosyal araçları ve belirleyicilerine odaklanılarak çalışılmasına görece geç zamanda başladığını^{58,62} fakat çocukların duygusal açıdan örselenmesinin, örtük ama kalıcı olabilecek gelişimsel çıktıları olan bir deneyim olduğunu gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Çocuk İhmalinin Nedenleri ve Önlenebilir Psikolojik ve Gelişimsel Sonuçları

Çocuk ihmal, çocuğun temel ihtiyaçlarının çocuğa zarar verecek biçimde göz ardı edilmesi, karşılanmaması durumudur. İhmal barınma, beslenme, giyinme, fiziksel, öz bakım, sağlık, eğitsel veya duygusal ihtiyaçların karşılanmamasını içermekte ve genellikle istismara eşlik etmektedir. Bununla birlikte istismar edilmiş çocuklar ihmal edilmiş olanlara göre daha sinirlidir. İhmal edilen çocuklarda ise depresyon ve duygusal yoksunluk daha sık görülür.²

Çocuk ihmalinin nedenleri ile istismar nedenleri büyük oranda benzerlik göstermektedir. Yoksulluk, eğitimsizlik, yaşam stresi,

düzensiz iş saatleri, kültürel uygulamaların yanı sıra ebeveynin madde kullanımı, genç yaşta anne-baba olması, gençlik dönemindeki ileti sorunları ve psikopatolojileri çocuğunu ihmal etmesine neden olan çevresel etkenlerdir.^{4,11,66,67} Çocuğun engelli olması, özellikle annenin gözünde istenmeyen veya plansız doğumu, çocuğun ebeveyn ihmali riski oluşturan özellikleridir.^{68,69}

Çocuklarda diş çürükleri, ter kokusu, yetersiz beslenme, büyüme hızı geriliği, yaşatlarından bilişsel düzeyde geri kalma gibi bulgular fiziksel ihmale bağlı olarak görülmektedir. Çocuğun sağlığının ihmali ile ise, ebeveynin hekimin çocuk ile ilgili önerilerine uymaması, sağlık takibini yaptırmaması gibi durumlarda gerçekleşmektedir.²² Yaşamın ileri dönemlerinde suça karışma ve kendi çocuğuna ihmal içeren davranışlar gösterme oranlarında artış ise çocukluk dönemindeki duygusal ihmale bağlı olarak bulgulanır.⁷⁰ Ebeveyn ihmalinin, çocuğun olumsuz sağlık tutumları geliştirmesine yol açan bir neden olduğu da görülmektedir. Yetiştirme yurtlarında kalan 2-17 yaşları arasında 662 çocuğu araştıran Garland ve ark.¹⁸, çocukların gördükleri kötü muamelenin ruh sağlığı hizmetinden yararlanma istekleri üzerinde etkilerini ortaya koymuştur. Bulgular, korunma altına alınmadan önce ihmal edilme ve bakım veren yoksunluğu gibi pasif türden kötü muameleye maruz kalan çocukların, cinsel ve fiziksel istismar gibi etken türden kötü muameleye maruz kalanlara göre ruh sağlığı hizmetlerinden daha az yararlandıklarını göstermiştir. Kötü muamele gören çocukların sağlık hizmetlerine karşı bu olumsuz tutumu çocukların yaşadığı ruh sağlığı sorununun şiddetinden ise etkilanmemektedir.

Çocuğa Kötü Muamelenin Önlenebilir Sonuçlarını Benzeştiren Nedenler

Bu çalışmada derlenen bulgular, kötü muameleye uğrayan çocukta gözlenen psikolojik ve gelişimsel sıkıntıların bazı benzer etkenlerden kaynaklanabiliyor olduğuna işaret etmektedir. Kötü muameleye uğramanın olumsuz psikolojik ve gelişimsel etkilerinin temelinde; çocukta gelişen olumsuz benlik temsillerinin⁶³, süregelen kaygının ve duygu ifadelerine duyarlılığın^{8,9} ve sarsılan güven duygusunun^{5,6,55} olabileceğine işaret eder niteliktedir. Kötü muamele türü her ne olursa olsun çocuğun benlik temsillerinde bazı benzer bozulmalar oluşturmakta; yetişkinlik döneminde kendine ve diğerlerine dair güveni zedelenmektedir.⁵⁴ Yetişkinlik döneminde çoğunluğu sağlık sorunu yaşayan bireylerin katılımı ile düzenlenen çalışmalar, yetişkinlikte ortaya çıkan madde bağımlılığı gibi ciddi psikolojik sorunların⁵³, yetişkinin çocuklukta ihmal ve istismar yaşantılarına eşlik eden bazı olumsuz yetiştirme koşullarının etkilerine de açık olduğunu göstermektedir.⁷¹ Kötü muamelenin doğrudan anne-baba tarafından uygulanmasından bağımsız biçimde, ebeveynlerin çocuk ile yakınlığının ve sıcak ilişkilerinin çocuğun kötü muamelenin durmasını sağlayabilen kendini açma bildirimlerindeki artışın yanı sıra, psikolojik müdahalelerden en olumlu sonuçların alınmasını da sağlayacağı ileri sürülmektedir.¹⁷

Çocuğa Kötü Muamelenin Önlenebilir Sonuçlarını Farklılaştıran Nedenler

Kötü muameleye bağlı psikolojik sorunların gelişiminde psikolojik sorunun türü, zamanlaması ve çocuğun gelişimsel ekolojisine göre bazı farkların olduğu da görülmektedir. Yetişkin grupların toplum sağlığı temelli bir yaklaşım ile rastgele örneklemelerde tarandığı daha geniş çaplı araştırmalarda, çocukluk dönemindeki kötü muamelenin gelişimsel seyrinin kadın ve erkekte farklı yollar izleyebileceği; kadınların daha ziyade içselleştirici ve erkeklerin ise dışsallaştırıcı ve riskli davranışlar sergiledikleri sorunlar geliştirmeye daha yatkın olabilecekleri saptanmıştır.^{36,37} Kötü muamele daha ciddi yaşamsal sorunlara da yol açmakta, intihar ile de ilişkilendirilmektedir.¹¹ Oldukça karmaşık bir biçimi olan ve hayati risk içeren bu sonuçların özellikle ergenlik döneminden itibaren gözlenmesi⁵¹, travmanın çocuktan çocuğa değişen sonuçlarının ele alınmasının öneminin ve travmaların gelişimsel bakış açısıyla incelenmesini vurgulayan¹⁴ araştırmacıların görüşlerini desteklemektedir. Kötü muamele önlenemedikçe birikimli bir etki oluşturmakta, çocuğun duygu düzenleme gibi bilişsel temelli bir grup beceride sorunlar yaşamasına da neden olmaktadır. Çocuğa kötü muamelenin birikimli etkileri; çocuğa verilen değerden, olumsuz kültürel çocuk yetiştirme uygulamalarından^{4,32}, yoksulluk, eğitimsizlik gibi bir takım nitelişiz toplumsal kaynaklardan^{28,35,48,66,67} ve ilişkili yaşam stresi, plansız çocuk ve genç yaşta gebelik gibi⁶⁸ olumsuz bir dizi çevresel etkenin kuşaklar arası geçişi³² zinciri içinde oluşmakta gibi görülmektedir. Çocukluk döneminde ortaya çıkan kötü muamele vakalarının sayısı ile yetişkinlik dönemine gelen kişilerin bildirimleri arasında ciddi bir fark olduğu^{43,72}, adalet sisteminin ele aldığı kötü muamele vakalarının olanın çok az bir bölümünü yansıttığı³¹ gerçeği ise, çocukluk döneminde çocuğun en yakınlarına kendini açmasının önleyici değerini ortaya koymaktadır.¹⁷

Belirli türden kötü muamelenin ortaya çıkışına genetik ve çevresel etkenlerin farklı etki düzeylerinde katkıda bulunduğu görülmektedir. Genetik yollar duyusal istismarın sürdürülmesinde önemli yol oynarken, fiziksel istismar ve duyusal ihmalin ise çevresel faktörler yolu ile aktarıldığı gözlenmektedir.²⁵ Kötü muamelenin türüne göre bazı psikolojik sorunların gelişiminin de daha yüksek düzeyde ve yaygın olabildiği gözlenmekte ve yetişkinlik dönemindeki yaygın psikolojik sorunların en sık biçimde çocukluk dönemindeki cinsel istismar vakaları için bildirildiği görülmektedir¹⁹, fakat duyusal istismarın gizli ama yaygın etkileri göz ardı edilmemelidir.⁵⁶ Cinsel istismar geçmişi olan çocukların, ruh sağlığı sorununun ciddiyetinden bağımsız biçimde, ihmal edilenlere göre daha sık sağlık hizmetinden yararlandığı bulgusu ise¹⁸, çocuğun sağlık hizmetlerinden yararlanma ihtiyacının uğradığı kötü muamelenin türüne bağlı biçimde karşılanmasının önemini ortaya çıkarmaktadır. Kötü muamele toplumsal ve ekonomik etkilere neden olmakta ve bir ülkenin yetişkin iş gücünün azalmasını hatta ülke gelişimini bile uzun vadede olumsuz etkileyebileceği görülmektedir.¹⁶ Kötü muamele sürecinde gelişebilecek sorunların önüne toplumsal düzlemde

geçilebilmesi ancak çocuğun saygınlık hakkının aile ve toplum tarafından gözetilmesi yoluyla mümkün görünmektedir.

Çocuğa Kötü Muameleyi Önleme ve Müdahale

Bir ülkenin en değerli kaynağı çocuklarıdır. Sağlık bilimciler toplumu kötü muamele hakkında bilgilendiren, çocuğun sağlıklı gelişimini destekleyen, çocuğu koruyan çözüm odaklı önleme ve müdahale stratejilerini geliştirmeyi hedeflemelidir. Dolayısıyla sağlık bilimciler, hem kötü muameleyi ortaya çıkmadan önlemek hem de ortaya çıktıktan sonra müdahale etmek görevlerinde yer alan profesyonellerdir. Kötü muamelenin ortaya çıkarılabileceği psikolojik ve gelişimsel sorunların bireysel, ailevi ve toplumsal nedenlerini, benzer ve farklı yönlerini ortaya koyan bu çalışmada derlenen bulgular; ülkemizde çocuk haklarını merkeze alarak oluşturulacak önleme modellerine ihtiyaç duyulduğuna işaret etmektedir. Kötü muameleyi önlemek; kötü muamelenin oluşmasına neden olan etkenlerin çoğunluğunun çevresel olduğuna ve çocuğun sahip olduğu özelliklerin kötü muameleyle ilişkisinin minimum düzeyde olduğuna dair bir kavrayış ve ekolojik bir bakış açısı ile üretilen modellerin çalıştırılması ile mümkündür.

Farklı kötü muamele türlerinin genetik ve çevresel etkenlerden farklı düzeylerde etkilendiğine dair bulgular ise, kötü muamele ortaya çıktıktan sonraki müdahalelerin kötü muamele türüne bağlı olarak farklı mekanizmaları hedeflemesi gerekebileceğini göstermektedir. Çocuk döneminde kötü muamele, çevrelerindeki insanların sergilediği sosyal-duygusal ipuçlarını fark edememelerine, sosyal davranışlara etkin biçimde tepki verememelerine, çevrelerine güven duyamamalarına neden olan ve duygusal iyi oluşlarını azaltan bir etkiye sahiptir.¹²⁻¹⁵ Çocuğa kötü muamelenin yaygın etkileri değerlendirirken çocuk, aile, sağlık, eğitim, adalet ve toplumsal sistemleri içine alan bir kavrayış önerilmektedir.¹⁷ Çocuğa kötü muamelenin olumsuz gelişimsel sonuçlarının ortadan kaldırılması, meseleyi psikolojik, sosyal-duygusal, bilişsel ve iletişimsel yönleri ile ele alan bir çocuk koruma sisteminin devreye girmesi ile mümkündür.

Gelişimsel perspektiften kötü muameleyi ele aldığımızda ise, müdahale ve önleme ardı ardına gelen iki bağlantılı süreç olarak düşünülmelidir. Çocukluk dönemindeki kötü muamelenin yetişkinlikte gözlenen olumsuz sonuçlarını önlemek için, çocuğun ihtiyaçlarını karşılama ve haklarını koruma önceliğine sahip bir kültürel, ekonomik, sosyal ve fiziksel çevrede yetişmesinin, birikimli olumsuz etkilerin¹³ ortaya çıkma olasılığını azaltacağı ve psiko-sosyal müdahalenin etkisini ise en üst düzeyde artıracığı açıktır. Çocukluk döneminde stres verici ve rahatsız edici deneyimlerin etkilerini değerlendirirken ve müdahale ederken, çocuğun geliştirmesi muhtemel duygusal soruna odaklanılması ve çocuğun aile ve kültürel çevresi ile beraber incelenmesi önerilir.⁷¹ Çocukların fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının görmezden gelinmesi karşısında, bizler aileleri eğitebilir ve mevcut bilginin uygulamaya koyularak topluma yayılmasını sağlayabiliriz. Kötü muameleyi durdurmak için çocuğun erken bir dönemde kendini açmasını sağlayacak, çocuğun sosyo-ekolojik koşullarını kavrayan ve kültürel

geçerli yanı sıra genetik kökenine yönelik hassasiyete sahip²⁵ müdahalelerin oluşturulmasının, kötü muameleye uğrayan çocukların sağlıklı gelişimi üzerinde uzun ömürlü ve kalıcı bir yarar üreteceği açıktır.

Genel Tartışma ve Öneriler

Bu çalışma, çocuğa kötü muamelenin psikolojik ve gelişimsel etkilerine yönelik kapsamlı bir kavrayış oluşturmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amaç doğrultusunda farklı kötü muamele türlerinin (fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal) uzun vadedeki gelişimsel sonuçları ortaya koyularak, gözlenen sonuçların benzerlik ve farklılıklarına ve altında yatan nedenlere odaklanılarak açıklanmaya çalışılmıştır.

Bu çalışmada derlenen bulgular, ülkemizde de yaygın bir sorun olan çocuğa kötü muamelenin çocuğun sadece bedeni üzerinde değil, zihni, duygusal ve sosyal dünyası üzerinde de örseleyici ve yetişkinlik dönemine değin ilerleyici bir seyri olduğuna işaret etmektedir. Bununla beraber, yine bulgular çocuğa kötü muamele sürecinde öncüllere odaklanarak ele aldığımız gelişimsel ve psikolojik sonuçların önlenilebileceğine dair sınırlı da olsa kuvvetli bir kanı oluşturmaktadır. Gelişimsel olumsuz çıktılarının nedenlerine baktığımızda ise, birden fazla kötü muamele türünün ve yanı sıra çoklu olumsuz riskin birleşmesi durumunun hedefi olan kişinin yaşam boyu gelişimini kapsayan ama birey ile sınırlı olmayan toplumsal bir sıkıntı oluşturabilme potansiyeli taşıdığı görülmektedir. Mevcut bilgilerimiz ışığında, çocuğa kötü muamelenin etkilerinin üstesinden gelinmesi ancak çocuğun en yakın gelişimsel ekolojisi olan aileyi ve kültürel yaşam biçimlerini kapsayıcı ve hızlı devreye giren bir psiko-sosyal destek modelinin yürütülmesi ile mümkün görünmektedir. Kötü muamele gören çocuğun yetişkinlikte psikolojik yönden sorun geliştirmemesi ve ileriki kuşakların ruh sağlığı açısından kötü muamele uygulayıcı olarak bir tehdit oluşturmaması için, çocuğun üstün yararına dair toplumsal bir kavrayışı benimsemek en değerli ilke olarak önerilmektedir.

Etik

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadığı bildirilmiştir.

Kaynaklar

- Reading R, Bissell S, Goldhagen J, Harwin J, Masson J, Moynihan S, Parton N, Pais MS, Thoburn J, Webb E. Promotion of children's rights and prevention of child maltreatment. *Lancet*. 2009;373:332-343.
- UNICEF. United Nations Children's fund, measuring and monitoring child protection systems: Proposed core indicators for the east asia and pacific region, Strengthening Child Protection Series No. 1. UNICEF EAPRO, Bangkok; 2012.
- WHO (2016) Child Maltreatment. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>. Erişim Tarihi: 15 Şubat 2019.
- Korbin JE. The cultural context of child abuse and neglect. *Child Abuse Neglect*. 1980;4:3-13.
- Cicchetti D, Toth SL. A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34:541-565.
- Herrenkohl RC, Herrenkohl EC. Some antecedents and developmental consequences of child treatment. İçinde: Rizley R, Cicchetti D, editörler. *Developmental Perspectives on Child Maltreatment*. San Francisco; Jossey-Bass;1981:57-76.
- Yates TM. The developmental consequences of child emotional abuse: A neurodevelopmental perspective. *Journal of Emotional Abuse*. 2007;7:9-34.
- Shackman JE, Shackman AJ, Pollak SD. Physical abuse amplifies attention to threat and increases anxiety in children. *Emotion*. 2009;7:838-852.
- Pollak SD, Cicchetti D, Hornung K, Reed A. Recognizing emotion in faces: Developmental effects of child abuse and neglect. *Dev Psychol*. 2000;36:679-688.
- Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*. 1993;113:164-180.
- Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry*. 1993;163:721-732.
- Romans SE, Pollak SD. Emotion regulation predicts attention bias in maltreated children at risk for depression. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53:120-127.
- MacKenzie MJ, Kotch JB, Lee LC. Toward a cumulative ecological risk model for the etiology of child maltreatment. *Child Youth Serv Rev*. 2011;33:1638-1647.
- D'Andrea W, Ford J, Stolbach B, Spinazzola J, Van der Kolk BA. Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *Am J Orthopsychiatry*. 2012;82:187-200.
- Thompson R, Litrownik AJ, Isbell P, Everson MD, English DJ, Dubowitz H, Proctor LJ, Flaherty EG. Adverse experiences and suicidal ideation in adolescence: Exploring the link using the LONGSCAN samples. *Psychol Violence*. 2012;2:211-225.
- Fortson BL, Kleven J, Merrick MT, Gilbert LK, Alexander SP. (2016) Preventing child abuse and neglect: A technical package for policy, norm, and programmatic activities. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/CAN-Prevention-Technical-Package.pdf>. Erişim Tarihi: 14 Ekim 2019.
- Tat MC, Öztürk A. Çocuk cinsel istismarında kendini açığa vurma sürecine ekolojik sistem modeli ile yaklaşmak. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*. 2019;11:363-385.
- Garland AF, Landsverk JL, Hough RL, Ellis-MacLeod E. Type of maltreatment as a predictor of mental health service use for children in foster care. *Child Abuse Negl*. 1996;20:675-688.
- Jonas S, Bebbington P, McManus S, Meltzer H, Kuipers E, Cooper C, King M, Brugha T. Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Psychol Med*. 2011;41:709-719.
- Teicher MH, Samson JA. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016;57:241-266.
- Bilir Ş, Arı M, Dönmez NB, Atik B, San P. Türkiye'nin 16 ilinde 4-12 yaşlar arasındaki 50.473 çocuğa fiziksel ceza verme sıklığı ve buna ilişkin problem durumlarının incelenmesi. *Aile ve Toplum*; 1991;1:57-70.
- Şahin F. Fiziksel istismar. İçinde: Çuhadaroglu-Çetin F, ve ark, editörler. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları 3*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008:462-469.
- Güner Şİ, Güner S, Şahan MH. Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem; İstismar. *Van Tıp Dergisi*. 2010;17:108-113.

24. T.C. Başbakanlık ve Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu. (2010) Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu. Erişim Adresi: <http://panel.unicef.org.tr/vera/app/var/files/c/o/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf>. Erişim Tarihi: 15 Ekim 2019.
25. Pittner K, van IJzendoorn MH, Alink LRA, Buisman RSM, Compier-de Block LHCGC, van den Berg LJM, Elzinga BM, Lindenberg J, Tollenaar MS, Diego VP, Bakermans-Kranenburg MJ. The genetic and environmental etiology of child maltreatment in a parent-based extended family design. *Dev Psychopathol.* 2019;31:157-172.
26. Appel AE, George WH. The co-occurrence of spouse and physical child abuse: a review and appraisal. *J Fam Psychol.* 1998;12:78-99.
27. Alink LR, Euser S, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Is elevated risk of child maltreatment in immigrant families associated with socioeconomic status? Evidence from three sources. *Int J Psychol.* 2013;48:117-127.
28. Kaur S, Verma S. Socio-economic status: a determinant of abuse among rural adolescents. *The International Journal of Indian Psychology.* 2015;2:86-96.
29. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*;2004;35:82-85.
30. Ünal F. Ailede çocuk istismarı ve ihmali. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*; 2008;1:9-18.
31. Finkelhor D, Dzuiba-Leatherman J. Victimization of children. *Am Psychol.* 1994;49:173-183.
32. Pajer KA, Gardner W, Lourie A, Chang CN, Wang W, Currie L. Physical child abuse potential in adolescent girls: Associations with psychopathology, maltreatment, and attitudes toward child-bearing. *Can J Psychiatry.* 2014;59:98-106.
33. Twardosz S, Lutzker JR. Child maltreatment and the developing brain: a review of neuroscience perspectives. *Aggress Violent Behav.* 2010;15:59-68.
34. Crick NR, Dodge KA. Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child Dev.* 1996;67:993-1002.
35. Stouthamer-Loeber M, Wei EH, Homish DL, Loeber R. Which family and demographic factors are related to both maltreatment and persistent serious delinquency? *Children's Services: Social Policy, Research and Practice.* 2002;5:261-272.
36. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, Lin E, Bolye MH, Jamieson E, Duku EK, Walsh CA, Wong MY, Beardslee WR. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry.* 2001;158:1878-1883.
37. Morrill AC, Kasten L, Urato M, Larson MJ. Abuse, addiction, and depression as pathways to sexual risk in women and men with a history of substance abuse. *J Subst Abuse.* 2001;13:169-184.
38. Şahin F. Çocuk istismarının tanımı, epidemiyoloji ve multidisipliner yaklaşımın önemi. Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği, Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım, Ankara; Ankara Üniversitesi Basımevi; 2006:6-8.
39. Putnam FW. Ten-year research update review: Child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42:269-278.
40. UNICEF (2019). Sexual violence. Erişim Adresi: https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/sexual-violence/#_ftn1. Erişim Tarihi: 10 Ekim 2019.
41. İMDAT ve ASUMA (2016). Çocuk İstismarına Yönelik Rapor. Erişim Adresi: <http://imdat.org/wp-content/uploads/2016/05/ÇOCUK-HYPERLINK> "http://imdat.org/wp-content/uploads/2016/05/%C7OCUK-İSTİSMARINA-Y%D6NELİK-RAPOR.pdf"İSTİSMARINA-Y HYPERLINK "http://imdat.org/wp-content/uploads/2016/05/%C7OCUK-İSTİSMARINA-Y%D6NELİK-RAPOR.pdf"ÖNEL HYPERLINK "http://imdat.org/wp-content/uploads/2016/05/%C7OCUK-İSTİSMARINA-Y%D6NELİK-RAPOR.pdf"İK-RAPOR.pdf. Erişim Tarihi: 20 Mart 2017.
42. Koç F, Akşit S, Tomba A, Aydın C, Koturoğlu G, Korkmaz-Çetin S, Aslan A, Halıcıoğlu O, Erşahin Y, Turhan T, Çelik A, Şenol E, Kara S, Solak U. Çocuk istismarı ve ihmali olgularımızın demografik ve klinik özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin bir yıllık deneyimi. *Turk Pediatri Ars.* 2012;47:119-124.
43. Eskin M, Kaynak-Demir H, Demir S. Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behavior in university students in Turkey. *Arch Sex Behav.* 2005;34:185-195.
44. Koten Y, Tuğlu C, Abay E. Üniversite öğrencileri arasında enest bildirimi. XXXII. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitapçığı. Ankara; Gülhane Askeri Tıp Akademisi; 1996:41.
45. Yılmaz Irmak T, Aksel Ş, Thompson D. Coping strategies and depression among college students following child sexual abuse in Turkey. *J Child Sex Abuse* 2016;25:881-894.
46. Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Kora ME, Alyanak B. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2001;2:69-78.
47. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future Child.* 1994:31-53.
48. Lefebvre R, Fallon B, Van Wert M, Flippelli J. Examining the relationship between economic hardship and child maltreatment using data from the Ontario Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect-2013 (OIS-2013). *Behav Sci (Basel).* 2017:7.
49. Dursunkaya D. Duygusal örseleme ve ihmali. İçinde: Çuhadaroğlu-Çetin F, ve ark. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları; 3.Baskı. Ankara; Hekimler Yayın Birliği; 2008:478-487.
50. Kurtay D, Özkök S, Barlık Y, Yatağan M, Kurtay A, Akman E. Çocuk ihmali ve istismarına multidisipliner yaklaşım. Aydın: T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yayınları. Erişim Adresi: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:sQBdIxo3dxcJ:www.sucveceza.org/cocuk-suclari/cocuklarin_istismari.doc+%C3%87ocuk+%C4%B0stismar%C4%B1+ve+%C4%B0hmalini+%C3%96nleme+Derne%C4%9Fi,+%C3%87ocuk+%C4%B0stismar%C4%B1+ve+%C4%B0hmaline+ Multidisipliner+ Yakla%C5 %9F %C4%B1m&cd=2&hl=tr&ct=clnk&gl=tr. Erişim Tarihi: 26 Mayıs 2018.
51. Devries KM, Mak JY, Child JC, Falder G, Bacchus LJ, Astbury J, Watts CH. Childhood sexual abuse and suicidal behavior: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2014;133:1331-1344.
52. Brems C, Johnson ME, Neal D, Freeman M. Childhood abuse history and substance use among men and women receiving detoxification services. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2004;30: 799-821.
53. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics.* 2003;111:564-572.
54. Minzenberg MJ, Poole JH, Vinogradov S. Adult social attachment disturbance is related to childhood maltreatment and current symptoms in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2006;194:341-348.
55. Runyan D, Wattam C, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, eds. *World report on violence and health*, Geneva: World Health Organization, 2002:57-86.
56. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, van IJzendoorn MH. The universality of childhood emotional abuse: a meta-analysis of worldwide prevalence. *Journal of Aggression Maltreatment Trauma.* 2012;21:870-890.
57. Egeland B. Taking stock: Childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse Negl.* 2009;33:22-26.
58. Wright MOD. The long-term impact of emotional abuse in childhood: Identifying mediating and moderating processes. *Journal of Emotional Abuse.* 2007;7:1-8.
59. Harter S. The development of self-representations in childhood and adolescence. In: Damon W, Lerner R, eds. *Handbook of Child Psychology*, 6th ed. New York; Wiley; 2006.

60. Schaffhuser K, Allemand M, Schwarz B. The development of self-representations during the transition to early adolescence: the role of gender, puberty, and school transition. *J Early Adolesc.* 2017;37:774-804.
61. Alessandri SM, Lewis M. Differences in pride and shame in maltreated and nonmaltreated preschoolers. *Child Dev.* 1996;67:1857-1869.
62. Cicchetti D, Lynch M. Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry.* 1993;56:96-118.
63. Kara B, Biçer Ü, Gökalep AS. Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2004;47:140-151.
64. Berzenski SR, Yates TM. Classes and consequences of multiple maltreatment: a person-centered analysis. *Child Maltreat.* 2011;16:250-261.
65. Wright MO, Crawford E, Del Castillo D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse Negl.* 2009;33:59-68.
66. Burgess C. Neglecting the issue: Impact, causes and responses to child neglect in the UK. Erişim Adresi: <https://www.actionforchildren.org.uk/resources-and-publications/reports/neglecting-the-issue-2011/> Erişim Tarihi: 14 Ekim 2019.
67. Garwood SK, Gerassi L, Jonson-Reid M, Plax K, Drake B. More Than Poverty: The Effect of Child Abuse and Neglect on Teen Pregnancy Risk. *J Adolesc Health.* 2015;57:164-168.
68. Guterman K. Unintended pregnancy as a predictor of child maltreatment. *Child Abuse Negl.* 2015;48:160-169.
69. Leeb RT, Bitsko RH, Merrick MT, Armour BS. Does childhood disability increase risk for child abuse and neglect? *J Ment Health Res Intellect Disabil.* 2012;5:4-31.
70. Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı-1: Tanımlar. Ankara; Seçkin Yayıncılık; 2007.
71. Paludi MA, Denmark FL. Victims of sexual assault and abuse: resources and responses for individuals and families. Westport CT; Praeger; 2010.
72. Everson MD, Smith JB, Hussey JM, English D, Litrownik AJ, Dubowitz H, Thompson R, Dawes Knight E, Runyan DK. Concordance between adolescent reports of childhood abuse and Child Protective Service determinations in an at-risk sample of young adolescents. *Child Maltreat.* 2008;13:14-26.

Psikolojik Danışman ve Rehber Öğretmenlerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü Hakkındaki Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri

Knowledge and Awareness of Guidance Counselors About Attention Deficit and Hyperactivity Disorder and Specific Learning Disability

© Meltem Oral, © Nurgül Karakurt

Atatürk Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Erzurum, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada ilköğretim ve ortaöğretim psikolojik danışmanlık ve rehberlik (PDR) öğretmenlerinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve özgül öğrenme güçlüğü (ÖÖG) ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır, öğretmenlerin geçmişte aldıkları DEHB ve ÖÖG eğitimi ile bilgi ve farkındalık düzeyleri arasında bir ilişkinin olup olmadığı sorgulanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Erzurum iline bağlı bir ilçenin okullarında görevli olan PDR öğretmenlerinin DEHB ve ÖÖG hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerini inceleyen betimsel bir çalışmadır. Araştırmada örneklem seçme yöntemine gidilmemiştir. Araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen PDR öğretmenleri (n=35) dahil edilerek araştırmacılar tarafından hazırlanan basılı anketleri doldurmaları istenmiştir.

Bulgular: PDR öğretmenlerinin DEHB ve ÖÖG hakkında bilgi ve farkındalık düzeylerinin orta seviyede olduğu saptanmıştır. Geçmişte DEHB ile ilgili eğitimi almış olan öğretmenlerin almamış öğretmenlere göre anketten anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.

Sonuç: Çalışmanın sonuçları öğretmenlerin DEHB ve ÖÖG ile ilgili bilgi ve farkındalıklarının artırılmasının faydalı olabileceğini işaret etmektedir. Çalışmanın sonucu Erzurum iline bağlı ilçenin Milli Eğitim Müdürlüğü ile paylaşılmıştır. DEHB ve ÖÖG için erken tanı ve müdahalenin önemi göz önünde bulundurulduğunda, Erzurum il merkezine bağlı diğer ilçelerin okullarında görev yapan hem sınıf öğretmenleri hem de PDR öğretmenlerinin DEHB ve ÖÖG konusunda bilgi ve yeterliliklerinin artırılması için eğitimler düzenlenmesi planlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, özgül öğrenme güçlüğü, bilgi, farkındalık, tutum

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study was to determine the level of knowledge and awareness of primary and secondary school guidance counselors about attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) and specific learning disorder (SLD), and whether there was a relationship between the counselors' prior education on these disorders and knowledge and awareness levels.

Materials and Methods: This was a descriptive study examining the level of knowledge and awareness of ADHD and SLD among guidance counselors who were working in a school at a district of Erzurum. Any sample selection method was not used in the research. Guidance counselors (n=35) who were willing to participate voluntarily were included in the study and asked to complete ADHD and SLD awareness questionnaires.

Results: Guidance counselors' levels of knowledge and awareness about ADHD and SLD were found to be moderate. The findings indicated that guidance counselors who received prior training about ADHD and SLD obtained higher scores as opposed to the counselors who did not.

Conclusion: The results of the study showed that it would be beneficial to increase the knowledge and awareness of school counselors about ADHD and SLD. These results were shared with the National Education Directorate of one of the districts of Erzurum province. Based on the results of the study and considering the importance of early diagnosis and intervention for ADHD and SLD, a decision was made to organize in-service trainings in order to increase the knowledge and competency of guidance counselors as well as primary school and secondary school teachers on ADHD and SLD in other districts of Erzurum.

Keywords: Attention-deficit and hyperactivity disorder, specific learning disability, knowledge, awareness, attitude

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Meltem Oral, Atatürk Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Erzurum, Türkiye

Tel.: +90 537 873 08 16 E-posta: meltem_oral@yahoo.com ORCID: orcid.org/0000-0002-7082-9186

Geliş Tarihi/Received: 12.09.2019 Kabul Tarihi/Accepted: 30.11.2019

©Telif Hakkı 2020 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



Giriş

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve özgül öğrenme güçlüğü (ÖÖG) çocuklarda sık görülen psikiyatrik bozukluklar arasında yer almaktadır. DEHB, tüm dünyada çocukluk çağındaki en büyük nörogelişimsel bozukluklardan biri olarak tanımlanmakta olup, kişinin yaşına ve gelişim düzeyine uygun olmayan dikkat problemleri, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik görülmektedir. Bu bozukluk iki veya daha fazla bağlamda (örn. evde, okulda veya işte) görülmekte ve bireyin sosyal, akademik veya mesleki işleyişini olumsuz yönde etkilemektedir. DEHB genellikle ÖÖG, saldırganlık, akranlarla kötü ilişki, emirleri göz ardı etme veya itaatsizlik, yüksek risk alma, düşük benlik saygısı, depresyon ve sosyal, duygusal ve bilişsel problemlerle birlikte görülmektedir. Dünyada çocuk ve ergenlerde DEHB sıklığının %5-7,1^{1,2}, Türkiye’de ise farklı illerde yürütülen çalışmaların sonucunda %5-13,2 bulunduğu belirtilmektedir.³⁻⁶

ÖÖG ise bir çocuğun zekası normal ya da normalin üstünde olmasına rağmen dinleme, düşünme, kendini ifade etme, okuma-yazma ve matematik becerilerinde yaşitlarına ve zekasına oranla düşük başarı göstermesi olarak tanımlanmaktadır. Farklı ülkelerdeki okul çağı çocuklarında ÖÖG sıklığının genel olarak %5-15 olduğu kabul edilmekte ve erkeklerde kızlara oranla daha yaygın olduğu belirtilmektedir.^{7,8} Öğrenme güçlükleri olan çocuklarda duygusal, davranışsal ve sosyal problemlere dikkat sorunlarının da eşlik ettiği ifade edilmektedir.⁹

Yapılan araştırmalar çocuklarda DEHB ve ÖÖG’nin birlikte görülmeye sıklığının fazla olduğunu göstermektedir. DuPaul ve ark.¹⁰, DEHB ve ÖÖG komorbiditesini inceleyen 2001 ile 2011 yılları arasında yapılan toplam 17 çalışmayı (2001-2011) gözden geçirmiş ve komorbidite oranının %45,1 olduğunu belirtmişlerdir. Inci ve ark.¹¹ Ege Üniversitesi’nde 6-18 yaş arası DEHB tanısı almış 1000 çocukla yaptıkları kesitsel çalışmada psikiyatrik komorbidite prevalansının %56,3 olduğunu belirtmişlerdir. Amerikan Ulusal Öğrenme Engelliler Merkezi’nin verilerine göre, ÖÖG tanısı almış çocukların üçte biri kadarının aynı zamanda DEHB tanısı aldığı belirtilmektedir.¹² Somale ve ark.¹³, özgül öğrenme bozukluklarında nörogelişimsel komorbiditelere baktıkları çalışmada ÖÖG ve DEHB komorbiditesinin %53 olduğunu saptamışlardır. Margari ve ark.¹⁴ ise ÖÖG’ye eşlik eden DEHB oranının %33 olduğunu bulmuşlardır.

Hem DEHB hem de ÖÖG tanısı almış çocukların sosyal, duygusal ve akademik yaşamlarının olumsuz yönde etkilendiğine dair çalışmalar mevcuttur. Harpin¹⁵, DEHB ve eşlik eden ÖÖG’nin okul öncesi çocuklarda gelişimde gerilik, muhalif davranış ve zayıf sosyal beceriler şeklinde ortaya çıktığını, okul yıllarında ise çocukta düşük akademik performans, arkadaşlar tarafından reddedilme ve düşük özgüven şeklinde seyrettiğini ve gençlik yıllarında ise agresif ve antisosyal davranışlarda artış sonucunda aile ve arkadaş ilişkilerinde sık sık çatışmaya neden olabildiğini belirtmişlerdir. Brook ve Boaz¹⁶ ve Karande ve ark.¹⁷, DEHB ve ÖÖG tanısı alan çocuklarda yakın arkadaşlarla tartışma ve kavga etme oranının daha yüksek olduğunu ve bu durumun çocuklarda düşük özgüvene yol açtığını belirtmişlerdir.

Cuffe ve ark.¹⁸, DEHB tanısı almış ve almadığı toplum temelli örneklerde psikiyatrik komorbidite prevalansını ve etkisini araştırdıkları çalışmanın sonucunda DEHB ve eşlik eden komorbid durumların akademik performans üzerinde negatif etkisinin olduğunu belirtmişlerdir. Daley ve Birchwood¹⁹, DEHB ile akademik performans arasındaki ilişkiyi gözden geçirdikleri çalışmada DEHB belirtilerinin, okul öncesinden üniversiteye kadar tüm yaşam boyunca akademik başarıya olumsuz etki ettiğini ifade etmişlerdir. Papanastasiou²⁰, ÖÖG tanısı almış çocukların hemen hemen her gün utanç, kaygı, hayal kırıklığı, sosyal geri çekilme, melankoli ve özgüven eksikliği yaşadıklarını ve bu durumların çocuk üzerinde ciddi psikolojik etkilere yol açtığını belirtmektedir. Genel olarak, bu çocuklar düşük performanslarından dolayı övgü duymadıkları için öğrenmek açısından motivasyonları düşük olmaktadır.

DEHB ve ÖÖG çocukluk çağında yaygın olarak görülmesine rağmen yurtdışındaki literatüre bakıldığında, rehberlik öğretmenlerinin bu iki tanı hakkında bilgi ve farkındalık düzeylerini ölçmeye yönelik belirgin bir eksiklik olduğu ve bu alanda yapılan araştırmaların daha çok sınıf öğretmenleri²¹⁻²⁹, ebeveynler^{30,31}, psikologlar³² ve pediatristleri^{33,34} kapsadığı görülmekte ve öğretmenlerin DEHB ve ÖÖG hakkında bilgi ve farkındalık düzeyini ölçen bu çalışmalar öğretmenlerin bu iki tanıyla ilgili yetersiz bilgiye sahip olduklarını, DEHB ve ÖÖG tanısı almış öğrencilere olumsuz tutumlar sergilediklerini ve öğretmenlerin bu eksikliklerini gidermek için hizmet içi eğitimler verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Türkiye örneğine baktığımızda ise PDR öğretmenlerinin DEHB ve ÖÖG ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeylerini ölçmeye yönelik sınırlı sayıda araştırmanın olduğu görülmektedir. Şimşek ve ark.³⁵, yaptıkları çalışmada PDR öğretmenlerinin DEHB’nin tedavisi ve çocuğun zeka düzeyi gibi konularda bilimsel bulgularla çelişen bilgi ve inançlara sahip olduklarını tespit ettiklerini belirtmişlerdir. Almaccioğlu³⁶, DEHB tanısı almış öğrencilerin sınıf ve PDR öğretmenleri tarafından tanınma yeterliliklerini incelediği araştırmanın sonucunda, öğretmenlerin DEHB olan öğrencileri tanıma yeterlilik düzeylerinin oldukça düşük (sırasıyla 17 üzerinden, 8,8 ve 9,40) bulunduğunu bildirmiştir. Gül ve ark.³⁷, öğretmenlerin ÖÖG ile ilgili bilgi düzeylerini ölçtüğü çalışma bulgularının öğretmenlerin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu ve ÖÖG ile ilgili birçok yanlış inanca sahip olduklarını gösterdiğini ifade etmiştir. Esen ve Çifci³⁸, sınıf öğretmenlerinin öğrenme yetersizliği konusundaki bilgilerini belirlemek amacıyla yaptıkları betimsel çalışmada öğretmenlerin ÖÖG ile ilgili olarak zihinsel engelli ya da problem davranışa sahip olan öğrencileri betimlediklerini ve bu konuda bilgilendirilmelerinin gerekli olduğunu belirtmişlerdir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma Modeli

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu onayı ile Haziran 2018’de yürütülmüş olan bu araştırma Erzurum ilinin bir ilçesinde ilköğretim ve ortaöğretim okullarında görevli olan PDR öğretmenlerin DEHB ve ÖÖG hakkında bilgi ve farkındalık düzeyinin belirlenmesini inceleyen betimsel bir çalışmadır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 2017-2018 eğitim-öğretim yılında Erzurum ilinin Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı toplam 26 ilköğretim ve ortaöğretim okulunda görev yapan 51 PDR öğretmen oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçme yöntemine gidilmemiştir. İzinli ve görevli öğretmenler haricinde araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen PDR öğretmenleri dahil edilerek (n=35) araştırmacılar tarafından hazırlanan basılı anketleri doldurmaları istenmiştir. Tüm öğretmenler anketleri doldurmadan önce çalışmanın amacı hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiştir.

Etik

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan çalışma onayı alınmıştır (sayı: B.30.2.ATA.0.01.00/41, karar no: 05) Çalışmaya katılmayı kabul eden öğretmenlerden bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla PDR öğretmenlerinin sosyo-demografik özelliklerini kapsayan kişisel bilgi formu ve DEHB hakkındaki bilgi ve inançlar anketi kullanılmıştır. Ayrıca ÖÖG farkındalık anketi kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulan bir form kullanılmıştır.^{36,37} Kişisel bilgi formu; PDR öğretmenlerinin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleki kıdem, DEHB ve ÖÖG ile ilgili yeterli bilgiye sahip olup olmadıkları, sınıflarında DEHB veya ÖÖG belirtileri gösteren öğrencilerin olup olmadığı, aile ve/veya yakın çevrelerinde DEHB ve ÖÖG tanısı almış birilerinin olup olmadığı, DEHB ve ÖÖG'ye ilişkin yeni bilgiler öğrenmek isteyip istemedikleri, DEHB ve ÖÖG ile ilgili herhangi bir eğitim alıp almadıkları, DEHB ve ÖÖG'ye yönelik herhangi bir hizmet içi eğitim alıp almadıklarını belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

DEHB Hakkındaki Bilgi ve İnançlar Anketi

Araştırmada, öğretmenlerin DEHB hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeyini belirlemek için Almacioğlu'nun³⁶ sınıf ve PDR öğretmenlerinin DEHB olan öğrencileri tanıma yeterliliklerinin belirlenmesi için geliştirdiği ve geçerlilik ve güvenilirliğinin sağlandığı DEHB Hakkındaki Bilgi ve İnançlar Anketi kullanılmıştır. Toplam 17 madde içeren bu ölçeğin maddeleri doğru-yanlış seçenekleri ile sorgulanmakta ve maddeler 0 ile 1 arasında puanlanmaktadır. Toplam puanın yüksek olması öğretmenlerin DEHB hakkındaki bilgi düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Sınıf ve PDR öğretmenleri üzerinde uygulanan ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik değeri 0,61 olarak belirlenmiştir. Ölçekte kapsam geçerlilik formülü ile 0,83 düzeyinde bir geçerlilik sağlanmıştır.

ÖÖG Farkındalık Anketi

Araştırmada, öğretmenlerin ÖÖG hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeyini belirlemek için Gül ve ark.³⁷ tarafından oluşturulan ÖÖG Farkındalık Anketi kullanılmıştır.

Araştırmanın yazarları tarafından oluşturulan anket, öğretmenlerin ÖÖG ile ilgili bilgi düzeylerini ve damgalama eğilimlerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Anketin ilk bölümünde, katılımcıların ÖÖG'yi daha önce duyup duymadıkları, hangi yolla duydukları, nedeni, belirtileri, hangi tedavi yöntemini bildiklerine yönelik sorular bulunmaktadır. Anketin ikinci bölümünde ise "ÖÖG olan çocuklar her derste zorlanır", "ÖÖG zeka geriliği ile birlikte görülür", "ÖÖG dikkat eksikliği ile birlikte görülür", "ÖÖG tedavi edilemez", "ÖÖG olan çocuklar farklı sınıflarda okutulmalıdır" gibi ÖÖG ile ilgili sıklıkla yapılan yanlış değerlendirmelerin doğru ya da yanlış şeklinde işaretlenmesi istenmektedir. Anketin son bölümünde ise "ÖÖG olan bir çocuk sizin çocuğunuzun sıra arkadaşı olsa bu sizi rahatsız eder miydi?", "ÖÖG olan çocuklar sizce sınıfın düzenini bozar mı?", "ÖÖG tanısı alan çocuklar sizce okullarda ek haklara sahip olmalı mıdır?", "ÖÖG olan çocukların ailelerinde başka psikolojik sorunlar bulunur mu?" gibi sorularla damgalama ve dışlama eğilimi evet-hayır seçenekleri ile sorgulanmaktadır. ÖÖG farkındalık anketi için herhangi bir toplam puan hesaplanmamıştır.

İstatistiksel Analiz

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi, SPSS 20.0 paket programı ile veri girişi yapılarak yapılmıştır. İstatistiksel analiz öncesi verilerin normal dağılıma sahip olduğu Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk testleriyle belirlenmiştir. Anket formunda katılımcıların her bir soruya verdiği yanıtlar tek tek belirlenmiş ve verilerin frekans ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır. Örneklemdeki öğretmenlerden DEHB ile ilgili eğitim almış olanlar ile olmayanların anketten aldıkları toplam puanlar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem için t-testi kullanılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya 35 PDR öğretmeni katılmıştır. Çalışmaya katılan PDR öğretmenlerinin %74,3'ü kadın (n=26), % 25,7'si erkektir (n=9). Kadınların yaş ortalaması 30,9±6,4, erkeklerin yaş ortalaması 38,8±9,9'dir. Öğretmenlerin bazı demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

DEHB'ye İlişkin Bulgular

Anketler doldurulmadan önce öğretmenlerin %77,1'i DEHB ile ilgili yeterli bilgi sahibi olduklarını, %74,3'ü sınıflarında DEHB'li öğrencilerin olduğunu düşündüğünü, %45,7'si ailesinde ya da yakın çevresinde DEHB'si olan bireyler olduğunu, %97,1'i DEHB ile ilgili yeni bilgiler öğrenmek istediğini, %62,9'u DEHB ile eğitim aldıklarını ve %20'si DEHB'ye yönelik hizmet içi eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Öğretmenlerin, DEHB'ye ilişkin genel bilgi ve DEHB olan öğrencileri tanıma konusunda verilen ölçek temelinde bilgi düzeylerine bakıldığında ölçekten alınan puanların ortalaması 17 üzerinden 10,66 olup orta düzeydedir. PDR öğretmenlerinin DEHB ölçeğinden almış oldukları puanlara göre bilgi düzeylerine ait betimsel istatistikler Tablo 2'de sunulmuştur.

Öğretmenlerin %8,6'sı DEHB'nin okul çağı çocuklarında görülme oranını yanlış bilmişlerdir. Katılımcıların %28,6'sı bir çocuğa DEHB tanısı konulabilmesi için davranışsal ve bilişsel belirtilerin 7 yaş öncesinde belli bir süre görülmüş olması gerektiğini yanlış bulmuştur. Öğretmenlerin %60,0'ı DEHB'nin belli oranda yetersiz anne-baba tutumlarından kaynaklandığını, %57,1'si DEHB'si olan çocukların başkalarına karşı fiziksel olarak acımasız ve incitici davranışlarda bulunduğunu, %62,9'u DEHB'si olan çocukların tedavisinde sadece bireysel psikoterapinin çoğu kez yeterli olduğunu, %28,6'sı DEHB'nin alt tiplerini bilmediğini, %65,7'si DEHB'nin çoğunlukla birinci derece akraba evliliklerinden olan çocuklarda görülen genetik kökenli nörolojik bir bozukluk olduğunu, %40'ı DEHB belirtilerinin genelde yetersiz ve kaotik ev ortamlarında yetişen çocuklarda görüldüğünü, %57,1'i DEHB'nin özel eğitim gerektiren bir rahatsızlık olduğunu ve genel eğitim içinde çözülmesinin beklenemeyeceğini ve %42,9'u DEHB'si olan çocukların, kendine özgü bazı fiziksel özelliklerinin bulunduğunu ve bunları ancak uzmanların anlayabileceklerini belirtmişlerdir.

Örneklemdaki öğretmenlerden DEHB ile ilgili eğitim almış olanlar ile olmayanların anketten aldıkları toplam puanlar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için uygulanan bağımsız örneklem için t-testinin

Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri (n=35)

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	26	74,3
Erkek	9	25,7
Yaş		
20-29	15	42,9
30-39	13	37,1
40 ve üzeri	7	20,0
Medeni durumu		
Evli	11	31,4
Bekar	24	68,6
Mesleki kıdem		
1-5 yıl	14	40,0
6-10 yıl	9	25,7
11-15 yıl	5	14,3
16 yıl ve üzeri	7	20,0
Eğitim düzeyi		
Lisans	32	91,4
Lisansüstü	3	8,6

Tablo 2. PDR öğretmenlerinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ölçeği temelinde betimsel istatistikleri

	n	Ortalama	SS	SE
DEHB ölçeği	35	10,66	2,67	0,453

DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, SS: Standart sapma

sonucu, DEHB ile ilgili eğitim almış olanlar [$M=11,41$, standart sapma (SS)= $2,26$] ile olmayanların ($M=9,38$, $SS=2,93$) arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir $t(33)=2,29$, $p=0,02$). Buna göre DEHB eğitimi almış olan öğretmenler almamış öğretmenlere göre anketten daha yüksek puan almışlardır.

ÖÖG'ye İlişkin Bulgular

ÖÖG ile ilgili olarak, anketler doldurulmadan önce öğretmenlerin %65,7'si ÖÖG ile ilgili yeterli bilgi sahibi olduklarını, %77,1'i sınıflarında ÖÖG'li öğrencilerin olduğunu düşündüğünü, %45,7'si ailesinde ya da yakın çevresinde ÖÖG'si olan bireyler olduğunu, %97,1'i ÖÖG ile ilgili yeni bilgiler öğrenmek istediğini, %48,6'sı ÖÖG ile ilgili eğitim aldıklarını ve %22,9'u ÖÖG'ye yönelik hizmet içi eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Öğretmenlerin %97,1'inin ÖÖG tanısını daha önce duydukları, %48,6'sının bu tanıyı doktordan, %25,7'sinin televizyondan, %20'sinin bir tanıdıktan ve %5,7'sinin gazeteden duyduklarını ifade etmişlerdir. Kadın öğretmenlerin %50'si ÖÖG tanısını doktorlardan, %26,9'u televizyondan, %15,4'ü bir tanıdıktan ve %7,7'si ise gazeteden, erkek öğretmenlerin ise %44,4'ü bir doktordan, %33,3'ü bir tanıdıktan ve %22,2'si ise televizyondan duyduklarını belirtmişlerdir. Cinsiyetler arası fark rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların %48,6'sının ÖÖG'yi ailesel ve genetik faktörlere, %42,9'unun dikkat eksikliğine, %5,7'sinin çevresel kaynaklara ve %2,9'unun da zeka geriliğine bağladığı tespit edilmiştir. Kadın öğretmenlerin %46,2'si ÖÖG'nin ailesel, genetik geçişli bir hastalık olduğunu, %42,3'ü ÖÖG'nin dikkat eksikliğinden kaynaklandığını, %7,7'si çevre kaynaklı olduğunu ve %3,8'si çocuğun zekasının düşük olmasından kaynaklandığını belirtirken, erkek öğretmenlerin %55,6'sı ÖÖG'nin ailesel, genetik geçişli bir hastalık olduğunu ve %44,4'ün ise ÖÖG'nin dikkat eksikliğinden kaynaklandığını belirtmiştir. Cinsiyetler arası fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Öğretmenlerin özgül öğrenme güçlüğü tedavi eden en iyi yöntem sorulduğunda %91,4'ü özel eğitim, %2,9'u psikoeğitim ve %5,7'si ÖÖG'nin tedavisi olmadığını belirtmiştir. Kadın öğretmenlerin %96,2'si ÖÖG tedavisinde en iyi yöntemin özel eğitim, %3,8'i ÖÖG'nin tedavisinin olmadığını belirtirken, erkek öğretmenlerin ÖÖG tedavisinde en iyi yöntemin %77,8'i özel eğitim, %11,1'i psikoeğitim, %11,1'i de tedavisinin olmadığını belirtmişlerdir. Cinsiyetler arası fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

PDR öğretmenlerinin %8,6'sı ÖÖG olan çocuklarda zeka geriliği olduğuna, %8,6'sı ÖÖG olan çocukların her derste zorlandıklarını, %62,9'unun ÖÖG olan çocuklarda dikkat eksikliğinin de bulunduğuna, %40'ının ÖÖG'nin tedavi edilse de tümüyle iyileşmeyeceğine ve hayat boyu devam ettiğine, %11,4'ünün ÖÖG olan çocukların normal çocuklardan farklı sınıflarda okutulması gerektiğine inandıkları saptanmıştır. Cinsiyetler arası herhangi bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Öğretmenlerin %97,1'i ÖÖG olan bir çocuğun kendi çocuklarının sıra arkadaşı olmasından rahatsızlık duymayacağını, %85,7'si ÖÖG tanısı alan çocukların ek haklara sahip olması gerektiğini belirtmiştir. Cinsiyetler arası fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Öğretmenlerin %57,1'i ÖÖG olan çocukların ailelerinde başka psikolojik sorunlar bulunduğunu belirtmiştir. Kadın öğretmenlerin %60'ının, erkek öğretmenlerin %40'ının ÖÖG tanısı olan çocukların ailelerinde başka psikiyatrik sorunlar olduğunu belirttikleri saptanmıştır. Cinsiyetler arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tartışma

Bu araştırmada, Erzurum'da ilköğretim ve ortaöğretim okullarında görev yapan PDR öğretmenlerinin DEHB ve ÖÖG hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeyleri incelenmiştir. Çalışmada kullanılan anketlerin sonuçlarına göre, öğretmenlerin DEHB puanlarının orta seviyede olduğu ve DEHB tanısı ile ilgili bilgi ve farkındalıkta eksikliğinin mevcut olduğu saptanmıştır. Çalışmanın sonuçları hem ülkemizde hem de farklı ülkelerde öğretmenlerin DEHB'ye yönelik farkındalık düzeylerini ölçen çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermiştir. Ülkemizde PDR öğretmenlerinin DEHB ile ilgili bilgi düzeyi ve farkındalığını ölçen çalışmalara baktığımızda Almacioğlu³⁶ ve Şimşek ve ark.³⁵ bilgi düzeyinin orta seviyede olduğunu ve öğretmenlerin bu tanıyla ilgili bazı yanlış bilgi ve inançlara sahip olduklarını belirtmişlerdir. González ve ark.²⁹ San Juan bölgesindeki 5 farklı okulda eğitim veren öğretmenlerin DEHB ile ilgili bilgi düzeyini ölçtükleri çalışmada öğretmenlerin DEHB ilgili sınırlı bilgiye sahip olduklarını ve çocuklarda yaygın olarak görülen davranışsal problemler konusunda eğitim almaları gerektiğini ortaya koymuşlardır. Perold ve ark.²⁸ Puerto Rico'da öğretmenlerin DEHB ile ilgili bilgi ve algılarını değerlendirmişler ve öğretmenlerin DEHB hakkında düşük düzeyde bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir.

Jimoh²³ Nijerya'da 250 ilkokul öğretmenin DEHB hakkında bilgi düzeyi ve tutumlarını değerlendirdiği çalışmada öğretmenlerin DEHB hakkında bilgi eksikliğinin olduğunu ve DEHB tanısı almış öğrencilere yönelik olumsuz tutumları olduğunu belirtmektedir. Aynı zamanda bu çalışmada öğretmenlerin eğitim düzeyi, mesleki kıdemi, DEHB ile ilgili eğitim alıp almadıklarını DEHB tanısı almış öğrencilere yönelik algıladıkları bilgi düzeyi ve tutumları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu ifade edilerek, DEHB ile ilgili öğretmen eğitiminin zorunlu olması gerektiği savunulmaktadır. Blotnick-Gallant ve ark.²⁴ Kanada'da öğretmenlerin DEHB hakkındaki bilgi ve inançlarını ve DEHB tanısı almış öğrencilere yönelik kullanılan kanıta dayalı öğretim ve davranış yönetimi stratejileri hakkında bilgi düzeyini araştırdıkları çalışmada, öğretmenlerin DEHB belirtileri ve tanısı hakkında orta düzeyde bilgiye sahip olduklarını, ancak kanıta dayalı müdahaleler hakkındaki bilgilerinin daha düşük düzeyde olduğunu belirtmektedir. Alkathani²⁵ Suudi Arabistan'da 429 öğretmenin DEHB hakkında bilgi ve yanlış kanılarını değerlendirdiği çalışmada öğretmenlerin DEHB ile ilgili yetersiz bilgiye sahip olduklarını ifade etmektedir. Ayrıca, bu çalışmanın bulguları öğretmenlerin bilgi düzeyi ile geçmişte DEHB ile ilgili aldıkları eğitim arasında pozitif bir korelasyon olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmanın DEHB'ye yönelik diğer sonuçları arasında PDR öğretmenlerinin yarısından fazlasının DEHB'nin çoğunlukla

birinci derece akraba evliliklerinden olan çocuklarda görülen genetik kökenli nörolojik bir bozukluk olduğu ve yetersiz anne-baba tutumlarından kaynaklandığı, DEHB tanısı olan çocukların başkalarına karşı fiziksel olarak acımasız ve incitici davranışlarda bulunduğu, DEHB'si olan çocukların tedavisinde sadece bireysel psikoterapinin çoğu kez yeterli olduğu, DEHB'nin özel eğitim gerektiren bir rahatsızlık olduğu ve genel eğitim içinde çözülmesinin beklenemeyeceği gibi bazı yanlış fikirlere sahip oldukları yer almaktadır. Ayrıca katılımcıların çok az bir kısmı DEHB'nin okul çağı çocuklarında görülme oranını ve DEHB'nin alt tiplerini yanlış bilmişlerdir. Bekle³⁹ ve Ghanizadeh⁴⁰ yaptıkları araştırmanın sonucunda öğretmenlerin DEHB belirtilerinin kaotik aile ilişkileri ve yetersiz ebeveynlik becerisinden kaynaklandığı şeklinde düşüncelere sahip olduklarını belirtmişlerdir. Almacioğlu³⁶ çalışmasında öğretmenlerin DEHB'nin özel eğitim gerektiren bir rahatsızlık olduğu ve genel eğitim içinde çözülemeyeceğine inandıklarını saptamıştır.

Bu çalışmanın ÖÖG'ye yönelik sonuçlarına göre, öğretmenlerin ÖÖG hakkında bilgi ve farkındalık düzeylerinin orta seviyede olduğu ve ÖÖG tanısı ile ilgili bilgi eksikliğinin mevcut olduğu saptanmıştır. Ülkemizde PDR öğretmenlerinin ÖÖG ile ilgili bilgi düzeyini ölçen çalışmalara baktığımızda ÖÖG'ye yönelik bilgi düzeyini ölçen bir çalışmaya rastlanmadığı ve daha çok sınıf ya da branş öğretmenlerinin bilgi düzeyinin ölçüldüğü araştırmaların olduğu dikkat çekmektedir. Gül ve ark.³⁷ ilköğretimde görev yapan öğretmenlerin ÖÖG hakkında bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu ve öğretmenlerin ÖÖG hakkında birçok yanlış değerlendirmelerinin olduğunu saptamışlardır. Doğan⁴¹, sınıf ve Türkçe öğretmenlerinin okuma güçlüğüne ilişkin bilgi ve okuma güçlüğü olan öğrencileri belirleme düzeylerini ortaya çıkarmayı amaçladığı araştırmasında, öğretmenlerin okuma güçlüğü olan öğrencileri belirlemede yetersiz kaldıklarını tespit etmiştir. İzci⁴² çalışmasında sınıf öğretmeni adaylarının özel eğitim ve kaynaştırma eğitimi konusundaki bilgi ve becerilerinin yeterli olmadığını saptamıştır. Kaptanoğlu⁴³ çalışmasında sınıf öğretmenlerinin ÖÖG tanısı hakkında orta düzeyde bilgi sahibi olduklarını bulmuştur. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda Kakabaree ve ark.²⁶ İran'da öğretmenlerin ÖÖG'nin etiyolojisi ve doğasıyla ilgili kabul edilir düzeyde bilgiye, ancak tanı ve çeşitleri hakkında son derece yetersiz bilgiye sahip olduklarını saptamışlardır. Khademi ve ark.²² İran'da öğretmenlerin orta düzeyde bilgiye sahip olduklarını tespit etmişlerdir. Brook ve ark.⁴⁴ İsrail'de lise öğretmenlerinin ÖÖG hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmişlerdir.

ÖÖG tanısı almış çocuklarda çoğu zaman düşük akademik performans görülmektedir. Örneğin, dil işleme bozuklukları, okumada ve yazmada yavaşlık ve bellek sorunları bir öğrencinin bir metni tekrar okumasına veya sözlü talimatları dinlemek zorunda kalmasına neden olabilmektedir. Bu öğrenciler ayrıca soruları cevaplamadan veya konuştuklarında cevap vermeden önce bilginin işlenmesi için daha fazla zamana ihtiyaç duyabilirler, bu da sınıf veya grup tartışmalarına katkıda bulunmada zorluklara

neden olabilmektedir. DEHB tanısı almış çocuklar öğrenme için kritik öneme sahip olan odaklanmakta zorlanmakta, organizasyon ve planlama aşamalarında güçlük çekebilmekte ve bu da çocukların ödevlerini zamanında bitirmelerine engel olabilmektedir. Bu nedenle, bu tanıya sahip çocukların ve ailelerinin damgalanma, önyargı ve ayrımcılıkla yüzleşme riskleri yüksektir. Nitekim sağlıklı kişilerin DEHB belirtileri gösteren kişilere karşı tepkilerini inceleyen birkaç deneysel çalışmada DEHB'li kişilerin davranışlarının çocukça ve sosyal açıdan uygunsuz bulunduğu belirtilmiştir.^{45,46} Amerika'da bulunan Ulusal ÖÖG Merkezi¹² milyonlarca insanın her gün öğrenme gücüne bağlı zorluklarla karşı karşıya kaldığı gerçeğine rağmen, ÖÖG'nin doğası ve etkisi hakkında yaygın bir kafa karışıklığının olduğunu ve yanlış değerlendirmelerin varlığını sürdürdüğünü ifade etmekte ve ÖÖG ile ilgili bilgi eksikliğinin, okulda, işyerinde ve toplumda beklentileri ve kaçırılmış fırsatları azaltma ihtimalinin yanı sıra damgalanma riskini de artırdığını belirtmektedir.

DEHB ve ÖÖG için erken tanı ve müdahalenin önemi göz önünde bulundurulduğunda, PDR öğretmenlerinin bu iki tanı hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları ve aileler ve hekimlerle işbirliği içinde çalışmaları önem arz etmektedir. DEHB ve/veya ÖÖG'ye sahip çocukların normal ya da normalüstü zekaya sahip oldukları çoğu zaman göz ardı edilmekte ve bu çocuklar bazı alanlarda büyük başarı potansiyeline sahip olmalarına rağmen öğretmenleri, arkadaşları ve aileleri tarafından "tembel" olarak damgalanmakta ve eğitim sistemi içerisinde kaybolup gitmektedirler.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu araştırmanın sınırlı bir örneklem ile yürütülmüş ve Erzurum İl Millî Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı tek bir ilçede yapılmış olması çalışmanın sınırlılıkları arasında olup sonuçlar dikkatle yorumlanmalıdır. İleriki çalışmalar çalışmanın yürütüldüğü ilde birden fazla ilçeyi kapsayacak şekilde yapılarak öğretmen sayısı artırılabilir.

Sonuç

PDR öğretmenlerinin DEHB ve ÖÖG hakkında bilgi düzeylerinin orta seviyede olduğu saptanmıştır. Çalışmanın sonucu İl Millî Eğitim Müdürlüğü ile paylaşılmıştır. Bunun sonucunda, Erzurum il merkezinde ilk ve ortaöğretimde bulunan sınıf öğretmenleri ve PDR öğretmenlerinin DEHB ve ÖÖG konusunda bilgi ve yeterliliklerinin artırılması için eğitimler düzenlenmesi önerisinde bulunulmuştur.

Etik

Etik Kurul Onayı: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan çalışma onayı alınmıştır (sayı: B.30.2.ATA.0.01.00/41, karar no: 05).

Hasta Onayı: Çalışmaya katılmayı kabul eden öğretmenlerden bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

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

Yazarlık Katkıları

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

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164:942-948.
2. Gallo EF, Posner J. Moving towards causality in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Overview of neural and genetic mechanisms. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:555-567.
3. Baysal BK, Ercan, ES, Rohde, LA. 3 year longitudinal ADHD and ODD prevalence research in a Turkish sample. 3rd International Congress on ADHD, Berlin, Germany; May 2011.
4. Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. The distribution of symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13:354-361.
5. Şenol S. Dikkat Eksikliği Yıkıcı Davranış Bozukluklarının klinik özellikleri, aynı grup ve diğer DSM-IV tanılarıyla birliktelikleri, risklerin ve tedavi eğiliminin belirlenmesi [Yayınlanmamış uzmanlık tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 1996.
6. Motavallı N. Kentsel kesimde Türk ilkököl çocuklarında "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun" nozolojik bağlamda prevalansının araştırılması [Yayınlanmamış uzmanlık tezi]. İstanbul; İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi; 1994.
7. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-V) İçinde: Köroğlu E. Ankara; Hekimler Yayın Birliği; 2013.
8. Lagae L. Learning disabilities: Definitions, epidemiology, diagnosis, and intervention strategies. *Pediatr Clin North Am*. 2008;55:1259-1268.
9. Asfuroğlu BÖ, Fidan TS. Özgül Öğrenme Güçlüğü. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2016;38(Özel Sayı 1):49-54.
10. DuPaul GJ, Gormley MJ, Laracy SD. Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for assessment and treatment, *J Learn Disabil*. 2013;46:43-51.
11. Inci SB, Ipci M, Akyol Ardic U, Ercan ES. Psychiatric Comorbidity and Demographic Characteristics of 1,000 Children and Adolescents With ADHD in Turkey. *J Atten Disord*. 2019;23:1356-1367.
12. National Center for Learning Disabilities (NCLD). The State of Learning Disabilities: Facts, Trends and Indicators, New York; 2014.
13. Somale A, Kondekar SV, Rathi S, Iyer N. Neurodevelopmental comorbidity profile in Specific Learning Disorders, *International Journal of Contemporary Pediatrics*. 2016;3:355-361.
14. Margari L, Buttiglione M, Craig F, Cristella A, de Giambattista C, Matera E, Operto F, Simone M. Neuropsychopathological comorbidities in Learning Disorders. *BMC Neurol*. 2013;13:198.
15. Harpin VA. The Effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child*. 2005;90(Suppl 1):2-7.
16. Brook U, Boaz M. Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) and Learning Disabilities (LD): Adolescents perspective. *Patient Educ Couns*. 2005;58:187-191.
17. Karande S, Bhosrekar K, Kulkarni M, Thakker A. Health-related quality of life of children with newly diagnosed Specific Learning Disability. *J Trop Pediatr*. 2005;55:160-169.

18. Cuffe SP, Visser SN, Holbrook JR, Danielson ML, Geryk LL, Wolraich ML, McKeown RE. ADHD and psychiatric comorbidity: Functional outcomes in a school-based sample of children. *J Atten Disord*. 2015.
19. Daley D, Birchwood J. ADHD and academic performance: Why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the Classroom? *Child Care Health Dev*. 2010;36:455-464.
20. Papanastasiou F. The Psychological implication of Learning Disabilities. *Acta Psychopathol*. 2017;4:1.
21. Safaan NA, El-Nagar SA, Saleh AG. Teachers' knowledge about Attention Deficit Hyperactivity Disorder among primary school children. *Am J Nurs*. 2017;5:42-52.
22. Khademi M, Rajeziesfahani S, Noorbakhsh S, Panaghi L, Davari-Ashtianil R, Razjouyan K, Salamatbakhsh N. Knowledge and attitude of primary school teachers in Tehran/Iran towards ADHD and SLD. *Global Journal of Health Science*. 2016;8:141-151.
23. Jimoh M. Knowledge and attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder among primary school teachers in Lagos State, Nigeria. *Advances in Life Science and Technology*. 2014;23:7-15.
24. Blotnicky-Galant P, Martin C, McGonnel M, Corkum PV. Nova Scotia Teachers' ADHD knowledge, beliefs, and classroom management practices. *Canadian Journal of School Psychology*. 2014;30:3-21.
25. Alkahtani KD. Teachers' knowledge and misconceptions of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology*. 2013;4:963.
26. Kakabaraee K, Arjmandnia AA, Afrooz GA. The Study of awareness and capability of primary school teachers in identifying students with Learning Disability in the province of Kermanshah. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2012;46:2615-2619. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.05.534>
27. Rodrigo MD, Perera D, Eranga VP, Williams SS, Kuruppuarachchi KA. The knowledge and attitude of primary school teachers in Sri Lanka towards childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Ceylon Med J*. 2011;56:51-54. <http://dx.doi.org/10.4038/cmj.v56i2.3108>.
28. Perold M, Louw C, Kleynhans, S. Primary school teachers' knowledge and misperceptions of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *S Afr J Educ*. 2010;30.
29. González Tejera G, González M, Ramírez B, Rivera M. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in five schools of the San Juan metropolitan area: Assessment of teacher's knowledge. *Bol Asoc Med P R*. 2008;101:31-35.
30. Dodangi N, Vameghi R, Habibi N. Evaluation of knowledge and attitude of parents of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder children towards Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Clinical Samples. *Iran J Psychiatry*. 2017;12:42-48.
31. Moldavsky M, Sayal K. Knowledge and attitudes about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and its treatment: The views of children, adolescents, parents, teachers and healthcare professionals. *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15:377.
32. Weyandt L, Fulton M, Schepman S, Verdi G, Wilson K. Assessment of teacher and school psychologist knowledge of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychol Sch*. 2009;46:951-960.
33. Hirfanoglu T, Soysal, AS, Gücüyener K, Cansu A, Serdaroglu A. A study of perceptions, attitudes, and level of knowledge among pediatricians towards Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Turk J Pediatr*. 2008;50:160-166.
34. Kwasman A, Tinsley BJ, Lepper HS. Pediatricians' knowledge and attitudes concerning diagnosis and treatment of Attention Deficit and Hyperactivity Disorders: A national survey approach. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1995;149:1211-1216.
35. Şimşek Ş, Yıldırım V, Bostan R. Psikolojik danışmanlık ve rehberlik öğretmenlerinin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu hakkındaki bilgi ve inançları. *Van Tıp Dergisi*. 2015;22:34-37.
36. Almacioğlu, DC. Yönetmelik bir Sorun Olarak Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Öğrencilerin Sınıf ve Psikolojik Danışma ve Rehberlik Öğretmenleri Tarafından Tanınma Yeterliliklerinin İncelenmesi (Gaziantep İl Merkezi Örneği). [yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi; 2007.
37. Gül H, Yürümez E, Gül A, Kılıç HT, Ay MG. Öğretmenlerin Özgül Öğrenme Güçlüğü ile ilgili bilgi düzeyleri ve damgalama: Çok merkezli bir çalışma. *Ortadoğu Tıp Dergisi*; 2016;8:76-82.
38. Esen A, Çifci İ. Sınıf öğretmenlerinin öğrenme yetersizliği ile ilgili bilgilerinin belirlenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*; 2000;8:85-90.
39. Bekle B. Knowledge and attitudes about Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students. *J Atten Disord*. 2004;7:151-161.
40. Ghanizadeh A. Distribution of symptoms of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder in school children of Shiraz, South of Iran. *Arch Iran Med*. 2008;11:618-624.
41. Doğan B. Türkçe ve sınıf öğretmenlerinin okuma güçlüğüne ilişkin bilgileri ve okuma güçlüğü olan öğrencileri belirleyebilme düzeyleri. *Okuma Yazma Eğitimi Araştırmaları*; 2013;1:20-33.
42. İzci Y. Sınıf öğretmeni adaylarının "özel eğitim" konusundaki yeterlikleri. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2014;4:106-114.
43. Kaptanoğlu H. Sınıf öğretmenlerinin Özgül Öğrenme Güçlüğüne yönelik tutumlarının incelenmesi ve bilgi düzeylerinin saptanması. [yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Lefkoşa: Yakındoğu Üniversitesi; 2016.
44. Brook U, Watemberg N, Geva D. Attitude and knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Learning Disability among high school teachers. *Patient Educ Couns*. 2000;40:247-252.
45. Canu WH, Newman ML, Morrow TL, Pope DL. Social appraisal of adult ADHD: Stigma and influences of the beholder's big five personality traits. *J Atten Disord*. 2008;11:700-710.
46. Stroes A, Alberts E, Van Der Meere JJ. Boys with ADHD in social interaction with a non familiar adult: An observational study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42:295-302.

Konya İlinde Bir Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniğinde Değerlendirilen Adli Olguların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Geriye Dönük İncelenmesi

Retrospective Analysis of Sociodemographic and Clinical Characteristics of Forensic Cases Evaluated in a Child and Adolescent Psychiatry Clinic in Konya

İD Merve Sertdemir¹, İD Beytullah Kut², İD Şerafettin Demirci², İD Ömer Faruk Akça¹, İD Semih Erden¹, İD Faruk Uğuz³, İD Mehmet Ak³, İD Adem Aydın³, İD Ayhan Bilgiç¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

³Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

ÖZ

Amaç: Günümüzde çocuk ve ergenlerin de dahil olduğu adli olguların sayısı giderek artmaktadır. Bununla birlikte ülkemizde çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında adli psikiyatrik değerlendirme yapılan olguların özellikleri ile ilgili veriler son derece sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, son 5 yılda Konya ilinde çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özelliklerini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma kapsamında Ocak 2014-Şubat 2019 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı'na adli rapor için yönlendirilen toplam 523 olgunun arşiv dosyaları ve raporları geriye dönük olarak incelenmiştir. Bu çocukların yaş, cinsiyet, aile yapıları, eğitim durumları, yaşadıkları yer, zeka düzeyleri ve gönderilme sebepleri, suça sürüklenen çocukların hangi suç tipini işledikleri, istismara maruz kalanlardaki istismar türleri değerlendirilmiştir.

Bulgular: Adli psikiyatri polikliniğimize başvurmış olan olguların %33,7'si (n=176) suça sürüklenme, %39,8'i (n=208) cinsel istismar ve %26,6'sı (n=139) ise diğer nedenler sebebiyle değerlendirilmiştir. Kızlarda geliş sebebinin cinsel istismar kategorisinde, erkeklerde ise suça sürüklenme kategorisinde anlamlı şekilde yüksek olduğu gözlenmiştir (p<0,001). Cinsel istismar mağduru çocuklarda okul devamlılıklarının daha fazla olduğu gösterilmiştir (p=0,025). Dağılmış aile tipi ile uyuşturucuyla ilişkili suç türü arasında anlamlı ilişki bulunduğu saptanmıştır (p<0,001).

Sonuç: Çalışmamızda Konya ilinde son beş yıldaki adli başvuru sebeplerinden büyük kısmının cinsel istismar olduğu ve cinsel istismar için başvurusu olan çocukların sıklıkla okula devam ettikleri gösterilmiştir. Okula devam etmek, çocuğa sağladığı eğitim ve rehberlik desteği ile var olan istismarın ortaya çıkarılmasında son derece önemli gözükmektedir. Çalışmamızda uyuşturucu nedeniyle suça sürüklenmenin aile tipi ile ilişkisi gösterilmiştir. Bu veriler çevresel faktörlerin suç tipleri bağlamında çocuk suçluluğunda rolü olabileceğini düşündürmektedir. Gelecekte çocuk ve ergenlerde suç tiplerine spesifik olarak yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Adli rapor, cinsel istismar, suça sürüklenme

ABSTRACT

Objectives: The number of forensic cases in childhood and adolescence is increasing. However, the data on the characteristics of the forensic psychiatric evaluations in the field of child and adolescent psychiatry in our country are extremely limited. The aim of this study was to investigate the sociodemographic characteristics of children and adolescents who had applied to the child psychiatry outpatient clinic in Konya in the last 5 years.

Materials and Methods: In this study, archive files and reports of 523 cases referred to Necmettin Erbakan University Meram School of Medicine Department of Child and Adolescent Psychiatry between January 2014 and February 2019 were analyzed retrospectively. The age, gender, family structure, educational background, place of residence, intelligence levels and reasons for referring these children, the type of crime committed by the offenders, and the types of abuse in the victims were evaluated.

Results: Of the cases admitted to our forensic psychiatry outpatient clinic, 33.7% (n=176) were evaluated for delinquency, 39.8% (n=208) for sexual abuse and 26.6% (n=139) for other reasons. The frequency of referral was significantly higher in the sexual abuse category in girls and in the delinquency category in boys (p<0.001). School attendance was found to be higher in children who were victims of sexual abuse (p=0.025). A significant relationship was found between having a broken family and drug-related crimes (p<0.001).

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Merve Sertdemir, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Tel.: +90 507 551 74 15 **E-posta:** drcurameve@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0002-3156-8657

Geliş Tarihi/Received: 24.09.2019 **Kabul Tarihi/Accepted:** 30.01.2020

©Telif Hakkı 2020 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



ABSTRACT

Conclusion: In our study, it was shown that most of the reasons for forensic application were sexual abuse in Konya and these children frequently attended the school. Attending the school seems to be extremely important in revealing abuse through the education and guidance support. In our study, the relationship between drug-related delinquency and family type was demonstrated. These data suggest that environmental factors may have a role in juvenile delinquency in the context of crime types. Future studies on the crime types in children and adolescents are needed.

Keywords: Delinquency, forensic report, sexual abuse

Giriş

Adli tıp genel olarak hukuki kavramlar ve yasal sorunlarla kesişen tıbbın çeşitli alanları ile ilgilenen, tıpta uzmanlık dallarından biridir. Adli psikiyatri ise bilimsel açıdan adli tıp, psikiyatri, çocuk ve ergen psikiyatrisi, nöroloji, sosyoloji, hukuk gibi birçok farklı disiplinin bakış açısı içinde yargı sürecindeki sorunları ele alan ve gerçeği ortaya çıkarmaya çalışan bir üst uzmanlık alanı olarak görülmektedir.¹ Ülkemizde adli psikiyatri henüz ayrı bir üst uzmanlık alanı olarak tanımlanmamıştır. Bu alan ile ilgili süreçler erişkin psikiyatrisi, çocuk ve ergen psikiyatrisi ve adli tıp hekimlerinin ortak sorumlulukları içerisinde yürütülmektedir. Adli makamların hangi uzmanlık dalından (erişkin psikiyatrisi, çocuk ve ergen psikiyatrisi, adli tıp) bilirkişi görüşü alacağı kendi takdirine bırakılmıştır.² Çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında özelleşmiş bir adli psikiyatri yan dalı bulunmamakla birlikte günümüzde çocuk ve ergenlerin de dahil olduğu adli olguların sayısı giderek artmaktadır. Bu yaş grubundaki adli olgular sıklıkla çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniklerine yönlendirilip bilirkişi görüşü istenmektedir.³ Bu durum çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında çalışan hekimler için adli olgularla ilgili mesleki eğitim ve tecrübe ihtiyacını doğurmaktadır.

Çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniklerine adli makamlarca yönlendirilmiş çocuk ve ergenler çoğunlukla, cezai sorumluluğun (işlediği iddia edilen fiilin hukuki anlamını, sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişip gelişmediğinin) belirlenmesi veya mağduru olduğu istismar nedeni ile ruh sağlığının bozulmuş olup olmadığının ortaya konulması açısından değerlendirilirler. Ayrıca çocuk ya da ergenin ifadesine güvenilirlik verilemeyeceği, beden ve ruhsal açıdan kendisini savunabilecek durumda olup olmadığı, tutuklu bulunanların psikiyatrik durumlarının tespiti ve tedavisi, mahkeme kararı ile reşit olmayanlar için evlilik izni, vesayet davası, evlat edinme gibi sebeplerle de adli psikiyatrik değerlendirme istenebilmektedir.

Adli psikiyatrik değerlendirme kişinin davaya konu olan eylem sırasındaki duygudurumunun, düşünce ve davranışlarının, eylemden önceki ve sonraki ruhsal durumunun, psikometrik testlerin ve resmi evrakların etik ilkeler ve hukuksal çerçevede incelenmesini kapsamaktadır.⁴ Adli psikiyatrisiye ilgilendiren bir sorunun çözümü için olguyu biyo-psiko-sosyal boyutlarıyla değerlendirmek gerekmektedir. Kişinin geçmiş tıbbi ve psikiyatrik durumu, kriminal öyküsü, gerçekleştirmiş olduğu eylemin şekli ve o eylem sırasındaki koşulları öğrenilmelidir. Adli psikiyatri değerlendirmesinde eylemin adli sürece konu olan boyutu dışında kalan tıbbi yönü de atlanmamalıdır. Gerekli olan olgularda tıbbi yardım ve tedavi alınması sağlanmalıdır.⁵

Çocuk veya ergenin psikiyatrik tanısı, risk faktörleri, çocuğun bakım gördüğü çevre ve daha iyi korunabilmesi açısından tedbirler de değerlendirilmelidir.⁶

Toplumsal düzendeki kuralların ihlali veya yasalara aykırı tutumlar suç olarak tanımlanmaktadır ve suçlu olan kişiye de belirlenmiş bir ceza öngörülmektedir. Çocuk suçluluğu kavramı ise yetişkinlerdekinden farklı olarak ele alınmaktadır. Çocuğun suçlu olduğu durumlar için suça sürüklenme kavramı kullanılmaktadır.⁷ Çocuk ve ergen yaş grubunda halen biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişim devam etmekte olduğundan ve ahlaki yargıları yeterince olgunlaşmadığından ceza verilememesi ya da cezada indirime gidilmesi görüşü tüm dünyada genel kabul gören bir yaklaşımdır.⁸ Çocuklarda ceza sorumluluğu kavramı 12 yaşından sonra başlamakta olup, 12-15 yaş grubundaki çocuklar için, işledikleri iddia edilen eylemin anlamını ve sonuçlarını idrak edebilme yeteneğinin gelişip gelişmediğinin değerlendirilmesi yasal zorunluluktur. Daha bütüncül yaklaşımda ise çocuğun gelişimsel özelliklerinin, tıbbi ve ruhsal durumunun ceza sorumluluğuna etkisi araştırılırken, yetiştiği sosyal çevreye ait özelliklerin de bilinmesi gereklidir.⁹ Yapılan araştırmalar çocuk suçluluğundaki en önemli faktörün çocuğun içinde yaşadığı olumsuz çevre olduğunu ortaya koymaktadır.¹⁰ Bu yüzden çocuk ve ergenleri suça sürükleyen faktörlerin belirlenmesi bu gençlerin rehabilitasyonunda ve sağlıklı bireylerin yetiştirilmesinde önemli bir konudur.

Çocuklar adli değerlendirmede fiziksel veya cinsel istismar mağduru olarak karşımıza çıkabilmektedir. Çocuk istismarı dünyada hemen her coğrafyada, her yaş, ırk ve sosyal sınıfta görülebilmektedir. Günümüzde bu konunun daha çok konuşulabilir olması ve araştırmaların artmasıyla sanıldığından daha fazla oranda çocuğun istismara uğradığı ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde toplum tabanlı yapılan yeterli çalışma bulunmamakta birlikte, mevcut çalışmalarda fiziksel istismar prevalansının %30-35, cinsel istismar prevalansının ise %13 olduğu tahmin edilmektedir.¹¹ Cinsel istismar, "halen cinsel gelişimini tamamlamamış çocuk ya da ergenin, yetişkin kişilerin cinsel arzu ve ihtiyaçlarını karşılamak niyetiyle kullanılması" olarak tanımlanmaktadır. Cinsel istismar değerlendirilmesinde önemli bir nokta eylemin mutlaka şiddet veya zor kullanarak gerçekleşmiş olmasının gerekmemesi ve çocuğun rızasının olup olmadığına bakılmamasıdır.¹² Cinsel istismarın özellikleri çocuğun yaşına, gelişimsel ve ruhsal durumuna, fail ile daha önceki ilişkisine, istismarın süresi, sıklığı ve şiddet kullanımına göre değişmektedir.¹³ Cinsel istismar tipi; temas içermeyen cinsel istismardan dokunma, sürtünme, penetrasyon veya sömürüye kadar (fuhuş, çocuk pornografisi) değişebilmektedir.¹⁴ Bununla birlikte cinsel istismarı ortaya çıkarmak ve gerçek oranları saptamak oldukça güçtür. Çocuklar korkutulma,

utanç, suçluluk veya çeşitli ödüllerin teklifi nedeniyle istismarı gizleme eğilimindedir. Aileler ise etiketlenme korkusu, failin aile bireylerinden biri olması, düşük sosyoekonomik durum gibi birçok sebeple olayın örtbas edilmesine neden olabilmektedirler.

Ülkemizde çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında adli psikiyatrik değerlendirme yapılan olguların özellikleri ile ilgili veriler son derece sınırlıdır. Bu çalışmada amaç Orta Anadolu'yu temsil edebileceği düşünülen Konya ilinde çocuk psikiyatrisi polikliniğine adli rapor istemiyle son 5 yıl içinde başvurusu olmuş çocuk ve ergenlerin geliş nedenlerini ve sosyo-demografik değişkenlerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma kapsamında Ocak 2014-Şubat 2019 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı'na adli rapor için yönlendirilen toplam 523 olgunun arşiv dosyaları ve raporları geriye dönük olarak incelenmiştir. Çalışmaya 18 yaşın altındaki olgular dahil edilmiş olup ek dışlama kriteri kullanılmamıştır. Olguların tamamı yargısal süreç devam ederken psikiyatrik açıdan değerlendirilmek üzere ya doğrudan çocuk ve ergen psikiyatri anabilim dalına başvurmuşlar ya da adli tıp anabilim dalı tarafından istenen konsültasyon sonucunda çocuk ve ergen psikiyatri anabilim dalına yönlendirilmişlerdir. Olgular daha sonra çocuk ve ergen psikiyatrisi, erişkin psikiyatrisi ve adli tıp uzmanlarından oluşan bir kurul tarafından değerlendirilmişlerdir. Bu çocukların yaş, cinsiyet, aile yapıları, eğitim durumları, yaşadıkları yer, zeka düzeyleri ve gönderilme sebepleri, suça sürüklenen çocukların hangi suç tipini işledikleri, istismara maruz kalanlardaki istismar türleri incelenmiştir. Her iki biyolojik ebeveyni ile birlikte yaşamayan (tek ebeveyn ile ya da başka bakım verenleri ile yaşayan) olgular verilerde "dağılmış aile" olarak kategorize edilmiştir.

İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS 20.0 İstatistiksel Paket Programı kullanılarak değerlendirilmiş, sayı ve yüzde olarak verilmiş, tanımlayıcı analizler ve karşılaştırma analizleri (ki-kare testi ya da tek yönlü varyans analizi) yapılmıştır. Çalışmanın yürütülmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

Bulgular

Geriye dönük olarak değerlendirilen 523 olgunun yaş ortalaması 14,2±3,01 (yaş aralığı=1,2-18) olup, %50,9'unun erkek (n=257), % 49,1'inin (n=266) ise kız cinsiyete sahip olduğu saptanmıştır. Adli değerlendirme için başvuruları sırasında halen eğitimine devam eden olguların oranı %59,3 olarak bulunmuştur. Tüm başvurular göz önüne alındığında olguların %9,4'ü ilkökula, %22'si ortaokula, %27,9'u liseye devam etmekteydi. Buna karşın, örneklemin %3,6'sı ilkökoldan, %12,8'i ortaokoldan, %11,9'u liseden sonra okula devam etmemişti. Olguların %70,4'ü her iki biyolojik ebeveyni ile birlikte yaşamaktayken, %29,6'sı boşanma ya da ölüm gibi nedenlerle tek ebeveyni ile ya da başka bakım verenler ile birlikte yaşamaktaydı. Adli rapor

istemiyle başvuranların %42,3'ü il merkezinde, %33,8'i ilçede, 23,9'u ise köyde ikamet etmekteydi.

Adli psikiyatri polikliniğimize başvurmuş olan olguların %33,7'sinden (n=176) işledikleri iddia edilen suçun hukuki anlam ve önemini algılama ve davranışlarını yönlendirme yetenekleri açısından değerlendirme talep edilmiştir. Olguların %39,8'i (n=208) ise uğradıkları cinsel istismar sonrası beden ve ruh sağlığı bakımından değerlendirilmeleri için yönlendirilmiştir. Başvuru sebebi suça sürüklenme veya cinsel istismara maruz kalma kategorileri dışındaki 139 olgu (%26,6) ise evlilik izni, sağlık tedbiri, vesayet ve tıbbi durum raporu talebi ile değerlendirilmiştir. Kızlarda geliş sebebinin cinsel istismar kategorisinde, erkeklerde ise suça sürüklenme kategorisinde anlamlı şekilde yüksek olduğu gözlenmiştir [$\chi^2=196,5$, standart sapma (SS)=1, $p<0,001$].

Suçta sürüklenen çocuk ve ergenlerin işledikleri iddia edilen suçlar sırasıyla hırsızlık (%29,4), yaralama/darp (%25), cinsel istismar (%25), uyuşturucu madde bulundurmak (%6,7), tehdit/hakaret (%5,6), mala zarar verme (%4,4) ve diğer nedenler (%3,9) olarak belirlenmiştir. Suça sürüklenme nedeni ile değerlendirilen olguların büyük çoğunluğu (%92'si) erkek cinsiyete sahipti ve işledikleri iddia edilen bütün suç tiplerinde kız cinsiyet ile karşılaştırıldığında anlamlı derecede farklılık mevcuttu ($\chi^2=18,779$, SS=6, $p=0,005$). Suça sürüklenme sebebi ile başvuran olgular diğer adli sebepler ile başvuranlarla kıyaslandığında yaşadıkları yer, zeka düzeyleri ve okul devamlılıkları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Şehirde, ilçede veya köyde ikamet etme ile suç tipleri arasında da ilişki gösterilememiştir.

Cinsel istismara maruz kalan olgularının (n=208) %75'i kız cinsiyete (n=156) sahipti. Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin maruz kaldıkları istismar türleri sırasıyla dokunma-okşama-sürtünme (%41,5), vajinal penetrasyon (%30,2), anal penetrasyon (%18), sözlü taciz (%3,4), cinsel organını gösterme (%2,9), cinsel organını elletme (%1,5) ve orogenital temas (%0,5) olarak bildirilmişti. Cinsel istismarın türü kızlarda en sık dokunma-okşama-sürtünme (%50,6) olarak, erkeklerde ise en sık anal penetrasyon (%68,6) olarak rapor edilmiştir. Cinsel istismar sebebi ile başvuran olgularda diğer adli nedenler ile başvuranlara göre zeka düzeyi ve yaşadığı yer açısından anlamlı bir farklılık bulunamamışken, cinsel istismar mağduru çocuklarda okul devamlılıklarının daha fazla olduğu gösterilmiştir ($\chi^2=7,375$ SS=2, $p=0,025$). Cinsel istismarın türü ile okul devamlılığı arasında ise farklılık bulunmamıştır.

Aile tipi ile cinsiyet arasındaki ilişkiye bakıldığında erkeklerin anlamlı olarak daha yüksek oranda dağılmış aileye sahip olduğu bulunmuştur ($\chi^2=7,021$, SS=1, $p=0,008$). Aile tipi ile çocukların adli değerlendirme için gönderilme sebepleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Fakat dağılmış aile tipi ile suç tipleri arasında anlamlı fark saptanmış olup ($\chi^2=26,721$, SS=1, $p<0,001$), uyuşturucu ile ilişkili suçların bu anlamlılıktan sorumlu olduğu görülmüştür. Ayrıca adli değerlendirme için başvuru sebeplerinin yaşla ilişkisi tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Suça sürüklenen çocukların yaşı cinsel istismara maruz kalan çocuklardan anlamlı olarak daha yüksek

bulunmuştur [F (2,520)=5,470, p=0,004]. Adli değerlendirilmesi yapılan olguların %87,4'ü normal zekaya sahipken %12,6'sında entelektüel yetersizlik saptanmıştır. Çalışmamızda zeka düzeyi ve adli değerlendirmeye başvuru nedenleri arasında ilişki gösterilememiştir. Suça sürüklenme ve cinsel istismar sebebi ile değerlendirilen olguların başvuru sebepleri ile ikamet ettikleri yer arasında bir ilişki saptanmamıştır. Buna rağmen "diğer başvuru nedenleri" (ağırlıklı olarak evliliğe uygunluk açısından değerlendirme) içinde sınıflandırılan olguların köyde ikamet etme sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($\chi^2=19,043$, SS=4, p=0,001).

Tartışma

Çalışmamızda son 5 yıl içinde Konya ilinde bir üniversite hastanesi çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğine adli rapor istemi ile yönlendirilmiş olan çocuk ve ergenlerin başvuru sebepleri ve sosyodemografik değişkenleri araştırılmıştır. Geriye dönük olarak kayıtları incelenen 523 olgunun 208'i (%39,8) uğradıkları cinsel istismar sonrası beden ve ruh sağlığı bakımından değerlendirilmesi için, 176'sı (%33,7) ise suça sürüklendikleri iddiası ile yönlendirilmiştir. Ülkemizde çocukların adli olgu olarak yönlendirilme sebeplerini inceleyen diğer çalışmalarda, suça sürüklenme oranını birinci sırada bildiren çalışmalar olduğu gibi, cinsel istismar mağduru olan çocukların daha sık başvurduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur.^{15,16} Bununla birlikte, bu çalışmalarda cinsel istismar oranları için birbirinden oldukça farklı oranlar bildirilmiştir. Ayaz ve Ayaz¹⁶ cinsel istismar oranını %54,9 olarak bildirmişken Gökten¹⁵ %15 olarak rapor etmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise bu oran %39,8'dir. Sonuçlardaki bu tutarsızlık ilden ile ve bölgeden bölgeye değişebilen sosyokültürel farklılıkları yansıtabilmekle birlikte kliniklerin sadece kendisine başvurmuş olguları rapor etmesi ile ilişkili olabilir. Elbette rapor edilmiş oranlar bölgedeki tüm adli olayları değil sadece adli sürece yansımış olup çalışmanın yapıldığı kliniğe adli değerlendirme ve bilirkişilik için yönlendirilmiş olguları yansıtmaktadır. Ayrıca bazı bölgelerde adli makamların 18 yaş altındaki olgularda çocuk ve ergen psikiyatrisi yerine adli tıp bölümünden rapor isteme eğilimi olabilmektedir.¹⁷ Bu nedenle bizim çalışmamızda olduğu gibi hem adli tıp hem de çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümünün birlikte heyet yaptığı bir üniversite hastanesindeki sonuçlar prevalansı daha iyi yansıttırabilir. Cinsel istismar mağduru olguların kısmen daha fazla olması, bu tür vakaların geçmişe göre daha fazla adli mercilere taşınması ve hukuki süreçlerin işletilmesi, kanunda yapılan iyileştirmeler, çocuk ve ergen psikiyatristlerinin sayısının artması, medyada bu konuların konuşulabilirliğinin artması gibi faktörler ile ilişkili olabilir.

Öte yandan cinsel istismara uğrayanların yalnızca %15'inin bildirimde bulunduğu, cinsel istismarın prevalansı için gerçek verilere ulaşmanın zor olduğu, çalışmalarda bildirilen oranların buz dağının görünen yüzü olabileceği de akılda tutulmalıdır.¹⁸ Bizim çalışmamızda da daha önceki çalışmalarda bildirildiği gibi cinsel istismar mağduru olgularda %75 oranında kız cinsiyet hakimdir. Çalışmamızda cinsel istismar mağduru 208 çocuktan 156'sının kız olması, kız çocuklarının daha fazla cinsel istismara

maruz kaldığı yazın bilgisini destekler niteliktedir.¹⁸ Yine de erkek çocuklardaki cinsel istismar sıklığı bulgularımızdaki kadar düşük olmayabilir. Erkeklerin utanç veya damgalanma endişesi ile istismara maruz kalma deneyimlerini gerçekte olduğundan daha az bildirdikleri rapor edilmiştir.¹⁹ Cinsel istismar her yaşta olabilmektedir. Çalışmamızda cinsel istismar mağduru en küçük çocuğun yaşı 3,1 ve cinsel istismar mağduru çocukların yaş ortalaması 13,8'dir. Olgularımızın çoğunluğunun 12-18 yaş aralığında olması, ergenlik döneminde cinsellik ve istismar konularındaki farkındalığın ve adli bildirimde bulunma yatkınlığının diğer yaş dönemlerine göre yüksek olduğunu belirten çalışmaları desteklemektedir.²⁰ Çalışmalarda istismar tipinin de farklı klinik sonuçlar doğurabileceği gösterilmiştir. Çalışmamızda görülen en sık istismar tipi sırasıyla %41,5 ve %30,2 oranlarıyla cinsel dokunma-okşama-sürtünme ve vajinal penetrasyondur. Bunları %18 oranı ile anal penetrasyon, %3,4 ile sözlü taciz, %2,9 ile cinsel organını gösterme, %1,5 ile cinsel organını elletme, %0,5 ile ise orogenital temas izlemektedir. Bu sonuçlar en sık istismar türünün dokunma-okşama-sürtünme olduğu, bunu vajinal penetrasyonun takip ettiği literatür bilgisi ile uyumludur.²¹

Cinsel istismar öyküsü hem erken hem de geç dönemde anksiyete, depresyon gibi içe atım bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, madde bağımlılığı, suça eğilim, borderline kişilik bozukluğu ile ilişkilendirilmektedir.²² Cinsel travma psikiyatrik hastalıklar için biyolojik kırılganlık (vulnerability) zemininde duyarlılık oluşturarak risk faktörü olabilir. Aynı zamanda cinsel travmanın yaşanmış olması çocuğun yaşadığı sosyal çevrenin yeterince güvenli olmadığının bir göstergesi olabilir ve hali hazırdaki kötü aile ve sosyal çevre koşulları da psikiyatrik hastalıklar için risk etmenidir.²³ Cinsel istismara maruz kalmak çocukta hem kişiler arası ilişkilerde bozulmaya neden olmakta, hem de benlik algısında değişikliklere yol açmaktadır.²⁴ Ayrıca yaşanmış travmatik cinsellik çocuğun ileride cinsel yönden riskli eylemlerde bulunma ihtimalini arttırmaktadır.²⁵ Travmanın çocuk ruhsal gelişimindeki dinamik etkilerinin yanında biyolojik olarak da olumsuz etkileri mevcuttur. Özellikle erken yaşlarda nöroplastisitenin fazla olduğu dönemde yaşanan stresin hipotalamo-hipofizer-adrenal aksın aktivasyonu ile nörotoksik etkileri olabildiği gösterilmiştir.²⁶ Serotonin taşıyıcı geni veya *monoaminoksidaz-A* geni polimorfizmi gibi psikiyatrik hastalıklara genetik yatkınlığı olan bireylerde travma olumsuz çevresel faktör olarak genlerin açılımına ve ekspresyonuna sebep olabilmektedir.²⁷

Cinsel istismara maruz kalan olgularda okula devamlılık oranları, eğitimini sürdürmeyenlere göre anlamlı olarak yüksekti. Daha önce yapılan çalışmalar ise cinsel istismar sıklığının okula devam etmeyen çocuk ve ergenlerde daha fazla olduğunu bildirmiştir.²⁸ Bizim çalışmamızdaki yazın ile farklı bu bulgu, okula giden çocuk ve ergenlerin okuldaki rehberlik servisi aracılığı ile adli bildirimde bulunmasının kolaylaşmasının bir sonucu olabilir. Yine bu çocukların okul sürecinde aldıkları eğitim sebebi ile yasal haklarındaki farkındalıklarının artmış olduğunu düşünebiliriz. Okula devam etmeyen çocuklarda cinsel istismar oranlarının daha düşük bulunması ise yaşanan istismarların adli sürece

yansımadığının ve çocukların kendisini koruyabilecek kişi ve kurumlara ulaşamadığının göstergesi olabilir.

Çalışmamızda suça sürüklenen 176 olgunun %90,9'u erkektir. Erkek çocuklarda kız çocuklara göre dışa vurum bozuklukları sıklığının daha fazla ve daha şiddetli olması aile içi fiziksel istismara maruziyete, akran zorbalığına, düşük akademik başarıya, suç işleyen arkadaş edinmeye eğilimi artırabilmektedir. Erkek cinsiyette biyolojik etkiler dolayısıyla da agresyon gösterme eğilimi yüksek olmaktadır.²⁹ Yine de çocuk suçluluğunda bireysel nedenlerin çevresel nedenlere kıyasla daha az açıklayıcı olduğu, çocukların suça sürüklenmesindeki temel sebebin aile, okul, iş, arkadaş ve sosyal çevre ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.³⁰ Gökten¹⁵ işlediği iddia edilen suç dolayısıyla adli değerlendirme istenen çocukların büyük çoğunluğunun 12-15 yaş aralığında ve en sık işlenen suç tipinin hırsızlık olduğunu belirtmiştir. Bizim çalışmamızda da suça sürüklenen çocuklarda erkek cinsiyetin baskın olması, suça sürüklenen çocukların yaşının diğer nedenler ile adli değerlendirmeye yönlendirilmiş çocuklardan daha büyük olması, yaş ortalamalarının 14,8 olması, %29,4 oranı ile en sık işlenen suçun hırsızlık olması mevcut yazın ile uyumludur. Literatürde şehir merkezlerinde yaşayan çocuklarda suça sürüklenmenin daha fazla olduğu, bunun da özellikle hırsızlık suçu için anlamlı olduğu bildirilmiştir.³¹ Bizim çalışmamızda ise suça sürüklenme ile çocuğun yaşadığı yer, zeka düzeyi ve okul devamlılığı açısından diğer adli başvurulara kıyasla anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yine kentte veya kırsalda yaşama ile suç tipleri arasında da ilişki gösterilememiştir.

Araştırmamızda evlilik izni için adli değerlendirmesi yapılmış olan olguların daha çok köyde yaşadığı ve bu çocukların okula devam etmedikleri saptanmıştır. Yazında erken evlilik sorununun kırsal bölgede daha fazla olduğu bildirilmiştir.³² Ayrıca okula devam etmeyen kız çocuklarında lise ve üzeri bir okuldan mezun olan kız çocuklarına kıyasla erken evlilik oranlarının 10 kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir.³³ Köyde ikamet etme ile çocuk evlilikleri arasındaki anlamlı ilişki kırsal alanlarda halen kabul gören toplumsal değer yargılarının, klasik ataerkil düzenin bir göstergesi olabilir. Bu nedenle özellikle de kırsal alanlarda kız çocuklarının eğitimlerine devamlarının takibi ve teşvik edilmesi koruyucu ruh sağlığı açısından önem taşımaktadır.

Çalışmamızda aile tipi ile çocukların adli değerlendirme için gönderilme sebepleri arasında anlamlı bir farklılık gösterilememiştir. Aile tipleri ile suç türleri arasındaki ilişki incelendiğinde ise sadece uyuşturucu bulundurma ile dağılmış aile tipi arasında anlamlı bir ilişki rapor edilmiştir. Bu durum ebeveynlerden birinin kaybı ya da boşanma gibi bir stresöre maruz kalmış çocuk ve ergenlerde uyuşturucu ile ilişkili suçlar için risk olduğuna işaret etmektedir. Ancak bu sonuç ebeveynin ölümü veya boşanmanın birincil etkisi olmaksızın eşlik eden düşük gelir düzeyi, kötü bir sosyal çevrede yaşama, ailede mevcut olan psikiyatrik bozukluklar özellikle de madde kullanım bozukluğu etkisi ile ortaya çıkıyor olabilir. Uyuşturucu madde ile ilişkili suçlarda ailenin diğer üyelerinin de aynı suçtan adli ceza almış olmaları veya madde bağımlılığı sebebiyle aile birliğinde bozulma oluşması da bu grupta dağılmış aile tipinin

daha fazla görülmesini açıklayabilir. Ayrıca her iki biyolojik ebeveyni ile yaşayan çocukların da aile içi gerilim, ev içi disiplin sorunları ve ailede suç işleyen bireylerin varlığı gibi etkenlerle suça sürüklenemediği de unutulmamalıdır.³⁴

Çalışmaya dahil edilen olguların sadece adli makamlarca kliniğimize yönlendirilmiş çocuklardan oluşması ve bölgede adli sisteme yansımamış suç ve istismar oranlarını tam olarak yansıtmaması, değerlendirme sırasında psikiyatrik tanı için yapılandırılmış görüşme kullanılmamış olması, verilerin retrospektif şekilde elde edilmesi sebebi ile ailenin gelir durumu, ailede psikiyatrik öykü gibi faktörlerin kaydedilememiş olması çalışmamızın kısıtlılıklarıdır. Bu alanda halen toplum temelli, geniş örneklemli, boylamsal çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Sonuç

Sonuç olarak çocuk ve ergenler günümüzde giderek daha fazla oranda adli sistemin içine girmekte ve adli değerlendirme için çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniklerine başvurmaktadır. Çalışmamızda Konya ilinde son beş yıldaki adli başvuru sebeplerinden büyük kısmının cinsel istismar olduğu ve cinsel istismar için başvurusu olan çocukların sıklıkla okula devam ettikleri gösterilmiştir. Okula devamlılık, çocuğa sağladığı eğitim ve rehberlik desteği ile var olan istismarın ortaya çıkarılmasında son derece önemli gözükmektedir. Evlilik raporu için başvuran olguların büyük kısmı da okula devam etmeyen kız çocuklarından oluşmaktadır. Bu sonuçlar okula devam etmenin çocuk ve ergen sağlığında koruyucu faktör olarak önemini göstermektedir. Çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniklerine adli değerlendirme için gelmiş olgular adli başvuru sebebi her ne olursa olsun biyo-psiko-sosyal açıdan ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Elde edilecek veriler adli değerlendirmenin daha sağlıklı yapılmasına faydalı olacağı gibi ruh sağlığı açısından riskli çocukların tespiti, korunma, tedavi ve rehabilitasyonunda da fayda sağlayacaktır. Adli başvuruların ikinci sık nedeni olan çocuk suçluluğunda çevresel etkenlerin önemli rol aldığı bilinmektedir. Suça sürüklenen çocuklar özellikle aile ortamı, arkadaş çevresi, sosyal koşulları, ekonomik zorlukları, madde kullanımı açısından değerlendirilmelidir. Çalışmamızda aile tipi ile başvuru sebebi arasında ilişki gösterilememişken, uyuşturucu maddeyle ilişkili suçların dağılmış aile tipi ile ilişkisi gösterilmiştir. Bu veriler çevresel faktörlerin suç tipleri bağlamında çocuk suçluluğunda rolü olabileceğini düşündürmektedir. Farklı suç tipleri için suça yatkınlaştırıcı çevresel faktörler de farklı olabilir ve bunların ortaya çıkarılması çocuk suçluluğunu önlemeye katkıda bulunabilir. Gelecekte çocuk ve ergenlerde suç tiplerine spesifik olarak yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Etik

Etik Kurul Onayı: Çalışmanın yürütülmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (karar no: 2019/1779).

Hasta Onayı: Retrospektif dosya taraması yapılmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu içinde olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: F.U., M.A., Dizayn: S.E., A.A., Veri Toplama veya İşleme: M.S., B.K., Analiz veya Yorumlama: Ö.F.A., Literatür Arama: Ş.D., Yazan: M.S., A.B.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Soysal H. Çocuklarda ceza sorumluluğu. İstanbul; Adli Psikiyatri Kitabı; 2012:72-74.
2. Dursun OB, Esin İS, Güleç M, Şener MT, Taş FV, Beyhun NE, Gödekl M. A possible cause of secondary traumas for children in justice system of turkey: attitudes of prosecutors and judges. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2013;26:367-375.
3. Schetky DH. Child and Adolescent Forensic Psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA eds. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th ed. New York; Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
4. Sercan M. Adli Psikiyatri Uygulama Klavuzu. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. Ankara; Tuna Matbaacılık; 2007:16-23.
5. Biçer Ü, Hancı H. Adli Psikiyatri (Birinci Basamak İçin Adli Tıp Elkitabı) TTB-ATUD; 1999:147-156.
6. Yokuş Sevük H. Ceza sorumluluğu ve çocuk yargılama sistemi. Ankara Barosu Hukuk Kurultay Kitaplığı; Ankara; 2000:238-245.
7. Erdoğan A, Balcıoğlu İ. Çocuk ve Ergenlerde Adli Psikiyatri. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry*. 2003;4:101-107.
8. Oto R. Suç, Çocuk ve İsnad Yeteneği. Kamu Hukuku Arşivi; Ekim; 1998:79-82.
9. T.C Adalet Bakanlığı. Ceza Sorumluluğunun Değerlendirilmesi Rehberi; 2010.
10. Gördeles Beşer N, Baysan Arabacı L, Uzunoğlu G. Türkiye'de bir bölge psikiyatri hastanesinde tedavi olan suça itilmiş çocuk profilleri. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2016;17:317-324.
11. Şahin F. Fiziksel İstismar. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. İçinde: Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E, ve ark, editörler. Ankara; Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği; 2008:462-469.
12. Hebert M, Parent N, Daignault I, Tourigny M. A typological analysis of behavioural profiles of sexually abused children. *Child Maltreat*. 2006;11:203-216.
13. İşeri E. Cinsel istismar. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Temel Kitabı. Ankara; Hekimler Yayın Birliği; 2008:470-477.
14. Tahiroğlu-Yolga A, Avcı A. Cinsel istismar. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. İçinde: Aysev-Soykan A, Taner Işık Y, editörleri. İstanbul; Asimetrik Paralel; 2007:727-736.
15. Gökten ES. 2009-2011 yılları arasında bir devlet hastanesinde çocuk psikiyatrisi polikliniğine yönlendirilen adli olgular. *Türk J Child Adolesc Ment Health*. 2011;18:105-116.
16. Ayaz M, Ayaz AB, Soylu N. Çocuk ve ergen adli olgularda ruhsal değerlendirme. *Klin Psikiyatr Derg*. 2012;15:33-40.
17. Şener MT, Dursun OB, Aydın EF, Arslan S, Güleç M. Adli psikiyatri değerlendirme istemlerinde adli mercilerin branş tercihleri: Bir üniversite hastanesi deneyimi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2014;27:155-159.
18. Öztıp DB, Özcan ÖÖ. Cinsel istismar vakalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi. *New Symposium*. 2010;48:270-276.
19. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2009;29:328-338.
20. Glaser D. Child sexual abuse. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry içinde*, 5th ed. In: Rutter M, ed. USA; Blackwell Publishing Company; 2002:340-358.
21. Fis NP, Arman A, Kalaca S, Berkem M. Psychiatric evaluation of sexual abuse cases: a clinical representative sample from Turkey. *Child Youth Serv Rev*. 2010;32:1285-1290.
22. Polusny MA, Follette VM. Long-term correlates of child sexual abuse: theory and review of the empirical literature. *Appl Prev Psychol*. 1995;4:143-166.
23. Özen NE, Şener Ş. Çocuk ve ergen cinsel istismar. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*; 1997;2:473-491.
24. Keskin G, Çam O. Çocuk cinsel istismarına psikodinamik hemşirelik yaklaşımı. *Yeni Symposium*; 2005;43:118-125.
25. Finkelhor D, Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *Am J Orthopsychiatry*. 1985;55:530-541.
26. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 2009:95-119.
27. Zhang Y, Ming QS, Yi JY, Wang X, Chai QL, Yao SQ. Gene-Gene-Environment Interactions of Serotonin Transporter, Monoamine Oxidase A and Childhood Maltreatment Predict Aggressive Behavior in Chinese Adolescents. *Front Behav Neurosci*. 2017;11:17.
28. Spencer N, Devereux E, Wallace A, Sundrum R, Shenoy M, Bacchus C, Logan S. Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. *Pediatrics*. 2005;116:609-613.
29. Wong TML, Slotboom AM, Bijleveld CJH. Risk factors for delinquency in adolescent and young adult females: A European review. *Eur J Criminol*. 2010;7:266-284.
30. Göç L. Çocuk Suçluluğu ve Polisin Yaklaşımı, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2006, http://www.kutuphane.ksu.edu.tr/e-tez/sbe/T00557/Lutfu_goc.pdf (Erişim Tarihi 27.12.2010)
31. Şen S, Karbeyaz K, Toygar M, Akkaya H. Eskişehir'de suça itilen çocukların sosyodemografik değerlendirilmesi. *Adli Tıp Dergisi*. 2012;26:146-155.
32. United Nations Children's Fund (UNICEF). Early Marriage; Child Spouses; 2001.
33. Uçan Süpürge. Küçük Yaşta Evlilik Büyük Geliyor: Çocuk Gelinler, Ankara: Uçan Süpürge Yayınları; 2011
34. Sokullu FA. Çocuk suçluluğu kriminolojisinde aile faktörü. *Adliye ve Çocuk Suçluluğu Sempozyumu*; İstanbul; 1992.

Engelli Kardeşi Olan Çocukların Anneleri ile İlişkileri Üzerine Bir Alan Çalışması

A Field Study on the Relationship Between Children with Disabled Sibling and Their Mothers

© Melike Pak

Atatürk Üniversitesi Oltu Beşeri ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

ÖZ

Amaç: Ailede engelli bir çocuğun varlığı eş, ebeveyn, kardeş gibi alt sistemler arasındaki etkileşimleri ve aile sisteminin işlevselliğini etkilemektedir. Bu araştırmanın amacı engelli kardeşi olan çocukların anneleriyle ilişkilerini değerlendirmek ve bu ilişkilerin güçlendirilmesi doğrultusunda çıkarımlar yapmaktır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmada nicel yöntemin nitel yöntemle desteklendiği karma araştırma yöntemlerinden gömülü araştırma deseni kullanılmıştır. Araştırmanın hedef grubu olabilecek tüm grupların (anne-çocuk) yer aldığı bir örneklem oluşturulmuştur. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniğinin kullanıldığı çalışmada basit rastgele örnekleme yöntemiyle 40 engelli annesiyle ve maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi kullanılarak üç farklı gelişim döneminden 3 engelli kardeşiyle birebir görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırmada kullanılan anne/çocuk görüşme formları aile tanıtıcı bilgileri, anne-çocuk ilişki ölçeği ve açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Araştırmanın verileri IBM Statistics 22 programı ile analiz edilmiş, analizlerde frekans ve yüzdelik dağılımlar ile birlikte bazı değişkenlerin karşılaştırılmasında hipotez testlerinden faydalanılmıştır. Verilerin çözümlenmesinde 0,05 anlamlılık düzeyi kullanılmıştır.

Bulgular: Anne-çocuk ilişki ölçeği maddelerine verilen yanıtlara göre, ailede engelli bir çocuğun varlığı anne ve çocuk ilişkisi örüntülerini olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle kardeş kız çocuk olduğunda ($\text{sig}=0,039$, $p<0,05$) ve engelli çocuktan büyük olduğunda ($\text{sig}=0,001$, $p<0,05$) anne çocuk ilişkisi anlamlı düzeyde düşüktür.

Sonuç: Engelli ailelerinde anne çocuk ilişkisi tipik ailelerden farklı olarak, engelli bir çocuğun varlığından etkilenmektedir. Ülkemizde büyük kız çocukları kardeşlerinin bakım ve sorumluluğunun çoğunu anneleriyle paylaşmakta, bu durum anne-çocuk ilişkisini olumsuz yönde etkilemektedir. Araştırmanın sonunda engelli kardeşi olan çocuklar ve anneleri arasındaki ilişkileri destekleyecek hizmet ve müdahale önerileri sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Engelli, aile, sistem, kardeş, ilişki

ABSTRACT

Objectives: The presence of a disabled child in the family affects the interactions between the sub-systems such as spouses, parents, siblings and the functionality of the family system. The aim of this study is to evaluate the relationships of children who have disabled sibling with their mothers and to make inferences for strengthening these relationships.

Materials and Methods: Embedded research design, which is one of the mixed research methods in which quantitative method is supported by qualitative method, was used in the study. A sample consisted of all target groups (mother-child). One-to-one interviews were conducted with 40 disabled mothers by simple random sampling method and 3 disabled siblings from three different development periods by maximum diversity sampling method. The mother/child interview forms used in the study consisted of family identification information, mother-child relationship scale and open-ended questions. The data of the study were analyzed with IBM Statistics 22 program, frequency and percentage distributions and hypothesis tests were used to compare some variables. In order to analyze the data, 0.05 significance level was used.

Results: According to the answers given to the mother-child relationship scale items, the presence of a disabled child in the family negatively affects the mother-child relationship patterns. The mother-child relationship is significantly lower, especially when sibling is a female ($\text{sig}=0.039$, $p<0.05$) and older than a disabled child ($\text{sig}=0.001$, $p<0.05$).

Conclusion: The relationship between mother and child in disabled families is affected by the presence of a disabled child, unlike typical families. In our country, older daughters share most of the care and responsibility of their siblings with their mothers and this influences the mother-child relationship negatively. At the end of the study, services and intervention suggestions were presented to support the relationships between children with disabled siblings and their mothers.

Keywords: Disabled, family, system, sibling, relationship

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Melike Pak, Atatürk Üniversitesi Oltu Beşeri ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

Tel.: +90 506 794 15 52 **E-posta:** melike.pak@atauni.edu.tr **ORCID:** orcid.org/0000-0002-4391-3024

Geliş Tarihi/Received: 13.12.2019 **Kabul Tarihi/Accepted:** 17.02.2020

©Telif Hakkı 2020 Türkiye Çocuk ve Genç Psikyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



Giriş

Engelli bir kardeşe sahip olma bu kişilerin yaşam boyu farklı gelişimsel deneyimlerle karşı karşıya gelmesi anlamına gelmektedir. Bu kişiler aile yaşantılarında, kardeşleri ve ebeveynleriyle olan ilişkilerinde, akranlarıyla iletişimlerinde, eğitim ve mesleki yaşamlarında ve diğer sosyal ilişkilerde farklı durumlar deneyimlemektedir. Literatürde engelli kardeşi olan çocuklarla ilgili yapılan çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte, daha çok kardeş ilişkileri ve bu çocukların yaşadıkları zorluklar üzerine odaklanmaktadır. Engelli çocukların iletişim yetersizlikleri ve gelişimsel geriliklerinden dolayı kardeşler arasında oyun, model olma, öğrenme gibi kardeş işlevlerinden yoksun bir ilişki deneyimlenmektedir.¹ Ayrıca aşırı özdeşim, utanç, gurur, kırgınlık, öfke, suçlama, suçluluk duygusu, aşırı korumacılık, fazladan bakıcılık, sosyal izolasyon, ailelerin başarı baskısı gibi karmaşık duygulanımlar ve davranış örüntüleri kardeş ilişkilerini çerçevelemektedir.²⁻⁵

Pek çok ailede engelli kardeşi olan çocukların kardeşlerinin ikincil ebeveynlik rolünü üstlendiği görülmektedir. Engelli kardeşi olan çocukların kardeşlerine günlük ortalama 40 dakikalarını ayırdıkları belirlenmiştir.⁶ Engelli kardeşi olan çocuklar kardeşlerinin bakım sorumluluğunu paylaşmakta, bu durum sosyal gelişimlerine ket vurarak bağımsızlıklarını azaltmakta,⁷ çeşitli kültürel ve sportif faaliyetlerden mahrum bırakmakta, kardeşler tarafından duygusal bir stresör olarak algılanmaktadır.⁸ Bakım rolünde daha çok kız çocukları sorumluluk almaktadır.^{9,10}

Ayrıca bu çocuklar kardeşlerinin gelecekteki potansiyel bakıcıları durumundadır. Literatürdeki çalışmalar yetişkin engelli kardeşlerinin, yaşam boyu kardeşleriyle yüksek düzeyde katılım ve duygusal bağlantıyı sürdürdüklerini göstermektedir.^{10,11} Erken çocukluk dönemi ilişkileri ve aile doğasının dinamikleri yetişkinlik döneminde kardeş ilişkilerini belirlemektedir.¹² Yetişkinlik dönemindeki kardeş ilişkilerinde otizm spektrum bozuklukları gibi çeşitli engel durumlarında atipik sosyal ve davranışsal uyum sorunları nedeniyle engelli kardeşe yakınlığın daha az olduğu ve bu kişilerde sosyal ve davranışsal zorlanmalar görülmektedir.¹³

Diğer taraftan engelli kardeşi olan bireylerin deneyimledikleri olumsuz duygulanımlar, yetersizlikler ve bakım rolü gibi sorumluluklar farklı yaşam dönemlerinde psikolojik problemler yaşamalarına neden olmaktadır. Kapsamlı bir meta-analiz çalışması sonuçlarına göre engelin kardeşlerin psikolojik etkinlikleri üzerinde düşük düzeyde anlamlı etkisi bulunmaktadır.¹⁴ Engelli kardeşi olan bireyler daha çok içselleştirme problemleri yaşamakta,^{5,15,16} depresif semptomlar ve uyum sorunları sergilemektedir.¹³ Çocukluk döneminde özellikle akranlarla iletişimde uyum sorunları, yalnızlık, sosyal izolasyon deneyimlenmektedir.¹⁷ Otizm spektrum bozukluklarında fiziksel olarak engeli gösteren bir işaret bulunmadığından, kardeşlerin daha fazla duygusal ve davranışsal problemler yaşadığı görülmüştür.¹⁸⁻²⁰

Literatürde bazı çalışmalarda engelli kardeşi olan bireylerin tipik kardeşlere göre olumlu yaşantıları da değerlendirilmiştir.

Engelli kardeşi olan bireyler normal popülasyona göre daha az rekabetçi ve çatışmacı olma, daha az yalnızlık duyma, iyiliğe uyum sağlama,²¹ daha çok tolerans ve insani kaygılar gösterme eğilimindedir.²² Bu kişiler daha bağımsız ve yakın aile ilişkileri olan,²³ öz kontrolü olan ve işbirlikçi,²⁴ sorumluluk sahibi ve olgun bireylerdir.²⁵

Aile sisteminde bir çocuk engelli olduğunda tüm aile bireyleri alt sistemler olarak bu durumdan etkilenmektedir. Aileyi tek başına bir sistem olarak değerlendirmek engelli aileleri değerlendirmek için yeterli değildir. Ekolojik sistem teorisi farklı sistemlerle iç içe etkileşimler bağlamında engelli aile sistemini değerlendirmektedir. Engelli aileleri tipik ailelerden farklı deneyimler yaşar. Engelli aile sistemi bakım verme, sosyal çevre, geniş aile, mevcut sosyal hizmetler ve toplumun tutumlarından etkilenmektedir.²⁶

McCubbin ve Patterson'ın²⁷ ABCX stres ve uyum modeline göre, engelli ailelerin yaşadıkları genel stresörler aile içi gerginlikler, artan görevler ve zaman kısıtlamaları, sosyal izolasyon, finansal yükler, farklı okul deneyimleri, konutun engel durumuna uyumu, aile hedefleri ve aktivitelerinde düzenlemeler, tıbbi meseleler ve tekrarlayan yas şeklinde sıralanmıştır.

Engelli aileler ekolojik açıdan ve tarihsel bir perspektif ile incelendiğinde, çoğunun sosyal yaşamlarında değişiklik yapmak zorunda kaldığı, hayal kırıklığı ve memnuniyetsizlikler deneyimledikleri ancak rutin yaşamlarını sürdürmeye çalıştıkları görülmektedir. Bu aileler genelde çocuklarının engel durumunu gerçekçi olarak değerlendirmekte ve kabullenmektedir.²⁸ Ailede engelli bir çocuğun varlığı, daha yüksek duygusal stres, algılanan tehdit ve kişisel sorumluluk ve daha düşük çatışma yoğunluğunu öngörmektedir.²⁹

Ebeveynlerin engel durumuna yaklaşımı ve algıladığı stres çocuklara da yansımakta, aile iklimi engelli kardeşi olan çocukların uyumunu etkilemektedir.^{1,30,31} Ebeveynler çocuklarının engeli ile etkin bir şekilde başa çıktıklarında ve tutarlı ebeveynlik becerileri sergilediğinde kardeşler de olumlu yönde etkilenmektedir. Bu ebeveynlerden engelli çocuğu kayırma yerine tutarlı ebeveynlik becerileri sergilemeleri beklenir. Ayrıca, ebeveynler her çocuğun eşsizliğini belirtmeli, kardeşlerin bakım sorumlulukları azaltılarak ikame ebeveynlikleri ortadan kaldırılmalıdır.³²

Engelli çocuk, kardeş, anne üçgeni değerlendirildiğinde farklı düzeylerde stresin ortaya çıktığı ve işlevselliğin azaldığı söylenebilir. Bu üçlü ilişkiyi değerlendiren ev gözlemlerine dayanan bir çalışmada, annelerin engelli çocuklarına karşı daha olumlu ve yönlendirici olduğu görülmüştür. Engelli çocuklarla anneleri arasındaki ilişkide karşılıklılık bulunamazken, kardeşlerle karşılıklılığa dayanan bir ilişki mevcuttur.³³

Annelerin çocuklarına ayırdığı zaman ve ilgi noktasında eşitsizlikler söz konusudur. Engelli kardeşi olan çocuklar ebeveynlerinin dikkat ve zamanlarını engelli kardeşlerine odaklaması bakımından onları kıskanabilmekte,³⁴ görmezden gelindiklerini ve takdir edilmediklerini hissedebilmektedir.⁷ Engelli kardeşi olan çocuklar ebeveynlerinin kardeşlerine daha fazla ilgi gösterebileceğini kabul etmekte ve ebeveynlerini

takdir etmektedir. Ancak kendilerine de vakit ayrılmasını ve ilgilenilmesini beklemektedir.^{7,32,35}

Bu noktada kardeşin değersiz hissetmesini engelleyecek olan, anne ve çocuk arasında olumlu bir ilişkinin varlığı ve olumlu bir aile iklimidir. Engelli ailesinde ebeveyn ve çocuk arasındaki olumlu ilişkiler ile kardeşler arasındaki pozitif duygulanım ve prososyal davranışlar arasında olumlu yönde ilişkiler değerlendirilmiştir.³⁶ Olumlu aile ikliminde engelli çocuğun varlığı ailedeki bireylerin daha birlik içinde olmasını sağlamaktadır.³¹ Diğer taraftan ebeveynlerinden ve kardeşlerinden daha az sıcaklık ve daha olumsuz muamele gören çocuklarda duygusal ve davranışsal zorlanmalar görülmektedir.³⁷ Örneğin, işlevsel olmayan aile yapılarında annelerin engelli çocuklarına karşı daha olumlu ve yönlendirici olduğu, engelli olmayan çocuklarına karşı daha fazla emir ve direktif verme ve azarlama eğilimleri olduğu görülmüştür.³³

Gereç ve Yöntem

Çalışmanın Genel Özellikleri

Çalışma betimsel nitelikte ve kesitsel bir çalışmadır. Çalışmanın kurumda gerçekleştirilmesi için gerekli izinler Oltu Kaymakamlığından alınmıştır.

Çalışma Grubu

Çalışmada karma araştırma yöntemlerinden gömülü (içe yerleşik) araştırma deseni ve yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır.

Çalışma Temmuz-Ağustos 2019 aylarında haftanın rastgele 2 günü Oltu İlk Paylaşım Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmacının evrenini Oltu İlk Paylaşım Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi'nde eğitim almakta olan engelli çocukların anneleri oluşturmaktadır (n=50). Hedef grubu olabilecek tüm grupların (anneler-engelli kardeşi olan çocuk) yer aldığı bir örneklem oluşturulmuştur. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmada örneklem büyüklüğü hesaplanmamış, evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak engelli çocuklar genelde servisle ve personel aracılığıyla rehabilitasyon merkezine ulaştığından yalnızca kuruma gelen annelerle görüşmeler gerçekleştirilmiş ve evrenin tamamına ulaşılamamıştır. Araştırmanın örnekleme engelli anneleri (n=40) ve engelli kardeşi olan çocuklardan (n=3) oluşmaktadır. Çalışmada birebir yüz yüze görüşme gerçekleştirildiğinden görüşme formlarında herhangi bir eksik yoktur. Tüm katılımcıların formları değerlendirmeye alınmıştır.

Ölçek Özellikleri ve Uygulaması

Çalışmanın verileri toplanırken 2 ayrı görüşme formundan faydalanılmıştır.

Engelli Aile Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından engelli aile tanıtıcı bilgilerini toplamak için tasarlanmıştır.

Anne-Çocuk İlişki Ölçeği: Ölçek Robert C. Pianta (1992) tarafından anne baba çocuk ilişkisini değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akgün ve Yeşilyaprak tarafından yapılmıştır. Ölçek 5'li Likert

tipi bir ölçek olup (1) kesinlikle uygun değil, (5) kesinlikle çok uygun arasında yanıtlanmaktadır. Ölçeğin bazı maddeleri ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe, anne-çocuk arasında olumsuz ilişkiye işaret etmektedir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı Cronbach alfa=0,73 olarak bulunmuştur.

İstatistiksel Analiz

Veri analizi için IBM İstatistik 22 programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiş ve verilerin normal dağılmadığı görülmüştür. Veri analizinde frekans tabloları ve nonparametrik hipotez testlerinden Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. Tip 1 (α) hata düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir.

Bulgular

Annelerin %45'i 40 yaş üzerinde, %25'i 30-35 yaş, %20'si 35-40 yaş, %10'u ise 25-30 yaş aralığındadır. Annelerin eğitim düzeyi oldukça düşüktür. %47,5'i ilköğretim mezunu, %20'si lise mezunu, %10'u ortaokul mezunu, %12,5'i ilköğretim terk, %10'u okuma yazma bilmemektedir. Engelli ailelerin %47,5'i 2000-3000 TL, %25'i 1000-2000 TL, %22,5'i 3000-4000 TL, %5'i 5000 TL üzeri aylık gelire sahiptir. Annelerin oluşturduğu örneklem kırsal bölgede çoğunlukla 40 yaş üstü, ilköğretim mezunlarının oluşturduğu, aylık gelirin düşük olduğu alt sosyoekonomik düzeyde bir grubu yansıtmaktadır.

Katılımcıların anne çocuk ilişki ölçeği maddelerine verdikleri yanıtlar Tablo 1'de sunulmuştur. Çocuğun anneye bağımlı olması (%42,5) anneler tarafından "hiç uymuyor" olarak değerlendirilmiştir. Anneler çocuklarının kendilerine bağımlı olmadığını ifade etmektedir. Annelerin beyanlarına göre, anne-çocuk ilişkisinin bazı örüntüleri, çocuklarıyla ilişkilerine pek benzememektedir. Sıcak, sevgi dolu bir ilişki deneyimi (%55), üzüldüğünde rahatlatma talebi (%75), fiziksel şefkat ve dokunmadan rahatsız olma (%55), çocuğun ilişkiye değer vermesi (%70), düzeltildiğinde incinme (%55), ihtiyacı olduğunda yardım kabul etmeme (%47,5), övüldüğünde gurur duyma (%90), kendisiyle ilgili bilgi paylaşma (%62,5), yardıma ihtiyacı olmadığında yardım isteme (%72,5), çocuğun hissettiği ile uyumlu olma (%77,5), anneyi ceza/eleştiri kaynağı görme (%55), diğer çocuklarla ilgilenildiğinde kıskançlık (%47,5), annenin davranışlarını kopyalama (%47,5), çocuğun kötü modda olduğu bir gün geçirme (%42,5), çocukla anlaşırken rahat olmama (%55), bir şey isterken sızlanma (%57,5), anneye karşı sinsili/manipülatif olma (%57,5), duygu ve deneyimleri açıkça paylaşma (%75) ilişki örüntüleri anneler tarafından "pek uymuyor" olarak değerlendirilmiştir. Bu sonuçlara göre, anneler çoğunlukla çocuklarıyla sıcak bir ilişki deneyimleyememekte, çocuğun hissettiğiyle uyum göstermemekte, çocukları ilişkilerine değer vermemekte, övüldüğünde gurur duymamakta, üzüldüğünde anneden rahatlatma talep etmemekte, kendisiyle ilgili bilgi vermemekte, duygu ve deneyimlerini açıkça paylaşmamaktadır. Diğer taraftan çocuklar annelerinin fiziksel şefkatinden rahatsız olmamakta, düzeltildiğinde incinmemekte, ihtiyacı olduğunda yardım kabul etmekte, yardıma ihtiyacı olmadığında yardım talep etmemekte, anneyi ceza/eleştiri

kaynağı olarak görmemekte, diğer çocuklarla ilgilendiğinde kışkanmamakta, annenin davranışlarını kopyalamamakta, bir şey isterken sızlanmamakta, anneye karşı manipülatif/sinsi yaklaşmamakta, ikili kötü modda bir gün geçirmemektedir.

Tablo 1'e göre, çocukla mücadele halinde olma (%67,5), çocuğun ayrılmaya şiddetli tepkisi (%57,5), kolayca kızma (%70), anneyi memnun etmeye çalışma (%50), annenin haksız davrandığını düşünme (%60), disiplinden sonra direnç gösterme (%62,5), yaramazlıktayken anneye yanıt verme (%70), annenin enerjisinin tükenmesi (%67,5), çocuğun hislerinin aniden değişmesi (%40) ilişki örüntüleri anneler tarafından "biraz uyuyor" olarak değerlendirildi. Bu sonuçlara göre, anneler çocuklarıyla ilişkilerinde zaman zaman mücadele halinde,

enerjileri tükenen, çocuğun ayrılıklara şiddetli tepkiler verdiği, kolayca öfkelenildiği, annenin haksız davrandığını düşündüğü, disiplin edilirken direnç gösterdiği, yaramazlık yaparken annenin tepkilerine yanıt veren, hislerinin aniden değiştiği bir ilişki deneyimlemektedir. Son olarak, çocuğuyla etkileşimden emin olma (%92,5) anneler tarafından "tamamen uyuyor" olarak değerlendirildi. Anneler çocuklarıyla ilişkilerinde kendilerini yetkin görmektedir.

Tablo 2'ye göre, anne-çocuk ilişkisi ölçeği toplam puanları engelli çocuğun kardeşinin cinsiyetine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır (sig=0,039, p<0,05). Kız kardeşlerin ölçek toplam puanları erkek kardeşlerden anlamlı düzeyde daha yüksektir. Kardeş kız olduğunda anne-çocuk ilişkisi bu

Tablo 1. Annelerin anne çocuk ilişkisi ölçeği maddelerini değerlendirmeleri

	Hiç uymuyor		Pek uymuyor		Kararsızım		Biraz uyuyor		Tamamen uyuyor	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Çocuğumla sevgi dolu, sıcak bir ilişki paylaşıyorum.	14	35	22	55	0	0	0	0	4	10
Çocuğum ve ben her zaman birbirimizle mücadele ediyor gibiyiz.	4	10	9	22,5	0	0	27	67,5	0	0
Eğer üzülürse, çocuğum benden rahatlatmamı isteyecektir.	3	7,5	30	75	0	0	3	7,5	4	10
Çocuğum fiziksel şefkatten ve dokunmamdan rahatsız oluyor.	11	27,5	22	55	0	0	7	17,5	0	0
Çocuğum benimle olan ilişkisine değer veriyor.	5	12,5	28	70	0	0	2	5	5	12,5
Çocuğum, onu düzelttiğimde incinmiş veya utanmış görünüyor.	3	7,5	22	55	1	2,5	10	25	4	10
Çocuğum ihtiyacı olduğunda yardım kabul etmiyor.	3	7,5	19	47,5	0	0	14	35	4	10
Çocuğumu övdüğümde gurur duyuyor.	0	0	36	90	0	0	0	0	4	10
Çocuğum benden ayrılmaya şiddetle tepki veriyor.	2	5	11	27,5	0	0	23	57,5	4	10
Çocuğum kendisiyle ilgili kendiliğinden bilgi paylaşıyor.	11	27,5	25	62,5	0	0	1	2,5	3	7,5
Çocuğum bana fazlasıyla bağımlı.	17	42,5	2	5	0	0	11	27,5	10	25
Çocuğum bana kolayca kızıyor.	0	0	11	27,5	0	0	28	70	1	2,5
Çocuğum beni memnun etmeye çalışıyor.	0	0	2	5	0	0	20	50	18	45
Çocuğum haksız yere ona davrandığımı hissediyor.	0	0	16	40	0	0	24	60	0	0
Çocuğum gerçekten yardıma ihtiyacı olmadığında yardımımı ister.	1	2,5	29	72,5	7	17,5	3	7,5	0	0
Çocuğumun hissettiği ile uyum içinde olmak kolaydır.	26	5	31	77,5	0	0	6	15	1	2,5
Çocuğum beni bir ceza ve eleştiri kaynağı olarak görüyor.	2	5	22	55	1	2,5	15	37,5	0	0
Çocuğum diğer çocuklarla zaman geçirdiğimde incinme veya kışkançlık ifade ediyor.	1	2,5	19	47,5	0	0	16	40	4	10
Çocuğum disipline edildikten sonra kızıyor ya da direnç gösteriyor.	0	0	7	17,5	0	0	25	62,5	8	20
Çocuğum yaramazlıktayken, görünüşüme veya ses tonuma yanıt verir.	0	0	2	5	0	0	28	70	10	25
Çocuğumla başa çıkmak enerjimi tüketiyor.	0	0	7	17,5	0	0	27	67,5	6	15
Çocuğumun davranışlarını veya bir şeyler yapmanın yollarını kopyaladığını fark ettim.	2	5	19	47,5	4	10	12	30	3	7,5
Çocuğum kötü bir haldeyken (mod), uzun ve zor bir gün geçirdiğimizi biliyorum.	2	5	17	42,5	0	0	14	35	7	17,5
Çocuğumun bana karşı hisleri tahmin edilemez olabilir veya aniden değişebilir.	1	2,5	14	35	1	2,5	16	40	8	20
En iyi gayretlerime rağmen, çocuğumla anlaşma noktasında rahat değilim.	2	5	22	55	6	15	7	17,5	3	7,5
Çocuğum benden bir şey istediğinde sızlanır veya ağlar.	0	0	23	57,5	1	2,5	10	25	6	15
Çocuğum bana sinsi veya manipülatif.	7	17,5	23	57,5	3	7,5	7	17,5	0	0
Çocuğum açıkça duygularını ve deneyimlerini benimle paylaşıyor.	6	15	30	75	0	0	3	7,5	1	2,5
Çocuğumla olan etkileşimlerim beni ebeveyn olarak daha etkili ve kendinden emin hissettiriyor.	0	0	12	30	6	15	19	47,5	3	92,5

durumdan daha olumsuz etkilenmektedir. Ayrıca, kardeşin büyük/küçük olması da anne-çocuk ilişkisini anlamlı düzeyde etkilemektedir (sig=0,001, $p<0,05$). Kardeş, engelli çocuktan büyük olduğunda anne-çocuk ilişki ölçeği toplam puanları daha yüksektir. Kardeşin engelli çocuktan büyük olması anne-çocuk ilişkisini olumsuz yönde etkilemektedir. Diğer taraftan engelin doğuştan/sonradan olması (sig=0,154, $p>0,05$), ailede başka bir engelli çocuğun varlığı (sig=0,475, $p>0,05$), engelli çocuğun cinsiyeti (sig=0,644, $p>0,05$) değişkenleri açısından anne çocuk ilişki ölçeği puanları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 3'e göre annelerin eğitim seviyesi (sig=0,200, $p>0,05$) ve ailenin aylık ortalama geliri (sig=0,279, $p>0,05$) anne çocuk ilişkisini anlamlı düzeyde etkilememektedir. Araştırma kırsal bölgede, çoğunluğu düşük gelirli ve eğitim düzeyi düşük annelerle gerçekleştirildiği için, bu değişkenler açısından bir çeşitlilik söz konusu değildir.

Araştırmanın Nitel Bulguları

Araştırma kapsamında kardeşlerin görüşlerinden de faydalanılmıştır. Rehabilitasyon merkezi yöneticilerinin önerileriyle açık iletişim kurulabilecek üç ayrı gelişim düzeyinden çocuklara, üç açık uçlu soru yöneltilmiştir. K1 erken çocukluk döneminde (7 yaşında), K2 orta çocukluk döneminde (11 yaşında), K3 ergenlik döneminde (20 yaşında) kız çocuklarıdır.

Tablo 2. Bazı değişkenlere göre anne-çocuk ilişkisi Mann-Whitney U testi sonuçları

Değişkenler	Sıra ortalaması	U	Z	p
Engel durumu				
Doğuştan/sonradan	22,65/17,28	140,500	-1,427	0,154
Kardeşin cinsiyeti				
Kadın/erkek	23,76/16,09	120,500	-2,060	0,039*
Kardeşin yaşı				
Büyük/küçük	24,57/11,00	54,000	-3,377	0,001*
Başka engelli çocuk var mı?				
Evet/hayır	23,36/19,89	95,500	-0,715	0,475
Engelli çocuğun cinsiyeti				
Kadın/erkek	21,39/16,69	182,500	-0,462	0,644

Tablo 3. Bazı değişkenlere göre anne-çocuk ilişkisi Kruskal-Wallis testi sonuçları

Değişken	Değişken gruplar	n	Sıra ortalaması	DF	χ^2/H	p
Anne eğitim seviyesi	Okuma yazma yok	4	21,63	4	5,983	0,200
	İlkokul	5	17,00			
	İlkokul mezunu	19	21,16			
	Ortaokul mezunu	4	31,63			
	Lise mezunu	8	15,00			
Ailenin aylık ortalama geliri	1000 TL-2000 TL	10	23,90	3	3,844	0,279
	2000 TL-3000 TL	19	20,50			
	3000 TL-4000 TL	9	14,94			
	>5000 TL	2	28,50			

Soru 1. Kardeşinin engel durumu senin hayatını nasıl etkiliyor?

⇒ **K1:** “Okuldan sonra annemle buraya gelmek zorunda kalıyorum. Arkadaşlarım kardeşimi soruyorlar. Bazen dalga geçiriyorlar”

⇒ **K2:** “Diğer çocuklardan farklılar. Bunu arkadaşlarım, tanıdıklarımız anlamıyor. Kardeşim benden küçük olduğu için ona bakmak zorunda kalıyorum. Dışarda kardeşimi kollamak zorundayım. Hep gözüm üzerinde”

⇒ **K3:** “Küçük yaşta sorumluluk almak beni erkenden olgunlaştırdı. Çok fazla sorumluluk aldım. Bu nedenle eğitime devam edemedim. Şu an nişanlıyım. Evlendiğim zaman gözüm arkada kalacak”

Soru 2. Kardeşinin engel durumuna ve onunla ilişkinize yönelik duygu ve düşüncelerin neler?

⇒ **K1:** “Kardeşimle ilişkim iyi. Ama arkadaşlarımla daha çok vakit geçirmek istiyorum. Annem kardeşimden dolayı izin vermiyor. Arkadaşlarım bu durumu anlamıyor. Onlardan biri gibi değilim”.

⇒ **K2:** “Kardeşimin engelli olması haksızlık gibi geliyor. Onun durumuna üzüldüğüm. Bazen konuşurken anlaşıyor. Bana sert davranıyor. Ama ona kızmıyorum. Bu onun suçu değil”.

⇒ **K3:** “Kardeşimin engelini yadırgamadım. Onun büyüğü olduğum için küçük yaştan beri sorumluluğunu üstlendim. Ona çok düşkünüm. Güçlü bir ilişkimiz var. Ben olmadan uyuyamıyor bile”.

Soru 3. Annenle ilişkinizi nasıl değerlendiriyorsun?

⇒ **K1:** “Annemle ilişkimiz iyi. Ama ona bazen kızıyorum. Kardeşimle daha çok ilgileniyor. Bana vakit ayırmıyor”.

⇒ **K2:** “Annemin işi olduğunda kardeşime ben bakıyorum. Bir yere gittiğimizde ona göz kulak olmamı söylüyor. Onun başına bir şey gelirse benim sorumlu olduğumu söylüyor. Bazen bir şey istediğimde sonra yaparız diyor. Sonra unutup. Bazen ikinci planda kaldığımı hissediyorum”.

⇒ **K3:** “Benimle daha çok ilgilenebilirdi. Bana vakit ayırabilirdi. Bana karşı sert olmayabilirdi. Onun da bu konuda zorlandığını biliyorum. Ama yine de bana karşı tutumu için onu suçluyorum.”

Eşit davranmadı. İkinci plana atıldığımı hissettim. O zaman duygularımı önemsemedi. Şimdi daha hassas davranıyor. Annemin o dönem bu durumu kaldıramadığını düşünüyorum. Güçlü değildi. Sorumluluğunu büyük olduğum için bana yükledi”.

Tartışma

Ailede engelli bir çocuğun varlığı tüm alt sistemleriyle birlikte aile sistemini etkilemektedir. Literatürde engelli aile sisteminde engelli çocuk ve diğer aile bireyleri arasındaki ilişkiler ön plana çıksa da ikincil bir etkileşim olan engelli olmayan çocuk ve anne arasındaki ilişki gerekli önemi henüz görememiştir.

Engelli çocukların kardeşleri tipik bir kardeş deneyimi yaşamamakta, ebeveynlerinin ilgisi ve enerjisi yetersiz kalmakta, engelli kardeşlerinin sürekli ihtiyaçları nedeniyle aile içinde göz ardı edilebilmektedirler. Bu çocuklar ayrıca kardeşlerinin bakımında da sorumluluk alarak ikincil bir ebeveyn rolünü üstlenmektedirler. Engelli bir kardeşe sahip olma bu çocukların duygusal ve sosyal gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Engelli kardeşi olan bireylerde içselleştirme problemleri, depresyon ve uyum sorunları yaygın olarak görülmektedir.^{5,13,15,16}

Bu çalışmada bütün bu koşullar altında, engelli aile sisteminde engelli olmayan çocuk-anne ilişkisi değerlendirilmiştir. Çalışmada anne-çocuk ilişki ölçeği maddelerine verilen yanıtlar değerlendirildiğinde, engelli bir çocuğun varlığının kardeş ile anne arasındaki ilişkiyi farklı örüntüler açısından olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Ayrıca, Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre kardeş özellikle kız çocuk olduğunda (sig=0,039, p<0,05) ve engelli kardeşinden büyük olduğunda (sig=0,001, p<0,05) anne-çocuk ilişkisinin bundan olumsuz yönde etkilendiği görülmüştür. Engelli ailesinde büyük kız kardeşler annelerin bakım sorumluluğunun çoğunu üstlenmekte, ikinci planda kalmakta ve bu durum ilişkilerini tipik bir anne-çocuk ilişkisi olmaktan uzaklaştırmaktadır. Diğer ülkelerdeki çalışmalarda benzer şekilde kız çocuklarının bakım rolünde daha çok sorumluluk almaları evrensel bir gerçek olduğunu göstermektedir.^{9,10}

Çalışmada ayrıca engelli kardeşi olan 3 çocukla da görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Engelli kardeşi olan çocuklar için erken çocukluk döneminde akran ilişkilerinde yaşanan uyum sorunları ön plana çıkmaktadır. Gelişim ilerledikçe sorumluluklarının arttığı ve bu durumun kardeşler tarafından olumsuz olarak algılandığı söylenebilir. Çocukların kardeşlerine yönelik yaklaşımları olumlu ve herhangi suçlayıcı bir tavır içermezken, anneye ilgili değerlendirmelerde suçlayıcı bir dil kullandıkları görülmektedir. Kardeşlerin değerlendirmeleri anne-çocuk ilişkisi ölçeğinden elde edilen sonuçları desteklemektedir. Engelli kardeşi olan çocuk ve anne ilişkisinde olumsuz öğeler mevcuttur.

Engelli kardeşi olan çocukların yaşadıkları sorunlar ve ihtiyaçları yeteri kadar önemsenmemektedir. Engelli ailelere yönelik uygulamalarda aile sistemi üzerinden bütüncül bir yaklaşım benimsenerek, ailedeki tüm bireylerin ihtiyaçları

değerlendirilmelidir. Aile yaşam düzenlemeleri, görev ve sorumlulukların dağılımı, stresle baş etme yöntemleri gibi süreçlerle ailelere destek sağlanmalıdır. Anneler engel durumu ile karşılaştığında yoğun depresyon, kaygı gibi zorlanımlar deneyimlemekte, bu durumu engelli olmayan çocuklarına da yansıtabilmektedir. Kardeşlere fazla sorumluluk verildiği ve zaman zaman göz ardı edildikleri görülmektedir. Engele uyum sağlamaları için annelere psikolojik destek sağlanması dolaylı olarak diğer çocuklarıyla ilişkilerini de olumlu yönde etkileyecektir. Engelli aile sisteminde babaların da sorumluluk alarak annelerin yükünün azaltması gerekmektedir. Kısmi/tam zamanlı evde bakım hizmetleriyle engelli aileleri desteklenmelidir. Engelli kardeşi olan çocuklara yönelik özel bir hizmet olan “sibshop” kendi kendine yardım grupları ülkemizde de oluşturulmalıdır. Bu oluşumlar kardeşlerin ortak deneyimlerini paylaşmalarını, birbirlerinden stratejiler öğrenmelerini, yalnız olmadıklarını hissetmelerini ve baş etme yöntemleri gibi yardımcı süreçleri öğrenmelerini sağlamaktadır.⁴

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmada evrenin tamamına ulaşılammıştır. Örneklem ulaşılması zor bir grup olduğu için kuruma gelen anneler ve kardeşlerle kısıtlı kalmıştır. Ayrıca çalışma kırsal bir bölgede gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle genelleme açısından kısıtlılıkları bulunmaktadır.

Sonuç

Engelli aile sisteminde engelli kardeşi olan çocuk ve anne arasındaki ilişki aile ikliminin olumsuz olduğu işlevsiz aile yapılarında ve özellikle annelerin engele uyumlarının zayıf olduğu durumlarda olumsuz etkilenmektedir. Bu ailelerde büyük kız çocuklarının fazla sorumluluk üstlendiği, ikinci plana atıldığı ve bunun sonucunda kardeş-anne ilişkisinin olumsuz örüntüler içerdiği değerlendirilmiştir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Çalışmanın gerçekleştirildiği kurumdan herhangi bir talep olmadığı için Etik Kurul raporu alınmamıştır. Çalışma deneysel, klinik bir içeriğe sahip değildir. Ayrıca çalışmanın kurumda gerçekleştirilmesi için resmi izin Oltu Kaymakamlığından alınmıştır.

Hasta Onayı: Görüşmeler gerçekleştirilmeden önce katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formları alınmıştır.

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

Finansal Destek: Yazar tarafından finansal destek almadığı bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Rivers JW, Stoneman Z. Sibling Relationships When a Child Has Autism: Marital Stress and Support Coping. J Autism Dev Disord. 2003;33:383-394.
2. McMillan E. A Parent's Perspective. Ment Retard. 2005;43:351-353.
3. Swenson S. Families, Research, and Systems Change. Ment Retard. 2005;43:365-368.

4. Biggins M. Siblings of children with disabilities., University of Lethbridge. Faculty of Education; 1997.
5. Ross P, Cuskelly M. Adjustment, Sibling Problems and Coping Strategies of Brothers and Sisters of Children with Autistic Spectrum Disorder. *J Intellect Dev Disabil*. 2006;31:77-86.
6. Knott F, Lewis C, Williams T. Sibling Interaction of Children with Learning Disabilities: A Comparison of Autism and Down's Syndrome. *J Child Psychol Psychiatry*. 1995;36:965-976.
7. Siblings of Children with Special Needs, [http://siblingsaustralia.org.au/wp-content/uploads/2017/09/Learning-Links_article.pdf.%20\(Eri%C5%9Fim%20Tarihi:%20A%C4%9Fustos%202019\)](http://siblingsaustralia.org.au/wp-content/uploads/2017/09/Learning-Links_article.pdf.%20(Eri%C5%9Fim%20Tarihi:%20A%C4%9Fustos%202019).). 2002.
8. Barak-Levy Y, Goldstein E, Weinstock M. Adjustment Characteristics of Healthy Siblings of Children with Autism. *Journal of Family Studies*. 2010;16:155-164.
9. Seltzer MM, Greenberg JS, Krauss MW, Gordon R, Judge K. Siblings of Adults with Mental Retardation or Mental Illness: Effects on Lifestyle and Psychological Well-being. *Family Relations*. 1997;46:395-405.
10. Orsmond GI, Seltzer MM. Brothers and Sisters of Adults with Mental Retardation: Gendered Nature of The Sibling Relationship. *Am J Ment Retard*. 2000;105:486-508.
11. Pruchno RA, Patrick, JH, Burant CJ. Aging Women and Their Children with Chronic Disabilities: Perceptions of Sibling Involvement and Effects on Well-being. *Family Relations*. 1996;45:318-326.
12. Hodapp RM, Glidden LM, Kaiser AP. Siblings of Persons with Disabilities: Toward a Research Agenda, *Ment Retard*. 2005;43:334-338.
13. Orsmond GI, Seltzer MM. Siblings of Individuals with Autism Spectrum Disorders Across the Life Course. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2007;13:313-320.
14. Rossiter L, Sharpe D. The Siblings of Individuals with Mental Retardation: A Quantitative Integration of the Literature. *J Child Fam Stud*. 2001;10:65-84.
15. Fisman S, Wolf L, Ellison D, Gillis B, Freeman TOM, Szatmari P. Risk and Protective Factors Affecting the Adjustment of Siblings of Children with Chronic Disabilities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:1532-1541.
16. Smith MK. Recovery from a Severe Psychiatric Disability: Findings of a Qualitative Study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2000;24:149-158.
17. Hastings RP. Brief Report: Behavioral Adjustment of Siblings of Children with Autism. *J Autism Dev Disord*. 2003;33:99-104.
18. Bågenholm A, Gillberg C. Psychosocial Effects on Siblings of Children with Autism and Mental Retardation: A Population-based Study. *J Ment Defic Res*. 1991;35:291-307.
19. Gold N. Depression and Social Adjustment in Siblings of Boys with Autism. *J Autism Dev Disord*. 1993;23:147-163.
20. Rodrigue JR, Geffken GR, Morgan SB. Perceived Competence and Behavioral Adjustment of Siblings of Children with Autism. *J Autism Dev Disord*. 1993;23:665-674.
21. Kaminsky L, Dewey, D. Siblings Relationships of Children with Autism. *J Autism Dev Disord*. 2001;31:399-410.
22. McHale SM, Gamble WC. Sibling Relationships and Adjustment of Children with Disabled Brothers and Sisters. *Journal of Children in Contemporary Society*. 1998;19:131-158.
23. Derouin D, Jessee PO. Impact of a Chronic Illness in Childhood: Siblings' Perceptions. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 1996;19:135-147.
24. Mandelco B, Olsen SF, Dyches T, Marshall E. The Relationship Between Family and Sibling Functioning in Families Raising a Child with a Disability. *Journal of Family Nursing*. 2003;9:365-396.
25. Baumann SL, Dyches TT, Braddick M. Being a Sibling. *Nurs Sci Q*. 2005;18:51-58.
26. Hornby G. Counseling in child disability. Skills for working with parents. *International Journal for the Advancement of Counselling*. 1994;22:331-334.
27. McCubbin H, Patterson JM. The Family Stress Process: The Double ABCX Model of Adjustment and Adaptation. *Marriage&Family Review*. 1983;6:7-37.
28. Heiman T. Parents of Children with Disabilities: Resilience, Coping, and Future Expectations. *J Dev Phys Disabil*. 2002;14:159-171.
29. Nixon CL, Cummings EM. Sibling Disability and Children's Reactivity to Conflicts Involving Family Members. *Journal of Family Psychology*. 1999;13:274-285.
30. Dyson L, Edgar E, Crnic K. Psychological Predictors of Adjustment by Siblings of Developmentally Disabled Children. *Am J Ment Retard*. 1989;94:292-302.
31. Dervishalaj E, Murati E. Families of Children with Developmental Disabilities: Perceptions and Experiences of Adolescent Siblings of Children with Developmental Disabilities. *European Scientific Journal*. 2014;10:129-142.
32. Skotko BG, Levine SP. What the Other Children Are Thinking: Brothers and Sisters of Persons with Down Syndrome. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2006;142:180-186.
33. Lobato DJ, Miller CT, Barbour L, Hall LJ, Pezzullo J. Preschool Siblings of Handicapped Children: Interactions with Mothers, Brothers, and Sisters. *Res Dev Disabil*. 1991;12:387-399.
34. Nelson M, Ruch S, Jackson Z, Bloom L, Part R. Towards an Understanding of Families with Physically Disabled Adolescents. *Soc Work Health Care*. 1992;17:1-25.
35. Pit-Ten Cate IM, Loots GM. Experiences of siblings of children with physical disabilities: An empirical investigation. *Disabil Rehabil*. 2000;22:399-408.
36. Brody GH. Sibling Relationship Quality: Its Causes and Consequences. *Annu Rev Psychol*. 1998;49:1-24.
37. Brody GH. Siblings' Direct and Indirect Contributions to Child Development. *Current Directions in Psychological Science*. 2004;13:124-126.

Kadına Yönelik Psikolojik Şiddetin Ebeveyn Tutumları ile İlişkisi: Gümüşhane İli Örneği

The Relationship Between Psychological Violence Against Women and Parental Attitudes: The Case of Gümüşhane Province

İD Aysın Çetinkaya Büyükbodur¹, İD Ahmet Burhan Çakıcı²

¹Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Gümüşhane, Türkiye

²Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, Yönetim ve Organizasyon Anabilim Dalı, Karaman, Türkiye

Amaç: Bu çalışmada kadına yönelik psikolojik şiddet ile ebeveyn tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma genel tarama modelleri içinde ilişkisel tarama modeli türünde kesitsel bir çalışmadır. Araştırmacının çalışma grubunu 2-6 yaş arasında çocuğu olan eş/partnerleri ile Gümüşhane ili Merkez ilçesinde yaşayan, araştırmaya katılmaya gönüllü 22-45 yaş arası 159 kadın oluşturmaktadır. Katılımcıların özellikleri sosyo-demografik bilgi formu ile belirlenmiştir. Ebeveyn tutumları ebeveyn tutum ölçeği (ETÖ), eş/partnerlerinden algıladıkları psikolojik şiddet kadına psikolojik eziyet envanteri (KPEE) kısa formu ile ölçülmüştür. Verilerin analizinde SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır. ETÖ ile KPEE arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Spearman korelasyon analizi, sosyo-demografik özelliklere göre ölçeklerin alt boyutlarının farklılık gösterip göstermediğini belirleyebilmek için fark testleri uygulanmıştır.

Bulgular: KPEE alt boyutu duygusal sözel şiddet ile ETÖ alt boyutlarından izin verici tutum ($r=-0,360$ $p<0,01$), aşırı koruyucu tutum ($r=-0,467$ $p<0,01$) ve demokratik tutum ($r=-0,580$ $p<0,01$) arasında negatif orta düzeyde, otoriter ebeveyn tutumu ($r=0,753$ $p<0,01$) arasında ise pozitif yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. KPEE alt boyutu sorumluluk ile ETÖ alt boyutlarından izin verici tutum ($r=-0,527$ $p<0,01$), demokratik tutum ($r=-0,609$ $p<0,01$) arasında negatif orta düzeyde, otoriter ebeveyn tutumu arasında ($r=0,565$ $p<0,01$) pozitif orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. KPEE alt boyutu kısıtlama/suçlama tehdit ile koruyucu tutum ($r=-0,594$ $p<0,01$), demokratik tutum ($r=-0,408$ $p<0,01$) arasında orta düzeyde negatif, otoriter ebeveyn tutumu ($r=0,294$ $p<0,01$) arasında pozitif düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Kadınların algıladıkları psikolojik şiddet ile ebeveyn tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. KPEE ile ETÖ alt boyutlarının eğitim durumuna ve çocuk sayısına göre anlamlı biçimde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$).

Anahtar Kelimeler: Kadına yönelik psikolojik şiddet, ebeveyn tutumu, anne-çocuk ilişkisi

Objectives: In this study, it was aimed to investigate the relationship between psychological violence against women and parental attitudes.

Materials and Methods: The research is a cross-sectional study in relational screening model type among general screening models. The study group of the research consists of 159 women between the ages of 22-45 who are volunteers to participate in the study and living in the central district of Gümüşhane province with their spouse/partners and who have children between the ages of 2-6 years. The characteristics of the participants were determined by the Socio-demographic information form. Parental attitudes were measured with the Parental Attitude scale (PAS), the psychological violence perceived by their spouse/partners with the short form of psychological torment inventory (PMWI). SPSS 21.0 package program was used in the analysis of the data. Spearman correlation analysis was used to determine the relationship between PAS and PMWI, and difference tests were used to determine whether the sub-dimensions of the scales differed according to socio-demographic characteristics.

Results: PMWI sub-dimension, emotional verbal violence, and permissive attitude ($r=-0.360$ $p<0.01$), overprotective attitude ($r=-0.467$ $p<0.01$) and democratic attitude ($r=-0.580$ $p<0.01$) negative, moderate, authoritarian parent attitude ($r=0.753$ $p<0.01$) positive correlation was found. Of the PMWI sub-dimensions, responsibility had negatively moderate relationship with authoritative attitude ($r=-0.527$ $p<0.01$) and democratic attitude ($r=-0.609$ $p<0.01$), and a positive moderately significant relationship with authoritarian parental attitude ($r=0.565$ $p<0.01$) was detected. PMWI sub-dimension/blame threat had a moderate negative relationship with protective attitude ($r=-0.594$ $p<0.01$) and democratic attitude ($r=-0.408$ $p<0.01$), and a positive low level significant relationship with authoritarian parental attitude ($r=0.294$ $p<0.01$).

Conclusion: A statistically significant relationship was found between psychological violence perceived by women and parental attitudes. PMWI and PAS subscales were found to differ significantly according to the level of education and number of children ($p<0.05$).

Keywords: Psychological violence against women, parenting attitudes, mother-child relationship

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Aysın Çetinkaya Büyükbodur, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Gümüşhane, Türkiye

Tel.: +90 532 568 17 99 **E-posta:** aysine2@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0002-8042-4174

Geliş Tarihi/Received: 08.01.2020 **Kabul Tarihi/Accepted:** 26.02.2020

©Telif Hakkı 2020 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



Giriş

Kadınlar tüm dünya coğrafyasında, sınırların ötesinde, bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik ve yaşlılık dönemleri dahil yaşamları boyunca yaş, sınıf, kast ve statü ayrımı gözetmeksizin psikolojik, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalmaktadırlar.¹ Şiddete maruz kalınması fiziksel yaralanmaların yanı sıra uzun vadede astım, felç ve kalp hastalıklarına, travma sonrası stres ve kaygı bozuklukları,^{2,3} depresyon, alkol, uyuşturucu ve madde bağımlılığı⁴, intihar davranışı, uyku ve yeme bozuklukları, sosyal işlev bozukluğu⁵ gibi fiziksel, ruhsal, davranışsal sağlık sorunlarına neden olmakta⁶ ve erken ölüm riskini artırmaktadır.² Araştırmalar bu tür şiddet olaylarının kadınların ruh sağlığı, kendilik algısı ve refahı üzerinde olumsuz etkiler yarattığını ve söz konusu etkilerin nesiller arası devam ederek toplumların üzerindeki yükü artırdığını göstermektedir.⁷⁻⁹

Kadına yönelik şiddet fiziksel, psikolojik, cinsel ve ekonomik şiddet biçiminde meydana gelmektedir. Bu araştırmada incelenen psikolojik şiddet genellikle duygusal istismar, psikolojik kötü muamele, sözlü taciz, sözlü hakaret, duygusal istismar, duygusal kötü muamele,¹⁰ psikolojik eziyet¹¹ şeklinde adlandırılmakta ve bu terimler birbirinin yerine sıklıkla kullanılmaktadır.¹² Psikolojik şiddet aşağılama, utandırma veya korkutma amacıyla yapılan, maruz kalan bireyin benlik saygısına zarar veren sözlü ya da sözsüz davranışlar olarak tanımlanabilir ve çoğunlukla süreklilik özelliği taşımaktadır. Psikolojik şiddet mağdurun ilişki ağlarına zarar vermektedir. Kerig ve Swanson¹³ ev içi şiddetin yaşandığı aile yapılarında eş şiddetine maruz kalan annelerin şiddetin yarattığı duygu yükünü anne-çocuk etkileşimine aktardıklarını, bunun sonucunda ise çocuklarda olumsuz duygusal uyarılma ve duygu düzensizliğinin ortaya çıkabildiğini belirtmektedir. Ev içinde eşin diğer eşe psikolojik şiddet uyguladığına tanık olan çocuklar fiziksel şiddete tanık olan çocuklarda olduğu gibi kaygı, depresyon ve yaşayabilecekleri kişilerarası çatışmalar açısından risk altındadırlar.¹⁴ Bu bağlamda aile çocukların ruh sağlığı için koruyucu faktör olma özelliğini yitirmektedir. Psikolojik ya da duygusal şiddetin yaşanmadığı evlilik ilişkilerinde ebeveynler çocuklarını destekler, çocuklarının faaliyetlerini yeterince izler ve kontrol eder.¹⁵ Sağlıklı evlilik ilişkisinin yarattığı pozitif etki ebeveynlerin ilgi çekici, tutarlı biçimde en iyi ebeveynlik uygulamalarına katılmalarına izin verir. Ev içi şiddete maruziyet ise kadınlarda çocukların davranışlarını ve bakım gereksinimlerini yönetme konusunda otoriter ve tutarsız ebeveynlik uygulamalarında bulunma olasılığını artırmaktadır.¹⁶ Erkekte kadına yönelen sözlü saldırganlık annenin ebeveyn tutumlarına etkide bulunarak saldırganlığın anne çocuk ilişkisine doğru yayılmasına neden olabilir.¹⁷ Söz konusu etkileşim “yayılma hipotezi” ile açıklanmaktadır.¹⁸ Özellikle sözlü/duygusal şiddete maruz kalan ebeveyn, çocuk üzerinde kontrol sağlamak için çocuğa bağırma, çocuğu tehdit etme gibi çocuğun kişilik gelişimini olumsuz yönde etkileyebilecek davranışlara yönelebilir.^{19,20}

Alan yazında ifade edildiği gibi psikolojik şiddet ebeveyn tutumlarına etkide bulunarak ebeveyn çocuk ilişkisini şekillendirmektedir. Bu bağlamda araştırmada kadınların

algıladıkları psikolojik şiddet ile ebeveyn tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Söz konusu ilişkinin görünürlük kazanması kadına yönelik psikolojik şiddetin önlenmesi için müdahalelerin kanıta dayalı olarak oluşturulmasına katkı sunabilir. Araştırmada ayrıca katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine (yaş, eğitim, eş/partnerle geçirilen süre, çocuk sayısı) göre ebeveyn tutumlarının ve algıladıkları psikolojik şiddetin farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmanın Genel Özellikleri

“Kadınlara Yönelik Psikolojik Şiddetin Ebeveyn Tutumları ile İlişkisi: Gümüşhane İli Örneği” adlı araştırma genel tarama modelleri içinde yer alan ilişkisel tarama modelinde keşfedici korelasyon araştırması türünde kesitsel çalışma olacak şekilde tasarlanmıştır. Araştırmaya başlamadan önce soru formunda yer alan ölçeklerin uygulanabilmesi için ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan araştırmacılardan izin alınmıştır. Sonrasında soru formunun katılımcılara uygulanabilmesi için Gümüşhane Üniversitesi Etik Kurulu’ndan 2019/4 sayı numarası ile onay alınmıştır. Katılımcılara bilgilendirilmiş onam formu sunulmuştur. Araştırmada verilerin toplanabilmesi için oluşturulan soru formu Gümüşhane ili Merkez ilçesinde çalışmaya katılmaya gönüllü n=159 kadın katılımcıya yüz yüze anket şeklinde 15.04.2019-30.05.2019 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Çalışma Grubu

Araştırmanın evrenini Gümüşhane ili Merkez ilçede ikamet eden 22-45 yaş arası 2-6 yaş arası çocukları olan kadınlar oluştururken, araştırmanın çalışma grubunu ise adı geçen evrenden basit rastgele seçkisiz örnekleme göre seçilen 2-6 yaş arasında çocuk sahibi eş/partnerleri ile birlikte Gümüşhane ili Merkez ilçesinde yaşayan araştırmaya katılmaya gönüllü 22-45 yaş arası 159 kadın katılımcı oluşturmuştur. Araştırmanın çalışma grubu ilk önce 200 kadın katılımcı olarak belirlenmişken 170 kadın çalışmaya gönüllü olarak katılmış ancak 11 katılımcının soru formunu tam doldurmamaları nedeniyle 159 katılımcıdan elde edilen veriler analizlere dahil edilmiştir. Çalışma grubunda yer alan kadın katılımcılara ulaşabilmek için araştırmacılar merkez ilçesinde ev ziyaretleri yaparak 2-6 yaş arasında çocuğu olan katılımcılara ve tanıdıkları araştırmaya katılmaya gönüllü kadınlara ölçme araçlarını uygulamışlardır. Söz konusu anketlerin katılımcılar tarafından cevaplanması 15-20 dakika sürmüştür.

Anket Özellikleri ve Uygulaması

Araştırmada katılımcıların özelliklerine ilişkin bilgi edinebilmek için sosyo-demografik ve kişisel bilgi formu, kadınların ebeveyn tutumlarını ölçebilmek için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Demir ve Şendil²¹ tarafından yapılan ebeveyn tutum ölçeği (ETÖ) kullanılmıştır. ETÖ’nün 2-6 yaş arasında çocuğu olan ebeveynlere uygulanabilme özelliği bulunmaktadır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında sosyo-ekonomik düzeyi

farklı olan 420 ebeveynin verileri analizlere dahil edilmiştir. Araştırmacıların yaptıkları güvenilirlik analizi sonucunda ölçeğin Cronbach alfa değerleri “demokratik” alt boyutu için 0,83, “otoriter” alt boyutu için 0,76, “aşırı koruyucu” alt boyutu için 0,75 ve “izin verici” alt boyutu için ise 0,74 olarak bulunmuştur.²¹ Ölçek 5’li likert biçiminde olup; izin verici (9 madde), aşırı koruyucu (9 madde), demokratik (17 madde), otoriter (11 madde) olmak üzere toplam 4 alt boyuttan ve 46 maddeden oluşmaktadır.

Kadınların algıladıkları psikolojik şiddeti ölçebilmek için ise Ersoy ve ark.¹¹ tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan kadına psikolojik eziyet envanteri kısa formu (KPEE) kullanılmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına 23-55 yaş arasında evli ya da partnerleri ile birlikte yaşayan 852 kadın katılmıştır. KPEE kısa formu Richard M. Tolman tarafından geliştirilen Psychological Maltreatment of Women Inventory²² ölçeğinden Türkçe’ye uyarlanmıştır. KPEE’nin Türkçe’ye uyarlanabilmesi için ölçeği geliştiren Richard M. Tolman’dan onay alınmış, İngilizce’den Türkçe’ye çevirisi iki dile de hakim olan araştırmacıların kendilerince yapılmıştır. Sonrasında ölçek maddeleri tekrar Türkçe’den İngilizce’ye çevrilmiştir.¹¹ Çeviri sonucunda maddelerle ilgili gerekli değişiklikler yapılarak ölçek son halini almıştır. Ölçeğin tümü için iki yarım test güvenilirliği, birinci ve ikinci yarı için 0,90 ve 0,87 kısıtlama/suçlama/tehdit alt boyutunun Cronbach alfa değerleri, birinci ve ikinci yarı için 0,88 ve 0,77 duygusal/sözel şiddet alt boyutu için Cronbach alfa değeri iç tutarlık katsayısı 0,78, sorumluluk alt boyutunun Cronbach alfa değerleri birinci ve ikinci yarı için 0,80 ve 0,78 olarak bulunmuştur.¹¹ Form 5’li

likert tarzında oluşturulmuş olup, en son şık 0 puan değerinde geçerli değil olarak düzenlenmiştir. Form kısıtlama/suçlama/ tehdit (8 madde), sorumluluk (6 madde) ve duygusal/sözel şiddet (4 madde) olmak üzere toplamda 3 alt boyuttan oluşmaktadır.

İstatistiksel Analiz

Analizlere 159 katılımcıdan elde edilen veriler dahil edilmiştir. Araştırmada verilerin analizinde SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır. Çalışma grubunda yer alan katılımcıların özelliklerini belirleyebilmek için tanımlayıcı istatistik analizlerden (frekans, yüzde) yararlanılmıştır. Katılımcıların ebeveyn tutumları ile kadınların algıladıkları psikolojik şiddet arasında ilişki olup olmadığını belirleyebilmek amacıyla yapılan araştırmada ilk önce KPEE kısa formu ve ETÖ elde edilen puanların normal dağılım gösterip göstermediğini test etmek için Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk testleri uygulanmış test sonuçlarının anlamlı olduğu ($p < 0,01$) saptanmıştır. Buna göre; kadına yönelik psikolojik şiddet ile ebeveyn tutumları arasında ilişki olup olmadığını belirleyebilmek için non-parametrik testlerde kullanılan Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. KPEE kısa formunun alt boyutları ile ETÖ alt boyutlarının sosyo-demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğini belirleyebilmek için Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Kadın katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin betimsel istatistikler

Değişkenler		n	%	Değişkenler		n	%	
	22-25	33	20,8		Okuryazar	2	1,3	
	26-30	72	45,3		İlkokul	46	28,9	
Yaş	31-35	41	25,8	Eğitim durumu	Ortaokul	11	6,9	
	36-40	12	7,5		Lise	55	34,6	
	41-45	1	0,6		Üniversite	45	28,3	
	1000 TL altı	9	5,7		2 yıldan daha az	3	1,9	
	1000-2000 arası	22	13,8		3-5 yıl	53	33,3	
Gelir durumu	2100-3000 arası	38	23,9	Eş/partnerle geçirilen süre	6-10 yıl	62	39,0	
	3100-4000 arası	51	32,1		11-15yıl	33	20,8	
	4100-5000 arası	19	11,9		16-20 yıl	8	5,0	
	5000 TL üstü	20	12,6					
	Çalışmıyor	81	50,9		1 çocuk	42	26,4	
	Hizmet sektörü	15	9,4		2 çocuk	54	34,0	
Katılımcıların çalışma durumları	Kamu	12	7,5	Katılımcıların çocuk sayısı	3 çocuk	43	27,0	
	Gündelik işler	5	3,1		4 çocuk	16	10,1	
	Eğitim	4	2,5		5 çocuk	4	2,5	
	Sağlık	15	9,4		-	-	-	
	Serbest meslek	13	8,2		-	-	-	
	Üretim	14	8,8		-	-	-	
Toplam		159	100,0		-	159	100,0	

Tablo 2 incelendiğinde KPEE kısa formu alt boyutlarından duygusal sözel şiddetin ($p<0,05$) yaşa göre anlamlı farklılık gösterdiği, KPEE kısa formunun sorumluluk, kısıtlama/suçlama tehdit alt boyutlarının yaşa göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Grupların sıra ortalamaları incelendiğinde en yüksek puanın 22-25 yaş grubunda olan katılımcılarda, en düşük puanın ise 31-35 yaş arası kadın katılımcılarda olduğu, 31-35 yaş arasına kadar azalma yönünde farklılaşan duygusal sözel şiddet puanlarının 36-40 yaş arasında tekrar artma yönünde farklılaştığı belirlenmiştir. Buna göre; kadınlar arasında 36-40 yaşına doğru artış oldukça algılanan duygusal sözel şiddet azalırken, 36-40 yaşları arasında duygusal ve sözel şiddetin yeniden artabileceği söylenebilir. ETÖ alt

Tablo 2. Algılanan psikolojik şiddet ve ebeveyn tutumlarının yaşa göre Kruskal-Wallis analiz sonuçları

	Yaş	n	Sıra ort.	SS	χ^2	p
Duygusal sözel şiddet	22-25	33	94,77	4	10,15	0,038
	26-30	72	80,85			
	31-35	41	62,83			
	36-40	12	93,00			
	41-45	1	79,50			
	Toplam	159				
Sorumluluk	22-25	33	88,86	4	4,87	0,300
	26-30	72	72,79			
	31-35	41	81,41			
	36-40	12	96,04			
	41-45	1	56,00			
	Toplam	159				
Kısıtlama/suçlama tehdit	22-25	33	94,64	4	6,27	0,180
	26-30	72	78,61			
	31-35	41	69,24			
	36-40	12	83,42			
	41-45	1	97,00			
	Toplam	159				
İzin verici tutum	22-25	33	76,27	4	3,49	0,479
	26-30	72	84,83			
	31-35	41	77,33			
	36-40	12	66,13			
	41-45	1	131,00			
	Toplam	159				
Koruyucu tutum	22-25	33	66,52	4	4,81	0,307
	26-30	72	79,99			
	31-35	41	88,06			
	36-40	12	87,08			
	41-45	1	110,00			
	Toplam	159				
Demokratik tutum	22-25	33	65,32	4	5,58	0,232
	26-30	72	84,27			
	31-35	41	85,85			
	36-40	12	71,88			
	41-45	1	114,50			
	Toplam	159				
Otoriter tutum	22-25	33	90,95	4	3,042	0,551
	26-30	72	75,33			
	31-35	41	78,04			
	36-40	12	86,04			
	41-45	1	63,00			
	Toplam	159				

SS: Standart sapma, Ort: Ortalama

boyutlarından izin verici tutum, koruyucu tutum, demokratik tutum ve otoriter tutumun da yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 3'te görüldüğü üzere KPEE kısa formu alt boyutlarından duygusal sözel şiddet, sorumluluk, kısıtlama/suçlama tehdidin eğitim durumuna göre anlamlı olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,01$). ETÖ alt boyutlarından olan izin verici tutum, koruyucu tutum, demokratik tutum ve otoriter tutumun da eğitim düzeyine göre farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,01$).

Tablo 4 incelendiğinde; KPEE kısa formunun alt boyutlarından duygusal sözel şiddet ($p<0,01$), sorumluluk ($p<0,05$), kısıtlama/

Tablo 3. Algılanan psikolojik şiddet ve ebeveyn tutumlarının eğitim durumuna göre Kruskal-Wallis analiz sonuçları

	Eğitim durumu	n	Sıra ort.	SS	χ^2	p
Duygusal sözel şiddet	Okur-yazar	2	115,50	4	51,13	$p<0,001$
	İlkokul	46	117,21			
	Ortaokul	11	75,68			
	Lise	55	72,17			
	Üniversite	45	51,01			
	Toplam	159				
Sorumluluk	Okur-yazar	2	121,50	4	20,41	$p<0,001$
	İlkokul	46	101,52			
	Ortaokul	11	89,86			
	Lise	55	72,62			
	Üniversite	45	62,77			
	Toplam	159				
Kısıtlama/suçlama tehdit	Okur-yazar	2	110,25	4	26,20	0,001
	İlkokul	46	106,96			
	Ortaokul	11	77,68			
	Lise	55	68,32			
	Üniversite	45	65,94			
	Toplam	159				
İzin verici tutum	Okur-yazar	2	88,75	4	13,04	$p<0,001$
	İlkokul	46	65,86			
	Ortaokul	11	54,41			
	Lise	55	84,62			
	Üniversite	45	94,68			
	Toplam	159				
Koruyucu tutum	Okur-yazar	2	68,50	4	36,30	$p<0,001$
	İlkokul	46	47,75			
	Ortaokul	11	83,50			
	Lise	55	87,21			
	Üniversite	45	103,81			
	Toplam	159				
Demokratik tutum	Okur-yazar	2	50,96	4	28,33	$p<0,001$
	İlkokul	46	84,93			
	Ortaokul	11	88,50			
	Lise	55	98,43			
	Üniversite	45	99,86			
	Toplam	159				
Otoriter tutum	Okur-yazar	2	128,25	4	37,55	$p<0,001$
	İlkokul	46	111,46			
	Ortaokul	11	77,18			
	Lise	55	71,93			
	Üniversite	45	56,26			
	Toplam	159				

SS: Standart sapma, Ort: Ortalama

suçlama tehdidin ($p<0,05$) katılımcıların sahip oldukları çocuk sayısına göre anlamlı olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır. ETÖ alt boyutlarından olan koruyucu tutum, demokratik tutum ve otoriter tutumun ($p<0,05$) çocuk sayısına göre anlamlı biçimde farklılık gösterdiği bulunmuştur. Çocuk sayısına göre ETÖ alt boyutu olan izin verici tutumun ise kadın katılımcıların sahip oldukları çocuk sayısına göre anlamlı biçimde farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 5’de görüldüğü gibi KPEE kısa formunun alt boyutlarından duygusal sözel şiddet ($p>0,05$), sorumluluk ($p>0,05$), ve kısıtlama/suçlama tehdit ($p>0,05$) alt boyutları eş ile geçirilen süreye göre anlamlı biçimde farklılık göstermemektedir.

Tablo 4. Algılanan psikolojik şiddet ve ebeveyn tutumlarının çocuk sayısına göre Kruskal-Wallis analiz sonuçları

	Çocuk sayısı	n	Sıra ort.	SS	χ^2	p
Duygusal sözel şiddet	1	42	63,31	4	14,73	0,005
	2	54	75,20			
	3	43	90,29			
	4	16	107,06			
	5	4	101,13			
	Toplam	159				
Sorumluluk	1	42	72,68	4	13,21	0,010
	2	54	69,77			
	3	43	86,19			
	4	16	108,50			
	5	4	114,50			
	Toplam	159				
Kısıtlama/suçlama tehdit	1	42	69,93	4	11,33	0,023
	2	54	75,56			
	3	43	82,41			
	4	16	111,78			
	5	4	92,63			
	Toplam	159				
İzin verici tutum	1	42	91,40	4	9,35	0,053
	2	54	79,79			
	3	43	81,48			
	4	16	53,22			
	5	4	54,38			
	Toplam	159				
Koruyucu tutum	1	42	92,12	4	12,32	0,015
	2	54	84,57			
	3	43	76,31			
	4	16	48,28			
	5	4	57,50			
	Toplam	159				
Demokratik tutum	1	42	91,23	4	10,77	0,029
	2	54	79,67			
	3	43	77,98			
	4	16	60,66			
	5	4	30,50			
	Toplam	159				
Otoriter tutum	1	42	64,54	4	11,75	0,019
	2	54	75,29			
	3	43	92,50			
	4	16	99,56			
	5	4	93,38			
	Toplam	159				

SS: Standart sapma, Ort: Ortalama

ETÖ’nün alt boyutlarından izin verici tutum, koruyucu tutum, demokratik tutum ve otoriter tutumun eş ile geçirilen süreye göre anlamlı olarak farklılaşmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 6 incelendiğinde, KPEE kısa formunun alt boyutları (duygusal/sözel şiddet, sorumluluk, kısıtlama/suçlama/tehdit) ile kadınların ebeveyn tutumlarını ölçmek için kullanılan ETÖ alt boyutları (izin verici tutum, koruyucu tutum, demokratik tutum ve otoriter tutum) arasındaki ilişkiyi gösterir Spearman Korelasyon analiz sonuçlarına göre; KPEE kısa formu alt boyutu olan duygusal sözel şiddet ile izin verici ebeveyn tutumu arasında orta düzeyde negatif yönlü ve anlamlı ilişkinin olduğu ($r=-0,360$)

Tablo 5. Algılanan psikolojik şiddet ve ebeveyn tutumlarının eş ile geçirilen süreye göre Kruskal-Wallis analizi sonuçları

	Eş ile geçirilen süre	n	Sıra ort.	SS	χ^2	p
Duygusal sözel şiddet	2 yıla kadar	3	39,67	4	8,87	0,064
	3-5 yıl	53	71,86			
	6-10 yıl	62	85,35			
	11-15 yıl	33	78,82			
	16-20 yıl	8	112,50			
	Toplam	159				
Sorumluluk	2 yıla kadar	3	52,33	4	5,02	0,284
	3-5 yıl	53	74,14			
	6-10 yıl	62	79,94			
	11-15 yıl	33	85,89			
	16-20 yıl	8	105,31			
	Toplam	159				
Kısıtlama/suçlama tehdit	2 yıla kadar	3	100,00	4	2,69	0,610
	3-5 yıl	53	73,56			
	6-10 yıl	62	82,17			
	11-15 yıl	33	81,03			
	16-20 yıl	8	94,13			
	Toplam	159				
İzin verici tutum	2 yıla kadar	3	133,67	4	6,38	0,172
	3-5 yıl	53	81,18			
	6-10 yıl	62	82,45			
	11-15 yıl	33	68,53			
	16-20 yıl	8	80,38			
	Toplam	159				
Koruyucu tutum	2 yıla kadar	3	88,83	4	2,59	0,628
	3-5 yıl	53	87,39			
	6-10 yıl	62	74,76			
	11-15 yıl	33	79,33			
	16-20 yıl	8	71,13			
	Toplam	159				
Demokratik tutum	2 yıla kadar	3	97,00	4	3,53	0,473
	3-5 yıl	53	81,25			
	6-10 yıl	62	84,30			
	11-15 yıl	33	73,89			
	16-20 yıl	8	57,25			
	Toplam	159				
Otoriter tutum	2 yıla kadar	3	57,17	4	7,60	0,107
	3-5 yıl	53	70,17			
	6-10 yıl	62	80,28			
	11-15 yıl	33	91,11			
	16-20 yıl	8	105,69			
	Toplam	159				

SS: Standart sapma, Ort: Ortalama

$p<0,01$), duygusal sözel şiddet ile aşırı koruyucu ebeveyn tutumu arasında orta düzeyde negatif yönlü anlamlı ilişkinin olduğu ($r=-0,467$ $p<0,01$), duygusal sözel şiddet ile demokratik ebeveyn tutumu arasında orta düzeyde negatif yönlü anlamlı ilişkinin olduğu ($r=-0,580$ $p<0,01$) görülmektedir. Duygusal sözel şiddet ile otoriter ebeveyn tutumu arasında ise yüksek düzeyde pozitif yönlü ve anlamlı ilişkinin olduğu saptanmıştır ($r=0,753$ $p<0,01$). KPEE alt boyutu olan sorumluluk ile izin verici ebeveyn tutumu arasında orta düzeyde negatif yönlü anlamlı ilişkinin olduğu ($r=-0,527$ $p<0,01$), sorumluluk alt boyutu ile aşırı koruyucu ebeveyn tutumu arasında anlamlı ilişkinin olmadığı ($r=-0,094$ $p=0,237$ $p>0,05$), sorumluluk ile demokratik ebeveyn tutumu arasında orta düzeyde negatif yönlü anlamlı ilişkinin olduğu ($r=-0,609$ $p<0,01$) saptanmıştır. Sorumluluk ile otoriter ebeveyn tutumu arasında ise orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($r=0,565$ $p<0,01$). KPEE alt boyutu olan kısıtlama/suçlama tehdit alt boyutu ile ETÖ'nün alt boyutu olan izin verici tutum arasında anlamlı ilişkinin olmadığı ($r=0,035$ $p>0,05$), kısıtlama/suçlama tehdit ile koruyucu ebeveyn tutumu arasında orta düzeyde negatif yönlü anlamlı ilişkinin olduğu ($r=-0,594$ $p<0,01$), kısıtlama/suçlama tehdit ile demokratik ebeveyn tutumu arasında orta düzeyde negatif yönlü anlamlı ilişkinin olduğu ($r=-0,408$ $p<0,01$) bulunmuştur. kısıtlama/suçlama tehdit ile otoriter ebeveyn tutumu arasında ise düşük düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($r=0,294$ $p<0,01$).

Tartışma

Araştırma neticesinde, sosyo-demografik değişkenlere göre ebeveyn tutumları ile kadınların algıladıkları psikolojik

şiddetin farklılık gösterip göstermediğine ilişkin bulgular değerlendirildiğinde; yaşa göre ETÖ alt boyutlarından elde edilen puanlar ile KPEE kısa formunun alt boyutlarından olan kısıtlama/suçlama tehdit alt boyutu ile sorumluluk alt boyutunun farklılık göstermediği ($p>0,05$), ancak KPEE kısa formunun alt boyutu olan duygusal sözel şiddetin yaşa göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaştığı saptanmıştır ($p<0,05$). Psikolojik şiddet ile ilgili alan yazında yer alan çalışmalarda daha genç yaşta olan kadınların yaşı ilerlemiş olan kadınlara göre şiddete maruziyetlerinin daha fazla olduğu belirtilmektedir. Erkan ve Bozgöz²³ tarafından Diyarbakır ilinde yapılan çalışmada en çok genç ve evli olan kadınların aile içi şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Vasconcelos ve ark.²⁴ tarafından yapılan saldırganlık profili ve şiddet ile ilişkili faktörlerin birlikte incelendiği çalışmada psikolojik şiddetin 19 yaş ile 40 yaş arasında artma eğiliminde olduğu, 41 yaşından sonra ise azalma yönünde seyir izlediği saptanmıştır. Bu çalışmada da 31-35 yaş arasında azalma yönünde farklılaşan duygusal sözel şiddet puanlarının 36-40 yaş arasında tekrar artma yönünde farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bu bağlamda araştırma bulgularının bazı araştırma bulguları ile benzerlik gösterirken bazıları ile örtüşmediği görülmektedir.

Araştırma sonucunda eğitim durumuna göre KPEE kısa formunun alt boyutları olan duygusal sözel şiddet, sorumluluk, ve kısıtlama/suçlama tehdidin anlamlı olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır. Elde edilen bulgular değerlendirildiğinde eğitim düzeyi arttıkça kadına yönelik psikolojik şiddetin azalabileceği söylenebilir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular ile paralel biçimde alan yazında çeşitli araştırma sonuçları bulunmaktadır. García-Moreno'nun²⁵ yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi

Tablo 6. Algılanan psikolojik şiddet ile ebeveyn tutumları arasındaki ilişkiyi gösterir Spearman Korelasyon analiz sonuçları

Spearman's rho		ETÖ Top.	İzin verici tutum	Aşırı koruyucu tutum	Demokratik tutum	Otoriter tutum
Duygusal sözel şiddet	-	-0,434**	-0,360**	-0,467**	-0,580**	0,753**
		-	0,531**	609**	0,852**	-0,249**
			-	0,021	0,374**	-0,453**
				-	0,490**	-0,288**
					-	-0,472**
						-
Sorumluluk	-	-0,476**	-0,527**	-0,094	-0,609**	0,565**
		-	0,531**	0,609**	0,852**	-0,249**
			-	0,021	0,374**	-0,453**
				-	0,490**	-0,288**
					-	-0,472**
						-
Kısıtlama /suçlama tehdit	-	-0,334**	0,035	-0,594**	-0,408**	0,294**
		-	0,531**	0,609**	0,852**	-0,249**
			-	0,021	0,374**	-0,453**
				-	0,490**	-0,288**
					-	-0,472**
						-

ETÖ: Ebeveyn tutum ölçeği, ** $p<0,01$, * $p<0,05$

arttıkça kadınların şiddete daha az maruz kalabilecekleri saptanmıştır. Sanz-Barbero ve ark.²⁶ yaptıkları çalışmada ise yüksek eğitim düzeyinin genç kadınlarda psikolojik şiddeti, yetişkin ve yaşlı kadınlarda ise cinsel ve fiziksel şiddete uğrama olasılığını azaltabileceği saptanmıştır. Yanık ve ark.²⁷ tarafından Kırklareli’nde yapılan çalışmada eğitim düzeyi arttıkça şiddete maruz kalma durumu sıklığının azaldığı saptanmıştır. Kamat ve ark.²⁸ tarafından yapılan çalışmada ise kadınların düşük eğitim düzeyi ve evlilik yaşı ile kadınların şiddete maruz kalmaları arasında anlamlı ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Yazar²⁹ tarafından yapılan çalışmada ise, kadınlar arasında eğitim durumuna göre sözel şiddetin farklılık gösterdiği, hiçbir okulu bitirmemiş kadınların üniversite mezunu olan kadınlara göre 0,123 kat daha az sözel şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Bu bağlamda araştırma sonuçları bazı araştırma sonuçları ile benzerlik taşıırken bazı araştırma sonuçları ile örtüşmemektedir.

Araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde ETÖ alt boyutlarından izin verici tutum, aşırı koruyucu tutum, demokratik ve otoriter tutumun eğitim düzeyine göre anlamlı biçimde farklılık gösterdiği saptanmıştır. Demokratik tutum, izin verici tutum ile aşırı koruyucu tutumun en çok üniversite mezunlarında olduğu görülürken, demokratik tutumun en az okur-yazar olanlarda, izin verici tutumun en az ortaokul mezunlarında, aşırı koruyucu tutumun ise en az ilkökul mezunlarında olduğu görülmektedir. Otoriter ebeveyn tutumunun ise en çok okur-yazar olanlarda, en az ise üniversite mezunlarında olduğu görülmektedir. Elde edilen bulgular değerlendirildiğinde; eğitim düzeyinde düşüş oldukça otoriter ebeveyn tutumu artmakta, demokratik tutum ise azalmaktadır. Alan yazında araştırma bulgularını destekleyen araştırma sonuçları bulunmaktadır. Tocu³⁰ tarafından yapılan çalışmada ebeveynlerin eğitim düzeyinin çocuk yetiştirme tutumları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Çalışma sonucunda ortaokul mezunu olan ebeveynlerde gelenekselliğin yüksek öğrenim görmüş olan ebeveynlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bir başka sonuç KPEE alt boyutlarından duygusal sözel şiddet, sorumluluk, ve kısıtlama/suçlama tehdidin katılımcıların sahip oldukları çocuk sayısına göre anlamlı olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre çocuk sayısı kadınların maruz kalabilecekleri psikolojik şiddeti etkilemektedir. Grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında çocuk sayısı azaldıkça psikolojik şiddet azalma yönünde farklılık göstermektedir. Alan yazında çocuk sayısı ile kadına yönelik psikolojik şiddet ilişkisini ele alan çalışmalara rastlanmamıştır.

ETÖ’nün alt boyutlarından olan koruyucu tutum, demokratik tutum ve otoriter tutumun çocuk sayısına göre anlamlı biçimde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Çocuk sayısındaki artış otoriter tutumu arttırırken, çocuk sayısının az olması ise demokratik tutumu arttırmaktadır. Araştırmadan elde edilen bu sonuç değerlendirildiğinde çocuk sayısı arttıkça kadınların çocuklarına yönelik katı ve cezalandırıcı davranışlar sergileyebilecekleri söylenebilir. Ancak Aydoğdu ve Dilekmen³¹ tarafından yapılan çalışmada ise çocuk sayısına göre demokratik ve otoriter tutumda farklılığın oluşmadığı, tek

çocuk sahibi ebeveynlerin koruyucu tutumu diğer ebeveyn tutumlarına göre daha fazla benimsedikleri saptanmıştır. Yaprak³² ile Güneysu ve Bilir³³ tarafından yapılan araştırmalarda çocuk sayısı arttıkça demokratik tutumun azaldığı saptanmıştır. Bu bağlamda araştırmadan elde edilen bulgular ile alan yazında yer alan bazı araştırmaların sonuçları benzerlik gösterirken, bazıları ile örtüşmemektedir.

Çalışma kapsamında KPEE kısa formunun alt boyutları (duygusal/sözel şiddet, sorumluluk, kısıtlama/suçlama/tehdit) ile kadınların ebeveyn tutumlarını ölçmek amacıyla kullanılan ETÖ’nün alt boyutları (izin verici tutum, koruyucu tutum, demokratik tutum ve otoriter tutum) arasındaki ilişkiyi gösteren bulgulara göre; ilk olarak kadınların eşlerinden ya da ilişki partnerlerinden algıladıkları duygusal ve sözel şiddet arttıkça kadınların çocuklarına yönelik ebeveyn tutumlarından izin verici tutum, koruyucu tutum ve demokratik tutumun azaldığı ve otoriter tutumun artabileceği ifade edilebilir. Araştırmadan elde edilen bir başka sonuca göre; kadınların eşlerinin ya da ilişki partnerlerinin sorumluluklarını yerine getirmemelerine ilişkin algılarında artış oldukça kadınlarda izin verici, demokratik ebeveyn tutumunun azalabileceği, otoriter ebeveyn tutumunun ise artabileceği ifade edilebilir. Araştırmadan elde edilen diğer bir sonuca göre ise; kadınların eşlerinden ya da yakın ilişki partnerlerinden algıladıkları kısıtlama suçlama ve tehditte artış oldukça, ebeveyn tutumlarından koruyucu tutum ve demokratik tutumun azalabileceği, otoriter tutumun ise artabileceğine ilişkindir. Alan yazında psikolojik şiddet ile ebeveyn tutumları arasındaki ilişkiyi gösterir çalışmalara rastlanamaması nedeni ile bu araştırma sonuçları literatür ile tartışılmamaktadır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmanın güçlü yanı görünürlüğünün sağlanması konusunda bir takım güçlükler bulunan kadınların ev içinde maruz kalabilecekleri psikolojik şiddet ile ebeveyn tutumları arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıdaki araştırmadan biri olmasıdır. Araştırmanın kısıtlılıkları ise, örneklem grubu bakımından az sayıda kadın katılımcıya ulaşılmıştır. Katılımcıların eşlerinin eğitim düzeyi, sağlık durumu, çocukların sağlık durumu, katılımcıların psikiyatrik tanılarının olup olmadığına ilişkin değişkenler klinik ortam dışında olduğu için araştırmanın dışında bırakılmıştır. İlgili değişkenlerin sonraki araştırmalarda ele alınması gerekmektedir. Araştırmanın en belirgin kısıtlılığı ise psikolojik şiddet ile ebeveyn tutumları arasındaki ilişkiyi vermesine rağmen nedensellik özelliği taşıyamamasıdır.

Sonuç

Araştırma sonuçları değerlendirildiğinde kadına yönelik psikolojik şiddet ile ebeveyn tutumları arasında anlamlı ilişkinin olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda psikolojik şiddetin sadece maruz kalan birey ile sınırlı kalmadığı, yakın ilişki ağlarına özellikle çocuklarla olan ilişkiye de yansıtılabileceği görülmektedir. Özellikle ebeveyn tutumları içerisinde çocuğun kişilik gelişimine olumlu katkısı olan, çocuğun katılım hakkını

destekleyen demokratik ebeveyn tutumunun psikolojik şiddete maruziyet sonucunda azalması, kadına yönelik psikolojik şiddetin çocuğun gelişim hakkını da engelleyebileceğini göstermektedir. Kadına yönelik şiddet ile otoriter ebeveyn tutumu arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkinin bulunması ise; kadınların maruz kaldığı psikolojik şiddetin annenin çocuk ile etkileşiminde sert, cezalandırıcı davranışlara yöneliminin belirleyicisi olmaktadır. Kadına yönelik psikolojik şiddet mikro bağlamda anne çocuk etkileşimini, aile sistemini, makro bağlamda ise toplum refahını olumsuz biçimde etkilemektedir. Araştırma sonucunda kadınların eğitim düzeylerindeki artışın psikolojik şiddeti azaltırken demokratik ebeveyn tutumu ise artırabileceği saptanmıştır. Bu bağlamda kadınların yüksek eğitim ve öğrenime teşvik edilmeleri kadınları şiddetten koruyucu bir faktör olma özelliği taşıırken aynı zamanda çocuk ve aile refahına katkı sağlayabilmektedir. Araştırma neticesinde psikolojik şiddeti önlemeye yönelik müdahalelerin çocuk, aile ve toplum refahına katkı sunabileceği söylenebilir.

Etik

Etik Kurul Onayı: Gümüşhane Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 2019/4 sayı numarası ile onay alınmıştır.

Hasta Onayı: Katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

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

Yazarlık Katkıları

Dizayn: A.Ç.B, Veri Toplama veya İşleme: A.Ç.B, Analiz veya Yorumlama: A.B.Ç, Literatür Arama: A.Ç.B, Yazan: A.Ç.B

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

- Kulkarni SJ, Bell H, Rhodes DM. Back to Basics: Essential Qualities of Services for Survivors of Intimate Partner Violence, *Violence Against Women*. 2012;18:85-101.
- WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, Switzerland; Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization; 2013; (ISBN:978-92-4-156462-5).
- Dutton M, Kaltman S, Goodman L, Weinfurt K, Vankos N. Patterns of Intimate partner violence: Correlates and outcomes, *Violence and Victims*. 2005;20:483-497.
- Golding JM. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis, *Journal of Family Violence*. 1999;14:99-132.
- Hamberger LK, Hastings JE. Personality correlates of men who abuse their partners: A cross-validation study, *Journal of Family Violence*. 1986;3:23-341.
- Graham-Bermann SA, Miller LE. Intervention to Reduce Traumatic Stress Following Intimate Partner Violence: An Efficacy Trial of the Moms' Empowerment Program (MEP), *Psychodynamic Psychiatry*. 2013;41:329-349.
- Kumar A, Nizamie HS, Srivastava NK. Violence against women and mental health, *Mental Health Prevention*. 2013;1:4-10.
- Babu BV, Kar SK. Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues, *BMC Public Health*. 2009;9:1-25.
- Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, Reid RJ, Carrell D, Dimer JA, Rivara FP. Intimate Partner Violence and Women's Physical, Mental, and Social Functioning, *American Journal of Preventive Medicine*. 2006;30:458-466.
- WHO. Department of gender, women and health, family and community health. Addressing violence against women and achieving the millennium goals. Geneva, Switzerland, 2005; <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43361/1/WHO.pdf>.
- Ersoy NC, Hünler OS, Namer Y. Kadına Psikolojik Eziyet Envanteri Kısa Formu Türkçe Uyarlaması, *Klinik Psikiyatri*. 2017;20:276-286.
- O'Leary KD, Maiuro RD. Psychological Abuse in Violent Domestic Relations, In: O'Leary KD, Maiuro RD, eds. New York: Springer Publishing Company; 2001:1-21.
- Kerig, PK, Swanson, JA. (2010). Ties that bind: Triangulation, boundary dissolution, and the effects of inter-parental conflict on child development, in MS. Schulz, MK. Pruett, PK Kerig, RD. Parke, eds. Strengthening Couple Relationships for Optimal Child Development. Washington DC: American Psychological Association; 2010:55-76.
- Gilbert AL, Bauer NS, Carroll AE, Downs SM. Child Exposure to Parental Violence and Psychological Distress Associated With Delayed Milestones, *Pediatrics*. 2013;132:1577-1583.
- Blumenthal DR, Neeman J, Murphy CM. Lifetime exposure to interparental physical and verbal aggression and symptom expression in college students. *Violence and Victims*, 1998;13(2):175-196.
- Sugarman DB, Hotaling GT. Dating violence: Prevalence, context, and riskmarkers, In: Pirog-Good MAES, Jan E, eds. *Violence in dating relationships: Emerging social issues*. New York, NY: Praeger Publishers; 1989:1-32.
- Conger RD, Conger KJ, Elder GH Jr, Lorenz FO, Simons RL, Whitbeck LB. Family economic stress and adjustment of early adolescent girls, *Developmental Psychology*. 1993;29:206-219.
- Erel O, Burman B. Interrelatedness of marital relations and parentchild relations: A meta-analytic review, *Psychological Bulletin*. 1995;118:108-132.
- Jenkins JM, Smith MA. Marital disharmony and children's behaviour problems: Aspects of a poor marriage that affect children adversely, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1991;32:793-810.
- Conger RD, Ge X, Elder GH, Jr Lorenz FO, Simons RL. Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents, *Child Development*. 1994;65:541-561.
- Demir EK, Şendil G. Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ), *Türk Psikoloji Yazıları*. 2008;11:15-25.
- Tolman R. Psychological abuse of women, in *Assessment of Family Violence: A Clinical and Legal Sourcebook*. Ammerman R, Hersen M, eds. New York: John Wiley; 1992;291-310.
- Bozgöz F, Erkan R. Kadına Yönelik Şiddetin Sosyo-ekonomik, Dinsel ve Kültürel Boyutları: Diyarbakır Örneği, *Ekev Akademi Dergisi*. 2004;8:219-242.
- Vasconcelos Marilena Silva, Holanda Viviane Rolim, Albuquerque Thaise Torres. Profile of the aggressor and factors associated with violence, *Cogitare Enferm*. 2016;21:01-10.
- García-Moreno C. Violence against women: Consolidating a public health agenda. In G. Sen, A. George, P. Ostlin, eds. *Engendering International Health: The Challenge of Equity*. Cambridge. MA: MIT Press; 2002:111-141.
- Sanz-Barbero B, Barón N, Vives-Cases C. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages, *PLoS ONE*. 2019;14:e0221049.

27. Yanık A, Hanbaba Z, Soygür S, Ayaltı B, Doğan M. Kadına yönelik şiddet davranışlarının değerlendirilmesi: Türkiye'den kanıt, *Electronic Journal of Vocational Colleges*. 2014;104-111.
28. Kamat U, Ferreira A, Motghare D, Kamat N, Pinto NR. A cross-sectional study of physical spousal violence against women in Goa, *Journal Healthline*. 2010;1:34-40.
29. Yazar GN. Aile İçi Kadına Yönelik Şiddeti Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon ile Analizi. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ekonometri Anabilim Dalı, İstatistik Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bursa, 2018.
30. Tocu R. Study on the parental beliefs and attitudes towards child rearing and education, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014;137:153-157.
31. Aydoğdu F, Dilekmen M. Ebeveyn Tutumlarının Çeşitli Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi, *Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2016;11:569-585.
32. Yaprak B. İlköğretim Öğrencilerinin Algıladıkları Anne-Baba Tutumunun Diskriminant Analiziyle Belirlenmesi ve Benlik Saygısı ile Olan İlişkinin Değerlendirilmesi Üzerine Bir Uygulama. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2007.
33. Güneysu S, Bilir Ş. Üniversite Gençlerinin Kendilerini Kabul Düzeyine Algılanan Anne Baba Tutumlarının Etkisi. Aile Yazıları, Ankara: T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınları, 1991.

Birincil Baş Ağrısı Olan Çocuk ve Ergenlerde Psikopatoloji ve Annelerinde Artmış Depresyon Düzeyleri: Kontrollü Bir Çalışma

Psychopathology in Children and Adolescents with Primary Headache and Higher Depression Levels in Mothers: A Controlled Study

Elif Akçay¹, Gökçen Öz Tuncer², Serap Tıraş Teber³, Birim Günay Kılıç¹

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

²Hatay Devlet Hastanesi, Çocuk Nöroloji Kliniği, Hatay, Türkiye

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın birincil amacı birincil baş ağrısı olan çocuk ve ergenlerde depresyon, anksiyete ve aleksitimi düzeylerini kontrol grubu ile karşılaştırmak, aleksitimi düzeyleri ile depresyon ve anksiyete düzeylerinin ilişkisini incelemektir. Çalışmanın ikincil amacı ise hasta ve kontrol grupları arasında annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin karşılaştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji Polikliniği'ne başvuran, birincil baş ağrısı tanısı alan 30 çocuk ve ergen hasta grubunu oluşturmuştur. Yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilen 30 çocuk ve ergen ise kontrol grubu olarak alınmıştır. Tüm çocuk ve ergenlere araştırmacı tarafından, DSM-IV için yapılandırılmış klinik görüşme uygulanmıştır. Çalışmaya katılan tüm çocuklara Çocuklar için Depresyon ölçeği ve Sürekli Durumluk Kaygı ölçeği, Toronto Aleksitimi ölçeği; annelerine ise Beck Depresyon ölçeği ve Beck Anksiyete ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Hasta ve kontrol grubu arasında depresyon, anksiyete ve aleksitimi düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Birincil baş ağrılı çocuk ve ergenlerin annelerinin depresyon düzeyi sağlıklı kontrollerin annelerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptanırken ($p=0,01$), anksiyete düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,124$).

Sonuç: Birincil baş ağrısı olan çocukların annelerinde yüksek depresyon seviyeleri bulunması, çocuk ve ergenlerin komorbid psikiyatrik durumlarının değerlendirilmesinin yanında annelerin de psikiyatrik değerlendirmesinin önemini göstermektedir. Annenin psikolojik olarak desteklenmesinin baş ağrısı olan çocukların ruh sağlığının korunmasında ve tedavisinde önemli olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, baş ağrısı, depresyon, aleksitimi, anksiyete, maternal depresyon

ABSTRACT

Objectives: The primary aim of this study was to compare depression, anxiety and alexithymia levels in children and adolescents with primary headache to the control group and to investigate the relationship between alexithymia and depression, anxiety levels. The second aim of the study was to compare maternal depression and anxiety levels between the case and the control groups.

Materials and Methods: The study group was composed of 30 children and adolescents as a case group who were admitted to the Pediatric Neurology clinic of the Ankara University, with a diagnosis of primary headache. Thirty healthy children and adolescents matched in terms of age and sex were included in this study as a control group. All children and adolescents were applied Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia DSM-IV by the researcher. All children and adolescents participating in the study were assessed for The Children's Depression Inventory and State-Trait Anxiety Inventory, Toronto Alexithymia scale and mothers completed Beck Depression Inventory and Beck Anxiety scale.

Results: There was no significant difference among depression, anxiety and alexithymia levels in the case and control groups ($p>0.05$). The depression levels of mothers in the case group were significantly higher than in the healthy controls ($p=0.01$), whereas there was no difference in terms of anxiety levels ($p=0.124$).

Conclusion: The higher levels of depression in mothers of children with primary headache show the importance of mothers' psychiatric evaluation as well as the comorbid psychiatric disorders in children and adolescents. It should be kept in mind that the psychological support of the mother may be important for the prevention and treatment of children with primary headache.

Keywords: Child, headache, depression, alexithymia, anxiety, maternal depression

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Elif Akçay, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Tel.: +90 312 595 70 33 **E-posta:** elifbayram07@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0002-4673-625

Geliş Tarihi/Received: 27.08.2019 **Kabul Tarihi/Accepted:** 02.03.2020

©Telif Hakkı 2020 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



Giriş

Baş ağrısı, çocuklar ve ergenler tarafından en sık bildirilen somatik şikayetlerden biridir ve dünyadaki çocuk ve ergenlerin yaklaşık %54,4'ünü etkilemektedir.¹ Birincil baş ağrılarının en sık nedenleri migren ve gerilim tipi baş ağrısıdır (GTBA).² Birincil baş ağrısı, baş ağrısı semptomatolojisini, prognozunu, tedavi seçimini ve tedavi sonucunu etkileyebilecek çeşitli komorbid durumlarla ilişkili olabilir. Çocuk ve ergenlerde özellikle anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları olmak üzere dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk gibi birçok komorbid psikiyatrik durum baş ağrısına eşlik edebilir.^{3,4} Erişkinlerde ve çocuklarda yapılan birçok çalışmada bu komorbid durumlardan en sık depresyon ve anksiyete bozukluklarının baş ağrısı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.⁵⁻⁸ Baş ağrısı ve psikopatoloji üzerine yapılan önceki araştırmalar artmış depresyon, anksiyete, davranışsal semptomların yanı sıra yüksek aleksitimi seviyelerinin olduğunu belirtmektedir.^{9,10} Aleksitimide duyguların fark edilmesi ve ifade edilmesinde yaşanan güçlüklerin, olumsuz duygulanıma yatkınlığı artırdığı ve somatik belirtilerin oluşumuna neden olabileceği belirtilmektedir.¹¹

Birincil baş ağrısı olan çocuk ve ergenlerde özellikle annenin olmak üzere ailenin önemli rolü olduğuna ilişkin kanıtlar son yıllarda önemli ölçüde artış göstermiştir.^{10,12} Psikopatolojisi olan ebeveynlerin çocuklarında psikiyatrik belirtilerin daha sık görüldüğü bilinmektedir. Depresyon ve anksiyete belirtileri olan ebeveynlerin çocuklarında daha sık somatik belirtilerin olduğu belirtilmiştir.¹³ Garber ve ark.¹⁴ tekrarlayan karın ağrısı olan çocukların özellikle anneleri olmak üzere ebeveynlerinde psikopatolojinin daha fazla olduğunu öne sürmüşlerdir. Engel ve ark.'nın¹⁵ yakın zamanda yaptığı uzunlamasına bir çalışmada maternal psikopatolojinin çocuklarda somatik belirtilerin kalıcılığını ve sıklığını öngördüğü bulunmuştur.

Aleksitimi varlığının duyguları ifade etme ve tanımlamada zorluk yaratmasıyla daha sık baş ağrısına neden olacağı ve bununla birlikte depresyon ve anksiyete gibi içe yönelim belirtilerinin eşlik edeceği varsayımından yola çıkarak birincil araştırma konusu olarak baş ağrısı olan çocuk ve ergenlerde anksiyete, depresyon ve aleksitimi düzeylerinin araştırılması ve kontrol grubu ile karşılaştırılması hedeflenmiştir.

Alanyazında baş ağrılı çocukların annelerindeki artmış psikopatoloji konusunda tutarsız sonuçlar bulunduğu görülmektedir. Bu çalışmanın ikincil amacı ise baş ağrısı olan çocuk ve ergenlerin annelerinin depresyon ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi ve kontrol grubu ile karşılaştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel nitelikte olan bu çalışmanın klinik örneklemini çocuk nöroloji polikliniğine baş ağrısı yakınmasıyla 01.01.2017-01.05.2017 tarihleri arasında ayaktan başvuran 8-18 yaş aralığındaki hastalar ve anneleri oluşturmuştur. Baş ağrısı yakınmasıyla başvuran 38 hastaya nöroloji uzmanı tarafından nörolojik muayene, kranial görüntüleme ve elektroensefalografi (EEG) değerlendirmeleri yapılmıştır. Bu

hastaların %7,8'inde (n=3) EEG bozukluğu, %2,6'sında (n=1) sinüzit, %2,6'sında (n=1) araknoid kist saptanmıştır ve ikincil nedenlere bağlı baş ağrıları dışlanmıştır. Birincil baş ağrısı saptanan 33 hasta ve ebeveynin %7,8'i (n=3) ise çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. "International Headache Society" ölçütlerine göre migren, GTBA tanı kriterlerini karşılayan 30 hasta dahil edilmiştir. Kontrol grubu klinik örneklem ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiştir. Aynı tarihler arasında baş ağrısı yakınması olmayan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Genel Polikliniği'ne gelen hastaların sağlıklı kardeş ve yakınları çalışmaya davet edilmiştir ve çalışmayı kabul eden 30 çocuk ve ergen ile anneleri kontrol grubunu oluşturmuştur. Çocuk nöroloji uzmanı tarafından yapılan muayenede kronik majör fiziksel/nörolojik hastalığı bulunanlar ve psikiyatrik takip ve tedavisi bulunan çocuk ve ergenler çalışmadan dışlanmıştır. Çalışmaya, çocukları hakkında bilgi verilmesini kısıtlayacak zihinsel, ruhsal ve nörolojik hastalığı bulunan ve psikiyatrik tedavi alan anneler dahil edilmemiştir. Çalışmaya alınan çocuklar ve anneleri çalışmanın amacı ve uygulamanın şekli konusunda sözel ve yazılı olarak bilgilendirilip, katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onamları alınmıştır. Bu çalışma için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (karar no: 20-1020-16).

Çalışmaya katılmayı kabul eden klinik ve kontrol grubundaki hastalar Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinde değerlendirmeye alınmıştır. DSM-IV tanı ölçütlerine göre Eksen-1 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme olan Okul Çağı (6-18 yaş) Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Versiyonu (ÇGDŞ-ŞY-T) ile çocuk ve ergenler ruhsal bozukluklar açısından klinik olarak değerlendirilmiştir.

Hastalara ve kontrol grubuna Çocuklar için Depresyon ölçeği (ÇDÖ) ve Sürekli Durumluk Kaygı ölçeği ve Toronto Aleksitimi ölçeği [(TAÖ)-20] uygulanmıştır. Çocukların annelerine ise Beck Depresyon ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete ölçeği (BAÖ) uygulanmıştır.

Kullanılan Ölçekler ve Değerlendirme Araçları

Okul Çağı (6-18 Yaş) Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Versiyonu

Psikiyatrik tanıları belirlemek için kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Şimdiki ve yaşam boyu psikopatoloji ataklarını değerlendiren formu DSM-IV'e uygun olarak Kaufman ve ark.¹⁶ tarafından geliştirilmiş ve geçerli ve güvenilir bir tanı aracı olduğu bildirilmiştir. Gökler ve ark.¹⁷ tarafından Türkçe'ye çevirisi yapılmış ve çocuk psikiyatrisinde sık görülen birçok hastalık açısından güvenilir bir tanı aracı olduğu belirtilmiştir. Yakın zamanda ÇDŞG-ŞY DSM-5 versiyonunun Türkçe çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Ünal ve ark.¹⁸ tarafından yapılmıştır.

Çocuklar için Depresyon Ölçeği

Kovacs¹⁹ tarafından geliştirilen bu ölçek çocuklarda depresyon düzeyini ölçmek için kullanılır. Kendini değerlendirme ölçeği olup, 6-17 yaş arası çocuk ve ergenlere uygulanabilir. Ölçek toplam 27 maddeden oluşmaktadır. Her maddede çocuğun son iki haftasını değerlendirerek, aralarında seçim yapacağı üç cümle bulunmaktadır. Her cümle seti çocukluk depresyonunun belirtilerine ilişkin ifadeler içermektedir. Ölçek çocuğa okunarak veya çocuğun kendisi tarafından okunarak doldurulabilir. Çocuğun son iki hafta içindeki durumunu değerlendirip, üç seçenek arasından kendine en uygun cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Verilen cevaplara 0 ile 2 arasında puanlar verilir. Bu puanların toplanması ile depresyon puanı elde edilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 54'dür. Toplam puanın yüksekliği, depresyon düzeyinin şiddetinin yüksekliğini gösterir. Kesim noktası 19'dur. Ülkemizde uyarlanması Öy²⁰ tarafından yapılmıştır.

Çocuk Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri

1973 yılında Spielberger ve ark.²¹ tarafından hazırlanmıştır. Kaygı yatınlığında kalıcı bireysel farklılıkları ölçmeyi amaçlar. Sürekli Kaygı ölçeği 20 maddeden oluşur. Çocuktan kendini "genellikle" nasıl hissettiğini değerlendirip, maddede verilen durumun oluş sıklığına göre en uygun seçeneği belirtmesi istenir. Her durumun "hemen hemen hiç", "bazen" ve "sık sık" olarak belirlenmiş seçeneklerden "sık sık" seçeneğinin seçilmesi en yüksek puan olan 3'ün, "hemen hemen hiç" seçeneğinin seçilmesi en düşük puan olan 1'in alınmasına yol açar. Çocuk Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri'nin (ÇSDKE) Durumluk Kaygı ölçeği'nde çocuklardan, içinde bulundukları "o anda" kendilerini nasıl hissettiklerini değerlendirmeleri ve ilgili 3 seçenekten birini seçmeleri istenir. Sürekli Kaygı ölçeği'nden ve Durumluk Kaygı ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 60, en düşük puan ise 20'dir. ÇSDKE öz bildiri formundadır ve bireysel ya da grup halinde uygulanabilir. Bu ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Özusta²² tarafından yapılmıştır.

Toronto Aleksitimi Ölçeği

Kişinin kendi duygu ve heyecanlarını tanınamaması olarak tanımlanan aleksitimiye değerlendiren ölçektir. Yirmi maddeden oluşan, 1-5 arası puanlanan, likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Duygularını tanımadaki güçlük (TAÖ-A), duyguları söze dökmeye güçlük (TAÖ-B) ve dışa-dönük düşünme (TAÖ-C) alt ölçekleri vardır. Bireyden, her madde için "Hiçbir zaman", "Nadiren", "Bazen", "Sık sık" ve "Her zaman" seçeneklerinden en uygununu işaretlemesi istenir. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir. Bu ölçek Bagby ve ark.²³ tarafından geliştirilmiştir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenirliği Güleç ve ark.²⁴ tarafından yapılmıştır.

Vizüel Analog Skalası

Bu ölçek Price ve ark.²⁵ tarafından geliştirilmiştir. Puanlama, "0" ın hiçbir acıyı göstermediği ve "10" un en şiddetli ağrıyı gösterdiği sürekli bir çizgi boyunca (10 cm uzunluğunda) bir nokta işaretlenerek gerçekleştirilir.

Beck Anksiyete Ölçeği

Bu ölçek 21 sorudan oluşmaktadır. Her bir soru 0 (hiç) ile 3 (ciddi derecede) arasında değerlendirilmektedir ve yüksek puanlar anksiyete yakınmalarındaki artışa işaret etmektedir. Böylece bu ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Beck ve ark.²⁶ tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe standardizasyonu Ulusoy ve ark.²⁷ tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek için kesim noktası yoktur. Ancak BAÖ'den alınan puanlara göre hastaların anksiyete düzeyleri; 0-7 puan arası düşük, 8-15 puan arası hafif, 16-25 puan arası orta ve 26-63 arası ise yüksek düzeyde anksiyete şeklinde sınıflandırılmaktadır.

Beck Depresyon Ölçeği

BDÖ 21 sorudan oluşmaktadır ve her bir soru 0 ile 3 arasında bir puan almaktadır. Yüksek puanlar depresif yakınmaların şiddetinde artışa işaret etmektedir. Böylece bu ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Beck ve ark.²⁸ tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması ise Hisli²⁹ tarafından gerçekleştirilmiştir. Aynı çalışmada BDÖ için kesim noktası 17 puan olarak belirlenmiştir.

İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 17.0 paket programı kullanılmıştır. Sürekli ölçümler ortalama ve standart sapma olarak ve kategorik değişkenler n (%) şeklinde özetlenmiştir. Grupların kategorik değişken karşılaştırılmasında ki-kare test istatistiği kullanılmıştır. Gruplar arasında sürekli ölçümlerin karşılaştırılmasında, normal dağılım gösteren parametreler için bağımsız gruplarda t-testi ve normal dağılım göstermeyen parametreler için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Lineer özellik gösteren, normal dağılmayan ya da ordinal değişkenler arası ilişkiler için korelasyon katsayıları ve istatistiksel anlamlılıklar Spearman testi ile hesaplanmıştır. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Bulgular

Baş ağrısı yakınmasıyla başvuran 38 hastanın nörolojik değerlendirmeleri sonucunda %13,1'inin (s=5) ikincil baş ağrısı olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılmayı kabul eden birincil baş ağrılı (s=30) ve sağlıklı (s=30) çocuk ve ergenler yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiştir. Her iki grubun 24'ü (%80) kız, 6'sı (%20) erkek; yaş ortalaması 14,23±2,58 yıldır. Annelerin yaş ortalaması hasta grubunda 40,03±5,13 yıl, kontrol grubunda 42,53±5,30 yıldır. Hasta grubunun %53,3'ünün aile bireylerinden en az birinin baş ağrısından yakındığı saptanmıştır. Vizüel Analog skalası (VAS) ile ölçülen ortalama ağrı skoru hasta grubunda 7,73±1,25 bulunmuştur. Grupların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Hastaların ÇGDŞ-ŞY-T ile klinik değerlendirilmesine göre hasta grubunda %16'sında, kontrol grubunda %6'sında psikiyatrik bir tanı saptanmıştır. Gruplar arasında psikiyatrik tanı varlığı açısından farklılık bulunmamıştır (p=0,42). Hasta grubunda %6,6 (s=2) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB),

%3,3 (s=1) depresyon, %3,3 (s=1) yaygın anksiyete bozukluğu ve %3,3 (s=1) özgül fobi tanıları bulunmaktadır. Kontrol grubunda ise %3,3 (s=1) ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve %3,3 (s=1) DEHB saptanmıştır.

Birincil baş ağrılı grup ve kontrol grubu ÇDÖ puanları (p=0,77), SDKE ve TAÖ puanları (SKE p=0,70, DKE p=0,38, TAÖ toplam p=0,32) açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Tüm ölçek puan ve alt puanlarına ilişkin ortanca, minimum ve maksimum değerler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Hasta ve kontrol grubunda annelerin BDÖ puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,010). Ancak BAÖ puanları açısından istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır (p=0,124), (Tablo 3).

Tablo 1. Grupların sosyo-demografik özellikleri

	Birincil baş ağrılı grup	Kontrol grubu	p
Anne yaşı (ortalama ± SS)	40,03±5,13	42,53±5,30	0,70 ^a
Baba yaşı (ortalama ± SS)	45,14±4,54	45,75±4,64	0,62 ^a
Anne eğitimi [n (%)]			0,40 ^b
İlköğretim	16 (53,3)	17 (56,7)	
Lise	10 (33,3)	6 (20)	
Üniversite	4 (13,3)	7 (23,3)	
Anne mesleği [n (%)]	-	-	0,09 ^b
Çalışıyor	8 (26,7)	3 (10)	
Çalışmıyor	22 (73,3)	27 (90)	

SS: Standart sapma, ^aBağımsız gruplarda t-testi, ^bPearson ki-kare

Tablo 2. Hasta ve kontrol grubu ölçek puanları ortanca değerleri

Ortanca	Birincil baş ağrılı grup	Kontrol grubu	p
SKE	42,5 (25-70)	41 (28-58)	0,70
DKE	34,5 (21-62)	31,5 (20-56)	0,38
TAÖ-toplam	47 (22-75)	45,5 (31-71)	0,32
TAÖ-A	15,5 (7-31)	14 (7-26)	0,25
TAÖ-B	11 (5-24)	12 (5-23)	0,76
TAÖ-C	21,5 (8-31)	20 (13-28)	0,36
ÇDÖ	10 (1-25)	9,5 (3-24)	0,77

Mann-Whitney U testi, SKE: Sürekli kaygı envanteri, DKE: Durumluk kaygı envanteri, TAÖ: Toronto aleksitimi ölçeği, ÇDÖ: Çocuklar için depresyon ölçeği

Tablo 3. Hasta ve kontrol grubu annelerin ölçek puanları ortanca değerleri

Ortanca	Birincil baş ağrılı grup	Kontrol grubu	p
BDÖ	14 (3-35)	8 (0-37)	0,01*
BAÖ	15,5 (2-50)	11,5 (0-46)	0,12

Mann-Whitney U testi, *p<0,05, BDÖ: Beck depresyon ölçeği, BAÖ: Beck anksiyete ölçeği

Hastaların %66,7 (s=20)'si migren, %33,3 (s=10)'u GTBA olarak belirlenmiştir. Baş ağrısı alt tiplerine göre hastalar iki gruba ayrıldığında, gruplar arasında VAS puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,28). Çocuklara ilişkin ÇDÖ (p=0,39), SKE (p=0,58) DKE (p=0,77), TAÖ (p=0,19), annelere ilişkin BDÖ (p=0,47) ve BAÖ (p=0,61) puanları açısından da baş ağrısı grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Hasta grubunda ÇDÖ puanları ile TAÖ alt ölçek puanları (TAÖ-A ve B, TAÖ toplam) arasında pozitif yönde orta-yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyon (p=<0,001) bulunmuştur; TAÖ-C alt ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (p>0,05). Sürekli Kaygı Envanteri puanları ile TAÖ alt ölçek puanları (TAÖ-A ve B, TAÖ toplam) arasında pozitif yönde orta-yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyon (p=<0,001) bulunmuştur. Durumluk Kaygı Envanteri puanları ile TAÖ alt ölçek puanları arasında ise pozitif yönde orta düzeyde bir anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 4).

Hasta grubunda annelerin BDÖ ve BAÖ puanları ile çocukların ÇDÖ, SDKE ve TAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (Tablo 5).

Tartışma

Bu araştırmanın birincil amacı doğrultusunda çocuk nöroloji kliniğine baş ağrısı ile başvuran, migren ya da GTBA tanısı konulan çocuk ve ergenlerin depresyon, anksiyete ve aleksitimi düzeyleri sağlıklı çocuk ve ergenlerle karşılaştırılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre birincil baş ağrısı olan çocuk ve ergenlerin sağlıklı çocuk ve ergenlere göre depresyon, anksiyete ve aleksitimi düzeyleri açısından fark bulunmamıştır. Yapılandırılmış klinik değerlendirmede ÇGDŞ-ŞY-T ile hasta grubunun %16'sında, kontrol grubunun ise %6'sında psikiyatrik bir tanı olduğu saptanmıştır. Baş ağrısı grubunda psikiyatrik tanı sıklığı daha yüksek olsa da gruplar arasında psikiyatrik tanı sıklığı açısından farklılık bulunmamıştır.

Birincil baş ağrılarının en sık tipleri olan migren ve GTBA'da psikiyatrik tanı varlığını araştıran mevcut çalışmalarda özellikle anksiyete ve depresif bozukluk sıklığının arttığı ileri sürülmektedir. Ancak bu grupta psikiyatrik komorbiditede artış bildirmeyen çalışmalar da mevcuttur.^{4,30-34} Bu alanda daha çok semptom düzeyinde araştırmaların olduğu, kategorik tanılama şeklinde psikiyatrik komorbidite araştırmalarının daha çok migren tipi baş ağrısında yapıldığı görülmektedir. Kategorik tanılamının baş ağrısı olan çocuklarda eşik altı belirtilerin atlanmasına neden olacağı, ölçekler ile semptom düzeylerinin ölçülmesi ve boyutsal yaklaşımın daha önemli olduğu da vurgulanmaktadır.⁴

Daha önce çocuk ve ergenler ile yapılan çalışmalara bakıldığında sıklıkla içe yönelim belirtilerinin baş ağrısı olan çocuklarda daha fazla olduğu ve anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir.^{3,4} Rousseau-Salvador ve ark.³⁵ yaptığı çalışmada kronik baş ağrısı olan çocuk ve ergenler normal popülasyon ile karşılaştırıldığında depresyon düzeyleri yüksek bulunmuş iken anksiyete açısından fark bulunamamıştır.

Tablo 4. Birincil baş ağrılı çocukların ÇDÖ, SDKE ve TAÖ puanları arasındaki korelasyon katsayıları sonuçları

	ÇDÖ	SKE	DKE	TAÖ-A	TAÖ-B	TAÖ-C	TAÖ-toplam
ÇDÖ	1						
SKE	0,762***	1					
DKE	0,694***	0,793***	1				
TAÖ-A	0,620***	0,733***	0,571***	1			
TAÖ-B	0,820***	0,682***	0,557***	0,713***	1		
TAÖ-C	0,01	-0,304	-0,274	-0,147	-0,147	1	
TAÖ-toplam	0,824***	0,640***	0,581***	0,762***	0,844***	0,188	1

Spearman Korelasyon Analizi *** p<0,001, SKE: Sürekli kaygı envanteri, DKE: Durumluk kaygı envanteri, TAÖ: Toronto aleksitimi ölçeği, ÇDÖ: Çocuklar için depresyon ölçeği

Tablo 5. Birincil baş ağrılı çocukların ÇDÖ, SDKE ve TAÖ ve annelerin BDÖ ve BAÖ puanları arasındaki korelasyon katsayıları sonuçları

	BDÖ	BAÖ
ÇDÖ	-0,127	-0,187
SKE	-0,057	0,242
DKE	-0,146	-0,204
TAÖ-A	-0,083	-0,195
TAÖ-B	-0,166	-0,226
TAÖ-C	-0,08	-0,276
TAÖ-toplam	-0,099	-0,236

Spearman korelasyon analizi, Tüm korelasyonlarda p>0,05

SKE: Sürekli kaygı envanteri, DKE: Durumluk kaygı envanteri, TAÖ: Toronto aleksitimi ölçeği, ÇDÖ: Çocuklar için depresyon ölçeği, BDÖ: Beck depresyon ölçeği, BAÖ: Beck anksiyete ölçeği

Ergenlerle yapılan bir çalışmada ise anksiyeteden bağımsız bir şekilde depresyon ile baş ağrısı ilişkili bulunmuştur.³⁶

Birincil baş ağrılarında eşlik eden depresyon ve anksiyete düzeylerinin migren ve GTBA alt tipleri arasında farklı olduğunu vurgulayan birçok çalışma bulunmaktadır. Guidetti ve ark.⁷ tarafından yapılan 8 yıllık bir takip çalışmasında, migreni olan çocukların %16'sında, GTBA olan çocukların ise %3'ünde anksiyete bozukluğu geliştiği bulunmuştur. Klinik örnekleme yapılan bir çalışmada kronik migreni olan çocuklarda kronik gerginlik tipi baş ağrısı olanlara göre daha yüksek anksiyete ve depresyon düzeyi bulunmuştur.³⁵ Bazı çalışmalar migreni olan çocuklarda GTBA olan çocuklara göre daha fazla içe yönelim belirtisi olduğunu belirtirken^{4,37}; Mazzone ve ark.³⁸ GTBA olan çocuklarda migreni olan çocuklara kıyasla hem içe yönelim hem dışa yönelim belirtilerinin daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda ise baş ağrısı alt tipleri arasında depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından bir farklılık bulunmamıştır. Çalışmamızın sonuçları Blaauw ve ark.³⁹ ve Bag ve ark.'nın⁴⁰ çalışmaları ile benzer olup, birincil baş ağrısı olan çocuk ve ergenlerde psikopatolojiyi değerlendiren meta-analizin sonuçlarına göre baş ağrısı çeken çocuklarda normal popülasyona göre özellikle depresyon, anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu, ancak migren ve GTBA olan çocuklar arasında bir farklılık olmadığı vurgulanmıştır.⁹

Erişkinlere göre çocuk ve ergenlerde aleksitimi ve baş ağrısı ilişkisini değerlendiren daha az sayıda çalışma vardır.⁴¹⁻⁴⁴ Migren veya GTBA olan erişkinlerde sağlıklı kontrollere kıyasla daha yüksek aleksitimi düzeyleri olduğu gözlenmiştir.⁴⁵ Gatta ve ark.⁴⁶ GTBA olan çocuk ve ergenlerde kontrol ve migren gurubuna kıyasla aleksitimi belirtilerinin daha fazla olduğunu belirtmişlerdir ve daha sonraki çalışmalarında da migren ile aleksitimi ilişkili bulunmaz iken GTBA ile aleksitimi arasında belirgin bir ilişki bulunmuştur.¹¹ Bu bulguların aksine, Cerutti ve ark.¹⁰ migreni olan ergenlerin ve annelerinin, aleksitimi oranlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda ise hem baş ağrısı tipleri arasında hem de kontrol ile hasta grubu arasında aleksitimi düzeyleri açısından bir fark bulunmamıştır. Ergenler ile yapılan bir çalışmada kontrol grubundaki çocukların yüksek aleksitimi düzeylerinin olduğu belirtilmiş ve bunun emosyonel farkındalık ve duyguları tanıma ile ilgili gelişimsel bir dönemde olmalarının etkisi olduğu yorumlanmıştır. Bu durum Lane ve Schwartz'ın⁴⁷, emosyonların bilişsel-gelişimsel modeliyle uyumlu görünmektedir. Bizim çalışmamızda da aleksitimi düzeyleri açısından kontrol ve hasta grubu arasında fark bulunmaması, çalışma grubunda ergen grubunun ön planda olması ve bu dönemin gelişimsel özellikleri nedeniyle olabilir.

Araştırmamızın ikincil amacı doğrultusunda baş ağrısı olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri kontrol grubundaki anneler ile karşılaştırılmıştır. Baş ağrısı olan çocukların annelerinde anksiyete açısından bir farklılık yok iken, depresyon düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Son zamanlarda araştırmacılar, kronik ağrılı çocuk ve ergenlerde bireysel faktörlere ek olarak, aile bireylerinin incelenmesinin, psikososyal faktörlerin önemli olduğunu iddia etmişlerdir.^{48,49} Cerutti ve ark.'nın¹⁰ baş ağrısı olan ergenler ve annelerini değerlendirildiği bir araştırmada, annelerde kontrol grubuna göre yüksek depresyon ve anksiyete düzeyleri saptanmıştır. Migren baş ağrısı olan çocuklarda ve aile bireylerinde anksiyete ve duygudurum bozukluklarının daha sık olduğu söylenmektedir.⁵⁰ Galli ve ark.⁵¹ yaptığı araştırmada migren baş ağrısı olan çocuk ve ebeveynlerinde psikiyatrik komorbidite sıklığının fazla olduğu aynı zamanda ailede baş ağrısı görülme sıklığının da arttığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada çocukların baş ağrısı sıklığının ebeveynlerin psikiyatrik komorbiditesi ile etkileşiminin yüksek olduğu bulunmuştur.

Ebeveynlerinde psikopatoloji olan kız ergenlerin araştırıldığı bir çalışmada ise migren sıklığının daha fazla olduğu görülmüştür.⁵²

Çalışmamızda annelerde bulunan yüksek depresyon düzeyleri, baş ağrısı olan çocukların değerlendirilmesinde ebeveyn değerlendirilmesinin önemli olabileceğini göstermektedir. Araştırmalar çocuklardaki kronik ağrısı ile annelerin psikolojik durumu ve stres düzeyi ile iki yönlü bir ilişkisi olduğunu söylemektedir.⁵³ Ebeveyn özellikleri ve çocuklarda kronik ağrının ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, annenin depresyonunun kronik ağrısı olan çocukta oluşacak depresyon riski için öngörücü olduğu belirtilmektedir. Ayrıca annenin başa çıkma becerilerini aktif kullanması, çocuklarda düşük depresyon düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur.⁵⁴ Alanyazındaki bilgiler ışığında araştırmamızın sonuçlarıyla örtüşen biçimde, annenin psikolojik olarak desteklenmesi baş ağrısı olan çocukların ruh sağlığının korunmasında ve tedavisinde önemli olabilir. Çocuklarda somatik şikayetlerin tedavisinde ebeveynlerin dahil edildiği aile temelli tedavi yaklaşımlarının önemli olduğu vurgulanmaktadır.⁵⁵

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın sınırlılıklarına bakıldığında örneklem sayısı az olup, ebeveynlerden sadece anneleri çalışmaya katılmıştır. Annelere sadece öz bildirim ölçekleri uygulanmış, psikiyatrik yapılandırılmış bir değerlendirme yapılmamıştır. Sonuçlar üzerinde etkisi olabilecek çalışma örnekleminde pubertenin ve yaşı etkileri değerlendirilmemiştir. Araştırmanın yapıldığı klinikler üçüncü basamak sağlık kuruluşları olup şiddetli ve kronik ağrıları olan hastaların daha çok başvurması beklenebilir. Bununla birlikte alanyazınla uyumlu olarak tedavi arayışı olan ebeveynlerin ve çocukların depresyon düzeyleri daha yüksek bulunabilir.⁴⁹ Bunun için toplum tabanlı, ebeveynlerin her ikisinin de değerlendirildiği geniş örneklemlerli araştırmalara ihtiyaç vardır. Sonraki çalışmalarda baş ağrısı olan çocuklarda depresyon ve anksiyete dışında dışa yönelim problemlerinin ve ebeveyn çocuk ilişkisinin daha ayrıntılı değerlendirilmesi yararlı olacaktır.

Sonuç

Birincil baş ağrısı olan çocuk ve ergenlerin komorbid psikiyatrik durumlarının değerlendirilmesinin yanında annelerin de ruhsal değerlendirmesi önemlidir. Baş ağrılı çocukların annelerinde bulunan daha yüksek depresyon düzeyleri, annelerin psikiyatrik değerlendirmesinin önemini göstermektedir. Annenin psikolojik olarak desteklenmesinin baş ağrısı olan çocukların ruh sağlığının korunmasında ve tedavisinde önemli olabileceği akıld tutulmalıdır.

Etik

Etik Kurul Onayı: Bu çalışma için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (karar no: 20-1020-16).

Hasta Onayı: Çalışmamıza dahil edilen tüm hastaların onamları alınmıştır.

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

Yazarlık Katkıları

Konsept: E.A., B.G.K., Dizayn: E.A., B.G.K., Veri Toplama veya İşleme: E.A., G.Ö.T., S.T.T., Analiz veya Yorumlama: E.A., B.G.K., Literatür Arama: E.A., G.Ö.T., Yazan: E.A., B.G.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Wöber-Bingöl C. Epidemiology of migraine and headache in children and adolescents, Curr Pain Headache Rep. 2013;17:341.
2. Abu-Arafeh I, Razak S, Sivaraman B, Graham C. Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: A systematic review of population-based studies, Developmental Medicine & Child Neurology. 2010;52:1088-1097.
3. Bellini B, Arruda M, Cescut A, Saulle C, Persico A, Carotenuto M, Gatta M, Nacinovich R, Piazza FP, Termine C, Tozzi E, Lucchese F, Guidetti V. Headache and comorbidity in children and adolescents, J Headache Pain. 2013;14:79.
4. Margari F, Lucarelli E, Craig F, Petruzzelli MG, Lecce PA, Margari L. Psychopathology in children and adolescents with primary headaches: categorical and dimensional approaches. Cephalalgia, 2013;33:1311-1318.
5. Powers SW, Gilman DK, and Hershey AD. Headache and psychological functioning in children and adolescents, Headache. 2006;46:1404-1415.
6. Knook LM, Konijnbergen AY, van der Hoeven J, Kimpen JL, Buitelaar JK, van Engeland H, de Graeff-Meeder ER. Psychiatric disorders in children and adolescents presenting with unexplained chronic pain: what is the prevalence and clinical relevancy? Eur Child Adolesc Psychiatry. 2011;20:39-48.
7. Guidetti V, Galli F, Fabrizi P, Giannantonio AS, Napoli L, Bruni O, Trillo S. Headache and psychiatric comorbidity: clinical aspects and outcome in an 8-year follow-up study, Cephalalgia. 1998;18:455-462.
8. Wei CB, Jia JP, Wang F, Zhou AH, Zuo XM, Chu CB. Overlap between Headache, Depression, and Anxiety in General Neurological Clinics: A Cross-sectional Study, Chin Med J (Engl). 2016;129:1394-1399.
9. Balottin U, Fusar Poli P, Termine C, Molteni S, Galli F. Psychopathological symptoms in child and adolescent migraine and tension-type headache: a meta-analysis, Cephalalgia. 2013;33:112-122.
10. Cerutti R, Valastro C, Tarantino S, Valeriani M, Faedda N, Spensieri V, Guidetti V. Alexithymia and psychopathological symptoms in adolescent outpatients and mothers suffering from migraines: a case control study, J Headache Pain. 2016;17:39.
11. M. Gatta, C. Spitaleri, U. Balottin, A. Spoto, L. Balottin, S. Mangano, P.A. Battistella. Alexithymic characteristics in pediatric patients with primary headache: a comparison between migraine and tension-type headache, The journal of headache and pain. 2015;16:98.
12. Galli F, Canzano L, Scalisi TG, Guidetti V. Psychiatric disorders and headache familial recurrence: a study on 200 children and their parents, J Headache Pain. 2009;10:187-197.
13. Walker LS, Garber J, Greene JW. Somatization symptoms in pediatric abdominal pain patients: Relation to chronicity of abdominal pain and parent somatization, Journal of Abnormal Child Psychology. 1991;19:379-394.
14. Garber J, Zeman J, Walker LS. Recurrent abdominal pain in children: psychiatric diagnoses and parental psychopathology, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1990;29:648-656.

15. Engel ML, Winiarski DA, Reidy BL, Brennan PA. Early-Life Somatic Complaints: Longitudinal Associations with Maternal and Child Psychopathology, *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2018;39:573-579.
16. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:980-988.
17. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Çengel-Kültür E, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliliği, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2004;11:109-116.
18. Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroglu F, Çengel Kültür SE, Akdemir D, Foto Özdemir D, Çak HT, Ünal D, Tıraş K, Aslan C, Kalaycı BM, Aydos BS, Kütük F, Taşyürek E, Karaokur R, Karabucak B, Karakök B, Karaer Y, Artık A. [Reliability and Validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T)], *Türk Psikiyatri Derg*. 2019;30:42-50.
19. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children, *Acta Paedopsychiatr*. 1981;46:305-315.
20. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1991;2:132-136.
21. Spielberger CD, Edwards CD. STAIC premilary manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children ("How I Feel Questionnaire"). Palo Alto; Calif: Consulting Psychologists Press; 1973.
22. Ozusta HS. Çocuklar için Durumluk-Surekli Kaygı Envanteri uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması, *Türk Psikoloji Dergisi*. 1995;10:32-44.
23. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure, *Journal of Psychosomatic Research*. 1994;38:23-32.
24. Güleç H, Kose S, Yazici M, Çıtak S, Evren C, Borckardt J, Sayar K. The Turkish Version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): Reliability, Validity, and Factorial Structure, *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2009;19:214-220.
25. Price DD, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain, *Pain*. 1983;17:45-56.
26. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties, *J Consult Clin Psychol*. 1988;56:893-897.
27. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties, *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1998;12.
28. Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. Beck depression inventory (BDI), *Archives of General Psychiatry*. 1961;4:561-571.
29. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği, *J. Psychol*. 1989;7:3-13.
30. Bruijn J, Locher H, Passchier J, Dijkstra N, Arts WF. Psychopathology in children and adolescents with migraine in clinical studies: a systematic review, *Pediatrics*. 2010;126:323-332.
31. Machnes-Maayan D, Elazar M, Apter A, Zeharia A, Krispin O, Eidlitz-Markus T. Screening for psychiatric comorbidity in children with recurrent headache or recurrent abdominal pain, *Pediatr Neurol*. 2014;50:49-56.
32. Sarioglu B, Erhan E, Serdaroglu G, Doering BG, Erermis S, Tutuncuoğlu S. Tension-type headache in children: a clinical evaluation, *Pediatr Int*. 2003;45:186-189.
33. Masi G, Favilla L, Millepiedi S, Mucci M. Somatic symptoms in children and adolescents referred for emotional and behavioral disorders, *Psychiatry*. 2000;63:140-149.
34. Öztop DB, Taşdelen Bİ, Poyrazoğlu HG, Özsoy S, Yılmaz R, Şahin N, Per H, Bozkurt S. Assessment of Psychopathology and Quality of Life in Children and Adolescents With Migraine, *Journal of child neurology*. 2016;31:837-842.
35. Rousseau-Salvador C, Amouroux R, Annequin D, Salvador A, Tourniaire B, Rusinek S. Anxiety, depression and school absenteeism in youth with chronic or episodic headache, *Pain Research and Management*. 2014;19:235-240.
36. Härmä AM, Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P. Are adolescents with frequent pain symptoms more depressed? *Scand J Prim Health Care*. 2002;20:92-96.
37. Guidetti V, Galli F. Psychiatric comorbidity in chronic daily headache: pathophysiology, etiology, and diagnosis, *Curr Pain Headache Rep*. 2002;6:492-497.
38. Mazzone L, Vitiello B, Incorpora G, Mazzone D. Behavioural and temperamental characteristics of children and adolescents suffering from primary headache, *Cephalalgia*. 2006;26:194-201.
39. Blaauw BA, Dyb G, Hagen K, Holmen TL, Linde M, Wentzel-Larsen T, Zwart JA. Anxiety, depression and behavioral problems among adolescents with recurrent headache: the Young-HUNT study, *J Headache Pain*. 2014;15:38.
40. Bag B, Hacıhasanoğlu R, Tufekci FG. Examination of anxiety, hostility and psychiatric disorders in patients with migraine and tension-type headache, *Int J Clin Pract*. 2005;59:515-21.
41. Shim EJ, Park A, Park SP. The relationship between alexithymia and headache impact: the role of somatization and pain catastrophizing, *Qual Life Res*. 2018;27:2283-2294.
42. Vieira RV, Vieira DC, Gomes WB, Gauer G. Alexithymia and its impact on quality of life in a group of Brazilian women with migraine without aura, *J Headache Pain*. 2013;14:18.
43. Natalucci G, Faedda N, Calderoni D, Cerutti R, Verdecchia P, Guidetti V. Headache and Alexithymia in Children and Adolescents: What Is the Connection? *Front Psychol*. 2018;9:48-48.
44. Burba B, Oswald R, Grigaliunien V, Neverauskiene S, Jankuviene O, Chue P. A controlled study of alexithymia in adolescent patients with persistent somatoform pain disorder, *Can J Psychiatry*. 2006;51:468-471.
45. Wise TN, Mann LS, Jani N, Jani S. Illness beliefs and alexithymia in headache patients, *Headache*. 1994;34:362-365.
46. Gatta M, Canetta E, Zordan M, Spoto A, Ferruzza E, Manco I, Addis A, Dal Zotto L, Toldo I, Sartori S, Battistella PA. Alexithymia in juvenile primary headache sufferers: a pilot study, *J Headache Pain*. 2011;12:71-80.
47. Lane, R. D., & Schwartz, G. E. Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology, *The American Journal of Psychiatry*. 1987;144:133-143.
48. Palermo TM, Putnam J, Armstrong G, Daily S. Adolescent autonomy and family functioning are associated with headache-related disability, *The Clinical Journal of Pain*. 2007;23:458-465.
49. Lewandowski AS, Palermo TM. Parent-teen interactions as predictors of depressive symptoms in adolescents with headache, *J Clin Psychol Med Settings*. 2009;16:331-338.
50. Merikangas KR, Merikangas JR, Angst J. Headache syndromes and psychiatric disorders: association and familial transmission, *J Psychiatr Res*. 1993;27:197-210.
51. Galli F, Canzano L, Scalisi TG, Guidetti V. Psychiatric disorders and headache familial recurrence: a study on 200 children and their parents, *J Headache Pain*. 2009;10:187-197.
52. Marmorstein NR, Iacono WG, Markey CN. Parental psychopathology and migraine headaches among adolescent girls, *Cephalalgia*. 2009;29:38-47.
53. Palermo TM, Valrie CR, Karlson CW. Family and parent influences on pediatric chronic pain: a developmental perspective, *Am Psychol*. 2014;69:142-152.
54. Williamson GM, Walters AS, Shaffer DR. Caregiver models of self and others, coping, and depression: predictors of depression in children with chronic pain, *Health Psychol*. 2002;21:405-410.
55. Robins PM, Smith SM, Glutting JJ, Bishop CT. A randomized controlled trial of a cognitive-behavioral family intervention for pediatric recurrent abdominal pain, *J Pediatr Psychol*. 2005;30:397-408.

Intestinal Malrotation Confused with Psychiatric Disorder in a Child: A Case Report

Çocukta Psikiyatrik Bozukluk ile Karışan İntestinal Malrotasyon Olgusu

İD Meryem Özlem Kütük¹, İD Gülen Güler Aksu², İD Nihal Aktaş³, İD Emine İnce⁴, İD Şenay Kekeç⁵, İD Semra Saygı⁶, İD Oğuz Canan⁷, İD Ayşe Avcı⁸, İD Pelin Dağ⁹, İD Aytül Noyan¹⁰, İD İlknur Erol¹¹, İD Ali Evren Tufan¹²

¹Başkent University Faculty of Medicine, Dr. Turgut Noyan Medical and Research Center, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Adana, Turkey

²Mersin University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Mersin, Turkey

³Başkent University Faculty of Medicine, Dr. Turgut Noyan Medical and Research Center, Department of Pediatrics, Adana, Turkey

⁴Başkent University Faculty of Medicine, Dr. Turgut Noyan Medical and Research Center, Department Of Pediatric Surgery, Adana, Turkey

⁵Başkent University Faculty of Medicine, Dr. Turgut Noyan Medical and Research Center, Department of Radiology, Adana, Turkey

⁶Başkent University Faculty of Medicine, Dr. Turgut Noyan Medical and Research Center, Department of Pediatric Neurology, Adana, Turkey

⁷Başkent University Faculty of Medicine, Dr. Turgut Noyan Medical and Research Center, Department of Pediatrics, Pediatric Gastroenterology, Hepatology And Nutrition Unit,

⁸Child and Adolescent Psychiatrist, Private Practice, Adana, Turkey

⁹Mersin City Training and Research Hospital, Clinic of Child and Adolescent Psychiatry, Mersin, Turkey

¹⁰Başkent University Faculty of Medicine, Seyhan Medical Center, Department of Child Urology, Adana, Turkey

¹¹Başkent University Faculty of Medicine, Seyhan Medical Center, Department of Pediatric Neurology, Adana, Turkey

¹²Acıbadem University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry, İstanbul, Turkey

ABSTRACT

We aim to explore the importance of early differential diagnosis of an organic etiology such as intestinal malrotation and psychiatric disorder. We present a child with an intestinal malrotation, who had no symptoms until she was 4 year old. The child presented with sudden cessation of oral food intake and constipation. The diagnosis was missed at another center, as there were many accompanying psychiatric symptoms. The child improved after surgery, and the severity of the psychiatric symptoms decreased. This case emphasizes that an organic disorder can be confused with a mental disorder. Many patients with intestinal malrotation present with abdominal discomfort since childhood, while others present with relatively sudden onset of symptoms. The clinician should consider all symptoms to avoid missing that important and treatable condition.

Keywords: Intestinal malrotation, child psychiatry, eating disorder

ÖZ

Bu olguda psikiyatrik bozukluk ve intestinal malrotasyonun erken ayırıcı tanısının önemini vurgulamayı amaçlıyoruz. Dört yaşına kadar herhangi bir semptomu olmayan intestinal malrotasyonu olgusunu sunmaktayız. Ani gelişen oral gıda alımı reddi ve kabızlık ile prezente olan, birçok psikiyatrik semptomun eşlik ettiği bu olguda tanının başka bir merkezde atlandığı gözlemlendi. Olgu ameliyattan sonra düzeldi ve psikiyatrik semptomların şiddeti azaldı. Bu durum organik bir hastalığın zihinsel bir bozuklukla karıştırılabileceğini vurgulamaktadır. İntestinal malrotasyonu olan birçok hastada çocukluktan beri karında rahatsızlık hissi görülürken, bazen nispeten semptomların ani başlangıcı görülmektedir. Klinisyen, bu önemli ve tedavi edilebilir durumu kaçırmamak için tüm belirtileri göz önünde bulundurmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İntestinal malrotasyon, çocuk psikiyatri, yeme bozukluğu

Introduction

Intestinal malrotation is a rotation and fixation anomaly of the intestines. About 90% of intestinal malrotation cases are diagnosed during the first year of life or early childhood.¹ Marked symptoms in children are stomachache, bilious vomiting, and distension.² Sometimes atypical and unspecific nature of the

symptoms can make diagnosis more complicated and lead to inappropriate treatment.²⁻⁶

We present a child with intestinal malrotation, who had no symptoms until she was 4 years old and presented with sudden cessation of oral food intake. The diagnosis was missed at another center, as there were many accompanying psychological

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Gülen Güler Aksu MD, Mersin University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Mersin, Turkey

Phone: +90 507 509 35 92 **E-mail:** dr.gulen@hotmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0001-9555-3916

Received/Geliş Tarihi: 24.11.2019 **Accepted/Kabul Tarihi:** 17.02.2020

©Copyright 2020 by the Turkish Association for child and Adolescent Psychiatry / Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health. published by Galenos Publishing House.



symptoms. The patient improved after surgery, and the severity of the psychiatric symptoms decreased.

Case Report

A 4-year-old girl was admitted to the pediatric outpatient clinic of our hospital with the complaints of refusing to eat, lack of appetite without stomachache and vomiting for about one month.

Her mother stated that she had declined to eat and had begun psychological withdrawal starting about one month ago when her father hit her during a fight with her siblings. Firstly, she was referred to a child psychiatrist in another center where she was diagnosed with an eating disorder not otherwise specified. Fluoxetine and risperidone were prescribed in that center. After one week, the parents applied to pediatric emergency service because of increasing severity of the symptoms. At the emergency service, the pediatrician explored two abrasions on the sacrum, which occurred when her father slapped her for fighting with her siblings. Then, the child was consulted by a forensic physician who thought that physical abuse might have occurred, so the case was evaluated legally. The child and adolescent psychiatry department followed the patient during this admission at the service and risperidone (0.5 mg/day) was recommended again. The family demanded hospital discharge on day 11 of admission. One week after discharge, the patient was admitted to our clinic.

Physical examination revealed alert consciousness. Malnourishment and a slightly dehydrated appearance were also noted. She did not have eye contact and initially did not allow physical examination. As a physical examination could be carried out, no abdominal tenderness, any organomegaly or rebound phenomenon were detected.

Whole blood count, urinalysis, liver, pancreatic and kidney function tests were all normal. Her height was 108 cm (50th-75th percentile), and body weight was 14.2 kg (<3rd percentile). Her body mass index was 12.2 kg/m² (severe malnutrition). At the time of admission, her blood sugar level was 50 mg/dL, so glucose was infused. Nutrition was maintained with enteral food products via a nasogastric catheter. An abdominal ultrasonography examination was normal. The neurological examination was evaluated as normal at the same time. Child psychiatrist commented that she sat on mother's lap and made no eye contact, did not answer questions and cried. Her mother told that after slapping, she had refused to eat and to drink gradually, and she tried to feed people around her and watch them while eating. She also licked food, touched them and asked the mother to repeat her behaviors, such as touching and stepping. She was always near the mother. The presumptive diagnoses of post-traumatic stress disorder (associated with physical abuse), eating disorder not otherwise specified, and obsessive compulsive disorder were considered as initial diagnoses according to DSM-5, but no treatment was recommended until all organic examinations were done.

Then, upper gastrointestinal imaging graph was taken as a result of consultation with pediatric gastroenterology. In the graph, the duodenum did not follow its normal course after the third part and on the slightly right side of the midline, turned towards casual, suggesting malrotation (Figure 1). An operation was planned after consultation with pediatric surgery. Malrotation was identified during surgery and Ladd's procedure was carried out. Oral feeding was started on postoperative day 7. The psychiatric evaluation repeated 15 days after discharge in the outpatient clinic showed a happy girl. She played and drew pictures at the clinic. After discharge, the family stated that her obsessions and nervous behavior were alleviated.

Discussion

Children are likely to be very distressed and withdrawn immediately after a frightening experience. Separation difficulties are common in these children, and many children become anxious, irritable, and disturbed. They can also have concentration difficulties, memory problems, and sleep and eating problems.⁷

Similarly, in the present patient, complaints and behaviors such as refusing the separation from the mother, sleeping with the mother, nervousness, withdrawal, not engaging in normal activities, sadness, and refusing to eat and drink after she had been beaten by her father suggested post-traumatic stress disorder. However, intestinal malrotation was detected on upper gastrointestinal imaging graph, and Ladd's procedure was performed. Her intestinal symptoms improved, and she started oral food intake postoperatively.

Rotational anomalies are seen as a consequence of stopping of normal rotation of the embryonic gut. As rotational anomalies can remain asymptomatic throughout life, the true incidence is not known.^{1,8}

The clinical presentation of malrotation varies in older children and is often insidious. The most important malrotation group includes cases with histories of non-specific gastrointestinal symptoms, such as intermittent abdominal pain, vomiting, feeding problems, constipation, or diarrhea. These patients are often diagnosed with a milk allergy, malabsorption, irritable bowel syndrome, celiac disease or even a psychiatric disorder. Such presentations may lead to an erroneous interpretation and delay the diagnosis and proper treatment.^{3-6,9}

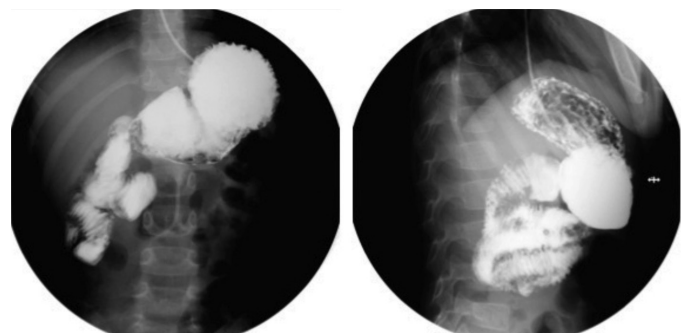


Figure 1. Esophagography with barium

The present case of malrotation had no symptoms until the age of 4 years. She stopped eating after her father slapped her one month before admission. Unfortunately, her complaints began at the same time with this conflict. The diagnosis was missed at another center, as there were many concurrent psychiatric symptoms. The patient's oral food intake improved after the operation, and the psychiatric symptoms resolved. This case emphasizes that an organic disorder can be confused with a mental disorder. In conclusion, intestinal malrotation may present at any age and includes atypical symptoms, and the clinicians should consider all symptoms to avoid missing this important and treatable condition.

Acknowledgment

We are very thankful to all colleagues at Department of Pediatrics and Pediatric Surgery at Başkent University Adana Dr.Turgut Noyan Medical and Research Center for sharing their pearls of wisdom with us during the course of this case.

Ethics

Informed Consent: Written informed consent was obtained from the legal guardian of the patient for the article.

Peer-review: Internally peer reviewed.

Authorship Contributions

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

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

References

1. Stockmann PT. Malrotation. In: Oldham KT, Colombani PM, Foglia RP, Skinner MA, eds. *Principles and Practice of Pediatric Surgery* (2nd ed). Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins; 2005:1283.
2. Spigland N, Brandt ML, Yazbeck S. Malrotation presenting beyond the neonatal period. *J Pediatr Surg*. 1990;25:1139-1142.
3. Cohen Z, Kleiner O, Finaly R, Mordehai J, Newman N, Kurtzbar E, Mares AJ. How much of a misnomer is "asymptomatic" intestinal malrotation? *Isr Med Assoc J*. 2003;5:172-174.
4. Nehra D, Goldstein AM. Intestinal malrotation: varied clinical presentation from infancy through adulthood. *Surgery*. 2011;149:386-393.
5. Fonkalsrud E. Rotational anomalies and volvulus. In: O'Neill JA, ed. *Principles of Pediatric Surgery*. St. Louis: Mosby; 2003:477.
6. Lin JN, Lou CC, Wang KL. Intestinal malrotation and midgut volvulus: A 15-year review. *J Formos Med Assoc*. 1995;94:178-181.
7. Pine DS. Systems Neuroscience. In: Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor EA, eds. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Wiley Blackwell; 2015:119-131.
8. Aboagye J, Goldstein SD, Salazar JH, Papandria D, Okoye MT, Al-Omar K, Stewart D, Lukish J, Abdullah F. Age at presentation of common pediatric surgical conditions: Reexamining dogma. *J Pediatr Surg*. 2014;49:995-999.
9. Ezer SS, Oguzkurt P, Temiz A, Ince E, Gezer HO, Demir S, Hicsonmez A. Intestinal malrotation needs immediate consideration and investigation. *Pediatr Int* 2016;58:1200-1204.

KONGRE VE BİLİMSEL TOPLANTI DUYURULARI

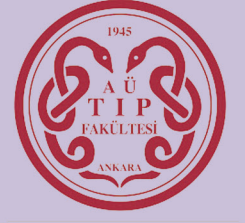
Hazırlayan

Dr. Öğretim Üyesi İpek PERÇİNEL YAZICI

3. Türkiye Psikoterapi Zirvesi 14-15 Mart 2020, İstanbul, Türkiye https://www.turkiyepsikoterapizirvesi.com/
5. Psikiyatri Zirvesi & 12. Ulusal Anksiyete Kongresi 19-22 Mart 2020, Antalya, Türkiye http://psikiyatrizirvesi.org/
Child & Adolescent Psychopharmacology 2020 20-22 Mart 2020, Boston, ABD https://mghcme.org/courses/course-detail/child_adolescent_psychopharmacology_2020
28th European Congress of Psychiatry 28-31 Mart 2020, Madrid, İspanya https://epa-congress.org/
30. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi 9-12 Nisan 2020, Ankara, Türkiye https://www.cocukergen2020.com
12. Uluslararası Psikofarmakoloji Kongresi & 8. Uluslararası Çocuk ve Ergen Psikofarmakolojisi Sempozyumu 15-18 Nisan 2020, Antalya, Türkiye http://psychopharmacology2020.org/
24th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 20-23 Temmuz 2020, Singapur https://www.iacapap2020.org
33rd ECNP Congress, 12-15 Eylül 2020, Viyana, Avusturya https://www.ecnp.eu/Congress2020/ECNPcongress
20th WPA World Congress of Psychiatry 14-17 Ekim 2020, Bangkok, Tayland https://wcp-congress.com/
AACAP's 67th Annual Meeting 19-24 Ekim 2020, San Francisco, USA https://www.aacap.org/aacap/CME_and_Meetings/Future_Annual_Meetings.aspx
16th Annual CADDRA ADHD Conference & ADHD Research Day Preconference 23-25 Ekim 2020, Newfoundland, Kanada https://www.caddra.ca/events/future-conferences/



ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
BİLİMSEL ETKİNLİKLERİ



Prof. Dr. MUALLA ÖZTÜRK Anısına Düzenlenen 30. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Sempozyumu



Ankara Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı bilimsel etkinlikleri kapsamında, Prof. Dr. Mualla Öztürk anısına düzenlenen sempozyumların 30.'ncüsü 13-14 Şubat 2020 tarihlerinde 'İstismar ve İhmalde Çok Yönlü Tedavi Yaklaşımları' temasında Ankara'da yapıldı.

Sempozyumun ilk gününde 'Biyopsikososyal Bağlamda İstismar ve İhmal' başlıklı panel ile açılış yapıldı. Farklı bölüm ve disiplinlerden konuşmacılar, istismar ve ihmale yaklaşım konusundan bahsettiler. Sonrasında 'İstismar ve İhmali nasıl önleyebiliriz' başlıklı panel ile devam edildi. Yine istismar ve ihmal konusunda farklı disiplinlerden panelistler, bu konudaki deneyim ve görüşlerini aktardılar. Sempozyumun birinci gününün son paneli ise 'Çocuk ve Ergen İstismarlarında Psikoterapi Uygulamaları-1' adlı panel oldu.

Sempozyumun ikinci gününe 'Çocuk ve Ergen İstismarlarında Psikoterapi Uygulamaları-2' paneli ile devam edildi. Sonrasında 'Çocuk ve Ergen İstismarlarında Psikofarmakoloji Uygulamaları ve Yataklı Merkez Modeli' konulu panel yapıldı. Günün son paneli 'İstismar ve İhmalde Olgu örnekleri' konulu panel oldu. Sempozyum, 'The Tale- Hikaye' adlı film gösterimi ile devam etti. Film sonrası değerli hocalarımız ve katılımcılarımızla birlikte film tartışması gerçekleştirildi.

Öğr. Gör. Dr. Merve ÇIKILI UYTUN