



**T.C
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

COVID-19 TANILI 8-18 YAŞ ARASI HASTALARDA ANKSİYETE, DEPRESYON, TRAVMA DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Dr. BEKİR TAŞKESEN
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

Tez Danışmanı

Doç. Dr. KAMİL YILMAZ

DİYARBAKIR-2021

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince beni bilgi ve tecrübeleri ile aydınlatan ve tez süreci boyunca sürekli yanımda olan değerli tez danışmanım Doç. Dr. Kamil Yılmaz'a,

Tez yapım sürecinde bana yardımcı olan Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı'ndan Dr. Öğr. Üyesi Ömer Kardeş'a,

Dicle Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda geçirdiğim tüm zaman boyunca eğitimime olan katkılarından dolayı değerli hocalarım Prof. Dr. Ayfer Gözü Pirinçcioğlu'na, Prof. Dr. Kenan Haspolat'a, Prof. Dr. Murat Söker'e, Prof. Dr. Mustafa Taşkesen'e, Prof. Dr. Alper Akın'a, Prof. Dr. İlyas Yolbaş'a, Prof. Dr. Velat Şen'e, Doç. Dr. Sabahattin Ertuğrul'a, Doç. Dr. Müsemma Karabel'e, Doç. Dr. Fesih Aktar'a, Doç. Dr. Edip ünal'a, Dr. Öğr. Üyesi Veysiye Hülya Üzel'e, Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Değer'e, Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Türe'ye, Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Kan'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım değerli meslektaşlarıma, değerli araştırma görevlisi dostlarıma, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı çatısı altında birlikte çalıştığımız tüm hemşire ve personel arkadaşlarıma,

Bu günlere gelmemde büyük katkıları olan, beni büyütüp yetiştiren, tüm zor zamanlarımda yanımda olan sevgili aileme ve desteklerini hiçbir zaman benden esirgemeyen sevgili eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bekir TAŞKESEN
DİYARBAKIR - 2021

ÖZET

Amaç: COVID-19 hastalığı geçirmiş çocuklarda depresyon ve anksiyete düzeyleri gibi psikolojik etkilerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Mart 2020- Haziran 2021 yılları arasında PCR testiyle COVID-19 tanısı kesinleşmiş ve hastaneye yatırılarak tedavi edilmiş veya 14 günlük karantina süresini evde tamamlamış olan 8-18 yaş arasındaki 200 hasta dahil edildi. “Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği”, “Çocuklarda depresyon ölçeği” ve “Çocukluk çağı kaygı bozuklukları özbeöz bildirim ölçeği” kullanıldı.

Bulgular: Çalışma kapsamında 200 hastanın verileri derlendi. Hastaların %50,5’i erkek cinsiyette ve ortalama yaş 13,4 yıl olarak saptandı. Hastaların 67’si çocukluk döneminde ve geri kalanı adölesan olarak saptandı. Çalışma kapsamında değerlendirilen tüm hastaların %10’unda depresyon belirtileri görüldü. Hastaların %17’sinde panik/somatizasyon bulguları, %34’ünde ayrılık anksiyetesi, %19,5’inde sosyal fobi ve %6’sında okul fobisi gözlemlendi. Hastaların %41’inde en az bir anksiyete alt ölçeğinde semptomlar gözlemlendi. Hastaların %44,5’inde travma sonrası stres bozukluğuna ait belirtiler gözlemlendi ve tüm hastaların %5,5’inde bu belirtiler şiddetli düzeydeydi. Kız çocuklarının anksiyete ve travma sonrası stres tepki ölçeği skorları anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,01$). Yatış süresi ile uygulanan psikolojik testlerin skorları arasında anlamlı bir korelasyon gözlemlenmedi. Depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres tepki ölçeği arasında orta seviye yüksek anlamlı korelasyon gözlemlendi. Travma sonrası stres tepki ölçeği skorlarında ise ayaktan tedavi gören çocukların skorları diğer gruba göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi ($p=0,01$). Sosyal fobi alt ölçeğinde yatarak tedavi gören hastaların ortalama skorları daha yüksek iken; okul fobisi alt ölçeğinde ayaktan tedavi gören hastaların ortalama skorları anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi (sırasıyla $p=0,01$ ve $p=0,05$).

Sonuç: Çalışmamızdan elde edilen veriler sonucunda COVID-19 hastalığından çocukların ve adölesanların psikolojik anlamda etkilenebildiği saptanmıştır. Bu çocuklarda oluşan psikiyatrik durumların ihmal edilmesi durumunda ilerleyen zamanlarda daha ağır sonuçlara neden olabileceği, bunun erken dönemde tespit edilmesi için, COVID-19 hastalığı geçiren çocukların deneyimli psikiyatristler tarafından bu açıdan değerlendirilmesi akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, Anksiyete, COVID-19, Depresyon, Mental Sağlık

ABSTRACT

Objective: It was aimed to evaluate the psychological effects such as depression and anxiety levels in children who had COVID-19 disease.

Material and Method: Between March 2020 and June 2021, 200 patients aged 8-18 years, who were diagnosed with COVID-19 by PCR testing and were hospitalized or treated at home, or who completed the 14-day quarantine period at home, were included. "The Child Post-Traumatic Stress Disorder Reaction Index", "Child Depression Inventory" and "Screen for Child Anxiety Related Disorders" were used.

Results: In this study, data of 200 patients were compiled. 50.5% of the patients were male and the mean age was 13.4 years. Sixty-seven of the patients were in childhood and the rest were adolescents. Depression symptoms were observed in 10% of all patients. Panic/somatization symptoms were observed in 17% of the patients, separation anxiety in 34%, social phobia in 19.5% and school phobia in 6% of the patients. Symptoms in at least one anxiety subscale were observed in 41% of the patients. Symptoms of post-traumatic stress disorder were observed in 44.5% of the patients, and these symptoms were severe in 5.5% of all patients. The anxiety and post-traumatic stress response scale scores of girls were found to be significantly higher ($p=0.01$). No significant correlation was observed between the length of stay and the scores of the applied psychological tests. A moderate to high significant correlation was observed between depression, anxiety and post-traumatic stress response scale. In the Posttraumatic Stress Reaction Index scores, the scores of the outpatients were found to be significantly higher than the other group ($p=0.01$). While the mean scores of inpatients in the social phobia subscale were higher; In the school phobia subscale, the mean scores of the outpatients were found to be significantly higher ($p=0.01$ and $p=0.05$, respectively).

Conclusion: As a result of the data obtained from our study, it has been determined that children and adolescents can be affected psychologically by COVID-19 disease. It should be kept in mind that the psychiatric conditions occurring in these children may cause more severe consequences in the future if neglected, and that children with COVID-19 disease should be evaluated in this respect by experienced psychiatrists in order to detect this at an early stage.

Key Words: Adolescent, Anxiety, COVID-19, Depression, Mental Health

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	1
ÖZET	2
ABSTRACT	3
İÇİNDEKİLER	4
SİMGELER VE KISALTMALAR	6
1. GİRİŞ VE AMAÇ	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1 Koronavirüs	8
2.1.1 Epidemiyoloji	9
2.1.2 Klinik bulgular	10
2.1.3 Tanı	13
2.1.4 Çocuklarda COVID-19	14
2.2 Çocukluk Çağında Anksiyete	17
2.2.1 Anksiyete için risk faktörleri	26
2.2.2 Çocukluk çağı kaygı bozuklukları öz bildirim ölçeği (KAY-BÖ)	28
2.3 Çocukluk Çağında Depresyon	28
2.3.1 Çocukluk çağı depresyonu için risk faktörleri	32
2.3.2 Çocukluk çağı depresyon ölçeği (ÇDÖ)	33
2.4 Çocukluk Çağında Travma Sonrası Stres Bozukluğu	33
2.4.1 Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1 Araştırmanın Özellikleri	38
3.2 Çalışmada Kaydedilen Veriler	39

3.3 İstatistiksel Analiz.....	40
4. BULGULAR.....	41
4.1 Sosyo-demografik Veriler.....	41
4.1.1 Cinsiyet verileri.....	41
4.1.2 Yaş Verileri.....	44
4.1.3 Diğer demografik veriler	44
4.2 Vakaların tedavi görme şekli verileri.....	48
4.3 Psikolojik Değerlendirme Verileri	53
5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	65
7. KAYNAKLAR	68
EKLER	86

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ALT: Alanin Amino Transferaz

AST: Aspartat Amino Transferaz

BT: Bilgisayarlı Tomografi

COVID-19: Koronavirüs Hastalığı 2019

CRP: C-Reaktif Protein

ÇDÖ: Çocuklarda Depresyon Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği

MERS: Ortadoğu Solunum Yetmezliği Sendromu

MERS-CoV: Ortadoğu Solunum Yetmezliği Sendromu Koronavirüsü

MIS-C: Multisistemik İnflamatuvar Sendrom

RT-LAMP: Ters Transkripsiyon Döngü Aracılı İzotermal Amplifikasyonu

rRT-PCR: Gerçek Zamanlı Ters Transkripsiyon Polimeraz Zincir Reaksiyonu

RT-PCR: Ters Transkripsiyon Polimeraz Zincir Reaksiyonu

SARS: Şiddetli Akut Solunum Yetmezliği Sendromu

SARS-CoV: Şiddetli Akut Solunum Yetmezliği Sendromu Koronavirüsü

SARS-CoV-2: Şiddetli Akut Solunum Yetmezliği Sendromu Koronavirüsü-2

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aralık 2019 yılında Çin'in Wuhan kentinden başlayan, 11 Mart 2020 tarihinde pandemi ilan edilen COVID-19 hastalığı tüm dünya ülkelerini etkilemektedir. Modern dünyada daha önceden karşılaşılmamış olan uygulamalar pandemi nedeniyle uygulanmaktadır. Hastalığın kendisinin ve yapılan uygulamaların sadece fiziksel değil psikolojik olarak da çok önemli sonuçları mevcuttur. Tam zamanlı sokağa çıkma yasakları, okulların kapatılması ve sosyal etkileşimin azalması yetişkinleri olduğu kadar çocukları da etkilemektedir. İnsan sosyal bir varlıktır ve çocuklar da ancak sağlıklı bir sosyalleşme ile sağlıklı bir psikolojik gelişime sahip olabilirler.

Mevcut durumda yaklaşık 18 aydır diğer insanlarla karşılıklı iletişim kurma imkanı bulamayan bir nesil büyümektedir. COVID-19, çocuklar ve ergenler üzerinde böyle bir baskı oluştururken hastalığın kendisine yakalanan 18 yaş altı bireylerde baskının daha fazla olmasını beklemekteyiz. COVID-19 geçiren bir çocuğun veya ergenin bulunduğu aile kümesinin tamamının veya tamamına yakınının enfekte olma ihtimali yüksektir. Bu ailede ölenlerin olması, izolasyonun maksimum seviyeye ulaşması ve ailenin enfekte olmayan diğer bireylerinin, enfekte olan çocuklardan uzak durması çocuk üzerindeki baskıyı artırmaktadır. Özellikle böyle travma zamanlarında daha fazla ilgiye muhtaç olan çocuklardan; aksine iyice uzaklaşılması psikolojik olarak çocuk ve ergen hastaları yıpratmaktadır.

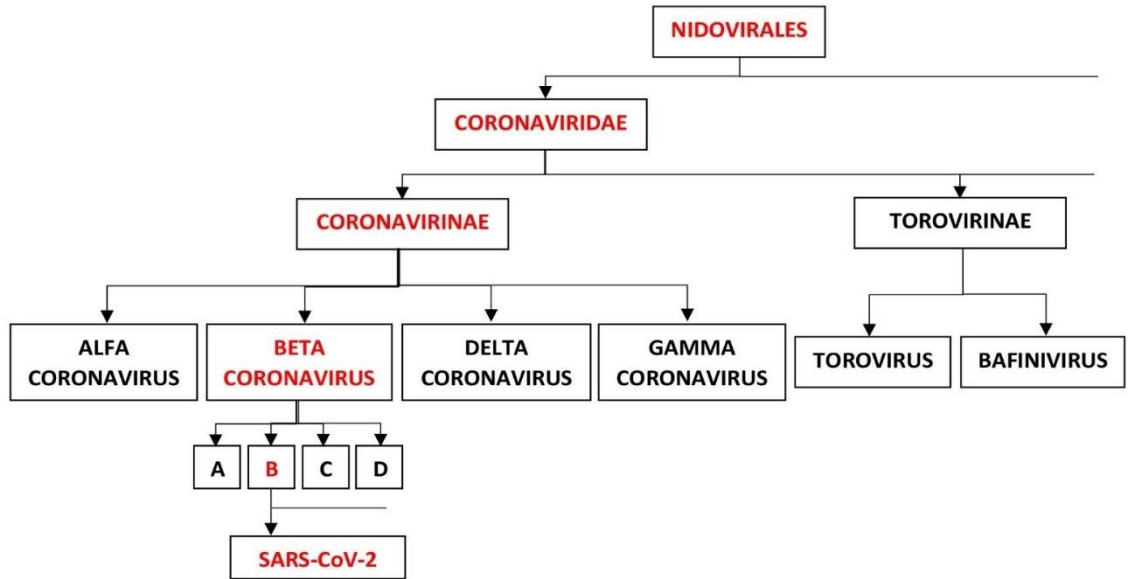
Tüm bu süreç göz önüne risk faktörlerinin varlığı nedeniyle çocuklarda ve ergenlerde anksiyete, sosyal fobi, ayrılık fobisi, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gelişmesi olası görünmektedir.

Bu bilgiler ve düşünceler ışığında COVID-19 hastalığı geçirmiş 18 yaş altı çocuklar incelenmiş olup, bu çocuklarda oluşan psikolojik durumu incelemeyi amaçlamaktayız. COVID-19 geçiren pediatrik hastaların tedavi şeklinin, cinsiyetlerin ve demografik verilerinin hastaların anksiyete ve depresyon bulguları üzerine etkisini analiz ederek bu çalışmada elde edilen veriler ile COVID-19 geçiren çocukların psikolojik durumlarını aydınlatmayı hedeflemekteyiz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Koronavirüs

Coronam, latince taç anlamına gelmektedir. Elektron mikroskobu altında taç görüntüsüne sahip olduğundan koronavirüs olarak adlandırılmışlardır. Koronavirüs, pozitif polariteli tek sarmallı RNA virüsüdür. Nidovirales virüs takımı içerisinde bulunan Coronaviridae ailesinin üyesi olan koronavirüsler kendi içerisinde dört gruba ayrılmaktadır. Günümüzde pandemiye neden olan SARS-CoV-2 virüsü, bu dört grup içerisinde yer alan Betakoronavirüs grubunun bir üyesidir. Diğer koronavirüs grupları ise Alfakoronavirüsler, deltakoronavirüsler ve gammakoronavirüslerdir. Betakoronavirüsler ise kendi aralarında 5 farklı türe bölünmüşlerdir (1).



Şekil 1. Nidovirales Virüs Takımı (2)

Koronavirüsler genellikle hayvanları enfekte eden bir virüs grubudur. İnsanları enfekte edebilen 7 farklı koronavirüs tespit edilmiştir. İlk defa 1960'lı yıllarda tespit edilen insan koronavirüslerin 5 türü 2000 yılından sonra saptanmıştır (3). İnsan

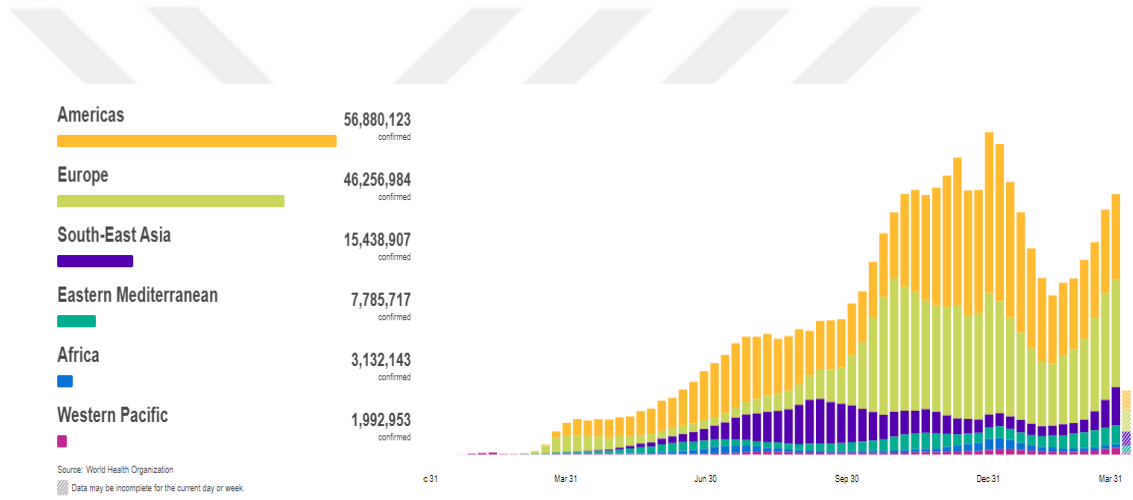
koronavirüsleri genellikle soğuk algınlığına benzer semptomlara neden olmaktadır. Ancak bağışıklık sistemi baskılanmış ve yaşlı bireylerde ölümcül alt solunum yolları enfeksiyonlarına neden olabilmektedir. Son 20 yıl içerisinde koronavirüsler 3 büyük salgına yol açmış olup 2019 yılında başlayan COVID-19 hastalığı günümüzde pandemi olarak devam etmektedir. 2003 yılında görülen SARS-CoV salgınının mortalitesi %10 civarında iken; 2012 yılında görülen MERS-CoV salgınının mortalitesi %35 civarındadır ancak bulaştırmacılığı daha düşüktür. SARS-CoV-2, betakoronavirüs ailesinde bulunmaktadır (4,5).

2019 yılında Çin'in Wuhan kentinde izole eden insan koronavirüs genomunun genetik olarak incelenmesi sonucu yarasa SARS benzeri CoVZXC21 ile % 89 ve insan SARS-CoV'ü ile % 82 benzer nükleotid dizilimine sahip olduğu gösterilmiştir (6). Bu nedenle ilk aşamada SARS-CoV-2 ismi verilmiştir. Virüsün kesin kökeni halen kesin olarak tespit edilmemesine rağmen muhtemelen yarasalardan köken aldığı düşünülmektedir (7). Ancak yarasalar ile insanlar arasındaki ara konak tam olarak bilinmemektedir. Aracı konağın varolduğu kesin olmamakla beraber yapılan bazı çalışmalarda ara konağın manis pentadactyla türü bir karınca yiyen olabileceği öne sürülmüştür (8).

2.1.1 Epidemiyoloji

29 Aralık 2019 tarihinde etiyolojisi bilinmeyen dört vakada akut solunum yetmezliği tespit edilmiştir. Bu vakaların ortak özelliği olarak ise Wuhan şehri deniz ürünleri pazarı ile ilişkili oldukları saptanmıştır (9). Hastalığın lokal bir salgından pandemiye dönüşme aşamasında virüsün primer yayılım yolu, insanların Wuhan şehri deniz ürünleri pazarında virüse maruz kalmaları sonucunda enfekte olmalarıdır (9). Deniz ürünleri pazarından enfekte olan vakaların enfeksiyonu, diğer insanlara ve yerleşim yerlerine bulaştırmaları sonucu hastalık sekonder yayılımını gerçekleştirmiştir (9-15). Hastaneye başvuran vakalarda çok sık gözlenen ortak özellik, hastaların Wuhan şehrini ziyaret etmeleri idi. Ayrıca bu süreç içerisinde sağlık çalışanları arasında da enfeksiyon oranında artış gözlenmiştir (16). Çin

dışındaki ilk vaka 13 Ocak 2020’de Tayland’da görülmüştür. Avrupada ise 24 Ocak 2019 tarihinde ilk COVID-19 vakası tespit edilmiştir(17). Çin genelinde vaka sayıları sürekli olarak artmaya devam etmekte iken Çin yeni yılı nedeniyle Wuhan şehrinden 5 milyon insan farklı şehirlere ve ülkelere seyahat etmiştir ve böylece salgının 3. Aşaması başlamıştır. Bu aşamadan sonra Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilk olarak 30 Ocak 2020 tarihinde halk sağlığı acil durumu ve 11 Mart 2020 tarihinde ise dünya genelinde pandemi ilan etmiştir. Pandeminin ilk başladığı andan günümüze gelene kadar salgın boyutu dalgalı halde artmaya devam etmektedir. 6 Nisan 2021 tarihi itibari ile resmi DSÖ verilerine göre 131.487.572 doğrulanmış enfekte vaka ve 2.857.702 doğrulanmış COVID ilişkili ölüm vakası tespit edilmiştir (18).



Şekil 2. Dünya Sağlık Örgütü resmi verilerine göre 6 Nisan 2021 tarihi itibariyle vaka sayıları

2.1.2 Klinik bulgular

COVID-19 ile enfekte olan insanlarda semptomlar ortalama 5 günlük bir kuluçka periyodundan sonra gözlenmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda COVID-19 semptomlarının başlamasından ölüme kadar geçen sürenin ortalama 14 gün olmakla beraber 6 ila 41 gün arasında değiştiğini bildirmişlerdir (19). Enfekte vakalarda ilk gözlenen semptomlar gribal enfeksiyon benzeri semptomlar olup öksürük, halsizlik

ve ateş belirtilerini içermektedir (20). Semptomlar çok çeşitlilik göstermekle beraber diğer en çok gözlenen semptomlar arasında baş ağrısı, balgam üretimi ve ishal bulunmaktadır (Tablo 1).

Hastaneye yatış endikasyonu konulan hastaların tamamında yapılan bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde radyolojik olarak pnömoni bulguları saptanmıştır (21). Birçok vakada, her iki akciğerin subplevral bölgesinde hem lokal hem de sistemik immün yanıtı indükleyerek inflamasyona yol açan birkaç periferik buzlu cam opasitesi saptanmıştır (22). 2003 ve 2012 yıllarında gözlenen SARS-CoV ve MERS-Cov enfeksiyonlarında gözlenen BT bulguları ile hastalarda gözlenen klinik semptomlar COVID-19 semptomları ile benzerdir(21). Ancak COVID-19; boğaz ağrısı, burun akıntısı, koku duusunda azalma ve hapsirme gibi diğer betakoronavirüs enfeksiyonlarından kendisini ayıran belirtiler göstermiştir (23,24). COVID-19 ile enfekte hastalar diyare gibi gastrointestinal semptomlar bildirmesine rağmen, SARS-CoV veya MERS-CoV hastalarının küçük bir oranında benzer gastrointestinal semptomlar ortaya çıkmıştır.

Çin hastalık kontrol ve korunma merkezi raporlarına göre hastalık klinik özelliklerine göre 3 gruba ayrılmıştır (25);

- Hafif hastalık: Pnömoni olmayan ve hafif pnömoni; bu vakaların %81'inde meydana gelmiştir.

- Şiddetli hastalık: Dispne, solunum frekansı $\geq 30/\text{dak}$, kan oksijen saturasyonu (SpO_2) $\leq \%93$, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ oranı < 300 ve/veya akciğer infiltrasyonu 24 ila 48 saat içinde $> \% 50$; bu vakaların %14'ünde meydana gelmiştir.

- Kritik hastalık: solunum yetmezliği, septik şok ve/veya çoklu organ yetmezliği (MOD); bu vakaların %5'inde meydana gelmiştir.

En sık gözlenen ölümcül komplikasyonlar akut respiratuvar distres sendromu ve septik şoktur.

Tablo 1. COVID-19 semptomları (26)

Çalışma	Chen. N. ve ark (27).	Liu. K. ve ark (28).	Wang. D. ve ark (10).	Wu. J. ve ark (29).	Huang. J. ve ark (21).	Guan. W. ve ark (30).
Zaman	Başvuru sırasında	Başvuru sırasında	Başvuru sırasında	Başvuru sırasında	Başvuru sırasında	Hastanede kaldığı süre boyunca
Vaka sayısı	99	137	138	80	41	1099
Ateş (Başvuru sırasında)	-	-	-	-	-	88.7%
	83%	81.8%	98.6%	78.8%	98%	43.8%
Öksürük	82%	48.2%	59.4%	63.8%	76%	67.8%
Halsizlik	-	32.1%	69.6%	-	44%	38.1%
Miyalji/Artralji	11%	-	34.8%	22.5%		14.9%
Balgam	-	4.4%	26.8%	-	28%	33.7%
Dispne	31%	19.0%	31.2%	37.5%	55%	18.7%
Nazal konjesyon/ Rinore	4%	-	-	6.1%	-	4.8%
Baş ağrısı	8%	9.5%	6.5%	16.3%	8%	13.6%
Baş Dönmesi	-	-	9.4%	-	-	-
Boğaz ağrısı	5%	-	17.4%	13.8%	-	13.9%
Titreme	-	-	-	-	-	11.5%
Diyare	2%	8.0%	10.1%	1.3%	3%	3.8%
Bulantı	1%	-	10.1%	1.3%	-	5.0%
Kusma		-	3.6%		-	
Hemoptizi	-	5.1%	-	-	5%	0.9%
Karın ağrısı	-	-	2.2%	-	-	-
Anoreksi	-	-	39.9%	-	-	-
Göğüs ağrısı	2%	-	-	3.8%	-	-
Konfüzyon	9%	-	-	-	-	-
Konjonktival konjesyon	-	-	-	-	-	0.8%
Çarpıntı	-	7.3%	-	-	-	-
Boğaz konjesyonu	-	-	-	-	-	1.8%
Tonsiller hipertrofi	-	-	-	-	-	1.8%

2.1.3 Tanı

COVID-19 salgınına kontrol altında tutabilmek adına hastalığın hızlı ve doğru tespiti oldukça önemlidir (31). Koronavirüs tanı testleri üç farklı yöntem kullanarak tanı koymaktadır. Bunlar sırasıyla ters transkripsiyon polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR), gerçek zamanlı RT-PCR (rRT-PCR) ve ters transkripsiyon döngü aracılı izotermal amplifikasyondur (RT-LAMP) (32,33). RT-LAMP tekniği, rRT-PCR ile benzer hassasiyete sahiptir, oldukça spesifiktir ve daha çok MERS-CoV'ü tespit etmek için kullanılır (34,35). Dünya genelinde nazofaringeal ve orofaringeal sürüntülerden elde edilen örneklerin laboratuvarında incelenmesi sonucunda COVID-19 tanısı konulmaktadır. Mevcut durumda COVID-19 tanısı amacıyla kullanılan altın standart yöntem RT-PCR testidir. RT-PCR sonuçları genellikle birkaç gün (2-8 gün) sonra pozitif hale gelmektedir (36). Moleküler tanılama için otomatize sistemler çok sayıda örneği işleyebilir ve dalgalanan talebe ayak uyduracak şekilde ölçeklendirilebilir (37-39). Yüksek verimli bir platform olan cobas 6800, SARS-CoV-2'nin tespiti için kısa bir süre gözlenmiştir ve hızlı ve güvenilir sonuçlar vermiştir (40,41).

Günümüzde kullanılan laboratuvar testleri nispeten uzun zamanda sonuç vermektedir ve ticari kitlerin yetersizliği bazı durumlarda teşhisi geciktirebilmektedir. Ateş, boğaz ağrısı, yorgunluk, öksürme veya nefes darlığı şikayeti olan hastalarda laboratuvar bulguları (RT-PCR) negatif bile olsa pozitif bilgisayarlı tomografi görüntüleme bulguları mevcut ise COVID-19 tanısı konulabilmektedir (42). Toraks BT taramalarından elde edilen bulgular ile COVID-19'un şiddetini değerlendirmek ve prognozu takip etmek mümkün olabilmektedir. Ayrıca asemptomatik bazı hasta gruplarında toraks BT görüntüleme anormallikleri gözlenebilmektedir. Bir ila üç hafta arasında değişen sürelerde konsolidasyonlara ilerleyen veya konsolidasyonlarla birlikte olan ve unilateralden, dağınık bilateral buzlu cam opasitelerine hızlı bir progresyon ile karakterize görüntüleme bulguları COVID-19 için spesifiktir. Görüntüleme bulguları, laboratuvar bulguları ve hastanın kliniğinin birlikte değerlendirilmesi sonucunda hastalara erken aşamada COVID-19 tanısı konulabilmektedir (43-45).

2.1.4 Çocuklarda COVID-19

Çocuklar COVID-19 enfeksiyonundan etkilenmektedir ancak mevcut verilere göre etkilenme olasılıkları yetişkinlerden daha düşüktür. Çin'de tespit edilen ilk 72.314 vakanın ulusal analizine göre 0-9 yaş arası çocuklarda 419 vaka (tüm vakaların %0,9'u) ve 10-19 yaş arası çocuklarda 549 (%1,2) vaka bildirilmiştir. Çin'in Henan eyaletinde 24 Ocak 2020'den 14 Şubat 2020'ye kadar yapılan 1212 vakalık bir seride, benzer şekilde düşük etkilenen çocuk oranı tespit edilmiştir (46). Yaş verisi mevcut olan vakalar arasında (n = 1156) arasında, 0-10 yaş arası çocuklarda 24 vaka (%2,1) ve 11-20 yaş arası çocuklarda 31 vaka (%2,7) görülmüştür. Tanımlanan en genç hasta 28 günlük olarak tespit edilmiş olup literatürde yenidoğanlarda bildirilen birkaç vaka mevcuttur (47). Pandeminin mevcut durumunda çocukların erişkinlerden klinik olarak daha az etkilendiği ancak hastalığı asemptomatik olarak taşıyabildiklerinden hastalığın yayılmasında vektör görevi gördükleri bilinmektedir (48).

COVID-19 semptomları asemptomatikten şiddetli pnömoni ve ölüme kadar değişkenlik göstermektedir (49). Çocuklarda hastalık daha hafif ve asemptomatik seyretmesine rağmen radyolojik akciğer incelemelerinde akciğer tutulumu gözlenmektedir (50). Çocuklarda en sık gözlenen semptomlar ateş, öksürük, boğaz ağrısı, burun tıkanıklığı ve hapşırma (51). Nefes darlığı veya ishal çocuklarda daha az sıklıkla gözlenmektedir. Yoğun bakım ve mekanik ventilasyon ihtiyacı ise çok nadir olarak gözlenmektedir (47).

2.1.4.1 Pediatrik COVID-19 vakalarında klinik

Pediatrik hastalar arasında nefes darlığı şikayeti bebeklerde diğer yaş gruplarına göre daha sık gözlenmiş olup ileri yaş grubunda ishal ve kusma gibi

gastrointestinal semptomlar bildirilmiştir (52). Çin'de COVID-19'lu çocukların retrospektif geniş kohort çalışmasında, hastaların sırasıyla %4'ü asemptomatik ve %51'i hafif semptomlarla ve %39'u orta semptomlarla teşhis edilmiştir ve sadece 1 çocuğun öldüğü bildirilmiştir (53). Tüm pediatrik hastaların toplam %94'ünün asemptomatik ve hafif-orta seviye semptomlara sahip hastalardan oluştuğu saptanmıştır (53). Şiddetli semptom gösteren hastaların %45'inde pnömoni, hipoksi veya akut solunum sıkıntısı sendromu gibi orta, şiddetli veya kritik semptomlar tespit edilmiştir. Ayrıca bebekler arasında ağır ve kritik hasta oranı (%11) diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olarak bulunmuştur (53). Bu durum, pediatrik hastaların genellikle yetişkinlerden daha az şiddetli olduğunu, ancak küçük çocukların, özellikle de bebeklerin, SARS-CoV-2 enfeksiyonu ile büyük çocuklardan daha yüksek riske sahip olabileceğini düşündürmektedir. Yakın zamanda, Amerikan Salgın Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi verileri paylaşılmıştır (54). Bu kohortta, pediatrik hastaların %73'ünde ateş, öksürük veya nefes darlığı semptomları mevcutken, yetişkinlerin %93'ünde bu semptomlar mevcut olarak tespit edilmiştir. Pediatrik hastaların %5,7 ila %20'sinin hastaneye yatırıldığı ve %0,58 ila %2'sinin yoğun bakım ünitesine yatırıldığı bildirilmiştir. Bu pediatrik hasta kohortunda üç ölüm bildirilmiştir. Bu veriler, solunum semptomlarının çocuklar arasında yetişkinlerden daha az görüldüğünü ortaya koymuştur. Pediatrik COVID-19 hastalarının çoğu şiddetli olmamasına rağmen, ciddi bir COVID-19 hastalığı, YBÜ'ye yatış ve hatta çocuklarda ölüm dahil olmak üzere ciddi sonuçlara neden olabilmektedir.

Son zamanlarda, Kawasaki hastalığı ile örtüşen ve hiperinflamatuvar olarak ortaya çıkan SARS - CoV - 2 enfeksiyonlarından sonra uzun süreli ateş, şok, karın ağrısı ve kardiyak disfonksiyon ile başvuran daha büyük okul çağındaki çocuk ve ergen vakaları hakkında artan raporlar bulunmaktadır (55,56). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri, COVID-19 ile ilişkili çocuklarda bu durumu multisistemik inflamatuvar sendromu (MIS-C) olarak adlandırmıştır ve MIS-C için bir vaka tanımı geliştirmiştir.

2.1.4.2 Pediatrik COVID-19 vakalarında görüntüleme

COVID-19'lu pediyatrik hastalarda ana radyolojik özelliklerin, pnömoniye düşündüren subplevral buzlu cam opasiteleri ve çevreleyen halo belirtileriyle konsolidasyonlar olduğu bildirilmiştir (57,58). Bu bulguların yetişkinlerdekine benzer olduğu ancak bu bulgulara sahip çoğu pediyatrik hastanın ise asemptomatik olduğu saptanmıştır. Ayrıca göğüs BT'si yapılan bebeklerin %83'ünde anormal radyolojik bulguların olduğu ve bebeklerde pnömoni prevalansının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (57,58).

2.1.4.3 Pediyatrik COVID-19 vakalarında laboratuvar bulguları

COVID-19'lu pediyatrik hasta kohortunda lenfopeni (%31), lökopeni (%19) ve yüksek kreatin kinaz-MB (%31) ve prokalsitonin (%17) gibi tipik anormal laboratuvar bulguları bildirilmiştir (59). COVID-19'lu çocuklarda pıhtılaşma profiline ilişkin veriler bugüne kadar yeterli olmamasına rağmen, COVID-19'lu yetişkin hastalarda yapılan çalışmalar, protrombin zamanı ve D-dimer düzeylerinin YBÜ hastalarında YBÜ olmayan hastalara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir (60). Literatür verileri sonucunda, COVID-19'lu çocuklarda lenfopeni ve yüksek CRP, ALT ve AST seviyeleri gibi yetişkinlere benzer laboratuvar bulguları çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir (59).

2.1.4.4 Pediyatrik COVID-19 vakalarında psikopatolojik bulgular

Pandemi döneminde uygulanan karantinalar ve kapanma uygulamaları vaka yayılmasını yavaşlatmasına rağmen bu tür önlemlerin karantinaya alınan çocuklar üzerinde olumsuz psikolojik etkileri olabileceği fark edilmiştir. Çevrelerinde bu kadar keskin değişiklik olan çocukların psikolojileri etkilenebilmektedir ancak bu durum evde ebeveynleri veya akrabaları ile karantinada kalmaları nedeni ile hafif atlatılabilmektedir (61). Bununla birlikte, hastanelerde veya toplu tıbbi gözlem

merkezlerinde karantinaya alınan SARS-CoV-2 ile enfekte olan veya enfekte olduğundan şüphelenilen çocuklar da dahil olmak üzere ebeveynlerinden ayrılan çocuklar özel dikkat gerektirmektedir. Ebeveynleri COVID-19 nedeni ile hayatını kaybeden ve dolayısıyla devlet bakımı altına giren çocuklarda ise bu durumun yarattığı travma çok daha fazla olabilmektedir. Bu çocuklar, ebeveyn kaybı veya ayrılığının neden olduğu keder ve korku nedeniyle zihinsel sağlık sorunlarına daha duyarlı olmaktadır.

Refakat, çocukların normal psikolojik gelişimi için mutlaka gereklidir (62). Ebeveynlerden ayrılma, çocukları bir kriz durumuna itmekte ve psikiyatrik bozukluk riskini artırabilmektedir (63). Pandemik hastalıklar sırasında izole edilen veya karantinaya alınan çocuklarda akut stres bozukluğu ve uyum bozukluğu gözlenme olasılığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (64). İzole edilen veya karantinaya alınan çocukların %30'unda travma sonrası stres bozukluğu gözlenebilmektedir (64). Ayrıca, çocuklukta ebeveynlerden ayrılma veya ebeveyn kaybı, ruh sağlığı üzerinde daha yüksek duygudurum bozuklukları ve psikoz geliştirme riski ve yetişkinlikte intihar nedeniyle ölüm dahil olmak üzere uzun vadeli olumsuz etkiler de gözlenebilmektedir (65,66). İlk ayrılık yaşının psikolojik gelişimle ilgili olduğu bilinmektedir. Doğumdan sonraki ilk birkaç yılda başlayan ebeveyn-çocuk ayrılığı, daha kötü zihinsel sağlık sonuçlarıyla ilişkili olabilecek devam eden bağlanma süreçlerini bozabilmektedir (67).

2.2 Çocukluk Çağında Anksiyete

Çocukluk ve ergenlik dönemi, geçici hafif semptomlardan tam gelişmiş anksiyete bozukluklarına kadar değişen anksiyete semptomları ve sendromlarının gelişimi için temel risklerin bulunduğu aşamadır. Bu yaş aralığındaki temel zorluk, gelişimsel olarak daha hassas değerlendirme yöntemlerinin türetilmesidir. Anksiyetenin başlangıç özelliklerinin tam olarak belirlenmesi ve hastalığın seyrini doğru tespit edebilmek için ileriye dönük anket ve değerlendirme

tasarımları gerekmektedir. Bu tür değerlendirmeler, erken tanıma ve ayırıcı tanı açısından bu yaş aralığında önleme ve tedavi için önemlidir.

Anksiyete, bir tehlikeye karşı organizmanın uyarılması ve aktif olarak kaçma girişimini ifade etmektedir. Bu tepki durumu, bebeklik ve çocuklukta zaten mevcut olan temel bir duygudur. Anksiyete, temel bir korunma içgüdüleriyle beraber tehlikeden kaçınmayı kolaylaştırdığı için direkt olarak patolojik bir durum olarak kabul edilmemektedir. Genel kabule göre patolojik anksiyete, işlevselliğe müdahale etmesi ve organizmanın bulunduğu durum ile uyumsuz anksiyetenin sık, şiddetli ve sürekli hale gelmesi ile ortaya çıkmaktadır (68). Bu nedenle, herhangi bir yaştaki patolojik anksiyete, sübjektif sıkıntı veya bozuklukla bağlantılı olarak devam eden; aşırı derecede anksiyete ve kaçınma ile karakterize edilebilmektedir. Normal ve patolojik anksiyete arasındaki ayrım çocuklarda özellikle zor olabilir çünkü çocuklar tipik gelişimin bir parçası olarak birçok korku ve kaygı göstermektedirler (69,70). Bu fenomenler akut bir şekilde üzücü olsa da, çoğu çocukta ortaya çıkar ve tipik olarak geçicidir. Örneğin, ayrılık anksiyetesi normal olarak 12 ila 18 ayda, gök gürültüsü veya şimşek korkusu 2 ila 4 yılda ortaya çıkmaktadır (Tablo 2). Bu nedenle, bu tür anksiyetenin çoğu çocukta ortaya çıktığı ve tipik olarak devam etmediği göz önüne alındığında, kendi içinde ve kendi başına sıkıntı, çocuklarda normal ve patolojik anksiyete durumlarını ayırt etmek için yetersiz bir kriteri temsil eder. Bu durum, çocuklarda normal, subklinik ve patolojik anksiyete durumlarını ayırt etmeye çalışırken zorluklar yaratmaktadır. Çocukluk korkularının ve anksiyetesinin değerlendirilmesindeki diğer zorluklar, daha küçük yaştaki çocukların biliş, duygular ve kaçınma ile ilişkili sıkıntı ve bozuklukları teşhis koyucuya iletmede zorluk yaşayabilmeleridir (71). Çünkü tanısal sınıflandırma sisteminin uygulanması için hayati önem taşıyan bilgileri iletme için kullanılan bilişsel yeteneklerden yoksun olabilmektedirler. Bu nedenle, adölesanlarda tanısal bir karar vermek için anksiyeteyi değerlendirirken gelişimsel farklılıklar (örneğin, biliş, dil becerileri, duygusal anlayış) dikkatlice düşünülmelidir (71).

Tablo 2. Çocukluk ve ergenlikte normal korku ve kaygılar

		İlgili Anksiyete		
Yaş	Dönem	Korku	Belirti	Bozukluğu
Erken bebeklik	İlk haftalar	Kaybetme korkusu, örneğin bakıcılarla fiziksel temas	-	-
	0-6 ay	Dikkat çekici duyuşsal uyarılar	-	-
Geç bebeklik	6-8 ay	Yabancıya karşı utangaçlık/Kaygı	-	Ayrılık anksiyetesi bozukluğu
Bebeklik	12-18 ay	Ayrılık kaygısı	Uyku bozuklukları, gece panik atakları, muhalif sapkın davranış	Ayrılık anksiyetesi bozukluğu, Panik ataklar
	2-3 yıl	Gök gürültüsü ve şimşek korkuları, ateş, su ve kabus korkuları	Ağlama, sarılma, geri çekilme, donma, kaçma, güvenlik ve fiziksel temas arayışı, göze çarpan uyarılardan kaçınma (örneğin, ışığı yakma), gece uykusu, enürezis	Spesifik fobiler (çevresel alt tip), panik bozukluğu
		Hayvan Korkusu	-	Spesifik fobiler (hayvan alt türü)
Erken çocukluk	4-5 yıl	Ölüm veya ölü insan korkusu	-	Genelleştirilmiş Anksiyete bozukluğu, panik ataklar
İlkokul çağı	5-7 yıl	Belirli nesnelerden korkma (hayvanlar, canavarlar, hayaletler)	-	Spesifik fobiler
		Mikrop korkusu veya ciddi bir hastalığa yakalanma	-	Obsesif kompulsif bozukluk
		Doğal afetler korkusu, travmatik olaylardan korkma (ör. Yanma, araba veya kamyonun çarpması)	-	Spesifik fobiler (çevresel alt tip), akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu
		Okul kaygısı, performans kaygısı	Geri çekilme, çekingenlik, tanıdık olmayan insanlara ve akranlara aşırı utangaçlık, utanç duyguları	Sosyal anksiyete bozukluğu

Gençlik çağı	12-18 yaş	Akranlardan ret	Olumsuz değerlendirilme korkusu	Sosyal Anksiyete bozukluğu
---------------------	-----------	-----------------	---------------------------------	----------------------------

Çocukluk çağında anksiyeteyi değerlendirmek için kullanılan skalalar Tablo 3, Tablo 4 ve Tablo 5'te özetlenmiştir (72). Çocuklarda, bu skalaların küçük çocuklara uygulanması, büyük çocuklara göre daha sorunlu olabilmektedir. Bu problem kısmen, küçük çocukların içsel olarak deneyimlenen duygusal durumlar hakkında bilgi vermeye çalışırken karşılaştıkları zorlukları yansıtmaktadır (71). Bu nedenle, küçük çocuklarda değerlendirmeler, normal anksiyete, subklinik ve patolojik anksiyete sendromları ve bozuklukları arasında güvenilir ve geçerli bir şekilde ayırım yapmak için genellikle çocuğun dışındaki birçok kaynaktan bilgi talep edilmesini gerektirmektedir. Bu değerlendirme, veli veya öğretmen raporlarını içermektedir. Daha büyük çocuklarda ve ergenlerde, tanısal kararlar büyük ölçüde doğrudan hasta tarafından sağlanan bilgilere dayanabilir, ancak bu yaş grubunda bile paralel bilgi verenler yardımcı olabilmektedir.

Bu sorunların ötesinde, farklı kaynaklardan bilgi toplamak için kullanılan yöntemlerde teşhis eşiklerini ve varyasyonlarını uygulamaya yönelik belirsiz kurallar, yaygınlık tahminlerini büyük ölçüde etkileyebilmektedir ve ayrıca temel ve epidemiyolojik araştırmalardan elde edilen bulguları etkileyebilmektedir. Bu nedenle, çocuklarda ve ergenlerde anksiyete bozuklukları, standart anketler veya yetişkin araçlarından elde edilen görüşmelerle kolayca değerlendirilememektedir.

Anksiyetenin başlangıç zamanını tespit etmek oldukça zor olabilmektedir. Bu durum özellikle çocukları değerlendirme zorluğunun yanında yetişkinlerin değerlendirilmesinde hatırlama zorluğu işin içine girebilmektedir. Şu ana kadar elde edilmiş bulgular, ilk veya herhangi bir anksiyete bozukluğunun başlangıcının açıkça çocuklukta olduğunu göstermektedir (73-75). Ayrılma anksiyetesi bozukluğu ve bazı özel fobiler (özellikle hayvan, kan enjeksiyonu yaralanması veya çevresel tip) için en erken başlangıç yaşı tutarlı bir şekilde tespit edilmiştir ve çoğu vakada 12 yaşından önce çocukluk çağında ortaya çıkmıştır (73,76,77). Geç çocuklukta ve ergenlik

döneminde ortaya çıkan belirtilerle birlikte sosyal fobinin başlangıcı izlenmiştir ve çok az vaka 25 yaşından sonra ortaya çıkmıştır (73,78,79).

Tablo 3. Çocuklarda ve adölesanlarda anksiyetenin semptom seviyesine göre değerlendirilmesi (72)

Açıklama	Bilgi	Yaş	Referans
Ayrılık anksiyetesi, panik atak ve agorafobik korkuları ve çocukların anksiyete belirtilerinin caydırıcı sonuçları olduğuna dair inancını değerlendiren 18 madde	Öz bildirim	-	Silverman ve ark. (1991)
39 soru, 4 ölçek: fiziksel belirtiler, sosyal anksiyete, zarardan kaçınma, ayrılık / panik anksiyete	Öz bildirim, ebeveyn bildirimi	8-16	Mart, Parker Sullivan, Stallings & Comers (1997)
37 soru, 3 faktör: anksiyetenin fizyolojik belirtileri, endişe ve aşırı duyarlılık, korku / konsantrasyon	Öz bildirim	6-19	Reynolds ve Richmond (1978)
Korkuları anlatan 80 madde, başarısızlık ve eleştiri korkusu, bilinmeyen korkma, yaralanma korkusu ve küçük hayvanlar, tehlike ve ölüm korkusu, tıbbi korkular 5 faktöre yükleniyor.	-	7-18	Ollendick (1983)
Özellikle ayrılık anksiyetesi, sosyal fobi ve GAB semptomlarını ele alan kaygı şiddeti ölçeği	Klinik değerlendirme	6-17	RUPP Anksiyete Çalışma Grubu (2002)
Geniş bir içselleştirme semptomatolojisi alt ölçeği, spesifik bir depresyon / anksiyete ölçeği içeren davranış envanteri	-	4-18; 11+ (YSR)	Achenbach (1991)
Çocuklarda kullanılmak üzere Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeğine göre geliştirilmiştir	-	-	Clark ve Donovan (1994)

Açıklama	Bilgi	Yaş	Referans
Durum ve sürekli kaygıyı değerlendirmek için 2 bağımsız 20 maddelik envanter	-	8-12	Spielberger (1973)
16 maddeyle patolojik endişeyi kontrol etme yoğunluğunu ve yetersizliğini değerlendirmek için çocuklarda ve ergenlerde kullanılmak üzere Penn endişe anketinin uyarlanması.	Öz bildirim	6-18	Kaufman, Birmaher, Brent, Rao ve Ryan (1997)

Anket	İsim
CASI	Child Anxiety Sensitivity Index
MASC	Multidimensional Anxiety Scale for Children
RCMAS	Revised Children's Manifest Anxiety Scale
FSS-C	Fear Survey Schedule for Children—Revised
PARS	Pediatric Anxiety Rating Scale
CBCL, YSR, TRF	Child Behavior Checklist, Youth Self-Report, Teacher Report Form
HARS	Hamilton Anxiety Rating Scale

Tablo 3 Devamı. Çocuklarda ve adölesanlarda anksiyetenin semptom seviyesine göre değerlendirilmesi (72)

Anket	İsim
STAIC	State-Trait Anxiety Inventory for Children
PSWQ-C	Penn State Worry Questionnaire—Children and Adolescents

Tablo 4. Çocukluklarda ve adölesanlarda fobilerin semptom seviyesine göre değerlendirilmesi (72)

Açıklama	Bilgi	Yaş	Referans
Sosyal ve performansla ilgili durumlar için korku ve kaçınma belirtilerinin şiddetinin değerlendirilmesi; 4 alt ölçek ve toplam korku ve toplam kaçınma puanları	Öz bildirim	-	Silverman ve ark. (1991)
Korku, kaçınma, ciddiyet ve sosyal durumların somatik semptomlarının değerlendirilmesi	Öz bildirim	18+, adölesan	Mart, Parker Sullivan, Stallings & Comers (1997)
Çeşitli sosyal ve performans durumlarına verilen somatik, bilişsel ve davranışsal tepkileri değerlendirmek için 39 madde	Öz bildirim	8-18	Reynolds ve Richmond (1978)
3 faktörlü 22 maddelik envanter: olumsuz değerlendirme korkusu, yeni durumlara özgü sosyal kaçınma ve sıkıntı, genelleştirilmiş sosyal kaçınma ve sıkıntı	Öz bildirim, ebeveyn bildirimi	-	Ollendick (1983)
Çiftlerde ve gruplarda etkileşim korkusunu ve inceleme korkusunu değerlendirir	Öz bildirim	-	RUPP Anksiyete Çalışma Grubu (2002)
Korkuları anlatan 80 madde, başarısızlık ve eleştiri korkusu, bilinmeyen korkma, yaralanma korkusu ve küçük hayvanlar, tehlike ve ölüm korkusu, tıbbi korkular 5 faktöre yükleniyor.	-	7-18	Ollendick (1983)

Anket	İsim	Sosyal Fobi	Spesifik Fobi
LSAS	Liebowitz Social Anxiety Scale		
BSPS	Brief Social Phobia Scale		
SPAI-C	Social Phobia and Anxiety Inventory for Children		
SAS-C, SAS-A	Social Anxiety Scale for Children—Revised, Social Anxiety Scale for Adolescents		
SIAS	Social Interaction Anxiety Scale		
FSS-C	Fear Survey Schedule for Children—Revised		

Tablo 5. Çocuklarda ve Adölesanlarda anksiyetenin kategorik olarak teşhis eden değerlendirmeler (72)

Bilgi	Yaş	Referans
Öz bildirim, ebeveyn bildirimi	-	Birmaher ve ark. (1997, 1999)
Öz bildirim, ebeveyn bildirimi	-	DiNardo, O' Brien, Barlow, Waddell & Blanchard (1983)
Öz bildirim, ebeveyn bildirimi	6-17	Kaufman, Birmaher, Brent, Rao & Ryan (1997)
Öz bildirim	6-17	Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan & Schwab-Stone (2000)
Öz bildirim, ebeveyn bildirimi	6-17	Herjanic & Reich (1982); Welner ve ark. (1987)

Anket	İsim	Açıklama
SCARED	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders	41 öge; Panik, ayrılık kaygısı, sosyal fobi, GAB ve okul fobisinin DSM semptomlarını değerlendirir
ADIS-C/P	Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV—Child and Parent Version	Yarı yapılandırılmış, görüşmeci-gözlemci formatı, yaşam boyu ve mevcut anksiyete tanısı, duygudurum, dışsallaştırma bozuklukları ve diğer bozukluklar için tarama
K-SADS	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children—Present and Lifetime Version (Kiddie-SADS)	Ciddiyet derecelendirmeleri de dahil olmak üzere DSM tanımlarını türetmek için yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi
NIMHDIS C-IV	NIHM Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV	Yüksek yapılandırılmış görüşme, semptom odaklı bir yapıyı takip eder ve çoğu eksen-I bozukluğunu kapsar
DICA	Diagnostic Interview for Children and Adolescents	Yapılandırılmış sendrom odaklı görüşme, ayrıca ebeveyn versiyonu (DICA-P) mevcuttur

Tablo 5. Devamı Çocuklarda ve Adölesanlarda anksiyetenin kategorik olarak teşhis eden değerlendirmeler (72)

Bilgi	Yaş	Referans
-	-	Hoehn-Saric et al (1987)
Öz bildirim, ebeveyn bildirimi	8+	Angold & Costello (2000); Angold ve ark. (1995)
Öz bildirim	14-65	Wittchen & Pfister (1997)
Öz bildirim	6-17	Hodges ve ark.(1982)

Anket	İsim	Açıklama
CAAEF	Children' s Anxiety Evaluation Form	Yarı yapılandırılmış görüşme + tablo incelemesi + doğrudan gözlem kombinasyonu
CAPA	Child and Adolescent Psychiatric Assessment	30 farklı kategorik bozukluğu, aileyi, akrayı, akademik işlevselliği, yaşam olaylarını, hizmet kullanımını değerlendiren
CIDI	Composite International Diagnostic Interview	48 ruhsal bozukluğun semptomları, sendromları ve tanımların DSM-IV ve ICD-10 kriterlerine göre standartlaştırılmış değerlendirilmesi ile birlikte başlangıç, süre ve ciddiyetle ilgili bilgiler; geçerliliği artırmak ve hatırlama önyargısını azaltmak için yanıt listeleri
CSA	Children' s Assessment Schedule	Klinik uygulama için belirli tanıları belirlemek veya sorunların veya semptomların toplam puanını, belirli içerik alanları veya semptom kompleksleri için ayrı puanlar elde etmek için yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme

2.2.1 Anksiyete için risk faktörleri

Pek çok değişken, anksiyete bozuklukları için risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Anksiyetenin pek çok bağıntısının gerçekte risk faktörleri olduğunu kesin olarak gösterme girişimleri, risk faktörünün anksiyete bozukluğunun başlangıcından önce gerçekten mevcut olduğunun gösterilmesi gerektiğinden, önemli metodolojik engellerle karşı karşıyadır ve ideal olarak, bir bozukluğun başlama olasılığının; risk faktörünün ciddiyeti, sıklığı veya süresi ile ilişkili olması gerekmektedir (80).

Demografik veriler: Kadın cinsiyeti sürekli olarak anksiyete bozukluklarının gelişimi için bir risk faktörü olarak ortaya çıkmaktadır. Kadınların anksiyete

bozukluklarının her birini geliştirme olasılığı erkeklere göre yaklaşık iki kat daha fazladır (81-83).

Epidemiyolojik çalışmaların çoğu, yüksek eğitilmiş deneklere kıyasla daha düşük eğitilmiş denekler arasında daha yüksek anksiyete bozukluğu oranları bulmuştur (82).

Birkaç istisna dışında (84,85), yapılan araştırmalar çoğu düşük ev geliri veya tatmin edici olmayan ekonomik durumlar ve anksiyete bozuklukları arasında ilişki bulmaktadır (82).

Genetik faktörler: Anksiyete bozukluklarının aileden geçişini incelemek için iki ana yaklaşım kullanılmıştır; aile çalışmaları ve ikiz çalışmaları. Ailesel psikopatolojinin bağlantılı değerlendirmeleriyle yapılan toplum çalışmaları da dahil olmak üzere aile çalışmalarında, anksiyete bozukluklarının ailesel kümelenmesinin önemli olduğu gösterilmiştir (86-89). Genel olarak, en az bir anksiyete bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarının aynı zamanda bir anksiyete bozukluğuna sahip olma riski önemli ölçüde artmıştır (90). Her iki ebeveyn de etkilendiğinde (86,89) veya ebeveynler ciddi şekilde bozucu, çoklu veya erken başlangıçlı anksiyete bozukluklarından muzdarip olduğunda, çocuk için özel bir risk ortaya çıkmaktadır (91).

Psikobiyoji: Fonksiyonel anormalliklerin anksiyete bozukluklarıyla ilişkili veya bunlara karşı savunmasızlık olup olmadığı sorusuna ilişkin çok az veri mevcuttur. Bazı araştırmalar, gençler arasında bazı anksiyete türlerinde amigdala aşırı duyarlılığını ima etmektedir (92).

Çevresel faktörler: Ebeveynlik tarzının anksiyete bozuklukları için önemli bir risk faktörü olup olmadığı sorusunu inceleyen yalnızca birkaç epidemiyolojik çalışma vardır (93). Ergenler arasında yapılan EDSP (Early developmental stages of psychopathology study) çalışmasında, ebeveynlerin aşırı koruması ve ebeveyn reddi, çocuklarda artan sosyal fobi oranları ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (87,94). Bu çalışmadaki diğer analizler, aşırı korumanın anksiyete bozukluğu riskini artırdığını, ancak "saf" depresif bozuklukların riskini artırmadığını göstermiştir. Depresif bozuklukların ise reddedilme ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (75).

Şimdiye kadar yapılan epidemiyolojik çalışmaların çoğunda, çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimlerin (ebeveyn kaybı, ebeveyn boşanması, fiziksel ve cinsel istismar vb.), anksiyete bozuklukları dahil hemen hemen tüm zihinsel bozukluklar ile ilişkisi olduğu gösterilmiştir.

2.2.2 Çocukluk çağı kaygı bozuklukları öz bildirim ölçeği (KAY-BÖ)

Orijinal adı “Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders” ve kısaltılmışı “SCARED” olarak adlandırılan ölçek Türkçeye “Çocukluk çağı kaygı bozuklukları öz bildirim ölçeği (KAY-BÖ) olarak çevrilmiştir. Bu ölçek ilk defa Birmaher ve arkadaşları tarafından 1999 yılında uygulanmıştır (95). KAY-BÖ, 41 sorudan oluşan bir anket olup anksiyeteyi 5 farklı başlık altında değerlendirmektedir. On üç madde, panik / somatik semptomları, 9 madde genel anksiyeteyi, 8 madde ayrılık anksiyetesini, 7 madde sosyal fobiyi ve 4 madde okul fobisini değerlendirmektedir. Gençlerden, “doğru değil veya nadiren doğru” (0) ile “çok doğru ya da çoğu kez doğru” (2) arasında ne kadar doğru olduğunu her madde için değerlendirmelerini ister. Olası puan aralığı 0 ile 82 arasındadır ve mevcut kanıtlar 33'e eşit veya daha yüksek puanların kaygılı ve kaygısız gençleri etkili bir şekilde ayırt ettiğini göstermektedir (95). Panik ve somatik semptomlarını değerlendiren maddeler; 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34 ve 38 olarak sıralanmaktadır. Genel anksiyeteyi değerlendiren maddeler; 5, 7, 14, 23, 28, 33, 35 ve 37 olarak sıralanmaktadır. Ayrılık anksiyetesini; 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29 ve 31 numaralı sorular değerlendirmektedir. Sosyal fobiyi değerlendiren maddeler; 3, 10, 26, 32, 39, 40 ve 41 olarak sıralanmaktadır. Okul fobisini değerlendiren maddeler ise 2, 11, 17 ve 36 olarak sıralanmaktadır. Panik bozukluk ve somatik semptomlar için kesme değeri 7, genel anksiyete bozukluğu için kesme değeri 9, ayrılık anksiyetesi için kesme değeri 5, sosyal fobi için anksiyete değeri 8 ve okul fobisi için kesme değeri ise 3 olarak tespit edilmiştir.

2.3 Çocukluk Çağında Depresyon

Depresyon; marazi bir vurdumduymazlık ve ümitsizlik hali olarak tanımlanmaktadır. Depresyon kökünü Latince bir kelime olan depressus'ten almakta ve De-aşağı, premere-bastırmak, sıkıştırmak anlamına gelen kelimelerden oluşmuştur. Depresyon, dünya çapında en yaygın akıl sağlığı hastalıklarından biridir ve küresel hastalık yükünde yalnızca ishali hastalıklar ve solunum yolu enfeksiyonları tarafından geçilen üçüncü engellilik nedenidir (96).

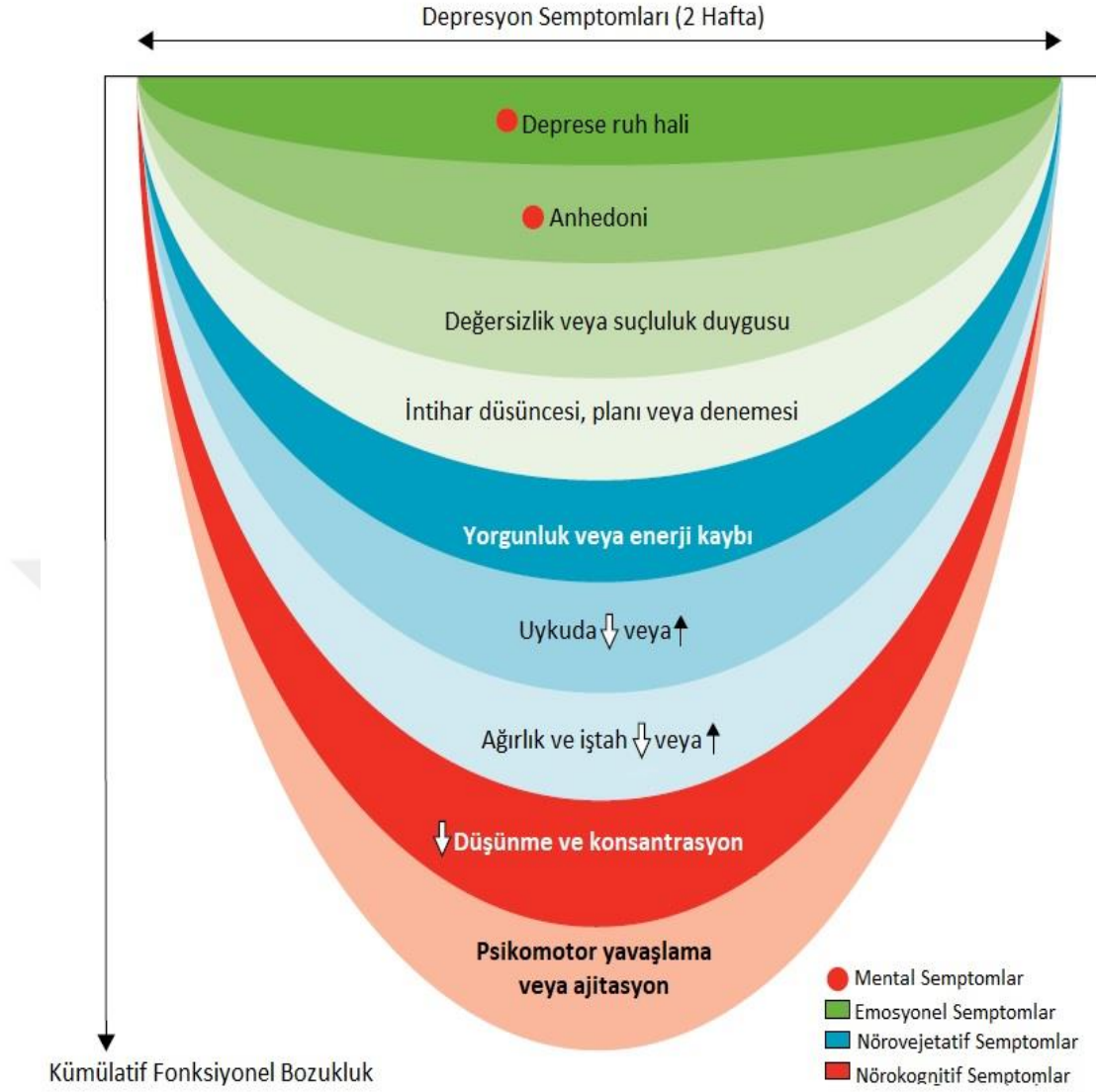
Depresyon, en yaygın psikiyatrik bozukluk ve ABD'deki morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir. Ulusal olarak temsili epidemiyolojik çalışmalar, 15 ila 18 yaş arası ergenler arasında depresyon prevalansının %11 ila %14 arasında olduğu ve 18 yaşın altındaki tüm adölesanlarda depresyon prevalansının %20 civarında olduğu tespit edilmiştir(97). Ayrıca, depresyon yaşayanlarının yaklaşık yarısının ilk bulgularının ergenlik döneminde ortaya çıktığı tahmin edilmektedir (98).

Depresyon, bozulmuş aile, arkadaş ve romantik ilişkiler, düşük eğitimsel başarı, sosyoekonomik durum ve intihardan erken ölüm riskinde artış ile ilişkilidir (99,100). Depresyon, yaşam boyu devam eden bu sekellere rağmen, haklı olarak bir gençlik hastalığı olarak kabul edilebilir. Depresif hastalığı olan çoğu yetişkin, ilk ataklarının gençlik yıllarında meydana geldiğini hatırlamaktadır ve ileriye dönük gençlik çalışmaları, ilk başlangıcın erken ergenlik döneminde tipik olabileceğini göstermektedir (101,102). Ergenlikten önce, depresif bozukluk oranları önemli ölçüde daha düşüktür (103,104); ergenlik çağıının başlamasıyla birlikte, depresyon prevalansı iki katına çıkar ve yetişkinliğin sonlarına kadar devam eden önemli bir cinsiyet dengesizliği ortaya çıkmaktadır (105). Ergen başlangıcı, özellikle kronik nüks ve yaşam boyu kötü progresyon için yüksek risk taşımaktadır (106,107). Birlikte ele alındığında, depresif hastalığın bu özellikleri, gençlerde depresyonu tedavi etmek için erken ve etkili müdahaleye olan ihtiyacı açıkça ortaya koymaktadır.

Çocuklarda ve ergenlerde klinik olarak belirtilerin varlığını doğru bir şekilde değerlendirmek ve doğrulamak için depresyon semptomlarının yetişkin ölçüleri uyarlandığı için, gençlik depresyonunda tedavi araştırması 1980'lerin sonlarına

dayanmaktadır. Gençlik depresyon tanısındaki ilk çalışmalar, büyük ölçüde, tedaviye ihtiyaç duyan yüksek semptomlu gençleri tanımlamak için ve primer yöntem olarak semptomların kendi kendine bildirimlerine dayanıyordu. Tanısal değerlendirme, Birden fazla bildirim yöntemi kullanımı, klinik olarak önemli değişiklikler ve remisyon ölçümleri, 1990'ların sonlarına doğru "geleneksel" klinik araştırma tasarımlarıyla gençlik tedavisi literatürüne girmiştir (108).

Majör depresif bozukluk için DSM-V kılavuzunun kilit belirtileri Şekil 3'te belirtilmiştir. Majör depresif bozukluk tanısı için, bireyin, bu semptomlardan en az birini bulundurduğu, aynı 2 haftalık dönemde hemen hemen her gün semptomlardan herhangi birinin beş veya daha fazla defa gözlenmesi gerekmektedir. Majör depresif bozukluğun klinik semptomlarına genellikle fonksiyonel bozulma eşlik eder. Semptomların sayısı ve ciddiyeti ne kadar fazla ise, fonksiyonel bozulmanın olasılığı o kadar büyük olmaktadır. Depresyon belirtileri, duygusal, nörovejetatif ve nörokognitif alanlara göre gruplandırılabilir. Önemli bir şekilde uyku, ağırlık ve iştah genellikle depresyonda azalmaktadır. Ayrıca depresyondan şüpheniildiğinde intihar düşüncesi, planı veya girişimi olmalıdır (109).



Şekil 3. Depresyon belirtileri (109)

Klinik uygulama sırasında depresyonun mevcut durumunu tanımlamak için sınıflandırma oldukça önemlidir. Bu sınıflandırma, hastalık modelini, klinik özelliklerini (semptomlar), şiddetin, başlangıcı zamanını ve remisyon durumunu belirten özelliklerin kullanılmasıyla elde edilmektedir (110,111). Depresyonun hastalık paternine göre 4 farklı gruba ayrılmaktadır. Tek epizod, tekrarlayan epizod, hızlı döngülü ve mevsimle olarak incelenen bu paternler hastalığın görülme sıklığına ve döngüsüne göre değerlendirilmektedir. Depresyon klinik özelliklerine göre incelendiğinde ise birçok alt gruba ayrılmaktadır. Bu alt gruplar sırasıyla anksiyöz distress, karışık özellikler, atipik depresyon, melankolik, katatonik ve psikotik olarak

ayrılmaktadır. Depresyon yine şiddetine göre hafif, orta ve şiddetli olarak 3 farklı grupta incelenmektedir. Başvuru sırasında hastanın durumuna göre erken, geç ve postpartum depresyon olarak sınıflanmaktadır. Remisyon durumu ise kısmi ve tam remisyon olarak incelenmektedir. Hastanın durumu tüm bu sınıflandırma içerisinde değerlendirilmekte ve hastanın durumunu daha net bir şekilde sınıflandırmaya yaramaktadır(109).

2.3.1 Çocukluk çağı depresyonu için risk faktörleri

Depresyonların başlangıcının birçoğu ergenlik dönemine, bir kısmı ise geç çocukluk dönemine aittir. Bu nedenle bu dönemde mevcut olan risk faktörleri kişiyi depresyon açısından tehdit etmektedir. Depresyon mevcut durumda gelişmiş ülkelerde en sık gözlenen mental sağlık problemi olması ve iş gücü kaybına neden olması nedeniyle sıklıkla araştırılmaktadır. Özellikle okul çağı döneminde depresyon önleme çalışmaları sıklıkla yapılmaktadır(112). Bu noktada depresyon risk faktörlerini bilmek ve hangi çocukların ve ergenlerin depresyona meyilli olduğunu saptayabilmek açısından oldukça büyük önem arz etmektedir.

Çocukluk döneminde başlayan depresyonu olan bireylerin ailelerinde de depresyon öyküsü bulunmaktadır. Ayrıca bu bireylerin aile öyküsü mevcudiyetine; ergenlik ve erişkinlik dönemi başlangıçlı depresyonlara göre daha sık rastlanmaktadır. Özellikle depresif bir annenin çocuğu olup depresyon için çok güçlü bir risk faktörüdür.

Biyolojik faktörler depresyon gelişimi açısından risk faktörü olarak sürekli araştırılmaktadır. Genetik faktörler depresyon gelişmesi açısından özellikle risk faktörüdür. Yapılan ikiz çalışmalarında farklılık görülmesine rağmen depresyonun genetik özellikleri olduğu düşünülmektedir (113). Hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) yolağı, depresyon araştırmalarının odaklarından birisidir (114). Artan kortizol miktarının depresyonun biyolojik özelliklerinden birisi olduğu düşünülmektedir. Gözlemler, 20. yüzyılın ortalarında, antihipertansif amaçla kullanılan reserpinin majör depresyonu tetikleyebileceği ve monoamin miktarını azaltabileceği, majör

depresif bozukluğun patogeneğinde monoamin nörotransmitterlerin (serotonin, noradrenalin ve dopamin) potansiyel rolüne ilgi duyulmasına neden olmuştur (115).

2.3.2 Çocukluk çağı depresyon ölçeği (ÇDÖ)

Çocuklar için Depresyon Ölçeği(116), çocuklarda ve ergenlerde (7-17 yaş) depresif belirtilerin varlığını ve şiddetini değerlendirmek için en yaygın kullanılan araçlardan biridir. ÇDÖ, ergenler tarafından yaklaşık beş ila on dakika içinde tamamlanabilir ve puanlama veya yorumlama için özel eğitim gerektirmez. 27 maddelik ölçekte her madde için üç değişik seçenek bulunmaktadır. Çocuktan son iki hafta için kendisine en uygun cümleyi seçmesi istenir. Her cümle seti çocukluk depresyonunun belirtilerine ilişkin ifadeler içermektedir. Çocuk üç seçenek arasından kendisine uygun cümleyi seçerek işaretler. B, E, G, H, İ, J, L, K, O, P, Ş, Ü, V maddeleri ters olarak puanlanır. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. Maksimum puan 54'tür. Alınan puan ne kadar yüksekse, depresyon o kadar ağır demektir. Kovacs, kesme değerinin hassas olması gerektiğini ve 13 olarak ayarlanmasını tavsiye etmiştir. Bazı çalışmalarda ise, kesme puanı 19 veya 20 olarak tespit edilmiştir. Pek çok çalışma, kültürel ve etnik etkileri göz önünde bulundurduktan sonra kendi ülkeleri için bir kesme puanı saptamaktadır. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Öy tarafından yapılmış ve patolojik kesim noktası 19 puan olarak saptanmıştır (117).

2.4 Çocukluk Çağında Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), bireyi beklemediği anda yakalayan bir yıkım sonrasında, bireyin alışageldiği yaşam düzenini bozan, duygusal ve sosyal sorunlara yol açan ruhsal bir sorundur. TSSB, kişilerarası şiddet, savaş, hayatı tehdit eden kazalar veya doğal afetler gibi aşırı travmatik olaylara maruz kalmayı geliştirebilecek bir durumdur. TSSB'nin belirtileri, travma, sinirlilik, hipervijilans (tehlike duyarlılığının artması), uyku, zayıf konsantrasyon ve duygusal çekilme

zorluğu olarak sıralanabilmektedir. TSSB'li bireyler sıklıkla, travmalarını hatırlatabilecek yerleri, etkinlikleri veya şeylerden kaçınmaktadırlar (118). TSSB şiddeti, TSSB ile aynı zamanda ortaya çıkan ek psikolojik koşullar ile daha da kötüleşir ve dezavantajlı popülasyonları orantısız olarak kötü etkilemektedir. Ek psikolojik koşullar, madde bağımlılığı, ruh hali ve anksiyete bozuklukları, itici veya tehlikeli davranış veya kendi kendine zarar vermeyi içermektedir (119). TSSB, kronik ağrı ve iltihaplanma, kardiyometabolik bozukluklar ve Demans3.5 artış riski dahil olmak üzere önemli tıbbi komorbiditelerle de ilişkilidir (120-122). Böylece, TSSB'ye atfedilebilen toplam hastalık yükü (sakatlık ve erken mortalite) son derece yüksektir.

DSM-V kılavuzunda mevcut olan TSSB kriterleri Tablo 6'da özetlenmiştir. Bu kriterler, hastada gözlenmesi gereken durum ve semptomları içermektedir. İlk çalışmalar, stres yanıtları ve korku anılarıyla olan ilişkili süreçleri incelemeyi amaçlayan ve travma maruz kalmanın TSSB'nin proksimal nedeni olduğu fikrine odaklanmıştır (123-125).

ABD'de yapılan bir çalışmada kadınların yaklaşık %70'inin hayatları boyunca en az bir defa travmaya maruz kaldıkları gösterilmiştir ancak her travma TSSB hastalığına yol açmamıştır (126). Normal travma sonrası TSSB gelişme riski %15 civarında iken; savaş durumlarında veya ölümcül travma durumlarına TSSB ortaya çıkma ihtimali %25-50 arasında tespit edilmiştir (126).

Tablo 6. Travma sonrası stres bozukluğu kriterleri (127)

Kriter	Tanım	Spesifik durum	Gereklilik
Kriter A	Strese maruz kalma	- Doğrudan maruz kalma - Travmaya tanık olma - Bir travmanın öğrenilmesi - Aversif detaylara tekrarlayıcı ve aşırı dolaylı maruz kalma	DSM.5 Travmaya maruz kalmanın, aşırı travma ile doğrudan veya dolaylı olarak yüzleşmesiyle ortaya çıkabileceğini kabul eder.
Kriter B	Semptomların ortaya çıkışı	- Tekrarlayan anılar - Travmatik kabuslar - Disosiyatif reaksiyonlar - Travmatik hatırlamalarda psikolojik distress - Hatırlamalara belirli psikolojik reaktivite	Bu beş örnekten en az biri gereklidir
Kriter C	Kalıcı kaçınma	- Travma ile ilişkili duygu veya düşünceler - İnsanlar, mekanlar ve aktiviteler gibi travma ile ilişkili dış hatırlatıcılar	Bu iki örnekten en az biri gereklidir
Kriter D	Kognitif fonksiyonlarda ve ruh halinde olumsuz değişiklik	- Disosiyatif amnezi - Sürekli olumsuz inançlar ve beklentiler - Kendisine veya başkasına karşı travmaya neden olmasından dolayı kalıcı çarpıtılmış suçlama - Travma ilişkili negatif duygular: Korku, endişe, suçlama, utanç ve öfke - Faaliyetlere olan ilgi azalması - Diğer insanlardan ayrılma veya yabancılaşma - Olumlu duygular yaşamaması	Bu yedi örnekten en az ikisi gereklidir
Kriter E	Uyarılma ve reaktivitede değişiklik	- Uyarılmış ve agresif davranışlar - Kendini yıkıcı ve umursamaz davranış - Hipervijilans - Abartılı şaşırma - Konsantrasyon problemleri - Uyku bozukluğu	Bu altı örnekten en az ikisi gereklidir

Tablo 6 - Devamı. Travma sonrası stres bozukluğu kriterleri (127)

Kriter	Tanım	Spesifik durum	Gereklilik
Kriter F	Süre	Kriter B, C, D ve e' nin 1 aydan daha uzun sürmesi	Akut stres bozukluğu >1 aylık travma sonrası meydana gelen semptomlar için teşhis edilir.
Kriter G	Fonksiyonel önem	Sosyal, mesleki veya diğer alanlarda bozulma	Bu alanlardan en az birinde problem gereklidir
Kriter H	Dışlama	İlaç, madde kullanımı veya diğer hastalıklara atfedilemez	Belirtiler diğer nedenlere ikincil olmamalıdır
Alt Gruplar	- Disosiyatif alt grup: Yukarıda bahsedilen semptomlara ek olarak duyarsızlaşma ve gerçekten kopma durumunun ikisinin birden gerçekleşmesi durumu - Gecikmiş alt grup: semptomların mevcut olmadığı veya bir alt pencere döneminde bulunduğu travma sonrası bir dönemin ardından Semptomların ortaya çıkışını tanımlamak için kullanılır.		

2.4.1 Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği

Çocuklarda travma sonrası stres düzeyini ölçmek amacıyla kullanılan bu ölçek ilk olarak Pynoos ve ark. Tarafından 1987 yılında kullanılmıştır (128). Bu ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Her çocuk, kriz karşısında gösterdiği tepkiler ile ilgili kendisinin gösterdiği belirtiler ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik çalışması Erden ve ark. Tarafından yapılmıştır (129). Anket kapsamında çocuğa yöneltilen 20 sorudan en az 0 en fazla 80 puan elde edilebilmektedir. Toplam puanın 12-24 arasında olması hafif, 25-39 arası orta düzeyde, 40-59 arası ağır ve 60 puanın üstü çok ağır TSSB belirtilerine işaret etmektedir (130).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Özellikleri

Çalışmamıza Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı ve sağlık bakanlığına yapılan başvuru ile başlandı. 07.01.2021 tarihli 46 numaralı etik kurul onayı ve T.C sağlık bakanlığı onayı ile çalışmaya başlandı. Prospektif olarak yürütülen olan bu çalışmaya Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk COVID-19 kliniğinde Mart 2020-Haziran 2021 yılları arasında COVID-19 tanısı PCR testiyle kesinleşmiş ve yatarak tedavi görmüş olan ve 14 günlük karantina süresini evde geçiren 8-18 yaş arasındaki hastalar alındı. Toplam 200 hasta değerlendirildi. Bu hastalardan 100'ü hastane yatışı yapılarak takip edilen hasta, 100'ü ise ayaktan tedavi edilerek evde karantinaya alınan hastadır. Hastalık sürecinde evde karantina ve tedavi süresini tamamlamış hasta grubuyla mevcut karantina ve tedavi süresinin bir kısmını hastanede geçirmiş hasta grubunun depresyon ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlandı. Bu amaçla "Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği" "Çocuklarda depresyon ölçeği" ve "Çocukluk çağı kaygı bozuklukları öz bildirim ölçeği" kullanıldı. Çalışmamızda ayrıntılı aile bilgilendirilmesi, sorduğumuz sorulara yeterli algılama ve yanıtlama becerisindeki hastalarımız alındı. Çalışmamız, anket şeklinde olup mevcut pandeminin devam etmesi nedeniyle toplum sağlığı ve kişi sağlığı göz önünde bulundurularak iletişim araçları kullanılarak veya yüz yüze görüşmeyle gerçekleştirildi. Hastalardan ve ebeveynlerinden onam formu alındı.

Dahil edilme kriterleri;

- 8-18 yaş aralığında olmak,
- COVID-19 PCR testinin pozitif saptanması,
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak.

Dışlama kriterleri;

- 8-18 yaş aralığının dışında bulunmak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak,
- Hastadan onam alınmasına engel durumların mevcudiyeti.

3.2 Çalışmada Kaydedilen Veriler

Çocukluk çağı kaygı bozuklukları özbildirim ölçeği, 41 sorudan oluşan bir anket olup anksiyeteyi 5 farklı başlık altında değerlendirmektedir. On üç madde, panik/somatik semptomları, 9 madde genel anksiyeteyi, 8 madde ayrılık anksiyetesini, 7 madde sosyal fobiyi ve 4 madde okul fobisini değerlendirmektedir. Gençlerden, “doğru değil veya nadiren doğru” (0) ile “çok doğru ya da çoğu kez doğru” (2) arasında ne kadar doğru olduğunu her madde için değerlendirmelerini ister. Olası puan aralığı 0 ile 82 arasındadır. Mevcut kanıtlar kesme değerinin 33 olduğunu ve bu değer üstündeki gençlerin kaygılı olduğunu göstermektedir (131). Panik ve somatik semptomlarını değerlendiren maddeler; 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34 ve 38 olarak sıralanmaktadır. Genel anksiyeteyi değerlendiren maddeler; 5, 7, 14, 23, 28, 33, 35 ve 37 olarak sıralanmaktadır. Ayrılık anksiyetesini; 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29 ve 31 numaralı sorular değerlendirmektedir. Sosyal fobiyi değerlendiren maddeler; 3, 10, 26, 32, 39, 40 ve 41 olarak sıralanmaktadır. Okul fobisini değerlendiren maddeler ise 2, 11, 17 ve 36 olarak sıralanmaktadır. Panik bozukluk ve somatik semptomlar için kesme değeri 7, genel anksiyete bozukluğu için kesme değeri 9, ayrılık anksiyetesi için kesme değeri 5, sosyal fobi için anksiyete değeri 8 ve okul fobisi için kesme değeri ise 3 olarak tespit edilmiştir (132).

Çocukluk çağı depresyon ölçeği anketinde çocuk, üç seçenek arasından kendisine uygun cümleyi seçerek işaretler. B, E, G, H, İ, J, L, K, O, P, Ş, Ü, V maddeleri ters olarak puanlanır. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. Maksimum puan 54'tür. Alınan puan ne kadar yüksekse, depresyon o kadar

ağır demektir. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Öy tarafından yapılmış ve patolojik kesim noktası 19 puan olarak saptanmıştır (117).

Travma sonrası stres bozukluğu testinde anket kapsamında çocuğa yöneltilen 20 sorudan en az 0 en fazla 80 puan elde edilebilmektedir. Toplam puanın 12-24 arasında olması hafif, 25-39 arası orta düzeyde, 40-59 arası ağır ve 60 puanın üstü çok ağır TSSB belirtilerine işaret etmektedir (130,133).

3.3 İstatistiksel Analiz

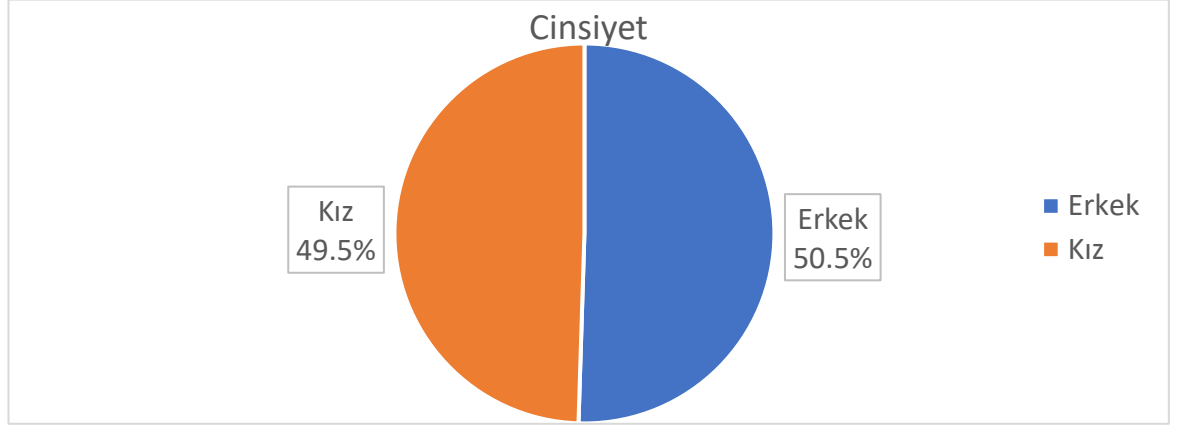
Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 25.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum-maksimum) olarak özetlendi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında, Ki Kare test istatistiği kullanıldı. Gruplar arasında sürekli ölçümlerin karşılaştırılmasında dağılımlar kontrol edildi. İki grup arasında sayısal değişkenler karşılaştırılırken parametrik test olarak Independent Samples-T testi veya nonparametrik test olarak Mann Whitney U testi kullanıldı. Ölçüm değişkenleri arasında korelasyon olup olmadığı normal dağılım gösterenler için Pearson'un korelasyon testiyle, normal dağılıma uymayanlar için Spearman korelasyon testiyle karşılaştırıldı ve korelasyon katsayıları hesaplandı. İstatistiksel önemlilik düzeyi (çift yönlü) $\alpha < 0,05$ olarak alındı. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0,05 olarak alındı.

4. BULGULAR

4.1 Sosyo-demografik Veriler

4.1.1 Cinsiyet verileri

Çalışma kapsamında değerlendirilen 200 hastanın 101'i (%50,5) erkek ve 99'u (%49,5) kız cinsiyettedir (Grafik 1).



Grafik 1. Cinsiyet dağılımı

Cinsiyet verileri ve demografik veriler karşılaştırıldığında cinsiyete göre anlamlı bir bulgu tespit edilmedi (Tablo 7). Aylık gelir durumuna cinsiyetler homojen dağılmıştır ($p=0,55$). Yerleşim yerine göre değerlendirildiğinde ise yine aynı şekilde cinsiyetin homojen dağıldığı gözlemlendi ($p=0,69$). Annenin ve babanın eğitim durumuna bakıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (sırasıyla $p=0,86$ ve $p=0,97$) (Tablo 7). Çalışma kapsamında verileri değerlendirilen COVID-19 geçirmiş 200 hastanın cinsiyetleri ile sigara maruziyetleri, komorbid hastalık varlığı ve geçirdikleri COVID-19 hastalığının şiddeti arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi (sırasıyla $p=0,30$, $p=0,80$ ve $p=0,89$). Hastaların kardeş sayıları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 7).

Tablo 7. Cinsiyet verileri ile demografik verilerin karşılaştırılması

	<i>Kız</i> (n=99) n (%)	<i>Erkek</i> (n=101) n (%)	<i>p*</i>
<i>Aylık gelir</i>			
2500 TL altı (n=86)	39 (%39,4)	47 (%46,5)	0,55
2500-4000 TL arası (n=74)	40 (%40,4)	34 (%33,6)	
4000 TL üstü (n=40)	20 (%20,2)	20 (%19,8)	
<i>Yerleşim Yeri</i>			
Kentsel (n=134)	65 (%65,7)	69 (%68,3)	0,69
Kırsal (n=66)	34 (%34,3)	32 (%31,7)	
<i>Anne Eğitim Durumu</i>			
Bilinmiyor (n=11)	6 (%6,1)	5 (%5,0)	0,86
Okur-yazar (n=119)	60 (%60,6)	59 (%58,4)	
Okur-yazar değil (n=70)	33(%33,3)	37 (%36,6)	
<i>Baba Eğitim Durumu</i>			
Bilinmiyor (n=2)	1 (%1,0)	1 (%1,0)	0,97
Okur-yazar (n=152)	76 (%76,8)	76 (%75,2)	
Okur-yazar değil (n=46)	22 (%22,2)	24 (%23,8)	
<i>Evde sigara maruziyeti</i>			
Evet (n=80)	36 (%36,3)	44 (%43,6)	0,30
Hayır (n=120)	63 (%63,7)	57 (%56,4)	
<i>Komorbid hastalık varlığı</i>			
Evet (n=35)	18 (%18,2)	17 (%16,8)	0,80
Hayır (n=165)	81 (%81,8)	84 (%83,2)	
<i>Kardeş sayısı</i>			
Tek çocuk (n=29)	15 (%15,2)	14 (%13,9)	0,89
Kardeşi var (n=171)	84 (%84,8)	87 (%86,1)	

*:Ki kare testi

Hastalara uygulanan psikolojik testler cinsiyete göre karşılaştırıldığında ÇDÖ skorları arasında iki cinsiyette anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p=0,57$). Travma sonrası stres tepki ölçeğine bakıldığında kız çocuklarında anlamlı olarak yükseklik tespit edildi ($p=0,01$). Aynı şekilde KAY-BÖ ölçeğinde de kızların toplam skorları erkeklerden daha yüksek olarak bulundu ($p=0,01$). KAY-BÖ ölçeğinin alt ölçeklerine bakıldığında sosyal fobi ve okul fobisi açısından fark gözlenmezken, panik ve Somatizasyon bulguları ve ayrılık anksiyetesi açısından kızların daha fazla kaygı bozukluğu yaşadığı bulundu (sırasıyla $p=0,09$, $p=0,28$, $p=0,01$ ve $p=0,01$) (Tablo 8).

Tablo 8. Uygulanan psikolojik testlerin cinsiyete göre karşılaştırılması

	Cinsiyet	Ort±SS*	p**
<i>Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)</i>	Kız	9,06±7,17	0,57
	Erkek	8,42±8,71	
<i>Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği</i>	Kız	16,35±14,27	0,01
	Erkek	11,03±9,5	
<i>Panik/Somatizasyon</i>	Kız	5,16±4,95	0,01
	Erkek	3,48±3,04	
<i>Ayrılık Anksiyetesi</i>	Kız	5,18±3,48	0,01
	Erkek	3,91±2,96	
<i>Sosyal fobi</i>	Kız	5,78±3,62	0,09
	Erkek	4,91±3,66	
<i>Okul fobisi</i>	Kız	1,14±1,65	0,28
	Erkek	0,92±1,19	
<i>KAY-BÖ Total</i>	Kız	17,26±11,38	0,01
	Erkek	13,22±8,95	

Ort±SS*: Ortalama ± Standart Sapma

**Bağımsız Gruplar-T testi

4.1.2 Yaş Verileri

Hastaların 67'si çocukluk döneminde olup çocukların ortalama yaşı $9,95 \pm 1,10$ yıl ve adölesanların yaş ortalaması $15,06 \pm 1,77$ yıl olarak tespit edildi. Hastaların ortalama yaşları $13,35 \pm 2,88$ yıl olarak saptandı (Tablo 9).

Yaş ile tedavi şekli karşılaştırıldığında ayaktan tedavi gören hastaların yaş ortalamalarının yatarak tedavi görenlere göre yüksek olduğu tespit edildi ($p=0,01$) (Tablo 9). Kız ve erkek cinsiyettekilerin yaş ortalaması benzer tespit edilmiştir ($p=0,72$) (Tablo 9).

Tablo 9. Yaş ile diğer verilerin karşılaştırılması

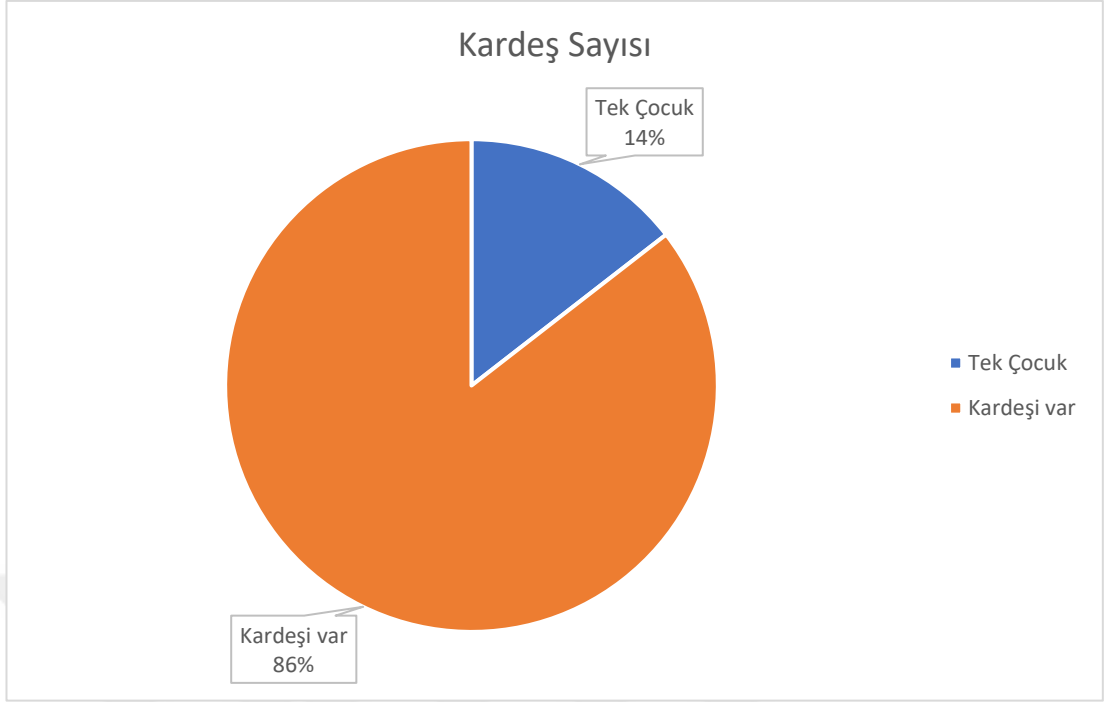
Gruplar		Yaş (yıl) Ort $\pm$ SS*	p**
Dönem	Çocuk (n=67)	9,95 $\pm$ 1,10	0,01
	Adölesan (n=133)	15,06 $\pm$ 1,77	
Tedavi şekli	Yatarak (n=100)	12,79 $\pm$ 3,05	0,01
	Ayaktan (n=100)	13,91 $\pm$ 2,61	
Cinsiyet	Kız (n=99)	13,28 $\pm$ 2,98	0,72
	Erkek (n=101)	13,42 $\pm$ 2,8	

Ort $\pm$ SS*: Ortalama $\pm$ Standart Sapma

**Bağımsız Gruplar-T testi

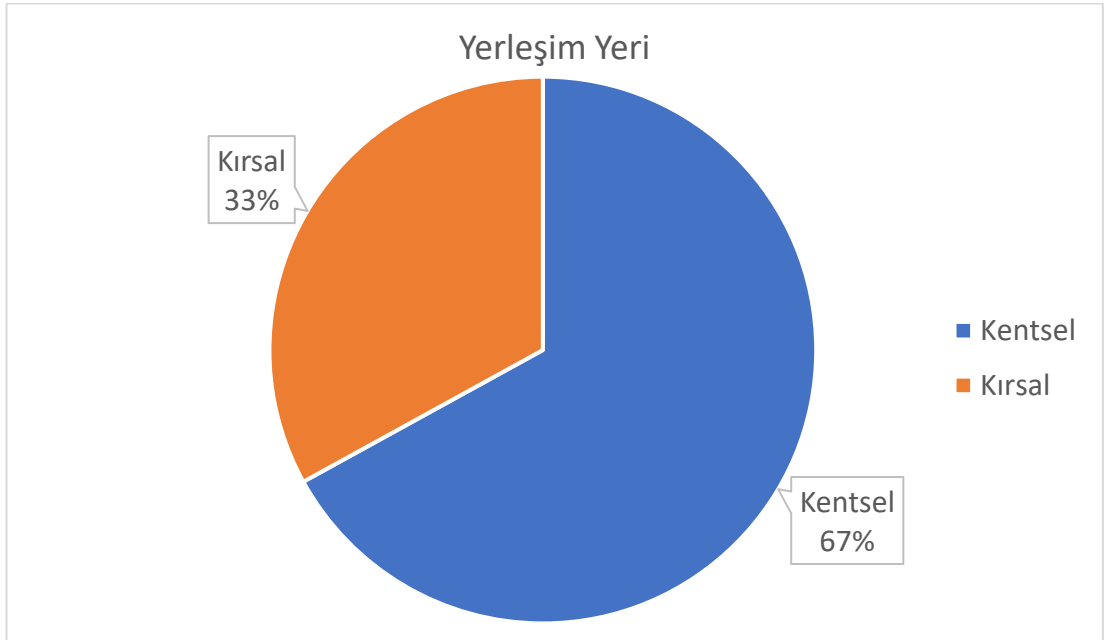
4.1.3 Diğer demografik veriler

Hastaların 29'u tek çocuk (%14) olup diğer çocukların bir veya daha fazla kardeşleri vardır (Grafik 2).



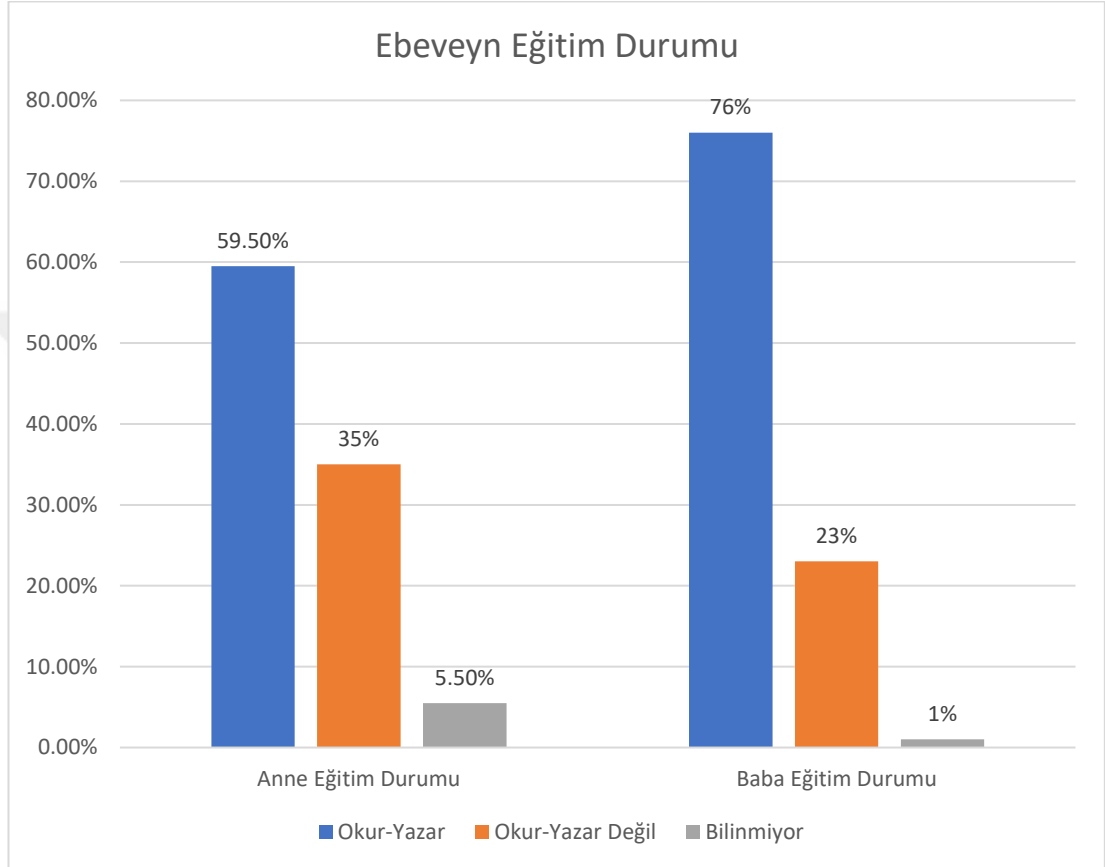
Grafik 2. Vakaların kardeş durumlarının dağılımı

Vakaların yerleşim yerine göre dağılımı Grafik 3’de gösterildi.



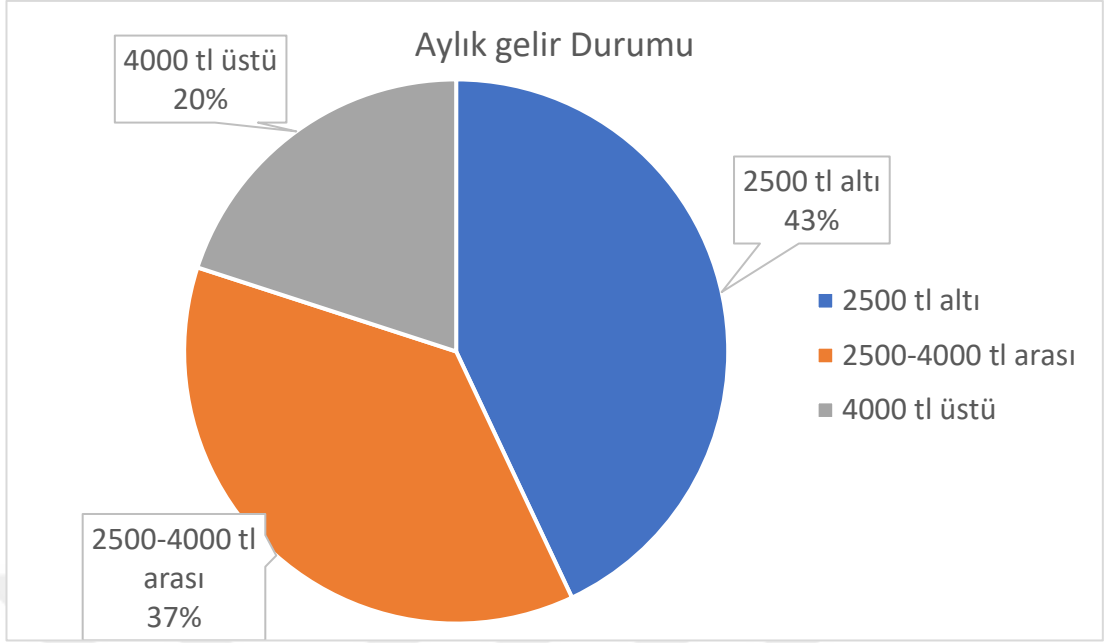
Grafik 3. Vakaların yerleşim yerine göre dağılım oranları

Vakaların ebeveyn eğitim durumu dağılımına bakıldığında babaların okur yazar olma oranı %76 civarında iken annelerde bu oran %59,5 olarak tespit edildi (Grafik 4).



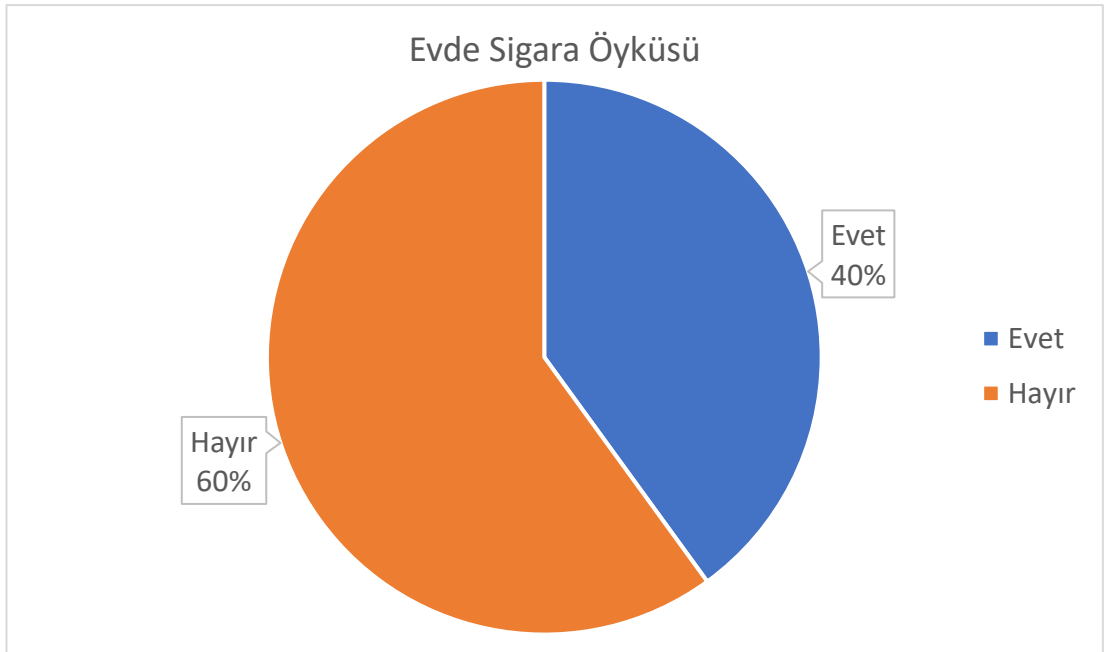
Grafik 4. Vakaların ebeveyn eğitim durumu verileri

Gelir durumuna göre vakaların dağılımına bakıldığında en büyük grubu aylık 2500 TL hane gelirine sahip hastalar oluşturmaktaydı (Grafik 5).



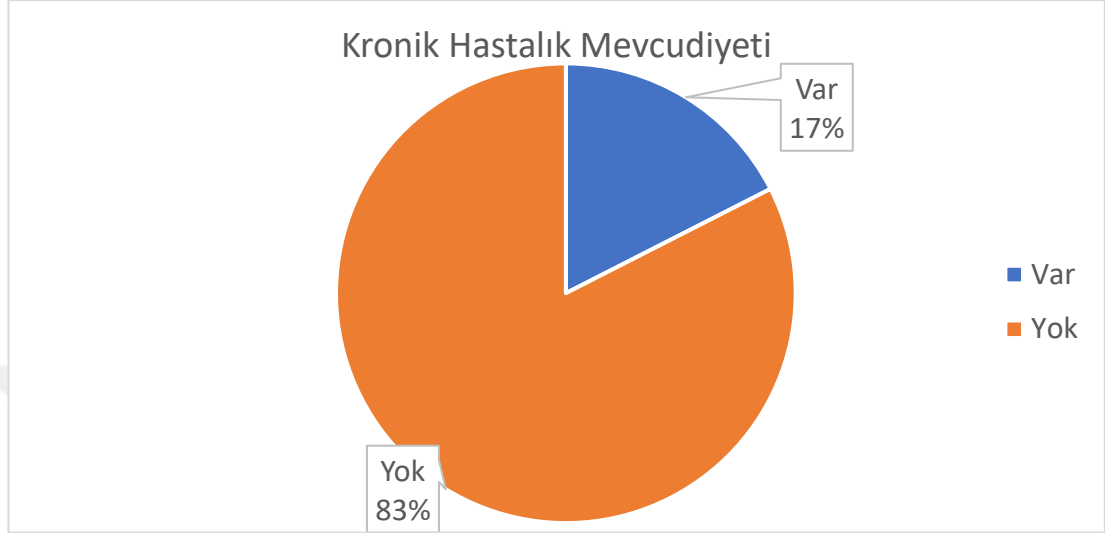
Grafik 5. Vakaların gelir durumu verileri

Hastaların büyük kısmının evde sigara mevcudiyeti öyküsü bulunmamaktadır (Grafik 6).



Grafik 6. Vakaların evde sigara maruziyeti oranları

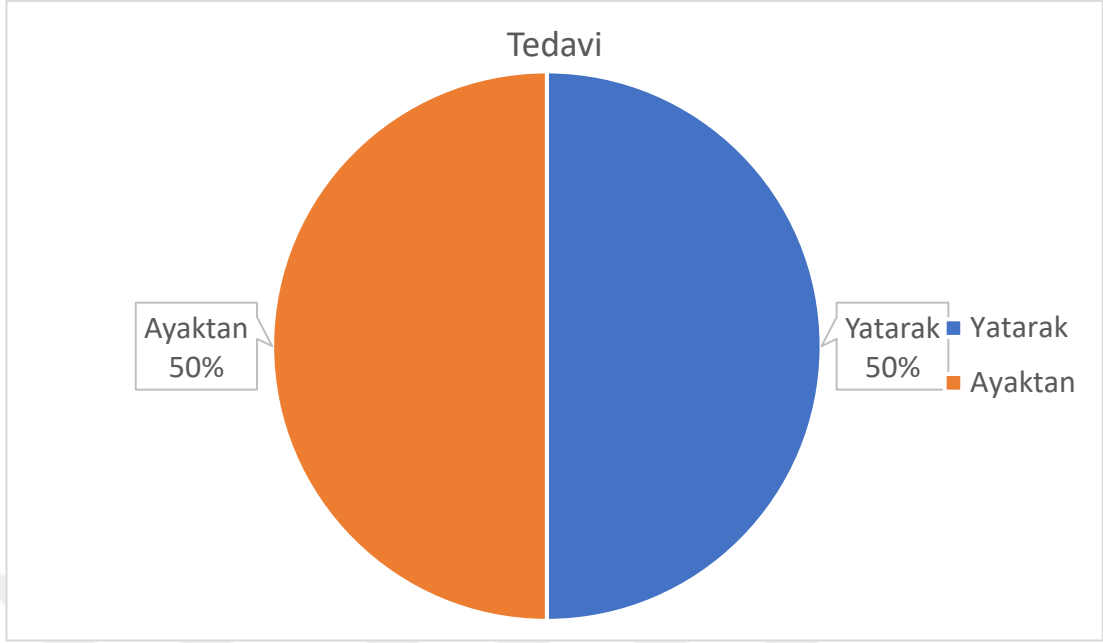
Verileri incelenen 200 hastadan sadece 35'inin (%17,5) ek kronik hastalığı mevcuttur (Grafik 7).



Grafik 7. Vakaların komorbid hastalık mevcudiyeti oranları

4.2 Vakaların tedavi görme şekli verileri

Verileri değerlendirilen tüm hastaların yarısının (n=100) yatarak ve diğer yarısının ise (n=100) ayaktan COVID-19 tedavisini tamamladığı gösterildi.



Grafik 8. Vakaların yatarak veya ayaktan COVID-19 tedavisi görme oranları

Vakaların tedavi görme şekilleri ile demografik veriler karşılaştırıldığında cinsiyete göre iki grup arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0,89$) (Tablo 10). Yerleşim yeri ile tedavi görme şeklinin iki grupta anlamlı bir farkı olmadığı saptandı ($p=0,07$). Anne eğitim durumu bilinmeyen 11 hasta ve baba eğitim durumu bilinmeyen 2 hasta değerlendirmeye alınmadı. Diğer hastalar arasında tedavi görme şekli ile ebeveyn eğitimi açısından anlamlı bir fark bulunmadı (anne için $p=0,75$ ve baba için $p=0,33$) (Tablo 10). Evde sigara maruziyeti olan çocukların büyük kısmının ayaktan tedavi gördüğü tespit edildi ($p=0,01$). Evde sigara maruziyeti olmayan çocukların ise büyük kısmının yatarak tedavi gördüğü saptandı ($p=0,01$). Komorbid hastalık varlığı ile tedavi görme şekli arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0,09$). Kardeş sayısı ile tedavi şekli karşılaştırıldığında yatarak tedavi gören hastaların kardeş sayılarının ayaktan tedavi görenlere göre fazla olduğu bulundu ($p=0,01$) (Tablo 10).

Tablo 10. Vakaların tedavi görme şekli ile demografik verilerin karşılaştırılması

	<i>Yatarak Tedavi</i> (n=100) n (%)	<i>Ayaktan Tedavi</i> (n=100) n (%)	<i>p*</i>
<i>Cinsiyet</i>			
<i>Kız (n=99)</i>	49 (%49)	50 (%50,5)	0,89
<i>Erkek (n=101)</i>	51 (%51)	50 (%49,5)	
<i>Yerleşim yeri</i>			
<i>Kentsel (n=134)</i>	61 (%61)	73 (%54,5)	0,07
<i>Kırsal (n=66)</i>	39 (%39)	27 (%40,9)	
<i>Anne Eğitim Durumu (n=189)</i>			
<i>Okur-yazar (n=119)</i>	55 (%61,8)	64 (%64)	0,75
<i>Okur-yazar değil (n=70)</i>	34 (%38,2)	36 (%36)	
<i>Baba Eğitim Durumu (n=198)</i>			
<i>Okur-yazar (n=152)</i>	74 (%75,5)	78 (%78)	0,33
<i>Okur-yazar değil (n=46)</i>	24 (%24,5)	22 (%22)	
<i>Evde sigara maruziyeti</i>			
<i>Evet (n=80)</i>	30 (%30)	50 (%50)	0,01
<i>Hayır (n=120)</i>	70 (%70)	50 (%50)	
<i>Komorbid hastalık varlığı</i>			
<i>Evet (n=35)</i>	13 (%13)	22 (%22)	0,09
<i>Hayır (n=165)</i>	87 (%87)	78 (%78)	
<i>Kardeş sayısı</i>			
<i>Tek çocuk (n=29)</i>	5 (%5)	24 (%82,8)	0,01
<i>Kardeşi var (n=171)</i>	95 (%95)	76 (%76)	

***:Ki kare testi**

Hastaların maksimum yattığı süre 7 gün ve ortalama yatış süresinin $1,34 \pm 1,86$ gün olduğu bulundu. Yatış süresi ile hastalara uygulanan psikolojik testlerin korelasyonu değerlendirildiğinde travma sonrası stres tepki ölçeği dışında diğer testler ile anlamlı bir korelasyon gözlenmedi. Yatış süresi ile travma sonrası stres tepki ölçeği arasında anlamlı düşük seviyeli korelasyon saptandı ($r=0,22$; $p=0,02$). ÇDÖ ile diğer ölçekler arasında orta seviye korelasyon bulundu. (travma sonrası stres tepki ölçeği için $r=0,52$; $p=0,01$, panik/somatizasyon için $r=0,65$; $p=0,01$, ayrılık anksiyetesi için $r=0,40$; $p=0,01$, sosyal fobi için $r=0,38$; $p=0,01$, okul fobisi için $r=0,56$; $p=0,01$, KAY-BÖ total için $r=0,60$; $p=0,01$). Aynı şekilde travma sonrası stres tepki ölçeği ile diğer ölçekler arasında da orta seviye korelasyon bulundu (ayrılık anksiyetesi için $r=0,44$; $p=0,01$, sosyal fobi için $r=0,33$; $p=0,01$, okul fobisi için $r=0,54$; $p=0,01$, KAY-BÖ total için $r=0,63$; $p=0,01$). Travma sonrası stres tepki ölçeği ile KAY-BÖ alt ölçeği olan panik/somatizasyon ile yüksek korelasyon tespit edildi ($r=0,73$; $p=0,01$) (Tablo 11).

Tablo 11. Yatış süreleri ile uygulanan psikolojik testlerin korelasyon analizi

		Yatış Süresi	Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)	Travma Sonrası Stres Tepki	Panik/ Somatizasyon	Ayrılık Anksiyetesi	Sosyal fobi	Okul fobisi	KAY-BÖ Total
Yatış Süresi	r	1	0,16	0,22	0,10	-0,01	-0,10	0,13	0,01
	p		0,11	0,02	0,29	0,95	0,30	0,17	0,93
Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)	r		1	0,52	0,65	0,40	0,38	0,56	0,60
	p			0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği	r			1	0,73	0,44	0,33	0,54	0,63
	p				0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Panik/Somatizasyon	r				1	0,59	0,51	0,69	0,86
	p					0,01	0,01	0,01	0,01
Ayrılık Anksiyetesi	r					1	0,68	0,39	0,84
	p						0,01	0,01	0,01
Sosyal fobi	r						1	0,39	0,83
	p							0,01	0,01
Okul fobisi	r							1	0,68
	p								0,01
KAY-BÖ Total	r								1
	p								

Cinsiyetlere göre ortalama yatış süreleri benzer bulundu ($p=0,94$) (Tablo 12).

Tablo 12. Cinsiyetlere göre ortalama yatış süreleri

	<i>Cinsiyet</i>	<i>N</i>	<i>Ort±SS*</i>	<i>p**</i>
<i>Yatış süresi</i>	Kız	49	2,69±1,79	0,94
	Erkek	51	2,67±1,88	

Ort±SS*: Ortalama ± Standart Sapma

****:**Bağımsız Gruplar-T testi

Yatarak veya ayaktan tedavi görme ile hastalara uygulanan psikolojik testler karşılaştırıldığında ayaktan tedavi gören hastaların travma sonrası stres tepki ölçeği anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,01$). Sosyal fobi açısından ise yatarak tedavi gören hastaların skorları anlamlı olarak yüksek tespit edildi ($p=,01$). Okul fobisi skorlamasında ise ayaktan tedavi gören hastaların skorları yatarak tedavi gören gruba göre yüksek bulundu ($p=0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Tedavi şekli ile uygulanan psikolojik testlerin verilerinin karşılaştırılması

	<i>Tedavi Şekli</i>	<i>Ort±SS*</i>	<i>p**</i>
<i>Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)</i>	Yatarak	7,34±7,49	0,13
	Ayaktan	10,13±8,23	
<i>Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği</i>	Yatarak	10,7±9,91	0,01
	Ayaktan	16,63±13,83	
<i>Panik/Somatizasyon</i>	Yatarak	3,82±3,2	0,10
	Ayaktan	4,8±4,93	
<i>Ayrılık Anksiyetesi</i>	Yatarak	4,97±3,65	0,06
	Ayaktan	4,11±2,81	
<i>Sosyal fobi</i>	Yatarak	6,02±3,91	0,01
	Ayaktan	4,66±3,27	
<i>Okul fobisi</i>	Yatarak	0,83±1,27	0,05
	Ayaktan	1,23±1,56	
<i>KAY-BÖ Total</i>	Yatarak	15,64±10,24	0,57
	Ayaktan	14,8±10,6	

Ort±SS*: Ortalama ± Standart Sapma

****:**Bağımsız Gruplar-T testi

4.3 Psikolojik Değerlendirme Verileri

Psikolojik değerlendirme verileri incelendiğinde tüm çocukların ÇDÖ skoru ortalama 8,73±7,97; Travma sonrası stres tepki ölçeği skoru ortalama 13,66±12,36 ve KAY-BÖ skoru ise ortalama 15,22±10,40 olarak tespit edilmiştir. KAY-BÖ alt ölçeklerine bakıldığında ise panik/Somatizasyon skoru 4,31±4,17, ayrılık anksiyetesi

skoru $4,54 \pm 3,28$, sosyal fobi skoru $5,34 \pm 3,65$ ve okul fobisi skoru $1,03 \pm 1,43$ olarak saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Çocuklara uygulanan psikolojik test verileri

	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Ort±SS*</i>
<i>Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)</i>	0	51	$8,73 \pm 7,97$
<i>Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği</i>	0	56	$13,66 \pm 12,36$
<i>Panik/Somatizasyon</i>	0	22	$4,31 \pm 4,17$
<i>Ayrılık Anksiyetesi</i>	0	13	$4,54 \pm 3,28$
<i>Sosyal fobi</i>	0	14	$5,34 \pm 3,65$
<i>Okul fobisi</i>	0	7	$1,03 \pm 1,43$
<i>KAY-BÖ Total</i>	0	48	$15,22 \pm 10,40$

Ort±SS*: Ortalama ± Standart Sapma

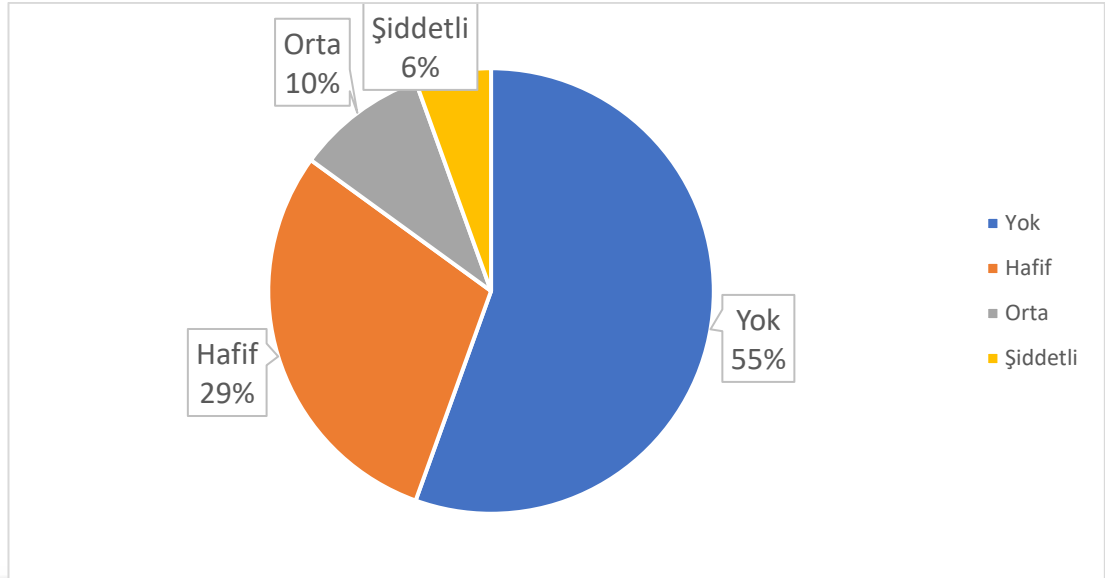
Çalışma kapsamında değerlendirilen tüm hastaların %10'unda depresyon belirtileri görüldü. Hastaların %17'sinde panik/somatizasyon bulguları, %34'ünde ayrılık anksiyetesi, %19,5'inde sosyal fobi ve %6'sında okul fobisi gözlemlendi. Yapılan ki kare analizinde tedavi görme şekli ile uygulanan psikolojik testlerde depresyon ve anksiyete bulgusu saptanması arasın ilişki saptanmadı (Tablo 15).

Tablo 15. Hastalarda gözlenen depresyon veya anksiyete verileri

		<i>Yatarak Tedavi</i>	<i>Ayaktan Tedavi</i>	<i>p*</i>
		<i>(n=100)</i>	<i>(n=100)</i>	
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
<i>Depresyon</i>	Var (n=20)	7 (%7)	13 (%13)	0,16
	Yok (n=180)	93 (%93)	87 (%87)	
<i>Panik/Somatizasyon</i>	Var (n=34)	14 (%14)	20 (%20)	0,26
	Yok (n=166)	86 (%86)	80 (%80)	
<i>Ayrılık Anksiyetesi</i>	Var (n=68)	37 (%37)	31 (%31)	0,37
	Yok (n=132)	63 (%63)	69 (%69)	
<i>Sosyal fobi</i>	Var (n=39)	26 (%26)	13 (%13)	0,20
	Yok (n=161)	74 (%74)	87 (%87)	
<i>Okul fobisi</i>	Var (n=12)	5 (%5)	7 (%7)	0,55
	Yok (n=188)	95 (%95)	93 (%93)	

***:Ki kare testi**

Hastaların %45'inde travma sonrası stres bozukluğuna ait belirtiler gözlemlendi ve tüm hastaların %6'sında bu belirtiler şiddetli düzeydeydi (Grafik 9).



Grafik 9. Hastalarda gözlenen travma sonrası stres bozukluğu verileri

Depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu skorlarında adölesanların ortalama skorları genel olarak daha yüksek bulundu ancak sadece panik/somatizasyon bulguları ve okul fobisi anksiyete alt ölçeklerinde istatistiki olarak anlamlı tespit edildi (sırasıyla $p=0,03$ ve $p=0,04$) (Tablo 16).

Tablo 16. Çocukluk çağı ve adölesan döneminde uygulanan psikolojik testlerin karşılaştırılması

	Çocukluk çağı (n=67) Ort±SS*	Adölesan (n=133) Ort±SS*	p**
<i>Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)</i>	7,83±7,90	9,18±7,99	0,26
<i>Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği</i>	11,88±8,89	14,56±13,72	0,15
<i>Panik/Somatizasyon</i>	3,38±2,97	4,77±4,60	0,03
<i>Ayrılık Anksiyetesi</i>	4,92±3,72	4,34±3,02	0,24
<i>Sosyal fobi</i>	5,46±3,76	5,27±3,61	0,74
<i>Okul fobisi</i>	0,73±1,06	1,18±1,57	0,04
<i>KAY-BÖ Total</i>	14,50±9,77	15,57±10,72	0,49

Ort±SS*: Ortalama ± Standart Sapma

**Bağımsız Gruplar-T testi



5. TARTIŞMA

Çin'in Wuhan kentinde 29 Aralık 2019 tarihinde başlayan hastalık, "Coronavirus Disease 2019" terimi kısaltılarak COVID-19 olarak isimlendirilmiştir. Bu tarihin ardından tüm dünyaya yayılarak, günümüzde 100 milyonlarca insanı etkileyecek noktaya gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 23 Nisan 2021 verilerine göre toplam doğrulanmış vaka sayısı 143 milyonu geçmiştir. Modern çağda bu kadar büyük boyutta bir pandemi yaşanmamasına rağmen önceki salgınlarda insanların ruh sağlığının etkilenmesi ile ilgili geçmişte birçok çalışma yapılmıştır (134). Mevcut pandeminin de mental sağlık üzerine etkileri halen araştırılmaktadır (135,136).

Çocuklar üzerinde yapılan çalışmalarda ise çocukların büyük bir kısmının hastalığı asemptomatik olarak geçirdiği ve semptom gelişenlerin de çok büyük bir kısmının hafif semptomlarla geçirdiği gözlenmiştir. Bu nedenlerle çocuklar, ana taşıyıcı faktörlerden birisi olarak düşünülmektedir. Çocukluk ve ergenlik döneminde COVID-19 tanısı aldıktan sonra hasta sosyal izolasyona alınmaktadır. Sosyalliğin, psikolojik gelişim açısından oldukça önemli olduğu bir dönemde; çocuğun, ailesinden, çevresinden ve arkadaşlarından ayrı kalmasının çocuğu etkileyebileceği düşünülmektedir. Çalışmamız kapsamında çocuklara; depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu testleri uygulayarak çocukların hangi alanda daha fazla etkilendiğini tespit etmeyi amaçlamış bulunmaktayız.

Literatür tarandığında mevcut durumda COVID-19 geçirmiş çocuklara uygulanmış testlerle ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Çalışmalar, daha yoğun olarak pandeminin ve karantina döneminin çocuklar ve adölesanların psikolojileri üzerine yoğunlaşmışlardır. Çalışmamız bu konuda alanının ilk çalışmalarından bir tanesi olarak ön plana çıkmaktadır.

Xie ve ark.'larının (137) yaptıkları çalışmada Huangshi şehrinde öğrenim gören 1784 öğrencinin karantina döneminde psikolojik durumları incelenmiştir. Çalışma kapsamında 7-18 yaş arasındaki çocukların verileri incelenmiştir ve tüm öğrencilerin %62,2'sinin çocukluk çağında (7-11 yaş) olduğu tespit edilmiştir.

Öğrencilerin ortalama karantina süresi, 33,7 gün olarak tespit edilmiştir. Depresyon değerlendirmesi ÇDÖ-Kısa formu ile; anksiyete değerlendirmesi ise KAY-BÖ testi ile yapılmıştır. Yaş arttıkça depresyon belirtileri artmakta ancak anksiyete belirtileri ile ilgili bir fark gözlenmemiştir. Çin’de yapılan ve 12-18 yaş arası 8140 adölesanın psikolojik olarak değerlendirildiği bir çalışmada (138) adölesanların depresyon ve anksiyete durumları değerlendirilmiştir. Çalışmada depresyon değerlendirme amacıyla “*Patient Healt Questionnaire*” testini ve anksiyeteyi tespit etmek amacıyla ise “*Generalized anxiety Disorder Scale*” kullanılmıştır. Adölesanların, çocuklara göre daha fazla anksiyete ve depresyon belirtileri gösterdiği tespit edilmiştir. Chen ve ark. yaptıkları çalışmada (139) 6-15 yaş arasındaki 1036 çocuk ve adölesana karantina döneminde depresyon ve anksiyete skalası uygulamışlardır. Depresyonu değerlendirmek amacıyla “Çocuklar için Depresyon Özbildirim Skalası” kullanılmış olup anksiyete için ise KAY-BÖ skalası kullanılmıştır. Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde ise en fazla etkilenen grubun 13-15 yaş arası adölesan grubu olduğu saptanmıştır. Ailede COVID-19 geçirmiş bir bireyin bulunması depresyon açısından anlamlı bir fark yaratmamıştır ancak anksiyete oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Liu ve ark. Çin’de karantina döneminde ilkökul ve lise çocuklarını karşılaştırdıkları bir çalışmada (140) 407 çocuğu değerlendirmişlerdir. Çalışma kapsamında çocukları Somatik öz bildirim skalası ile değerlendirmişlerdir. Çalışma sonucunda lise döneminde olan adölesanların Somatizasyon, anksiyete ve depresyon skorları ilkökul çocuklarının ortalama skorlarından anlamlı seviyede yüksek olarak tespit edilmiştir. Adölesanların %34,85’inde somatik semptomlar gözlenmiştir. İlkokul çocuklarında ise bu oran %2,39 olarak tespit edilmiştir. Duan ve ark.’larının (141) Çin’de yaptıkları bir çalışmada 359 çocuk ve 3254 adölesan üzerinde karantina döneminin psikolojik etkilerini araştırmışlardır. Anksiyete durumu, “*The Chinese Version of Spence Child Anxiety Scale*” ile değerlendirilmiştir. Depresyon durumu ise ÇDÖ ile değerlendirilmiştir. Yaş gruplarına göre bakıldığında ise adölesanların anksiyete skorları çocukların ortalama anksiyete skorlarına göre anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir.

Bizim çalışmamızda hastaların 67’si çocuk ve geri kalanı adölesan grupta yer almakta idi. Çalışmada yer alan tüm hastaların yaş ortalamasının 13,4 yıl olduğu tespit edildi. Ayaktan tedavi olan hastaların yaş ortalaması anlamlı olarak daha

yüksek tespit edildi. Cinsiyete göre yaş ortalamaları benzer bulundu. Çocukluk çağı ve adölesanlar arasında depresyon skorları açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi. Aynı şekilde travma sonrası stres tepki ölçeği skorları açısından da istatistiki açıdan bir fark gözlenmedi. KAY-BÖ alt ölçeklerinden panik/somatizasyon ve okul fobisi alt ölçeklerinde adölesan grubunun ortalama skorları anlamlı olarak yüksek tespit edildi. Literatürde birebir aynı skalaların kullanıldığı bir çalışma mevcut olmasa da literatür verilerine baktığımızda COVID-19 nedeniyle karantina uygulanan pediatrik yaş grubundaki bireylerde genel olarak adölesan döneminde depresyon ve anksiyete skorlarının çocukluk çağına göre yüksek olduğu gözlenmektedir. Bizim çalışmamızda ÇDÖ'de ve travma sonrası stres tepki ölçeğinde adölesan grupta skorlar yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Çalışma grubuna dahil edilen hastaların sayısının nispi azlığı nedeniyle anlamlılık bulunmadığı düşünülmüştür. Gelecekte çok merkezli kohort çalışmaların planlanması ile birlikte bu farkın anlamlı olabileceği düşünülmektedir. Ortalama ÇDÖ skorlarının adölesanlarda yüksek bulunması yönüyle çalışmamız literatür ile uyumlu bulundu. KAY-BÖ total skoru da aynı şekilde adölesan yaş grubunda yüksekti ancak istatistiksel açıdan anlamlı değildi. Ayrılık anksiyetesi ve sosyal fobi alt grubuna bakıldığında çocukluk çağında ortalama skorun adölesanlara göre yüksek olduğu saptandı. Literatürde çocukluk çağındaki bireylerin sosyal fobi ve ayrılık anksiyetelerinin adölesanlara göre yüksek olduğuyla ilgili çalışmalar mevcuttur (142). Bu sonuç da literatür ile uyumlu bulundu.

Chen ve ark. yaptıkları çalışmada (139) 1036 çocuk ve adölesanı hem anksiyete hem de depresyon açısından değerlendirmişlerdir. Çalışmaya benzer sayıda erkek ve kız çocuk dahil edilmiş olup kız çocuklarında anlamlı olarak daha yüksek seviyede depresyon ve anksiyete tespit edilmiştir. Xie ve ark.'larının (137) yaptıkları çalışmada Öğrencilerin %56,7'si erkek olarak tespit edilmiştir. Cinsiyet dahil demografik verilerle anksiyete ve depresyon durumu arasında anlamlı bir ilişki tespit etmemişlerdir. Çin'de yapılan bir çalışmada (138) 12-18 yaş arasında 8140 adölesan değerlendirilmiştir. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde kız çocuklarının erkeklere göre anlamlı olarak daha fazla anksiyete ve depresyon belirtileri gösterdiği gözlenmiştir. Duan ve ark.'larının (141) Çin'de yaptıkları bir çalışmada 359 çocuk ve 3254 adölesan üzerinde karantina döneminin psikolojik etkilerini araştırmışlardır.

Çalışma kapsamında cinsiyet dağılımı eşit yoğunlukta olmuştur. Anksiyete değerlendirmesinde hem çocukluk döneminde hem de adölesan dönemde kız çocuklarının ortalama anksiyete skorları anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir. Anksiyete skorları arasında cinsiyete göre bulunan fark adölesan dönemde daha belirgindir. Tüm alt ölçeklerde de benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Bizim çalışmamızda değerlendirilen 200 hastanın 101'i erkek cinsiyetteydi. Cinsiyete göre yatış durumu değerlendirildiğinde her iki cinsiyette de yarı yarıya yatarak tedavi görme oranı mevcuttu. Hastalara uygulanan psikolojik testler cinsiyete göre değerlendirildiğinde ÇDÖ skorları açısından anlamlı bir farklılık yoktu ancak kız çocuklarda bir miktar daha yüksek olarak tespit edildi. Travma sonrası stres tepki ölçeğinde kız çocuklarının ortalama skorları erkeklere göre anlamlı olarak yüksek tespit edildi. KAY-BÖ ve alt ölçeklerine bakıldığında ise total skorda kız çocuklarının ortalama skorları anlamlı olarak yüksek saptandı. Bu farklılığın, temel olarak panik/somatizasyon ve ayrılık anksiyetesi alt ölçeklerinden kaynaklandığı gözlemlendi. Çalışma sonucunda elde ettiğimiz veriler literatür ile genel olarak uyumlu bulundu. Literatüre göre kız çocuklara hem depresyon hem de anksiyete açısından erkeklere göre daha fazla risk altındadır. Kız çocuklarında genel olarak tüm skorların erkeklere göre yüksek bulunması bu literatür verisini desteklemektedir.

Xie ve ark. yaptıkları çalışmada (137) 1784 öğrenci değerlendirilmiş olup ortalama karantina süresi 33,7 gün olarak bulunmuştur. Demografik veriler ile çocukların anksiyete ve depresyon durumları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Toplam 8140 adölesanın değerlendirildi Zhou ve ark.'larının yaptıkları çalışmada (138) yaşanan bölgeye göre kırsal bölgede yaşayan çocukların kentsel bölgede yaşayanlara göre anlamlı olarak yüksek seviyede depresyon ve anksiyete belirtileri gösterdiği tespit edilmiştir. Chen ve ark.'larının yaptıkları çalışmada (139) Baba eğitim durumuna göre çocuklar ayrı gruplara ayrılarak değerlendirildiğinde en fazla etkilenen grubun babası lise mezunu olan çocuklar oldukları tespit edilmiştir. Anne eğitim durumuna bakıldığında ise annesi ilköğretim mezunu olan çocukların diğer gruplara göre yüksek seviyede depresyon belirtisi gözlemlendiği; annesi lise mezunu olan çocukların ise anksiyete belirtilerini daha fazla gösterdiği gözlemlenmiştir. Tek çocuk olma durumu ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Duan ve ark. yaptıkları çalışmada (141)

3500'den daha fazla çocuk ve adölesanın COVID-19 karantina döneminde psikolojik verilerini derlemişlerdir. Çalışmaya katılanların yaklaşık %10'u çocuk ve geri kalanı 12-18 yaşında adölesan olarak tespit edilmiştir. Kentsel ve kırsal bölge dağılımı ise %50-50 olarak bulunmuştur. Yine çalışmaya katılanların yarısının tek çocuk olduğu tespit edilmiştir. Yaşanılan bölgeye göre değerlendirildiğinde kentsel bölgede yaşayanların anksiyete skorları anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir. Ailede tek çocuk olmak ise anksiyete skorlarını düşüren bir faktör olarak saptanmıştır.

Bizim çalışmamızda Vakaların 29'u tek çocuk olup tek çocuk olmak ile depresyon ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki gözlenmedi. Tek çocuk olma durumu ile tedavi görme şekline bakıldığında yatarak tedavi gören hastaların kardeş sayıları anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi. Hastaların kardeş sayıları ile cinsiyet arasında bir ilişki kurulamadı. Tüm hastaların %67'si kentsel bölgede yaşamaktaydı. Anne eğitim durumuna bakıldığında annelerin yaklaşık %60'ı okur-yazardır. Bu oran babalarda %76 civarındadır. Aylık gelir durumuna bakıldığında vakaların %43'ü aylık 2500 TL hane gelirinin altında bir gelirle yaşamını sürdürmektedir. Aylık 4000 TL hane gelirinden daha fazla gelirle yaşayanların oranı ise %20'dir. Vakaların evde sigara maruziyeti durumlarına bakıldığında %40'ı evde sigaraya maruz kalmaktadır. Demografik veriler açısından literatür tarandığında oldukça değişken sonuçlarla karşılaşılmaktadır. Kentsel bölgede yaşayanların depresyon ve anksiyetesini yüksek bulan çalışmalar olduğu gibi tam tersi sonuçları veren çalışmalar da mevcuttur. Bu durumun özellikle çalışmanın yapıldığı bölgenin özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Aylık hane gelirinin yani sosyoekonomik durumun anksiyete ve depresyon ile ilişkili olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur. Düşük sosyoekonomik durum anksiyete ve depresyon riskini artırmaktadır. Bizim çalışmamızda hane geliri ile diğer bulgular arasında anlamlı bir ilişki tespit edilemedi.

Literatürde pandemi ile ilişkili tedavi şekilleri ve yatış durumu ile anksiyete skorlarını karşılaştıran bir çalışma mevcut değildir. Uygulanan psikolojik test verileri COVID-19'lu çocukların mental sağlık durumları ile ilgili öncü çalışmalardan biri olacaktır.

Çalışmamızda vakaların tedavi görme şekillerine bakıldığında vakaların yarısının yatarak tedavi gördüğü saptandı. Vakaların tedavi görme şekilleri ile demografik verileri arasından anlamlı bir ilişki bulunmadı. Evde sigara maruziyeti olmayan hastaların büyük bir kısmının hastanede yatarak tedavi gördükleri tespit edildi. Komorbid hastalık varlığı ile yatış durumu arasında bir ilişki saptanmadı. Hastaların ortalama yatış süresi 1,35 gün olup en uzun süre yatan hastanın 7 gün yattığı saptandı. Yatış süreleri ile uygulanan psikolojik test sonuçları korele edildiğinde anlamlı bir korelasyon tespit edilmedi. Uygulanan tedavi şekli ile uygulanan psikolojik testler karşılaştırıldığında ayaktan tedavi görenlerin depresyon skorları yüksek olarak tespit edildi ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Ayaktan tedavi gören hastaların ortalama travma sonrası stres tepki ölçeği skorları yatarak tedavi görenlere göre anlamlı olarak yüksek saptandı. Yatarak tedavi görenlerin sosyal fobi skorları ayaktan tedavi görenlere daha yüksek olarak bulundu. Okul fobisi alt ölçeği skorlamasında ise ayaktan tedavi görenlerin ortalama skorları anlamlı olarak yüksek bulundu.

Duan ve ark.'larının (141) yaptıkları çalışmada 359 çocuk ve 3254 adölesan üzerinde karantina döneminin psikolojik etkilerini araştırmışlardır. Anksiyete durumu, "Spence Child Anxiety Scale" ile değerlendirilmiştir. Depresyon durumu ise ÇDÖ ile değerlendirilmiştir. Depresyon skalasında depresyon belirtileri gösteren çocukların yüksek anlamlı olarak daha fazla anksiyete skorlarına sahip oldukları tespit edilmiştir. Wang ve ark.'ları (143) karantina döneminde 6435 adölesanı ÇDÖ ile değerlendirmişlerdir. Tüm adölesanların %17,7'sinde depresif semptomlar ortaya çıkmıştır. Bu oran ailesiyle iyi ilişkileri bulunmayan adölesanlarda %50'nin üzerine çıkmaktadır. Liu ve ark.'larının yaptıkları çalışmada (140) 407 çocuğu değerlendirmişlerdir. Çalışma kapsamında çocukları Somatik öz bildirim skalası ile değerlendirmişlerdir. Çalışma sonucunda adölesanların %34,85'inde somatik semptomlar gözlenmiştir. İlkokul çocuklarında ise bu oran %2,39 olarak tespit edilmiştir. Chen ve ark. (139) ise yaptıkları çalışmada depresyonu değerlendirmek amacıyla "Çocuklar için Depresyon Özbildirim Skalası" kullanılmış olup anksiyete için ise KAY-BÖ skalası kullanılmıştır. Tüm çocukların %11,8'inde depresyon ve %18,9'unda ise anksiyete tespit edilmiştir. Tüm çocukların %6,56'sında ise hem anksiyete hem de depresyon belirtileri gözlenmiştir. Çin'de yapılan bir çalışmada 12-

18 yaş arası 8140 adölesanın psikolojik olarak değerlendirildiği bir çalışmada (138) çocukların %43,7'si düşükten seviyeden şiddetli seviyeye kadar depresyon belirtileri göstermiştir. Gençlerin %37,4'ü ise yine aynı şekilde düşük seviyeden şiddetli seviyeye kadar anksiyete belirtileri göstermiştir. Çalışmada depresyon değerlendirme amacıyla “*Patient Health Questionnaire*” testini ve anksiyeteyi tespit etmek amacıyla ise “*Generalized anxiety Disorder Scale*” kullanılmıştır. Xie ve ark.'larının (137) yaptıkları çalışmada ÇDÖ-kısa formu uygulanan öğrencilerin %22,6'sı depresyon belirtileri göstermiştir. KAY-BÖ testi sonucunda ise öğrencilerin %18,9'unda anksiyete belirtileri tespit edilmiştir. Endişe durumuna bakıldığında ise öğrencilerden %37,3'ü pandemi hakkında ciddi endişe duymaktaydı. Endişe durumu yüksek çocukların anlamlı olarak daha fazla depresyon belirtileri gösterdiği ancak anksiyete belirtileri açısından endişe duymayan çocuklara göre bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Uygulanan psikolojik test sonuçları birbiri arasında korele edildiğinde depresyon skoru ile anksiyete skorları arasında yüksek anlamlı orta seviye korelasyon tespit edildi. Aynı şekilde travma sonrası stres tepki ölçeğinden elde edilen sonuçlar ile anksiyete ve depresyon arasında yüksek anlamlı orta seviye korelasyon gözlemlendi. Çalışma kapsamında değerlendirilen tüm hastalara bakıldığında depresyon semptomları gözlenen hastaların oranı %10 olarak gözlemlendi. Panik/somatizasyon bulguları gözlenen vakaların oranı %17 olarak saptandı. Vakaların %34'ünde ayrılık anksiyetesi tespit edildi. Sırasıyla sosyal fobi ve okul fobisi için oranlar ise %19,5 ve %6 olarak bulundu. Hastalarda %41'inde en az bir anksiyete alt ölçeğinde semptomlar gözlemlendi. Travma sonrası stres bozukluğu değerlendirildiği zaman ise vakaların %44,5'i hafiften şiddetliye kadar değişen düzeylerde travma sonrası stres bozukluğu semptomları göstermekteydi. Şiddetli semptomlar gözlenen hastaların oranı %5,5 olarak tespit edildi.

Tüm sonuçlar bir arada değerlendirildiğinde COVID-19 geçiren çocuk ve adölesanların psikolojik olarak hastalıktan, karantina sürecinden ve okulların kapalı olmasından etkilendikleri ortadadır. Özellikle çocukların çok büyük bir kısmında travma sonrası stres bozukluğu saptanması, bu durumu göstermektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1. Çalışma kapsamında 8-18 yaş arasında COVID-19 hastalığı geçirmiş 200 hastanın verileri derlendi.
2. Hastaların 101'i erkek cinsiyette tespit edildi.
3. Cinsiyete göre aylık gelir dağılımları, yerleşim yeri ve anne-baba eğitim durumları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark gözlenmedi (sırasıyla $p=0,55$, $p=0,69$ ve $p=0,86$ ve $p=0,97$). Cinsiyet ile ek hastalık mevcudiyeti ve sigara maruziyeti arasında anlamlı bir fark bulunmadı (sırasıyla $p=0,80$ ve $p=0,30$). Hastaların kardeş sayıları ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0,89$).
4. Hastalara uygulanan psikolojik testlere bakıldığında cinsiyete göre ÇDÖ'de fark gözlenmedi ($P=0,57$). Travma sonrası stres tepki ölçeğinde ise kızların skorları erkeklere göre anlamlı olarak yüksek tespit edildi ($P=0,01$). KAY-BÖ total skorunda kızların ortalama skoru erkeklerin ortalama skoruna göre anlamlı olarak yüksek tespit edildi ($P=0,01$). Bu yüksekliğin asıl olarak panik/somatizasyon ve ayrılık anksiyetesi alt ölçeklerinden kaynaklandığı gözlemlendi (sırasıyla $p=0,01$ ve $p=0,01$).
5. Hastaların 67'si çocukluk döneminde olup çocukların ortalama yaşı $9,95\pm1,10$ yıl ve adölesanların yaş ortalaması $15,06\pm1,77$ yıl olarak tespit edildi. Hastaların ortalama yaşı $13,35\pm2,88$ yıl olarak tespit edildi. Ayaktan tedavi olanların ortalama yaşı $13,91\pm2,61$ olarak bulundu ve yatarak tedavi olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($p=0,01$).
6. Cinsiyete göre yaş ortalamaları arasında anlamlı bir fark gözlenmedi ($p=0,72$).
7. Cinsiyete göre tedavi alma şekli karşılaştırıldığında erkek ve kızlar arasında benzer sonuçlara ulaşıldı ($p=0,89$). Hastaların 29'u tek çocuk olup yatarak tedavi gören hastaların kardeş sayıları anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi ($p=0,01$). Vakaların tedavi görme şekilleri ile yaşadıkları bölge ve anne-baba eğitim durumları karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi (sırasıyla $p=0,07$, $p=0,75$ ve $p=0,33$). Vakaların tedavi görme şekillerine bakıldığında ise yatarak tedavi gören vakaların çoğunluğunun evde sigara maruziyeti mevcut

değildi ($p=0,01$). Tedavi şekli ile komorbid hastalık varlığı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmedi ($p=0,09$).

8. Hastaların %67'si kentsel bölgede yaşamaktaydı.
9. Ebeveyn okur-yazarlık durumuna bakıldığında annelerin okur-yazar olma durumu %59,50 ve babaların okur yazar olma durumu ise %76 olarak tespit edildi.
10. Aylık ortalama hane geliri durumu değerlendirildiğinde vakaların %43'ü aylık 2500 TL altında gelirle yaşamaktaydı. Aylık 4000 TL üstü gelir ile yaşayanların oranı ise %20 olarak tespit edildi.
11. Hastaların %60'ında sigara maruziyeti mevcut değildi.
12. Tüm hastaların sadece %7,5'inde ek kronik hastalık mevcudiyeti tespit edildi.
13. Vakaların yarısının ($n=100$) hastalığı hastanede yatarak ve diğer yarısının ise ayaktan geçirdiği saptandı.
14. Hastaların yatış süreleri değerlendirildiğinde en uzun yatış süresi 7 gün ve ortalama yatış süresi ise $1,34 \pm 1,86$ gün olarak saptandı.
15. Yatış süresi ile hastalara uygulanan psikolojik testlerin korelasyonu değerlendirildiğinde anlamlı bir korelasyon gözlenmedi. ÇDÖ ile diğer ölçekler arasında orta seviye korelasyon bulundu. Aynı şekilde travma sonrası stres tepki ölçeği ile diğer ölçekler arasında da orta seviye korelasyon bulundu. Travma sonrası stres tepki ölçeği ile KAY-BÖ alt ölçeği olan panik/somatizasyon ile yüksek korelasyon tespit edildi. KAY-BÖ alt ölçekleri KAY-BÖ total skoru arasında yüksek korelasyon bulundu.
16. Cinsiyetlere göre ortalama yatış sürelerinde homojen bir dağılım gözlendi ($p=0,94$).
17. Yatarak veya ayaktan tedavi görme durumu ile uygulanan psikolojik testler karşılaştırıldığında depresyon ölçeği skorlarında iki grup arasında anlamlı bir fark gözlenmedi ($p=0,13$). Travma sonrası stres tepki ölçeği skorlarında ise ayaktan tedavi gören çocukların skorları diğer gruba göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi ($p=0,01$). Toplam KAY-BÖ skorlarında iki grup arasında anlamlı bir fark yok iken sosyal fobi alt ölçeğinde yatarak tedavi gören hastaların ortalama skorları daha yüksek ve okul fobisi alt ölçeğinde ayaktan

tedavi gören hastaların ortalama skorları anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi (sırasıyla $p=0,57$, $p=0,01$ ve $p=0,05$).

18. Psikolojik değerlendirme verileri incelendiğinde tüm çocukların ÇDÖ skoru ortalama $8,73 \pm 7,97$; Travma sonrası stres tepki ölçeği skoru ortalama $13,66 \pm 12,36$ ve KAY-BÖ skoru ise ortalama $15,22 \pm 10,40$ olarak tespit edildi. KAY-BÖ alt ölçeklerine bakıldığında ise panik/somatizasyon skoru $4,31 \pm 4,17$, ayrılık anksiyetesi skoru $4,54 \pm 3,28$, sosyal fobi skoru $5,34 \pm 3,65$ ve okul fobisi skoru $1,03 \pm 1,43$ olarak saptandı.
19. Çalışma kapsamında değerlendirilen tüm hastaların %10'unda depresyon belirtileri görüldü. Hastaların %17'sinde panik/somatizasyon bulguları, %34'ünde ayrılık anksiyetesi, %19,5'inde sosyal fobi ve %6'sında okul fobisi gözlemlendi. Hastalarda %41'inde en az bir anksiyete alt ölçeğinde semptomlar saptandı. Hastaların %44'5inde travma sonrası stres bozukluğuna ait belirtiler tespit edildi ve tüm hastaların %5,5'inde bu belirtiler şiddetli düzeydeydi.
20. Depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu skorlarında adölesanların ortalama skorları genel olarak daha yüksek bulundu ancak sadece panik/somatizasyon bulguları ve okul fobisi anksiyete alt ölçeklerinde istatistikî olarak anlamlı tespit edildi (sırasıyla $p=0,03$ ve $p=0,04$).

Çalışma sonucunda elde edilen veriler sonucunda çocukların ve adölesanların psikolojik anlamda COVID-19'dan etkilendiği sonucu ortaya çıkmaktadır. COVID-19 geçiren hastaların hastalık süreci boyunca fiziksel açıdan tedavi görmesi gibi sonrasında da psikolojik olarak destek verilmesi; özellikle çocuklarda bu durumun tüm hayatı etkileyebileceği göz önünde bulundurularak elzem olarak sunulmalıdır. Çalışmamızın kısıtlılıkları değerlendirildiğinde; COVID-19 geçirmiş tüm çocuk ve adölesanların taranamaması, çalışmamızın tek merkezli yapılması, kesitsel ve retrospektif planlanması, öz bildirim ile yapılması, kontrol grubunun olmaması ve kısa bir zaman diliminde yapılması kısıtlılıklar arasında sayılabilir. İleride yapılacak olan çok merkezli, kohort çalışmalar ile birlikte çocukların psikolojik etkilenmeleri daha net bir şekilde ortaya konulabilir ve belki de gelecekte COVID-19 geçirmiş çocuk ve adölesanlara rutin olarak psikolojik destek sunulması gündeme gelebilir. Çalışma sonucunda elde ettiğimiz veriler ile COVID-19 geçiren çocuklarda ve adölesanlarda psikolojik durum ortaya konmuş olup amacımıza ulaşmış bulunmaktayız.

7. KAYNAKLAR

1. Chan JF, To KK, Tse H, Jin DY, Yuen KY. Interspecies transmission and emergence of novel viruses: lessons from bats and birds. Trends in microbiology. 2013;21(10):544-555.
2. SARS-CoV-2 COVID-19 Coronavirus Disinfection. 2020; <https://www.airtechnics.com/technology/wellisair-vs-coronavirus-covid-19-2>. Erişim.
3. Su S, Wong G, Shi W, ve ark. Epidemiology, Genetic Recombination, and Pathogenesis of Coronaviruses. Trends in microbiology. 2016;24(6):490-502.
4. Zhu N, Zhang D, Wang W, ve ark. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. 2020;382(8):727-733.
5. Hui DS, I Azhar E, Madani TA, ve ark. The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health — The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. International Journal of Infectious Diseases. 2020;91:264-266.
6. Chan JF, Kok KH, Zhu Z, ve ark. Genomic characterization of the 2019 novel human-pathogenic coronavirus isolated from a patient with atypical pneumonia after visiting Wuhan. Emerging microbes & infections. 2020;9(1):221-236.
7. Cui J, Li F, Shi ZL. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. Nature reviews Microbiology. 2019;17(3):181-192.
8. Zhang Y-Z. Newly identified viral genomes in pangolins with fatal disease. Virus evolution. 2020;6.

9. Li Q, Guan X, Wu P, ve ark. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. 2020;382(13):1199-1207.
10. Wang D, Hu B, Hu C, ve ark. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. Jama. 2020;323(11):1061-1069.
11. Yu P, Zhu J, Zhang Z, Han Y. A Familial Cluster of Infection Associated With the 2019 Novel Coronavirus Indicating Possible Person-to-Person Transmission During the Incubation Period. The Journal of infectious diseases. 2020;221(11):1757-1761.
12. Yang Y, Lu Q, Liu M, ve ark. *Epidemiological and clinical features of the 2019 novel coronavirus outbreak in China.* 2020.
13. Shereen MA, Khan S, Kazmi A, Bashir N, Siddique R. COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. Journal of advanced research. 2020;24:91-98.
14. Liu YC, Liao CH, Chang CF, Chou CC, Lin YR. A Locally Transmitted Case of SARS-CoV-2 Infection in Taiwan. The New England journal of medicine. 2020;382(11):1070-1072.
15. Chang D, Lin M, Wei L, ve ark. Epidemiologic and Clinical Characteristics of Novel Coronavirus Infections Involving 13 Patients Outside Wuhan, China. Jama. 2020;323(11):1092-1093.
16. Gralinski LE, Menachery VD. Return of the Coronavirus: 2019-nCoV. Viruses. 2020;12(2).
17. Bernard Stoecklin S, Rolland P, Silue Y, ve ark. First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in France: surveillance, investigations and control measures, January 2020. Euro surveillance : bulletin Europeen sur les

maladies transmissibles = European communicable disease bulletin. 2020;25(6).

18. Organisation WH. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. 2021; <https://covid19.who.int/>. Erişim tarihi 6 Nisan 2021.
19. Wang W, Tang J, Wei F. Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. Journal of Medical Virology. 2020;92.
20. Carlos WG, Dela Cruz CS, Cao B, Pasnick S, Jamil S. Novel Wuhan (2019-nCoV) Coronavirus. American journal of respiratory and critical care medicine. 2020;201(4):P7-p8.
21. Huang C, Wang Y, Li X, ve ark. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet. 2020;395.
22. Lei J, Li J, Li X, Qi X. CT Imaging of the 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) Pneumonia. 2020;295(1):18-18.
23. Assiri A, Al-Tawfiq JA, Al-Rabeeah AA, ve ark. Epidemiological, demographic, and clinical characteristics of 47 cases of Middle East respiratory syndrome coronavirus disease from Saudi Arabia: a descriptive study. The Lancet Infectious diseases. 2013;13(9):752-761.
24. Lee N, Hui D, Wu A, ve ark. A Major Outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome in Hong Kong. 2003;348(20):1986-1994.
25. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. Jama. 2020;323(13):1239-1242.

26. Zhao Y, Cunningham MH, Mediavilla JR, ve ark. Diagnosis, clinical characteristics, and outcomes of COVID-19 patients from a large healthcare system in northern New Jersey. *Scientific Reports*. 2021;11(1):4389.
27. Chen N, Zhou M, Dong X, ve ark. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*. 2020;395.
28. Liu K, Fang YY, Deng Y, ve ark. Clinical characteristics of novel coronavirus cases in tertiary hospitals in Hubei Province. *Chinese medical journal*. 2020;133(9):1025-1031.
29. Wu J, Liu J, Zhao X, ve ark. Clinical Characteristics of Imported Cases of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Jiangsu Province: A Multicenter Descriptive Study. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2020;71(15):706-712.
30. Guan W-j, Ni Z-y, Hu Y, ve ark. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. 2020;382(18):1708-1720.
31. To KK-W, Tsang OT-Y, Yip CC-Y, ve ark. Consistent Detection of 2019 Novel Coronavirus in Saliva. *Clinical Infectious Diseases*. 2020.
32. Bhadra S, Jiang YS, Kumar MR, Johnson RF, Hensley LE, Ellington AD. Real-time sequence-validated loop-mediated isothermal amplification assays for detection of Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV). *PloS one*. 2015;10(4):e0123126.
33. Chan JF, Choi GK, Tsang AK, ve ark. Development and Evaluation of Novel Real-Time Reverse Transcription-PCR Assays with Locked Nucleic Acid Probes Targeting Leader Sequences of Human-Pathogenic Coronaviruses. *Journal of clinical microbiology*. 2015;53(8):2722-2726.

34. Huang P, Wang H, Cao Z, ve ark. A Rapid and Specific Assay for the Detection of MERS-CoV. *Frontiers in microbiology*. 2018;9:1101.
35. Lee SH, Baek YH, Kim YH, Choi YK, Song MS, Ahn JY. One-Pot Reverse Transcriptional Loop-Mediated Isothermal Amplification (RT-LAMP) for Detecting MERS-CoV. *Frontiers in microbiology*. 2016;7:2166.
36. Huang P, Liu T, Huang L, ve ark. Use of Chest CT in Combination with Negative RT-PCR Assay for the 2019 Novel Coronavirus but High Clinical Suspicion. 2020;295(1):22-23.
37. Cobb B, Simon CO, Stramer SL, ve ark. The cobas® 6800/8800 System: a new era of automation in molecular diagnostics. *Expert review of molecular diagnostics*. 2017;17(2):167-180.
38. Marlowe EM, Hardy D, Krevolin M, ve ark. High-Throughput Testing of Urogenital and Extragenital Specimens for Detection of Chlamydia Trachomatis and Neisseria Gonorrhoeae with Cobas(®) CT/NG. *European journal of microbiology & immunology*. 2017;7(3):176-186.
39. Greub G, Sahli R, Brouillet R, Jaton K. Ten years of R&D and full automation in molecular diagnosis. *Future microbiology*. 2016;11(3):403-425.
40. Pfefferle S, Reucher S, Nörz D, Lütgehetmann M. Evaluation of a quantitative RT-PCR assay for the detection of the emerging coronavirus SARS-CoV-2 using a high throughput system. 2020;25(9):2000152.
41. Eigner U, Reucher S, Hefner N, ve ark. Clinical evaluation of multiplex RT-PCR assays for the detection of influenza A/B and respiratory syncytial virus using a high throughput system. *Journal of virological methods*. 2019;269:49-54.

42. Xie X, Zhong Z, Zhao W, Zheng C, Wang F, Liu J. Chest CT for Typical 2019-nCoV Pneumonia: Relationship to Negative RT-PCR Testing. *0(0)*:200343.
43. Wang Y, Kang H, Liu X, Tong Z. Combination of RT-qPCR testing and clinical features for diagnosis of COVID-19 facilitates management of SARS-CoV-2 outbreak. *2020*;92(6):538-539.
44. Xu X, Yu C, Qu J, ve ark. Imaging and clinical features of patients with 2019 novel coronavirus SARS-CoV-2. *European journal of nuclear medicine and molecular imaging*. *2020*;47(5):1275-1280.
45. Shi H, Han X, Jiang N, ve ark. Radiological findings from 81 patients with COVID-19 pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet Infect Dis*. *2020*;20(4):425-434.
46. Wang P, Lu J, Jin Y, Zhu M, Wang L, Chen S. *Epidemiological characteristics of 1212 COVID-19 patients in Henan, China*. *2020*.
47. Wei M, Yuan J, Liu Y, Fu T, Yu X, Zhang ZJ. Novel Coronavirus Infection in Hospitalized Infants Under 1 Year of Age in China. *Jama*. *2020*;323(13):1313-1314.
48. Bi Q, Wu Y, Mei S, ve ark. *Epidemiology and Transmission of COVID-19 in Shenzhen China: Analysis of 391 cases and 1,286 of their close contacts*. *2020*.
49. Organization WH. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 82. *2020*.
50. Feng K, Yun YX, Wang XF, ve ark. [Analysis of CT features of 15 Children with 2019 novel coronavirus infection]. *Zhonghua er ke za zhi = Chinese journal of pediatrics*. *2020*;58(0):E007.

51. Jiehao C, Jin X, Daojiong L, ve ark. A Case Series of Children With 2019 Novel Coronavirus Infection: Clinical and Epidemiological Features. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2020;71(6):1547-1551.
52. Yasuhara J, Kuno T, Takagi H, Sumitomo N. Clinical characteristics of COVID-19 in children: A systematic review. 2020;55(10):2565-2575.
53. Dong Y, Mo X, Hu Y, ve ark. Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. *Pediatrics*. 2020;145(6).
54. Coronavirus Disease 2019 in Children - United States, February 12-April 2, 2020. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2020;69(14):422-426.
55. Riphagen S, Gomez X, Gonzalez-Martinez C, Wilkinson N, Theocharis P. Hyperinflammatory shock in children during COVID-19 pandemic. *Lancet (London, England)*. 2020;395(10237):1607-1608.
56. Verdoni L, Mazza A, Gervasoni A, ve ark. An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study. *Lancet (London, England)*. 2020;395(10239):1771-1778.
57. Chen ZM, Fu JF, Shu Q, ve ark. Diagnosis and treatment recommendations for pediatric respiratory infection caused by the 2019 novel coronavirus. *World journal of pediatrics : WJP*. 2020;16(3):240-246.
58. Xia W, Shao J, Guo Y, Peng X, Li Z, Hu D. Clinical and CT features in pediatric patients with COVID-19 infection: Different points from adults. *Pediatric pulmonology*. 2020;55(5):1169-1174.
59. Qiu H, Wu J, Hong L, Luo Y, Song Q, Chen D. Clinical and epidemiological features of 36 children with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in

Zhejiang, China: an observational cohort study. *The Lancet Infectious diseases*. 2020;20(6):689-696.

60. Huang C, Wang Y, Li X, ve ark. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet (London, England)*. 2020;395(10223):497-506.
61. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*. 2020;395(10228):945-947.
62. World Health O. The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: A review. 2004.
63. Norredam M, Nellums L, Nielsen RS, Byberg S, Petersen JH. Incidence of psychiatric disorders among accompanied and unaccompanied asylum-seeking children in Denmark: a nation-wide register-based cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27(4):439-446.
64. Sprang G, Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster medicine and public health preparedness*. 2013;7(1):105-110.
65. Santavirta T, Santavirta N, Betancourt TS, Gilman SE. Long term mental health outcomes of Finnish children evacuated to Swedish families during the second world war and their non-evacuated siblings: cohort study. *BMJ (Clinical research ed)*. 2015;350:g7753.
66. Abel KM, Heuvelman HP, Jörgensen L, ve ark. Severe bereavement stress during the prenatal and childhood periods and risk of psychosis in later life: population based cohort study. *BMJ (Clinical research ed)*. 2014;348:f7679.

67. Humphreys KL. Future Directions in the Study and Treatment of Parent-Child Separation. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, American Psychological Association, Division 53. 2019;48(1):166-178.
68. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub; 2013.
69. Kratochwill TR, Morris RJ. *The practice of child therapy*. Vol 124: Pergamon; 1991.
70. Muris P, Merckelbach H, Mayer B, Meesters CJP, Differences I. Common fears and their relationship to anxiety disorders symptomatology in normal children. 1998;24(4):575-578.
71. McCathie H, Spence SH. What is the revised Fear Survey Schedule for Children measuring? *Behaviour research and therapy*. 1991;29(5):495-502.
72. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *The Psychiatric clinics of North America*. 2009;32(3):483-524.
73. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
74. Last CG, Perrin S, Hersen M, Kazdin AE. A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1996;35(11):1502-1510.

75. Beesdo K, Pine DS, Lieb R, Wittchen HU. Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Archives of general psychiatry*. 2010;67(1):47-57.
76. Becker ES, Rinck M, Türke V, ve ark. Epidemiology of specific phobia subtypes: findings from the Dresden Mental Health Study. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2007;22(2):69-74.
77. Wittchen H, Lieb R, Schuster P, Oldehinkel T. of Book: Childhood onset of" adult" psychopathology, clinical and research advances. In: American Psychiatric Press; 1999.
78. Beesdo K, Bittner A, Pine DS, ve ark. Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of general psychiatry*. 2007;64(8):903-912.
79. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 2003(417):4-18.
80. Kraemer HC, Kazdin AE, Offord DR, Kessler RC, Jensen PS, Kupfer DJ. Coming to terms with the terms of risk. *Archives of general psychiatry*. 1997;54(4):337-343.
81. Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of general psychiatry*. 1998;55(1):56-64.
82. Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological medicine*. 1998;28(1):109-126.

83. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*. 2003;60(8):837-844.
84. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Archives of general psychiatry*. 2004;61(1):85-93.
85. Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, Alderete E, Catalano R, Caraveo-Anduaga J. Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of general psychiatry*. 1998;55(9):771-778.
86. Merikangas KR, Avenevoli S, Dierker L, Grillon C. Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. *Biological psychiatry*. 1999;46(11):1523-1535.
87. Lieb R, Wittchen HU, Höfler M, Fuetsch M, Stein MB, Merikangas KR. Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of general psychiatry*. 2000;57(9):859-866.
88. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *The American journal of psychiatry*. 2001;158(10):1568-1578.
89. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Parental concordance and offspring risk for anxiety, conduct, depressive, and substance use disorders. *Psychopathology*. 2008;41(2):124-128.

90. Wittchen HU, Kessler RC, Pfister H, Lieb M. Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 2000(406):14-23.
91. Schreier A, Wittchen HU, Höfler M, Lieb R. Anxiety disorders in mothers and their children: prospective longitudinal community study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2008;192(4):308-309.
92. Thomas KM, Drevets WC, Dahl RE, ve ark. Amygdala response to fearful faces in anxious and depressed children. *Archives of general psychiatry*. 2001;58(11):1057-1063.
93. Rapee RM. Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical psychology review*. 1997;17(1):47-67.
94. Knappe S, Lieb R, Beesdo K, ve ark. The role of parental psychopathology and family environment for social phobia in the first three decades of life. *Depression and anxiety*. 2009;26(4):363-370.
95. Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L, Bridge J, Monga S, Baugher M. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1999;38(10):1230-1236.
96. Smith K. Mental health: a world of depression. *Nature*. 2014;515(7526):181.
97. Avenevoli S, Swendsen J, He JP, Burstein M, Merikangas KR. Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2015;54(1):37-44.e32.
98. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National

Comorbidity Survey Replication. Archives of general psychiatry. 2005;62(6):617-627.

99. Hammen C, Brennan PA, Keenan-Miller D. Patterns of adolescent depression to age 20: the role of maternal depression and youth interpersonal dysfunction. Journal of abnormal child psychology. 2008;36(8):1189-1198.
100. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, et al. Depressed adolescents grown up. Jama. 1999;281(18):1707-1713.
101. Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR, Rohde P. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1994;33(6):809-818.
102. Merikangas KR, Zhang H, Avenevoli S, Acharyya S, Neuenschwander M, Angst J. Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study: the Zurich Cohort Study. Archives of general psychiatry. 2003;60(10):993-1000.
103. Bufferd SJ, Dougherty LR, Carlson GA, Rose S, Klein DN. Psychiatric disorders in preschoolers: continuity from ages 3 to 6. The American journal of psychiatry. 2012;169(11):1157-1164.
104. Lewis ME. *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 2002.
105. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. Dialogues in clinical neuroscience. 2009;11(1):7-20.
106. Avenevoli S, Knight E, Kessler RC, Merikangas KR. Epidemiology of depression in children and adolescents. 2008.

107. Zisook S, Lesser I, Stewart JW, ve ark. Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *The American journal of psychiatry*. 2007;164(10):1539-1546.
108. Brent DA, Holder D, Kolko D, ve ark. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of general psychiatry*. 1997;54(9):877-885.
109. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *The Lancet*. 2018;392(10161):2299-2312.
110. Malhi GS, Bassett D, Boyce P, ve ark. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2015;49(12):1087-1206.
111. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, ve ark. Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA psychiatry*. 2018;75(4):336-346.
112. Mendelson T, Tandon SD. Prevention of Depression in Childhood and Adolescence. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2016;25(2):201-218.
113. Thapar A, Rice F. Twin studies in pediatric depression. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2006;15(4):869-881, viii.
114. Goodyer IM, Herbert J, Tamplin A, Altham PM. Recent life events, cortisol, dehydroepiandrosterone and the onset of major depression in high-risk adolescents. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2000;177:499-504.
115. Freis ED. Mental depression in hypertensive patients treated for long periods with large doses of reserpine. *New England Journal of Medicine*. 1954;251(25):1006-1008.

116. Kovacs M. The Children's Depression, Inventory (CDI). Psychopharmacology bulletin. 1985;21(4):995-998.
117. Oy BJTPJ. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması [Children's Depression Inventory: Validity and reliability study]. 1991;2:132-136.
118. Marty M, Segal D. DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. In:2015:965-970.
119. Kessler RC, Wang PS. The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. Annual review of public health. 2008;29:115-129.
120. Michopoulos V, Rothbaum AO, Jovanovic T, ve ark. Association of CRP genetic variation and CRP level with elevated PTSD symptoms and physiological responses in a civilian population with high levels of trauma. The American journal of psychiatry. 2015;172(4):353-362.
121. Lohr JB, Palmer BW, Eidt CA, ve ark. Is Post-Traumatic Stress Disorder Associated with Premature Senescence? A Review of the Literature. The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry. 2015;23(7):709-725.
122. Rosenbaum S, Stubbs B, Ward P, Steel Z, Lederman O, Vancampfort D. The Prevalence and Risk of Metabolic Syndrome and its Components Among People with Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. Metabolism: clinical and experimental. 2015.
123. Yehuda R, LeDoux J. Response variation following trauma: a translational neuroscience approach to understanding PTSD. Neuron. 2007;56(1):19-32.

124. Charney DS, Deutch AY, Krystal JH, Southwick SM, Davis M. Psychobiologic mechanisms of posttraumatic stress disorder. Archives of general psychiatry. 1993;50(4):295-305.
125. Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. The American journal of psychiatry. 2004;161(2):195-216.
126. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of general psychiatry. 1995;52(12):1048-1060.
127. Yehuda R, Hoge CW, McFarlane AC, ve ark. Post-traumatic stress disorder. Nature Reviews Disease Primers. 2015;1(1):15057.
128. Pynoos RS, Frederick C, Nader K, ve ark. Life Threat and Posttraumatic Stress in School-age Children. Archives of general psychiatry. 1987;44(12):1057-1063.
129. Erden G, Kılıç E, Uslu R, Kerimoğlu E. Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği: Türkçe geçerlik, güvenirlik çalışması. 1999;6(3):143-149.
130. Karakaya I, Memik NÇ, Ağaoğlu B, ve ark. Çocuk ve gençler için klinisyen tarafından uygulanan travma sonrası stres bozukluğu ölçeği (TSSB-ÖÇE) geçerlilik ve güvenirlik çalışması.
131. Carruthers S, Kent R, Hollocks MJ, Simonoff EJ, Joa, disorders d. Brief report: Testing the psychometric properties of the spence children's anxiety scale (scas) and the screen for child anxiety related emotional disorders (scared) in autism spectrum disorder. 2020;50(7):2625-2632.

132. Çakmakcı F. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması (Uzmanlık Tezi). Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı. 2003.
133. Erden G, Kılıç E, Uslu R, Kerimoğlu EJÇvGRSD. Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği: Türkçe geçerlik, güvenirlik çalışması. 1999;6(3):143-149.
134. Talevi D, Socci V, Carai M, ve ark. Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. Rivista di psichiatria. 2020;55(3):137-144.
135. Heitzman J. Impact of COVID-19 pandemic on mental health. Psychiatria polska. 2020;54(2):187-198.
136. Dong L, Bouey J. Public Mental Health Crisis during COVID-19 Pandemic, China. Emerging infectious diseases. 2020;26(7):1616-1618.
137. Xie X, Xue Q, Zhou Y, ve ark. Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China. JAMA Pediatrics. 2020;174(9):898-900.
138. Zhou S-J, Zhang L-G, Wang L-L, ve ark. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. European Child & Adolescent Psychiatry. 2020;29(6):749-758.
139. Chen F, Zheng D, Liu J, Gong Y, Guan Z, Lou D. Depression and anxiety among adolescents during COVID-19: A cross-sectional study. Brain, behavior, and immunity. 2020;88:36-38.
140. Liu S, Liu Y, Liu Y. Somatic symptoms and concern regarding COVID-19 among Chinese college and primary school students: A cross-sectional survey. Psychiatry research. 2020;289:113070.

141. Duan L, Shao X, Wang Y, ve ark. An investigation of mental health status of children and adolescents in china during the outbreak of COVID-19. *Journal of Affective Disorders*. 2020;275:112-118.
142. Compton SN, Nelson AH, March JS. Social Phobia and Separation Anxiety Symptoms in Community and Clinical Samples of Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;39(8):1040-1046.
143. Wang J, Wang H, Lin H, ve ark. Study problems and depressive symptoms in adolescents during the COVID-19 outbreak: poor parent-child relationship as a vulnerability. *Globalization and health*. 2021;17(1):40.

EKLER

Ek-1 Çocukluk çağı kaygı bozuklukları özbildirim ölçeği (KAY-BÖ)

ÇOCUKLUK ÇAĞI KAYGI BOZUKLUKLARI ÖZBİLDİRİM ÖLÇEĞİ (KAY-BÖ)
ÇOCUK FORMU (8 yaş ve büyük)

İsim ve Soy İsim: _____
Yaş: _____
Tarih: _____
Dosya No: _____

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olan seçeneğe ("doğru değil ya da nadiren doğru" ya da "bazen ya da kısmen doğru" ya da "çok doğru ya da çoğu kez doğru" olduğuna) karar verin.

Şu an ya da son 3 ayı göz önüne alarak sana en çok uyan seçeneğin altındaki kutuyu karalayın. Bazı ifadeler sizi ilgilendirmese de mümkün olduğunca her ifade için bir yanıt verin.

	0 Doğru değil ya da nadiren doğru	1 Bazen ya da kısmen doğru	2 Çok doğru ya da çoğu kez doğru
1. Korktuğum zaman nefes almakta zorlanırım.			
2. Okulda başım ağrır.			
3. Fazla tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.			
4. Ev dışında bir yerde uyuduğumda korkarım.			
5. Diğer insanların beni sevip sevmediğinden endişe (kaygı) duyarım.			
6. Korktuğumda bayılacak gibi hissederim.			
7. Gerginim (huzursuzum).			
8. Annem ya da babam nereye gitseler izlerim.			
9. İnsanlar gergin (huzursuz) göründüğümü söyler.			
10. Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken kendimi gergin (huzursuz) hissederim.			
11. Okulda iken karnım ağrır.			
12. Korktuğumda delirecekmiş gibi hissederim.			
13. Yalnız uyumaktan korkarım.			
14. Diğer çocuklar kadar iyi olup olmadığımı beni endişelendirir (kaygılandırır).			
15. Korktuğumda çevremdekileri gerçek değilmiş gibi hissederim.			
16. Anneme ve babama kötü şeylerin olduğu kabuslar görürüm.			

17. Okula gitmek konusunda endişelenirim (kaygılanırım).			
18. Korktuğumda kalbim hızlı çarpar.			
19. Titremelerim olur.			
20. Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar görürüm.			
21. İşlerin benim için yolunda gidip gitmeyeceği konusunda endişe (kaygı) duyarım.			
22. Korktuğumda çok terlerim.			
23. Endişeli (kaygılı) biriyim.			
24. Hiç bir nedeni olmayan (sebepsiz) korkularım var.			
25. Evde yalnız kalmaktan korkarım.			
26. Fazla tanımadığım insanlarla konuşmakta zorlanırım.			
27. Korktuğum zaman boğulacakmış gibi hissedirim.			
28. İnsanlar çok fazla endişelendiğimi (kaygılandığımı) söyler.			
29. Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.			
30. Sıkıntı (ya da panik) atakları geçireceğimden korkarım.			
31. Annemin ve babamın başına kötü bir şeyler gelmesinden korkarım.			
32. Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken çekingen (utangaç) olurum.			
33. Gelecekte neler olacağı konusunda endişelenirim (kaygılanırım).			
34. Korktuğumda kusacakmış gibi hissedirim.			
35. İşleri ne kadar iyi yaptığımı konusunda endişelenirim (kaygılanırım).			
36. Okula gitmekten korkarım.			
37. Olmuş bitmiş şeyler için endişelenirim (kaygılanırım).			
38. Korktuğumda başım döner.			
39. Diğer çocuklarla veya yetişkinlerle beraberken ve onlar beni izlerken bir şeyler yapmam gerektiğinde (örneğin: sesli okumak, konuşmak, bir oyun oynamak) gergin (huzursuz) olurum.			
40. Bir partiye, eğlenceye (dansa) ya da fazla tanımadığım insanların olacağı herhangi bir yere gideceğim zaman gergin (huzursuz) olurum.			
41. Çekingen (utangaç) biriyim.			

Ek-2 Çocuklarda depresyon ölçeği

	T. C. DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANELERİ ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI AD ÇDÖ FORMU	
---	--	---

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılmıştır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup içinden bu gün de dahil olmak üzere son iki haftadır yaşadıklarınızı en iyi şekilde tanımlayan cümleyi seçip, yanındaki numarayı daire içine alınız.

- A** 0. Kendimi arada sırada üzgün hissedirim
1. Kendimi sık sık üzgün hissedirim
2. Kendimi her zaman üzgün hissedirim.
- B** 0. İşlerim hiç bir zaman yolunda gitmeyecek
1. İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim
2. İşlerim yolunda gidecek.
- C** 0. İşlerimin çoğunu doğru yaparım
1. İşlerimin çoğunu yanlış yaparım
2. Herşeyi yanlış yaparım.
- D** 0. Bir çok şeyden hoşlanırım
1. Bazı şeylerden hoşlanırım
2. Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E** 0. Her zaman kötü bir çocuğum
1. Çoğu zaman kötü bir çocuğum
2. Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F** 0. Arada sırada başıma kötü şeylerin geleceğini düşünürüm
1. Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim
2. Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.
- G** 0. Kendimden nefret ederim
1. Kendimi beğenmem
2. Kendimi beğenirim.
- H** 0. Bütün kötü şeyler benim hatam
1. Kötü şeylerin bazıları benim hatam
2. Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I** 0. Kendimi öldürmeyi düşünmem
1. Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam
2. Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- J** 0. Her gün içimden ağlamak gelir
1. Bir çok günler içimden ağlamak gelir
2. Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- K** 0. Her şey her zaman beni sıkır
1. Her şey sık sık beni sıkır
2. Her şey arada sırada beni sıkır.
- L** 0. İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım
1. Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam
2. Hiç bir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- M** 0. Her hangi bir şey hakkında karar veremem
1. Her hangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir
2. Her hangi bir şey konusunda kolayca karar veririm.

FORM NO: H-02-ÇER-FR/02	Y.T:01.01.2014	D.NO:03	D.T:20.01.2017	SAYFA NO/1
-------------------------	----------------	---------	----------------	------------

- M** 0. Güzel/yakışıklı sayılırım
1. Güzel/yakışıklı olmayan yanlarım var
2. Çirkinim.
- N** 0. Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım
1. Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım
2. Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O** 0. Her gece uyumakta zorluk çekerim
1. Bir çok gece uyumakta zorluk çekerim
2. Oldukça iyi uyurum.
- Ö** 0. Arada sırada kendimi yorgun hissederim
1. Bir çok gün kendimi yorgun hissederim
2. Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P** 0. Hemen hemen her gün canım yemek istemez
1. Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
2. Oldukça iyi yemek yerim.
- R** 0. Ağrı ve sızılardan endişe etmem
1. Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim
2. Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S** 0. Kendimi yalnız hissetmem
1. Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim
2. Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş** 0. Okuldan hiç hoşlanmam
1. Arada sırada okuldan hoşlanırım
2. Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T** 0. Bir çok arkadaşım var
1. Bir kaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim
2. Hiç arkadaşım yok.
0. Okul başarımlarım iyi
1. Okul başarımlarım eskisi kadar iyi değil
2. Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım.
0. Hiç bir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum
1. Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum
2. Diğer çocuklar gibi iyiyim.
0. Kimse beni sevmez
1. Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim
2. Beni seven insanların olduğundan eminim.
0. Bana söyleneni genellikle yaparım
1. Bana söyleneni çoğu zaman yaparım
2. Bana söyleneni hiç bir zaman yapmam.
0. İnsanlarla iyi geçinirim
1. İnsanlarla sık sık kavga ederim
2. İnsanlarla her zaman kavga ederim.

FORM NO: H-02-ÇER-FR/02	Y.T:01.01.2014	D.NO:03	D.T:00	SAYFA NO/2
-------------------------	----------------	---------	--------	------------

Ek-3 Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ÇOCUKLAR İÇİN TRAVMA SONRASI STRES TEPKİ ÖLÇEĞİ

Çocuğunuzun adı soyadı _____ Tarih ... / ... / ...

Soruları sorarken (olay) yerine, çocuğun öznel yaşantısını tanımlayarak sormaya ve her soruyu puanlamaya özen gösteriniz

	Hiç	Çok az	Az	Çoğunlukla	Pekçok
1. Bu (olay / olanlar) senin yaşındaki çocukların çoğunu uzecek yada rahatsız edecek turden miydi?	0	1	2	3	4
2. (Olayı) düşündüğünde korku, endişe yada sıkıntı hissediyor musun?	0	1	2	3	4
3. Olanlar aklından tekrar tekrar geçiyor mu? Yani (olay)la ilgili gözünün önünde görüntüler beliriyor mu yada aklına sesler geliyor mu?	0	1	2	3	4
4. (Olay) la ilgili düşünceler istemediğin halde tekrar aklına geliyor mu?	0	1	2	3	4
5. A) Kötü rüyalar görüyor musun? B) (Olay) la ilgili güzel yada kötü rüyalar görüyor musun?	0	1	2	3	4
6. Sana böyle bir olayın yine olabileceğini düşündüren şeyler var mı? Neler?	0	1	2	3	4
7. Arkadaşlarınla oynamak, spor yapmak yada okuldaki etkinliklere katılmak gibi (olay) dan önce yapmaktan hoşlandığın şeyleri yapmayı şimdi de aynı şekilde seviyor musun?	0	1	2	3	4
8. İçin için kendini daha yalnız hissettiğin (yada kendi kendine kalmış gibi hissettiğin) oluyor mu, sana sanki başkaları senin neler çektiğini gerçekte hiç anlamıyorlarmış gibi geliyor mu?	0	1	2	3	4
9. Kendini nasıl hissettiğini düşünmek bile istemeyecek kadar korku, sıkıntı yada üzüntü duyduğun oluyor mu?	0	1	2	3	4
10. Konuşamayacak yada ağlayamayacak kadar korku, sıkıntı yada üzüntü duyduğun oluyor mu?	0	1	2	3	4
11. Eskisine göre (olaydan öncesine göre) şimdi daha kolay yerinden sıçırıyor musun, yada daha tedirgin ve huzursuz bir halde misin?	0	1	2	3	4
12. İyi uyuyor musun?	0	1	2	3	4
13. (Olayla ilgili) 'Keşke yapmasaydım' dediğin bir şey var mı? Bunu yapmamış olduğun için kendini kötü yada suçlu hissediyor musun? Yada 'Keşke yapmasaydım' diye düşündüğün bir şeyi yapmış olduğun için (Örneğin birşeyin olmasını engellemediğin, birisine yardım etmediğin, yada başkası kadar kötü duruma düşmediğin için?)	0	1	2	3	4

Sayfa 1 / 2

	Hiç	Çok az	Az	Çoğunlukla	Pekçok
14- Olanlarla ilgili düşünceler ve duygular örneğin okulda yada evde öğrendiğin şeyler gibi başka şeyleri hatırlamana engel oluyor mu?	0	1	2	3	4
15 Eskişi (olaydan öncesi) kadar kolaylıkla dikkatini toparlayabiliyor musun?	0	1	2	3	4
16 Başından geçenleri sana hatırlatan şeylerden uzak durmak istiyor musun?	0	1	2	3	4
17 Bir şey sana (olayı) anımsattığında yada düşünmene neden olduğunda gerginlik yada sıkıntı hissediyor musun?	0	1	2	3	4
18 Küçükken yaptığın ama bıraktığın bazı şeyleri (olay) dan beri yine yapmaya başladın mı? (Örneğin, birisinin hep yanında olmasını istemek, birisiyle uyumak istemek, parmağını emmek, tırnaklarını yemek, yada yatağına daha sık çıış, kaka kaçırmak?)	0	1	2	3	4
19 (Olay) dan beri eskisine göre daha fazla karın ağrısı, başağrısı çektiğin, yada kendini daha sık hasta hissettiğin oluyor mu?	0	1	2	3	4
20. Eskiden olsa yapamayacağın davranışları şimdi yapmaktan kendini alıkoyamadığın oluyor mu? (Örneğin daha çok kavga etmek, daha az söz dinlemek, bisikletine daha dikkatsizce binmek, bir yerlere tırmanmak, birisine küfretmek, oyun sırasında yada caddede karşıdan karşıya geçerken daha dikkatsiz davranmak)	0	1	2	3	4

Puanlama :

0: Hiçbir zaman

1: Çok az bir zaman

2: Az bir zaman

3: Çoğu zaman

4: Pek çok zaman

Zamansal yüzde

Hiç

% 15'den az zaman

%15-30

%30-50

%50'den fazla zaman

Günlük-haftalık süre

Hiç

10-14 günde bir kez

5-10 günde bir kez

2-5 günde bir kez

Haftada 3 günden fazla