



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİ ANABİLİM DALI

‘ERGENLERDE DUYGU DÜZENLEMEDE GÜÇLÜKLER ÖLÇEĞİ
EBEVEYN FORMU’NUN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK
ÇALIŞMASI

Dr. Nurana KARIMOVA

UZMANLIK TEZİ

Bursa-2023



T.C
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİ ANABİLİM DALI

‘ERGENLERDE DUYGU DÜZENLEMEDE GÜÇLÜKLER ÖLÇEĞİ
EBEVEYN FORMU’NUN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK
ÇALIŞMASI

Dr. Nurana KARIMOVA

Danışman: Doç. Dr. Serkan TURAN

UZMANLIK TEZİ

Bursa-2023

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	V
İNGİLİZCE ÖZET.....	VII
GİRİŞ.....	1
1. Duygu Düzenleme ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Tanımı.....	1
2. Ergenlik Döneminin Normal Gelişimsel özellikleri.....	2
3. Duygu Düzenlemede Güçlükler ve Psikopatoloji.....	4
4. Psikolojik Değerlendirmede Kullanılan Ölçeklerin Nitelikleri.....	13
4.1 Ölçek Güvenilirlik ve Geçerliliği.....	14
4.1.1. Güvenilirlik.....	14
4.1.2. Geçerlilik.....	17
5. Ergenlerde Duygu Düzenleme Ölçeği Ebeveyn Formunun	
Gelişim Aşaması	19
6. Çalışmanın amacı	21
GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
1. Araştırmanın türü.....	22
2. Araştırmanın Etik Kurul Onayı.....	22
3. Örneklem Seçimi ve Uygulama.....	22
3.1. Hasta grubunun Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	22
3.2 Sağlıklı Grubunun Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	23
3.3 Çalışmadan Dışlanma Kriterleri.....	23
4. Ölçeğin Çevirisi.....	24
5 İstatiksel değerlendirme.....	25
6. Klinik Veri Toplama Araçları.....	26
6.1. Aydınlatılmış Bilgilendirme ve Onam Formu	26
6.2. Sosyodemografik Veri Formu	27
6.3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve	

Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu (K-SADS-PL).....	27
6.4. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği.....	27
6.5. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-.....	27
Yenilenmiş Ebeveyn ve Çocuk Formu	27
6.6. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI).....	27
6.7. Conners Yenilenmiş Ebeveyn Formu.....	27
6.8. Conners Öğretmen Derecelendirme Formu.....	28
BULGULAR.....	29
1. Sosyodemografik Özellikler.....	29
2. Olguların Psikiyatrik İlaç Kullanımının Değerlendirilmesi.....	34
3. Olguların eşlik eden hastalıklarının değerlendirilmesi.....	35
4. Ölçek Güvenirliği ile İlgili Bulgular.....	36
5. Olguların Conners Ebeveyn ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeğinin Toplam Puanlarının değerlendirilmesi.....	36
6.Olguların Ebeveyn ve Hasta ÇADÖ-Y Toplam Puanlarının değerlendirilmesi.....	39
7. ROC (Receiver Operating Curve) ve Kesme Puanları	50
TARTIŞMA VE SONUÇLAR.....	51
1.Bulguların Ergenlerde Duygu Düzenleme Ölçeği Ebeveyn Formu'nun Geçerliliği Bakımından Değerlendirilmesi.....	52
2. Bulguların Ergenlerde Duygu Düzenleme Ölçeği Ebeveyn Formu'nun Güvenilirliği Bakımından Değerlendirilmesi.....	59
3. Bulguların Sosyo-Demografik Veriler Açısından Değerlendirilmesi.....	60
KAYNAKLAR.....	65
KISALTMALAR.....	77
EKLER.....	78

EK-1: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Ebeveyn Formu.	78
EK-2: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği.....	80
EK-3: Sosyo-Demografik Veri Formu.....	82
EK-4: Klinik Global izlenim Ölçeği (KGİ).....	85
EK-5: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş Çocuk Formu (ÇADÖ-Y).....	86
EK-6: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş Ebeveyn Formu	88
EK-7: Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği....	90
EK-8: Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CÖDÖ).....	92
TEŞEKKÜR	93
ÖZGEÇMİŞ	94

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Olguların demografik özellikleri

Tablo 2: Olguların aile yapısı, anne ve baba eğitim durumu

Tablo 3: Olguların internet kullanım başlama yaşı, aileye ve çocuğa göre internet kullanım süresi ve şiddeti

Tablo 4: Olguların psikiyatrik tanıları

Tablo 5 : Olguları psikiyatrik tanıları ve kullandığı ilaçlar

Tablo 6: Çalışmada kullanılan ölçeklerin toplam puanlarına göre grupların karşılaştırılması

Tablo 7: ÇADÖ-Y Ebeveyn Formu Toplam puanının hasta ve kontrol grubuna göre karşılaştırılması

Tablo 8: ÇADÖ-Y Çocuk Formu Toplam puanlarının hasta ve kontrol grubuna göre karşılaştırılması

Tablo 9: DDGÖ Toplam puanlarının hasta ve kontrol grubuna göre karşılaştırılması

Tablo 10: DERS-P ölçek alt puanlarına göre grupların karşılaştırılması

Tablo 11: DDGÖ ve DERS-P ölçekleri arasındaki pearson korelasyon katsayıları

Tablo 12: Temel Bileşen analizi kullanılarak DERS-P öğelerinin geçerlilik puanları

ÖZET

Duygu düzenleme farkındalık, netlik, duyguları anlama, kabul ve tolerans gösterebilme, istenmeyen duygularla yüzleşebilme, kendi kendini destekleyebilme ve gerektiğinde duyguları değiştirme becerilerinin bütününden oluşmaktadır.

Duygu düzenleme güçlüğü (DDG), bir bireyin duygu düzenleme süreçlerinin herhangi birini veya tüm yönlerini uygulayamamasıdır. Ergenlerde DDG hakkında bilinenler yalnızca DDG'nin derecelendirme ölçeklerinde öz-rapor yoluyla değerlendirildiği çalışmalara dayanmaktadır. Öz bildirim dayalı ölçümlerin birtakım zorlukları mevcuttur. Ergenler daha yoğun ve kararsız duygular yaşarlar ve bu düzenleme becerilerinin çevresel gözlemleri önemlidir.

Ergenlerin DDG'sini ebeveynler tarafından değerlendiren Türkçe bir ölçek bulunmamaktadır. Mevcut araştırmadaki amacımız, orijinal İngilizce ismi "The Difficulties in Emotion Regulation Scale-Parent Form (DERS-P- **Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği- Ebeveyn Formu**)" olan ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik kanıtlarının değerlendirilmesi dahil olmak üzere psikometrik özelliklerini değerlendirmektir.

Çalışmanın örneklemini Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi (UÜTF) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine 2022 Mart-2023 Mart tarihleri arasında başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden yapılan psikiyatrik değerlendirme sonucu DSM-5'e göre DEHB, YAB, MDB, DB, KOKGB, YDDB, ve diğer psikiyatrik tanı kriterlerini karşılamasına göre 11-18 yaş arası 300 hasta ergen ve 50 kontrol grubu oluşturmaktadır.

Çalışmamızda ölçeğin geçerliliği için kullanılan diğer araçlar DDGÖ, K-SADS-PL, ÇADÖ-Y Çocuk ve Ebeveyn Formu, CGI, CÖDÖ, CEDÖ-Y'dir.

Ölçeğin iç tutarlılığı değerlendirilerek DERS-P'nin Türk Toplumunu için güvenilir bir ölçek olduğu gözlenmiştir (**cronbach alfa .931**).

Sonuç: Mevcut sonuçlar, Türk Toplumundaki ergenlerin DDG'nün ebeveyn raporu değerlendirmesi için DERS-P'nin güvenilirliğini ve geçerliliğini kanıtlamaktadır. Ayrıca, ergen DDG'ni değerlendirmek için bir ebeveyn raporu ölçüsünün olmaması göz önüne alındığında, bu çalışma literatüre önemli bir katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Duygu Düzenleme, Duygu Düzenleme Güçlüğü, (DDG), Geçerlilik, Güvenilirlik.



SUMMARY

The Validity And Reliability Study of the Difficulties in Emotion Regulation Scale Parent Form

Awareness, physical sensations, clarity, knowledge, acceptance and tolerance of emotions, confrontation of undesired feelings, self-support, and changing emotions when necessary are all components of emotion regulation.

The inability of a person to use any or all of the mechanisms associated with emotion control is known as emotion regulation difficulty (ERD). What is known about DDG in adolescents is based solely on studies in which DDG was assessed by self-report on rating scales. Self-report measures have some difficulties. Adolescents experience more intense and ambivalent emotions, and environmental observations of these regulatory skills are important.

There is no Turkish scale assessing the DDG of adolescents by parents.. Our goal in this study is to assess the psychometric features of the scale, formerly known as "The Difficulties in Emotion Regulation Scale-Parent Form- DERS-P" including evaluating evidence for reliability and validity.

The sample of the study consists of 300 patients (children - teenagers) between the ages of 11-18 and 50 control groups who applied to Uludağ University Faculty of Medicine Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic between March 2022 and March 2023 and agreed to participate in the study and who met the DSM-5 criteria for DEHB, YAB, MDB, DB, KOKGB, YDDB and other psychiatric diagnostic criteria.

DDQ, K-SADS-PL, CARS-Y Child and Parent Form, CGI, CSAS, CEDQ-Y were additional tools used in our study to assess the scale's validity.

Evaluating the internal consistency of the scale, it was observed that DERS-P is a reliable scale for Turkish community. (cronbach alpha .931)

The available results demonstrate the reliability and validity of the DERS-P for parent report assessment of DDG of adolescents in the Turkish Community. In addition to, given the lack of a parent-report measure to assess adolescent DDG, this study makes an important contribution to the literature.

Keywords: Emotion Regulation, Emotion Regulation difficulty (ERD), Validity, Reliability.



GİRİŞ

1.Duygu Düzenleme ve Duygu Düzenleme Güçlüğü

Duygu düzenleme (DD), güçlü duygular üzerinde zihinsel kontrolü sürdürebilmek ve duyguları tanıma, değerlendirme, değiştirme ve yönetme yeteneğidir (1-3). Duygu düzenleme, duygu düzenleme stratejilerini kullanma ve bir hedefe ulaşma becerisine katkıda bulunan ve dürtüleri kontrol etmenin yanı sıra duyguları tanıma, anlama ve kabul etmeyi içeren bir dizi süreç olarak tanımlanır (4). Tanımlar arasındaki değişikliğe rağmen, duygu düzenleme bireyin, bir duygunun fizyolojik, deneyimsel ve davranışsal ifadesini, hız-yoğunluk ve işlevsellik düzeyi ile uyumlu değişimi gibi yönleriyle düzenleyebilme yetisini tanımlar (5). DD, duygular tarafından tetiklenen eylemleri başlatmaya, engellemeye ve düzenlemeye yardımcı olur. Duyguları düzenleme yeteneği, erken çocukluk döneminde gelişir (6). Bebekler bu yeteneği bakıcılarıyla olan etkileşim sonucunda öğrenirler, duygusal durumları ayırt etmeyi ve bu durumların yoğunluk bakımından değişken olduğunu ve daha sonra öz kontrol, öz denetim kullanılarak değiştirilebileceğini öğrenirler (7). Çocuklar, yardım arama, kaçınma, dikkati başka yöne yönlendirme, dürtüleri bastırma ve problem çözmeyi içeren birincil düzenleme stratejilerini yedi yaşına kadar edinirler. Daha sonra, DD giderek daha fazla kendi kendini kontrol eder hale gelir (8). DD' nin etkinliğini içsel ve dışsal faktörler belirler. İçsel faktörler, mizaç, bilişsel yetenekler, bağlanma ve ilgili olumlu içsel çalışma modellerini içerir. Dışsal faktörler, bakım verme stili, davranış modelleri ve deneyim ile ilgilidir (9). Gratz ve Roemer'e göre, duygu düzenleme, duyguların tutarlılığı, anlaşılması, duyguların kabulü, olumsuz duygular karşısında davranışları kontrol edebilme, duygusal tepkileri modüle ederek uygun duygu düzenleme stratejilerini kullanabilmeyi kapsar (9). Bu

kapasitelerin herhangi birinin veya tümünün göreceli olarak yokluğu, duygu düzenleme veya duygu düzensizliğindeki zorlukların varlığını gösterebilir. Genellikle duygu düzenleme becerileri yaşla birlikte artmaktadır (10).

Çocuklar, kendi duygularını düzenlemek ve kişilerle uygun biçimde iletişim başlatmak için olumsuz duyguları ifade edebilirler. Psikopatolojik koşullar altında bir veya daha fazla olumsuz duygu (üzüntü, panik, öfke gibi) ya aşırı yoğun ya da aşırı uzun süre yaşanır ve bu nedenle uyum sağlamada başarısızlık deneyimlenir (11). Duygu Düzenleme Güçlüğü (DDG) Duygu Düzenleme (DD) stratejileri ve süreçleri bozulduğunda dış veya iç uyaranların uyumsuz işlenmesi olarak kendini gösterir (12). Klinik olarak aşırı uyarılma, duygu durum dengesizliği, sinirlilik, saldırganlık ve öfke nöbetleri görülür (13). Bu belirtiler genellikle Anksiyete Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Duygudurum Bozuklukları, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu gibi içselleştirme veya dışsallaştırma sorunları veya eşlik eden bozukluklarda görülür (13-16).

2. Ergenlik döneminin normal gelişimsel özellikleri

Ergenlik, gelişmekte olan bireye yetişkinlik döneminde bağımsız işlevsellik için gerekli kapasiteleri sağlayan duygusal ve bilişsel yeteneklerin olgunlaşması ile karakterize edilir (17). Ergenlik döneminde, olgunlaşan bireyler, davranışlarını kontrol etme konusunda artan kapasite gösterirler (18). Ergenlik, daha yüksek bilişsel işlevlerin, sosyal ve duygusal davranışların altında yatan beyin süreçlerinin olgunlaşması için kritik bir dönemdir (17). Bu gelişim aşamasında, duygusal tepkiler henüz pekişmemiştir, geç çocukluk ve ergenlik çağındaki çocuklar, duygusal ifadenin çeşitli tarzlarını ve yöntemlerini keşfederler. Bilişsel işlem hızı ve entelektüel işlevsellikte önemli gelişmeler, geç çocukluk ve ergenlik döneminde de belirgindir; en çarpıcı gelişmeler, soyut düşünce, organizasyon, karar verme ve planlama ve

tepki engelleme olmak üzere yürütücü işlevlerin gelişiminde meydana gelir (19, 20).

5 yaşından sonra beyin boyutunda çok az bir artış meydana gelse de, geç çocukluk ve ergenlik boyunca beyin, eş zamanlı ilerleyici ve gerileyici olgunlaşma değişikliklerini içeren yeniden yapılanmaya uğramaya devam eder (21, 22). Ergenlik dönemindeki beyin gelişimi tipik olarak kortikal gri maddede önemli azalmalar ve beyaz maddede artışlar gösterir (23). Giedd ve ark. Beyaz cevherdeki artışın gelişim sırasında doğrusal olarak meydana geldiğini, gri maddenin ergenlik öncesi dönemde arttığını, ergenlik döneminde Frontal kortekste erken zirveye ulaştığını, ancak daha sonra ergenlik sonrası dönemde azaldığını bildirmiştir (24). Sowell ve ark. 12-16 ve 23-30 yaşlarında gözlenen olgunlaşma değişikliklerinin, Frontal lobların dorsal, medial ve lateral bölgelerinde, pariyetal ve oksipital loblardan daha büyük olduğunu bildirmiştir (25). Artan yaşla birlikte prefrontal aktivite daha odaklı ve daha fonksiyonel hale gelirken, bu bölgedeki yaygın aktivite azalır. Kortikal yolaklar yoluyla subkortikal çıktının yukarıdan aşağıya modülasyonunun geliştirilmesinin duygusal eylemleri azaltabileceğini öne süren çalışmalar mevcuttur (26). Duygusal beyin üzerine yapılan insan görüntüleme araştırmalarının çoğu Ventromedial prefrontal korteks ve Amigdala arasındaki bağlantıya odaklanmıştır (27). Subkortikal değişikliklerin tersine, ventromedial prefrontal kortekste aktivite ve bunun bağlantısı yaşla birlikte daha uzun süreli değişiklikler gösterir (28, 29). Çalışmalar, subkortikalden kortikal bölgelere, özellikle amigdaladan prefrontal kortekse yükselen yolakların, prefrontal korteksten amigdalaya inen yolaklardan daha önce ortaya çıktığını göstermektedir (30, 31). Ergenlik dönemindeki değişiklikler, yukarıdan aşağıya prefrontal bağlantıların geliştirilmesinden önce prefrontal bölgelerin subkortikal sinyalleşmesinin önemini yansıtır (32, 33). İnsan görüntüleme çalışmaları, prefrontal ve limbik subkortikal bölgeler (örn. amigdala) arasındaki işlevsel bağlantının, çocukluktan yetişkinliğe pozitiften negatife kaydığını göstermektedir

(29). Bağlanabilirlikteki bu değişim, duygusal ipuçlarına yönelik azalan subkortikal aktivite ile ilişkilendirilmiştir. Amigdala reaktivitesini düzenlemede mPFC'nin (medial prefrontal korteks) rolü göz önüne alındığında, yaşla birlikte daha güçlü negatif bağlantı ve azalan amigdala reaktivitesine dair kanıtlar, duygu düzenlemede yaşa bağlı gelişmeler için nörobiyolojik bir temel sağlayabilir (29).

Duygusal beynin gelişimi üzerine hızla gelişen bir literatür, özellikle ergenlik döneminde duygusal davranıştaki dinamik değişiklikleri açıklamaya çalışır (34). Bu gelişim aşaması, duygu düzenleme güçlüğünü de içeren birçok zihinsel bozukluğun görülme sıklığının zirve yaptığı bir zamandır (35). Bireyler duyguları düzenleme kapasitesinde önemli ölçüde farklılık gösterse de, ergenliğin bu yeteneğin sosyal ve duygusal vrenin etkilerine karşı özellikle savunmasız olabileceği hassas bir gelişim dönemi olduğu düşünülmektedir (26). Duyguların yeniden değerlendirilmesi alanındaki kanıtlar, zdenetimle ilgili nöral devrelerin kortikal modülasyonunun öneminin daha da vurgulamaktadır. Medial prefrontal devrenin gelişimi duygu düzenlemesiyle ilişkilendirilirken, dikkatin yeniden yönlendirilmesi için önemli olan lateral prefrontal devre duygunun bilişsel olarak yeniden değerlendirilmesiyle ilişkilendirilmiştir (36-38).

3.Duygu Düzenlemede Güçlükler ve Psikopatoloji

3.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu (DEHB) dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik alt boyutlarından oluşmaktadır. Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında (DSM-5) Nörogelişimsel Bozukluklar başlığı altında ele alınmıştır (39). DEHB' li çocuklarda az gelişmiş bir çalışma belleği (40, 41) ve dürtü engelleme sorunları DDG' ne katkıda bulunabilir. Bu nedenle, daha büyük duygusal ve davranışsal düzensizlik yaşayan kişilerde daha fazla

duygusal dürtüsellik ve dürtü engelleme sorunları görülmektedir (42, 43). DEHB olan çocuklar daha fazla negatif duygulanım, daha fazla duygusal dengesizlik ve duygularını düzenleme güçlüğü yaşamaktadır. Ayrıca bu çocuklar duygularını göstermekte ve başkalarının duygularını tanımakta ve anlamakta güçlük çekerler (44, 45).

3.2. Major Depresif Bozukluk

Major Depresif Bozukluk (MDB) mutsuzluk, keyifsizlik, ilgi-istek kaybı, enerji azalması, dikkat sorunları, olumsuz düşünme, huzursuzluk, iştah ve/veya uyku sorunları gibi semptomlarla karakterize bir bozukluktur (46). Depresif belirtiler, olumsuz duyguların bozulmuş düzenlenmesiyle bağlantılıdır (47, 48). Depresif belirtileri olan çocuklar, olumlu duygulanımı düzenlemede akranlarından daha fazla zorluk yaşamazlar, ancak olumsuz geribildirime depresif bir tepki verdikten sonra duygusal temellerine daha yavaş dönerler (49). Daha fazla gözlenen ve kişinin bildirdiği duygu düzenleme güçlükleri, daha büyük ergen depresif belirti şiddeti ile ilişkilendirilmiştir (50). İntihar eğilimi, psikiyatrik bozukluklar ve DDG ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Linehan'ın biyososyal teorisi, DDG' nin intihar eğilimini sürdürmede kilit bir faktör olduğunu öne sürüyor, abartılı duygusal durumlarının çevreleri tarafından pek kabul görmediğini deneyimleyen ergenler, suçluluk ve utanç duyguları yaşayabilir ve intihar düşüncesi, bu ezici olumsuz duyguları azaltmak veya bunlardan kaçınmak için bir stratejidir (51). İlginç bir şekilde, zayıf olumlu duygulanım, artan olumsuz duygulanımdan daha güçlü bir intihar eğilimi göstergesidir (52). Duyguları düzenlemedeki zorluklar, depresif ve intihara meyilli ergenlerde kişilerarası stres faktörlerine karşı artan tepkiselliğe katkıda bulunabilir (53).

3.3. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk (BB), tekrarlayan depresyon ve mani dönemi ataklarıyla karakterize bir psikiyatrik bozukluktur. Birey bu ataklar aralığında sağlıklı duygudurum haline geri dönebilmektedir (54). Manik dönem coşkulu, taşkın ya da iritabl, hedefe yönelik aktivite ve enerji artışı gibi bulguların en az bir hafta süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir kısmında var olmasıyla karakterizedir. Bu dönemlerde ayrıca bireyin, kendine aşırı güven, uyku ihtiyacında azalma, basınçlı ve hızlı konuşma, düşünce uçuşmaları, dikkat dağınıklığı, hedefe yönelik aktivitelerde artma ya da aşırı huzursuzluk ve riskli sonuçlar doğuracak davranışlarda bulunma belirtilerinden üç veya (iritabl duyguduruma sahipse) dört belirtiyeye sahip olması gerekmektedir (46). Yapılan çalışmalarda BB'un seyrinde ergenlikten sonra sıklığının arttığı gösterilmiştir. BB' li çocuklar, duygusal ifadeleri doğru bir şekilde yorumlamak için daha yüksek düzeyde duygusal yoğunluğa ihtiyaç duyarlar ve yüz ifadelerinin yoğunluğundaki ince farklılıkları ayırt etmede zorluk yaşarlar (55). BB olan çocukların duygulanımda ve davranışta yaşadığı şiddetli düzensizlik, uykuya dalma ve sürekli uyumada yaşanan zorluklarla ilişkilendirilmiştir (56, 57).

Duygulanım Bozukluklarında duygulanım dengesizliği, uyaranlara karşı yetersiz ya da yüksek reaksiyon göstermeyi ve duygusal bir reaksiyonun süregelen gidişatındaki bozulmaları kapsamaktadır (58).

3.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) travmatik bir durumu yaşama veya şahit olmanın ardından özgül birtakım semptomların ortaya çıkmasıyla karakterize bir psikiyatrik bozukluktur (46). Bu semptomlar, kaçınma, olayla ilgili rahatsızlık veren anıların yeniden ve yoğun bir şekilde hatırlanması, kabus görme ve kolay irkilme gibi aşırı uyarılmışlık ve duygudurumda negatif yönde değişiklikleri içermektedir (39). TSSB tanısı için belirtilerin en az bir ay sürmesi ve bireyin dışlevselliğini bozuyor olması gerekmektedir (39). TSSB, çeşitli

heterojen semptom kümelerini içerir. Travmaya maruz kalma türü veya DDG gibi spesifik faktörler bu kümeler içindeki semptomların şiddetini etkiler ve TSSB'nin farklı klinik fenotiplerine yol açar (59).

DDG'nun duygusal farkındalık eksikliği, duyguların net olmaması, davranışı kontrol etmede zorluklar, hedefe yönelik davranışa ulaşma, duygusal tepkileri kabul etmeme ve problem çözme stratejilerine sınırlı erişim gibi çeşitli yönleri vardır. Bu yönler, travmanın kaçınma, olumsuz değişiklikler ve uyarılma gibi spesifik TSSB semptom kümeleriyle ilişkilendirildiği dolaylı yollar olarak işlev görür (59). Kişilerarası travma deneyimi (cinsel, fiziksel ve duygusal istismar) ve travma sonrası stres, çeşitli psikiyatrik komorbiditeler ve psikososyal, gelişimsel ve fiziksel bozukluklarla (60) ve duyguları anlama ve düzenleme yeteneğinde azalmayla ilişkilidir (60, 61). Duyguları düzenlemedeki zorluklar, travmanın bir sonucu olduğu kadar psikopatolojinin bir göstergesidir (62). DD'nin zorlukları, özellikle duygusal netlik travmayla ilişkili psikopatolojide önemli bir rol oynar (2). Viana ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada DDB'nun bir alt boyutu olan daha düşük duygusal netliğin, artan anksiyete duyarlılığı nedeniyle TSSB'nin şiddetini dolaylı olarak etkilediğini göstermiştir (63). Ayrıca, bu çalışmada travma geçirmiş ergenlerde daha düşük duygusal netliğin, daha yüksek sıkıntı toleransı seviyelerinde intihar düşüncesiyle ilişkili olduğunu bulunmuştur (63).

3.5. Yeme bozuklukları

Yeme Bozukluğu Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5) sekiz başlık altında toplanmıştır. 1. Pika, 2. Ruminasyon (Geri Çıkarma) Bozuklukları, 3. Kaçınan/Kısıtlayıcı Besin Alım Bozuklukları, 4. Anoreksiya Nervoza, 5. Bulimia Nervoza, 6. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu, 7. Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları, 8. Tanımlanmamış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları olarak sınıflandırılmıştır.

3.5.1. Anoreksiya Nervosa

DSM-5'e göre Anoreksiya Nervosa tanısı alan olgular, ihtiyaçlarına göre enerji alımını kısıtlamaktadırlar. Bu kısıtlayıcı davranış bireyin yaşı, cinsiyeti, gelişim döneminin özellikleriyle uyumsuz aşırı düşük bir vücut kilosunun kazanımına neden olmaktadır. Vücut kilosunun artmasından korkma bireyin vücut ağırlığındaki artışı engelleyen yeme miktarını kısıtlama, çıkarma ya da telafi edici davranışlarda bulunmasına neden olmaktadır. Bireyin vücut ağırlığı ya da biçimi ile alakalı algısında bir sorun vardır, birey kendini değerlendirirken vücut kilosunu ve şekline fazla bir önem atfeder, o sıradaki mevcut vücut kilosunu fark etmez.

Anoreksiya Nervosa'nın 2 alt tipi vardır: Kısıtlayıcı Tipte birey, bir takım kısıtlayıcı davranışlarda bulunarak (fazla spor ve diyet yapma, yemek miktarını aşırı azama) aşırı düzeyde kilo kaybını sağlar.

Tıkınırcasına Yiyen/Çıkaran alt Tipinde birey, aşırı yeme davranışı sonrasında bu davranışı telafi edici (diüretik, laksatif veya lavman kullanımı, kusturma) karşıt davranışlarda bulunmaktadır (39).

3.5.2. Bulimia Nervosa

Bulimia Nervosa haftada en az bir kere yineleyen tıkınırcasına yeme davranışlarının ortalama üç ay süre ile görüldüğü yeme bozukluğu alt tipidir. Bu bozuklukta kişi tıkınırcasına yeme atağının ardından vücut ağırlık artışını önlemek için yineleyen kusma, hiç yememe, aşırı egzersiz yapma gibi davranışlar sergiler (39).

Yeme Bozukluğu olan ergenlerin, sağlıklı kontrollere kıyasla duyguları düzenleme yeteneklerinde önemli ölçüde daha fazla bozulma mevcuttur (64). Yeme bozukluğunun şiddeti, DDG'nin şiddetiyle ilişkilidir (64-66) . Yeme bozukluğu olan ergenler, hem travmatik deneyimler hem de duygusal düzensizlik göz önüne alındığında, araştırılan tüm alanlarda kontrol grubundan daha yüksek ortalama puanlar ve dolayısıyla daha fazla şiddet göstermiştir (67). Yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu açısından riskli grubun, ebeveynlerinin tutumlarına

ilişkin daha fazla olumsuzluk algıladığı, riskli bireylerin daha şiddetli uyumsuz şemalara sahip olduğu ve 'farkındalık' dışındaki tüm duygu düzenleme kümelerinde daha fazla zorluk yaşadığı bulunmuştur. Bu grubun ayrıca daha fazla uyum bozucu şemalara sahip olduğu ve akademik zorluk yaşadığı görülmüştür (68). Öfke ve sosyal tehditlere yönelik uyumsuz ergen dikkat yanlılığı, duygulara uyumsuz ebeveyn tepkileri ile ergen DDG arasında güçlü bir ilişkiyi öngörür (69). Ergenlerde Yeme Bozukluğu geliştirmede ve sürdürmede belirli duygusal faktörler vardır. Bu faktörler çeşitli alanlarda yetersiz DD stratejileri (40, 65, 70-73), olumsuz duygusal durumlara tepki olarak ve olumsuz duygulardan kaçmak için duygusal nedenlerle yemek yeme olarak tanımlanan "duygusal" yeme (72, 74-76), zayıf duygusal farkındalık (53, 64, 72, 73), pozitif etki ve ödüllerden kaçınmak gibi düzensiz pozitif duygulara yüksek ve düşük yaklaşım (72) olarak sıralanabilir.

3.6. Obezite

Çalışmalar olumsuz duygulanımın zayıf şekilde düzenlenmesinin aşırı yeme ile bağlantılı olduğunu göstermektedir. Duygu düzenleme güçlükleri aşırı yemenin, alışılmadık derecede büyük miktarda yemek yeme ve kontrol kaybı (kendini durduramama veya yemeye karşı koyamama hissi) gibi bileşenlerini tetikleyebilir (77). Aşırı yeme, en yaygın düzensiz yeme semptomudur ve obezite gelişimine yol açabilir. Araştırmalar, tıknırcasına yemek yiyen bireylerin tıknırcasına yeme davranışını kolaylaştıracak daha yüksek düzeyde genel duygu düzensizliği rapor ettikleri hipotezini desteklemektedir (78).

Tıknırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) ,obez ve kontrol grubunun duygu düzenleme güçlükleri açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada, grupların DDGÖ alt ölçeklerinden aldığı puanlar değerlendirilmiş ve amaç, strateji, farkındalık, kabul etmeme, toplam alt ölçeklerde, TYB grubunun diğer gruplardan yüksek puan aldığı, dürtüsellik ve netlik alt ölçeklerinde ise obezite olgularının diğer gruplardan daha yüksek puan

aldıkları bulunmuştur. Sonuç olarak yedi alt ölçeğin beşinde en fazla puan alan TYB grubunun olduğu, TYB vakalarının duygu düzenleme becerilerinde en kötü performansı gösterdikleri saptanmıştır (79). Çocuk ve ergenlerle yapılan bir diğer çalışmada obez ve normal vücut kitle indeksi olan iki grup duygusal ve davranışsal sorunlara göre karşılaştırıldığında obezlerin akran problemlerinin obez olmayan gruba oranla yüksek olduğu bulunmuş, davranışsal, duygusal sorunlar açısından fark saptanmamıştır (80). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu olan obez bireylerin olumsuz duygulanım yaşadıklarında, bu duyguları yönetmek için etkili stratejilerden yoksun olabilecekleri bilinmektedir. Yemek yemenin, olumsuz duyguları düzenlemek veya değiştirmek için bir strateji olarak kullanılması mümkündür. Duygusal netlik eksikliği veya hangi duygunun hissedildiğini belirleyememe, duygusal aşırı yeme ile ilişkili bulunmuştur (81). Bu sonuçlar, yeme bozukluğu belirtileri ile duygusal netlik eksikliği arasında bir ilişki olduğunu gösteren, klinik olmayan örneklerde bulunan sonuçlarla da tutarlıdır (82).

3.7.Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu

Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu (YDDB), şiddetli, kronik, epizodik olmayan sinirlilik, sık öfke nöbetleri ve tetikleyiciyle orantısız ve gelişim düzeyine uygun olmayan sözel veya davranışsal olarak ifade edilen patlamalarla karakterizedir (39). YDDB'li çocuklar genellikle sinirli, alıngan ve ısrarcı bir şekilde kızgın, ruh hali dalgalanmaları ve sinirlilik gösterirler (83). Zayıf duygu düzenleme yetenekleri vardır ve sıklıkla davranışsal kontrolü kaybederler, bu da artan hayal kırıklığı ve sıkıntıya katkıda bulunur (84). Dougherty ve arkadaşlarına göre, bir YDDB teşhisi, duygusal ve davranışsal düzensizliğin ve zayıf sosyal işleyişin eş zamanlı ve öngörücü göstergeleri ile ilişkilidir (85).

3.8. Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB), tekrarlayan, kalıcı, gelişimsel olarak uygunsuz öfke, sinirlilik, olumsuzluk, meydan okuma,

itaatsizlik ve başkalarına karşı kasıtlı düşmanlık kalıpları olarak tanımlanabilen, çocukluk ve ergenlik döneminde işlevsel ve davranışsal sorunlara yol açan bozukluktur (39). KOKGB (Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu) olan çocuklar genellikle öfke nöbetleri, yoğun korkular, teselli edilemez umutsuzluk, duyguları hissetme ve ifade etme sorunları, hayal kırıklığına karşı düşük tolerans gibi dışa dönük davranış sorunlarıyla birlikte ortaya çıkan düzensiz duygular yaşarlar (86-88). Bu çocuklar için duygular kontrol edilemez veya yok gibi görünür. Basit, katı ve tepkisel düşünmeye eğilimlidirler ve meydan okuma ve saldırganlık tarafından yönetilirler (86).

3.9.Davranım Bozukluğu

Davranım bozukluğu (DB) başkalarının haklarının, toplumsal normların veya kuralların kasıtlı olarak ihlal edilmesini içeren işlevsel bozulma ile karakterize davranışsal ve duygusal bir bozukluktur (39). DB olan çocuklar tipik olarak agresif, antisosyal davranış ve künt duygulanım, suçluluk eksikliği, fizyolojik yetersiz uyarılma ve empati eksikliği gibi düşük prososyal duygular ve davranışlar sergiler (89). DB olan çocukların antisosyal davranışı, kısmen bilgi işleme ve Duygu Düzenleme Güçlükleri (DDG) ile açıklanmıştır. Sosyal ipuçlarını olumsuz, önyargılı ve basmakalıp bir şekilde yanlış yorumlama, öfkeyle başa çıkmak için sınırlı stratejiler ve davranışsal kontrol eksikliği, özellikle tepki engellemedeki zorluklar, sıkıntı veren duyguların uygunsuz şekilde ele alınmasına ve dürtüsel davranışlara yol açar (90, 91)

3.10. İnternet Oyun Oynama Bozukluğu

DDG çeken ergenler, özellikle problemli teknoloji kullanımına yatkındırlar (92, 93). Donald ve arkadaşları tarafından DDG'nun problemli internet kullanımının miktarı ile ilişkili olduğunu bulunmuştur (94). İnternet oyunları oynamak, hoş olmayan duyguları düzenlemek için kullanılır. Ek olarak, gerçeklerden kaçma, aşırı oyun oynamanın bir başka önemli motivasyon kaynağıdır (95). Sorunlu

internet kullanımı, duyguları tanımada ve hedef belirlemede zorluklar gibi DDG'yi şiddetlendirir. İnternette oyun oynama bozukluğunun yaygınlığı çocuklar ve ergenler için yaklaşık %2'dir (95). Dürtü kontrolündeki zorluklar ve duygulara sınırlı erişim, problemlı video oyunlarıyla ilişkili bulunmuştur (96, 97). Wichstrom ve ark. 8 yaşındaki çocuklarda duygu düzenleme güçlüklerinin, 10 yaşındaki internette oyun oynama bozukluğu belirtilerini öngördüğünü göstermiştir (98).

3.11. Madde Kullanım Bozukluğu

Madde ile ilişkili bozukluklar 10 ayrı madde grubunu kapsar: Alkol, kafein, kenevir (kanabis) hallüsinojenler, uçucular (inhalanlar), opiyatlar, dinginleştirici, uyutucu ve kaygı gidericiler (sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler); uyarıcılar (amfetamin türü maddeler, kokain ve diğer uyarıcılar); tütün ve diğer maddeler. DSM-5'e göre Madde Kullanım Bozukluğu (MKB) yaşayan bireylerin, 12 aylık süre içinde, 11 belirtiden (halusinojenler için 10 belirti) en az ikisine sahip olması ve işlevselliğinde bozulma yaşıyor olması gerekmektedir (39).

DDG yaşayan ergenler, madde kullanımı ve kötüye kullanım bozukluğu için yüksek risk altındadır (99). Araştırmalar, geç ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde Madde Kullanım Bozukluğu'nu (MKB) öngören erken ergenlik döneminde dışa yönelim semptomları ile ilişkisi olduğunu saptamıştır (100). Bu bağlamda yapılan çalışmalarda MKB'li kız ergenlerde DDG, inhibisyon ve davranışsal kontrol sorunları ile ilişkili olarak beyin kortikal kalınlığında farklılıklar saptanmıştır (101). Amigdala-prefrontal kortikal devredeki endokannabinoid sinyalinin bozulması, duygusal olarak belirgin bilgilerin işlenmesinde, öğrenmede ve hafızada anormalliklere yol açabilir (102). DEHB (Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu), erken madde kullanımı için bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (103). Sirkadiyen ritim ve uyku bozuklukları, ergenlerde duygulanım düzensizliği, artan ilaç ve alkol kötüye kullanımı ve diğer riskli davranışlarla ilişkilidir (104). Zayıf duygusal kontrol, olumsuz deneyimlere maruz kalma ve madde kullanımı için sosyal güdüler gibi yakın etkilerin aracılık ettiği, ergenlikte alkol, esrar ve sigara

kullanım sıklığı ile ilişkilidir (99). Boylamsal veriler, düşük DDG düzeylerinin, ergenlerin sigaraya başlamak için ilk girişimlerini ve düzenli sigaraya geçişi öngördüğünü göstermektedir (105). DDG ne kadar yüksekse, sigara içme riski de o kadar yüksektir (106). Olumsuz duygulanımın (özellikle öfkenin) yetersiz düzenlenmesi, sigaraya ve MKB'ye karşı savunmasızlığı artırır (107). Ergenler, öfkeyle ilgili sıkıntıyla baş etmek için sigara veya madde kullanabilirler (108). Yapılan çalışmalar MKB ve özellikle ergen sigara içmesi için bir risk faktörü olarak düzensizliğin önemi vurgulanmıştır.

4.Psikolojik Değerlendirmede Kullanılan Ölçeklerin Nitelikleri

Duygu Düzenleme Güçlüğü ve psikopatolojiler arasında bağlantıyı saptamak için birçok ölçme araçları geliştirilmiştir. Bu ölçme araçlarının doğru ve güvenilir ölçüm yapabilmesi için belirli niteliklere sahip olması gerekir.

Ölçme belirli bir hedef için yapılır. Buradaki hedefimiz ölçmek istenilen hususiyeti belirlemek ve ortaya çıkan sonuçlara göre belli kararlar almaktır. Ölçeğin değerlendirilmesi sonucunda meydana gelen sonuçların doğruluğu ve uygunluğu kararların dayandığı ölçüm sonuçlarına ve ölçütün uygunluğuna bağlıdır. Bu nedenle ölçüm aracının standartlaştırılması gerekmektedir. Bu prosedür için ilk aşamada ölçüm aracının maddeleri incelenir ve yeniden analiz edilir, son aşamada ölçüm aracının kalitesi standardize edilir. Standartlaştırılmış ölçüm aracının puanlaması, idaresi ve yorumlaması kesin ve dikkatli bir şekilde yapılmalıdır. Bu şekilde standartlaştırılmış ölçeklere objektif ölçekler denilmektedir. Ölçüm aracının hedefe uygun sonuçlar veya bilgiler ortaya çıkarması için “güvenilirlik” ve “geçerlilik” gibi iki özelliği olmalıdır (109).

4.1. Ölçek Güvenilirliği ve Geçerliliği

4.1.1. Güvenilirlik

Ölçme, “Bir özelliğin gözlenmesi ve bu sonucun sayı ve sembollerle belirtilmesidir (110). Güvenilirlik, ölçüm aracının maddelerinin kendi içinde tutarlılığı ve kararlılığı olup, aynı zamanda standart hatanın minimal olması demektir (111). Ölçüm aracının sahip olması gereken niteliklerden birisi olan güvenilirlik, aynı koşullarda aynı ölçme aracı kullanılarak yapılan ölçümlerden elde edilen değerlerin kararlılığının bir göstergesidir (112). Ölçümlerin kararlılığının yorumlanmasındaki yaklaşımlardan birisi tekrarlayan ölçmelerde, bireyin grup dahilindeki sırasının değişmezliğidir. İkinci yaklaşım ise tekrarlayan ölçümlerde aynı bireyden yaklaşık olarak aynı ölçüm sonuçlarının elde edilmesinin gösterilmesi ile ilgilidir (112). Elde edilen ölçümlere birçok kaynaktan hata karışması olasıdır. Ölçme sonucunda hata miktarı azaldıkça güvenilirlik artar. Hata miktarı arttıkça güvenilirlik de azalır (112).

Bir ölçüm aracının güvenilirliği, o ölçeğin stabilliği, eşdeğerliliği ve homojenliği gibi niteliklerinin olması anlamına gelir. Ölçeğin stabilliği aynı örnekleme tekrarlayan ölçümlerden aynı sonucun alınması, homojenlik ölçeğin iç tutarlılığı (“internal consistency”) sahip olması, yani aynı durum için ölçüm yapan maddelerin ne kadar benzer sonuçlar ortaya çıkardığının ölçülmesi ve aynı niteliği ölçmek için farklı maddelerin ne kadar tutarlı olduğunun belirlenmesidir (113).

Bir ölçüm aracının güvenilirliği birbiriyle tutarlı, kararlı ve duyarlı ölçme sonuçları ortaya koyabilme gücüdür (109). Güvenilirlik, ölçümü yapılan niteliğin rastgele hatalardan temizlenmesi anlamına gelmektedir (114). Ölçüm aracından elde edilen bilgilerin kararlı nitelik taşıdığına ve aynı amaçla yapılacak tekrarlayan ölçümlerde aynı sonuçların ortaya çıkmasına güven duyulması gerekir (115). Elde edilen ölçümlerin güvenilirliği ölçüm koşullarındaki rastgele değişkenlik altında sonuçların doğruluğunu ve tutarlılığını gösterir (109). Bir ölçeğin güvenilirlik düzeyini

farklı yöntemlerle belirlemek mümkündür. En yaygın kullanılan yöntemler test-tekrar-test güvenilirliği, paralel formlar yöntemi, gözlemciler arası güvenilirlik, gözlemci içi güvenilirlik, yarıya bölme, Cronbach alfa güvenilirlik yöntemleridir (111).

4.1.1.2. Test-Tekrar Test Güvenirliğı

Test-tekrar test güvenilirliği, “bir ölçüm aracının tekrarlayan uygulamalarından alınan sonuçların zamana göre stabilite gösterebilme gücü” olarak tanımlamak mümkündür (116). Başka bir tanımla test-tekrar test güvenilirliği, bir ölçme aracının belirli bir zaman aralığında aynı katılımcılara iki veya daha fazla kez uygulanmasından aynı sonucun ortaya çıkarılmasına denir. Burada iki ölçüm arasında zaman aralığının ölçüsü önemlidir. Yapılan değerlendirme ne kadar kısa sürede tekrar yapılırsa o kadar benzer sonuçlar elde edilebilir. Diğer taraftan ölçüm yapılan zaman aralığının fazla olması ölçülen durumun değişmesine yol açabilir (111). Bu nedenlere bağlı olarak iki uygulama arasındaki süre, ölçülecek özelliklere göre değişmekle birlikte, genellikle 2-3 ile 4-6 hafta arasında olmalıdır (116). Ölçüm zamanları arasında ölçülen değişkenlerin tutarlı kalması ve diğer koşulların da buna etki etmemesi test tekrar test güvenilirliği için önemlidir (117). Uygulama yapılan yerin koşulları, tekrar uygulandığında ölçeğin hatırlanması, uygulayıcının becerisi, duygudurumu gibi etkenler ölçek sonucunu etkileyebilmektedir (118).

4.1.1.3. Eşdeğer (Paralel) Formlar Yöntemi

Uygulanan ölçeğin eşdeğer formlar yöntemiyle güvenilirlik çalışması yapılırken aynı durumları betimleyecek farklı maddeler sınıflandırılarak iki eşdeğer form oluşturulmakta ve aynı kişilere uygulanmaktadır. Ölçüm araçları arasındaki korelasyon hesaplanır ve güvenilirlik katsayısı olarak açıklanır (109). Güvenirlik katsayısı ne kadar yüksek saptanırsa ölçüm araçlarının o kadar eşdeğer olduğunu anlaşılır (111). Paralel formlar yöntemi ölçeğin stabilliğini de ölçer (119). Genellikle ölçek geliştirirken kullanılan bir yöntemdir. Ancak aynı

hedefler için geliştirilmiş bir ölçüm aracının güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında referans ölçek olarak da kullanılabilir (116).

4.1.1.4. Gözlemciler Arası Güvenilirlik Yöntemi

Bu yöntemle güvenilirlik çalışmasında iki uygulayıcıya tek bir form uygulanır ve aralarındaki korelasyona bakılır (119). Güvenirlik çalışması yapılan bir ölçek kategorik ölçüm yapıyorsa (evet/hayır gibi) iki gözlemcinin uyguladığı uygulamalar arasında ne kadar uyum olduğuna bakılır. Aralarındaki uyum oranı hesaplanır. Ölçek nümerik bir ölçüm yapıyorsa iki uygulama arasındaki korelasyona (Intraclass Correlation Coefficient - ICC) bakılır (119).

4.1.1.5. Gözlemci içi Güvenilirlik Yöntemi

Gözlem içi Güvenirlik yönteminde aynı uygulayıcının yaptığı birden fazla ölçümün arasındaki uyum derecesine bakılır. Uygulayıcı aynı olsa da yaptığı ölçümler birbirinden farklılık gösterebilir (119). Elde edilen ölçümlerin farklılık göstermesi ölçüm araçlarından ziyade araştırmacıya bağlı bir durum olarak ortaya çıkmaktadır. Eger ölçüm sayısalsa değerlendirme sınıf içi korelasyona (intraclass correlation), kategorik ise ise Cohen'in kappa katsayısına göre yapılabilir (119).

4.1.1.6 Yarıya bölme (Split half)

Hazırlanmış formun iki eşit hisseye bölünmesi ve bu parçaların her birinin aynı anda katılımcılara uygulanması sonrasında alınan puanlar arasında korelasyona bakılır. Güvenirlik derecesi bu iki kısmın karşılaştırılmasıyla (Guttman Split-Half katsayısı) belirlenir (111).

4.1.1.7. Cronbach alfa

Cronbach alfa ölçüm aracının maddeler arasındaki korelasyon katsayısının ortalamasını da hesaba katarak iç güvenilirliği belirlemektedir. Bu yöntemde ölçüm aracının maddeleri rastgele ikiye bölünerek karşılaştırma yapılır. Tüm olasılıklar için rastgele ikiye bölme işlemi yeniden yapılır. Cronbach Alfa katsayısı ölçeği oluşturan maddelerin iç tutarlıklarını ve homojenliğini gösterir. Ölçeğin alfa

katsayısının yüksek olması bu ölçeği oluşturan maddelerin birbirleriyle o kadar tutarlı ve aynı nitelikleri belirleyen maddelerden meydana geldiği varsayılır (116).

4.1.2. Geçerlilik

Bir ölçüm aracının ölçmeyi hedeflediği niteliği doğru hesaplama derecesine geçerlilik denmektedir (114). Geçerliliğin yüksek olması, ölçülmesi hedeflenen değişkenin ifade edilebilmesine bağlıdır. Geçerlilik doğrudan ölçümlerde daha yüksek, dolaylı ölçmelerde ise değişkenin daha iyi tanımlanamaması nedeniyle daha düşük olabilmektedir (119). Geçerlilik boyutları olarak, yapı, kriter, kapsam, görünüş, tahmin ettirici, içerik ve eş zamanlı geçerlilikten bahsedilebilir (119).

4.1.2.1. Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği, ölçüm aracının ve maddelerinin ne derece amaca hizmet ettiğini gösterir (109). Aynı zamanda ölçümü hedeflenen davranış alanlarının, ölçeği oluşturan maddelerle, yeterli düzeyde kapsanıp kapsanmadığının göstergesidir. Ölçüm aracının maddelerinin ölçülmesi istenilen davranış alanını, hedeflenen düzeyde ortaya koyuyor mu, maddelerin içeriği ve özelliği hedeflenen davranışları gösteriyor mu diye araştırılır (114).

4.1.2. 2. Kriter Geçerliği (Criterion Validity)

Ölçüm aracının geçerliliğini ortaya çıkarmak sebebiyle, ölçek maddelerinden hesaplanan skorlarla tayin edilen kriter arasında, gelecekteki veya şimdi olan, ilişkiyi inceleyen geçerlilik türüne kriter geçerliliği denmektedir (109). Bir başka deyişle, ölçüm aracının gerçek yaşamda olayları ne kadar ön görücü olduğunu gösterir (119). Kriter geçerliliğinde, geliştirilmekte olan veya daha önce geliştirilmiş ve çevirisi yapılarak uyarlama çalışmasına tabi tutulan ölçüm aracıyla daha önce psikometrik özellikleri incelenmiş ve halihazırda kullanılmakta olan bir veya birden fazla ölçek karşılaştırılır (120).

4.1.2.3. Yapı Geçerliliği

Ölçeyin, ölçümü hedeflenen bir kavramı ne ölçüde doğru ölçtüğünü gösteren geçerlilik türüne yapı geçerliliği denir. Ölçümü hedeflenen kavramla ilişkili olduğunu düşündüğünüz değişkenleri ölçerek aralarında yüksek bir ilişki bulunmasına birleşen geçerlik, ilişkisi bulunamamış ögelerle düşük ilişki bulunmasına ayırt edici geçerlik denir. Bir ölçeğin hem birleşen, hem de ayırt edici geçerliğinin yüksek olması o ölçeğin yapı geçerliliğini sağladığını gösterir (121).

4.1.2.4. Görünüş Geçerliliği (Face Validity)

Bu geçerlilik alt tipi ölçüm aracının neleri ölçer göründüğünü ortaya koymaktadır. Bir ölçüm aracının görünüş geçerliliği, onun ölçmesini hedeflediğimiz niteliği ölçüyor gözükmesidir. Bu sebeple ölçek maddeleri, okunabilirlik, uygulama kolaylığı ve görünüş gibi hususlar açısından gözden geçirilir (111).

4.1.2.5 İçerik geçerliliği

Ölçeğin içeriğinin gerçekten ölçümünü hedeflediğimiz durumla alakalı olup olmasının belirlenmesidir.

4.1.2.6 Tahmin ettirici (=criterion= predictive =ölçüt) geçerlilik

Ölçüm aracının gerçek durumlarda olasılıkları ne kadar ön görücü olduğunu gösteren geçerlilik alt tipidir (111).

4.1.2.7. Eşzamanlı geçerlilik

Bir ölçüm aracının aynı veya ilişkili olduğu durumu araştıran ve psikometrik özellikleri incelenmiş ve kullanılmakta olan başka bir ölçüm aracıyla paralel olarak uygulanırsa eşzamanlı geçerliliği sınanmış olur (111).

4.2 Faktör Analizi

Faktör analizi aynı içerik veya özelliği ölçen ögeleri bir araya getirerek ölçmeyi az sayıda bileşen ile betimlemeyi hedefleyen bir

metoddur. Faktör analizi, aralarında ilişki bulunduğu ön görülen çoklu değişkeni, ilişkilerin anlaşılmasını ve açıklanmasını daha kolay hale getirmek sebebiyle daha az sayıda faktör olarak indirgeyen veya özetleyen bir yöntemdir. İki tip faktör analizi mevcuttur: Açıklayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi. İlkinde uygulayıcı araştırdığı durumla ilgili olarak değişkenler arasındaki olası ilişkiyi açıklamayı amaçlıyor. Doğrulayıcı faktör analizinde ise uygulayıcı tarafından daha önceden belirlenmiş olan bir ilişkinin doğruluğu sınanmaktadır (122).

5.Ergenlerde Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Ebeveyn Formunun Gelişim Aşaması

Ergenlerde Duygu Düzenleme Güçlüklerini saptamak için birçok ölçekler kullanılmaktadır. Bu ölçeklerden biri 'Çocuklar ve Ergenler için Duygu Düzenleme İndeksi'dir (ERICA) (123). ERICA Duygu Düzenlemenin 16 maddelik öz-bildirim ölçeğidir. Her madde 1-5 puan olarak derecelendirilir (1=kesinlikle katılmıyorum; 5=kesinlikle katılıyorum), daha yüksek puanlar daha fazla duygu düzenlemenin göstergesidir. ERICA, Duygusal Kontrol (7 madde), Duygusal Öz-Farkındalık (5 madde) ve Durumsal Tepkisellik (4 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır.

Güvenirlilik ve geçerlilik çalışmasını yaptığımız DERS-P ölçeği, ergen örneklemelerinde güvenirlik ve geçerlilik kanıtları sergileyen orijinal öz-bildirim DERS'in maddelerinin yeniden ifade edilmesiyle geliştirilmiştir. Öz-bildirim ölçüsüne benzer şekilde, belirli bir zaman çerçevesi olmadan ergen DDG'nün ebeveyn algılarını değerlendirmek için uyarlanmıştır. Örneğin, DERS-P'de yer alan "Duygularım konusunda netim" maddesi, "Çocuğum duyguları konusunda net" olarak değiştirilmiştir (124). Orijinal ölçek 36 maddeden, kısa versiyon ise 16 maddeden oluşmaktadır. DERS ölçeği Stratejiler, Kabul etmeme, Dürtü, Hedefler, Farkındalık ve Netlik alt ölçeklerinden oluşmaktadır. 36

maddelik ergen öz-bildirim ölçeğiyle karşılaştırıldığında, ebeveyn bildirim formunda 4 faktör yapısı ortaya çıkmıştır. Orijinal Alt Ölçek 3 (Dürtü) ve 5 (Madde 30 hariç Stratejiler), güçlü duygular karşısında bile duyguların davranışsal ifadesi üzerinde kontrolü sürdürme veya olumsuz duyguları azaltmak için stratejiler uygulama becerisiyle ilgili maddeleri içerir. Bu faktörler DERS-P Faktör 1 **Maksimal** olarak etiketlenmiştir, çünkü birçok madde olumsuz duygular üzerinde kontrolü kaybetmek ve bu duygulardan bunalmış hissetmekle ilgilidir. Alt Ölçek 1'e (Kabul Edilmeme) yüklenen öz bildirim DERS'teki maddelerin çoğu, DERS-P Faktör 2'ye (Madde 30'un eklenmesiyle) yüklenmiştir. Kabullenmeme alt ölçeği, olumsuz ikincil duygular sergileme eğiliminin göstergesidir. Buna göre, bu faktör **Negatif İkincil** olarak etiketlenmiştir. Farkındalığı veya duyguların netliğini temsil eden DERS Alt Ölçekleri 4 (Farkındalık) ve 6'dan (Açıklık) kalan tüm maddeler duyguların farkındalığını ve netliğini temsil eden DERS-P Faktör 3'e yüklendi. Bu faktör **Uyumlu** olarak etiketlendi (daha yüksek puanlar daha az farkındalığı veya daha az duygusal netliği yansıtır). Son olarak, öz bildirim DDGÖ Alt Ölçeği 2'den (Hedefler) kalan tüm maddeler DERS-P Faktörü 4'e yüklenmiştir. Bu maddeler güçlü duygular karşısında amaca yönelik davranışlarda bulunmadaki (örneğin, konsantrasyon, odaklanma ve görevleri tamamlama) zorlukları tanımlıyor. Bu nedenle, bu faktör Dikkati Dağınık olarak etiketlenmiştir. Bu nedenle, bu faktör **Dikkati Dağınık** olarak etiketlenmiştir. Nóra Bunford ve arkadaşları tarafından Duygu düzenleme bozukluğunu değerlendirmek üzere kullanılan 29 (yirmi dokuz) maddeden oluşan formun maddeleri 5'li Likert tipi ölçek ile (1=hemen hemen hiç...5=hemen hemen her zaman) hesaplanmaktadır. Daha yüksek puanlar daha fazla DDG gösterir. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Ebeveyn Formunun (DERS-P)'nin Amerikan örnekleminde yeterli psikometrik özelliği olduğu gösterilmiştir.

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmamış olması ölçüm aracının ülkemizde kullanılmasına engel olmaktadır. Bu çalışmada ‘ergenlerin duygu düzenlemede güçlükleri’ni değerlendiren DERS-P’nin Türkçe” ye uyarlaması yapılmış, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği araştırılmıştır.

6.Çalışmanın amacı

Mevcut araştırmadaki amacımız, orijinal İngilizce ismi “The Difficulties in Emotion Regulation Scale-Parent Form (DERS-P- **Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği- Ebeveyn Formu-**)” olan ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik kanıtlarının değerlendirilmesi dahil olmak üzere psikometrik özelliklerini değerlendirmektir. Bu çalışmadaki ilk amacımız DERS-P’nin iç tutarlılık katsayılarının ve ölçeğinin güvenilirliğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının değerlendirilmesi, ikinci amacımız DERS-P’nin DDGÖ (Duygu Düzenleme Güçlükler Ölçeği) toplam ölçek puanı, Conners Ebeveyn ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği toplam puanı, ÇADÖ-Y (Çocuk Anksiyete ve Depresyon Ölçeği) Ebeveyn ve Çocuk formunun toplam puanı ile arasındaki korelasyon katsayısı hesaplanarak, ölçüm aracının kriter geçerliliği belirlenmiştir. Üçüncü amacımız DERS-P’nin yaş, cinsiyet, Sosyo Ekonomik Durum (SED), anne-baba öğrenim durumu ve diğer sosyo-demografik özellikler açısından karşılaştırılmasıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

1. Araştırmanın türü

Bu çalışma, 11-18 yaş aralığında 350 klinik örneklemin dahil edildiği, duygu düzenleme güçlüklerini ölçen DERS-P ölçeğinin Türkçeye uyarlama çalışmasının yapılması amaçlanan tek merkezli olgu-kontrol çalışmasıdır.

2. Araştırmanın Etik Kurul Onayı

Çalışma Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 30.03.2022 tarih ve 2022-7/18 karar numarası ile onaylanmıştır.

3. Örneklem Seçimi ve Uygulama

Tek merkezli olgu-kontrol niteliğindeki bu çalışmanın örneklemini Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi (UÜTF) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine 2022 Mart- 2023 Mart tarihleri aralığında başvuru yapan ve çalışmaya dahil olmayı onaylayan ergenlerde yapılan psikiyatrik muayene sonucunda DSM-5'e göre DEHB, YAB, MDB, DB, KOKGB, YDDB ve diğer psikiyatrik tanı kriterlerini karşılamasına göre 11-18 yaş arası 300 ergen dâhil edilmiştir

Sağlıklı kontrol grubu: Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi (UÜTF) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine 2022 Mart- 2023 Mart tarihleri aralığında başvuru yapan olguların sağlıklı kardeşlerinden çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve dâhil edilme

kriterlerini karşılayan sağlıklı bireyler oluşturmuş olup 11-18 yaş arası 50 çocuk- ergen dâhil edilmiştir.

3.1. Hasta Grubun Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. 11-18 yaş aralığında olma
2. Çalışmanın hedefi ve yapılması planlanan prosedürlerle ilgili hastanın bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve aydınlatılmış onamı imzalamış olması.
3. Yapılan yarı yapılandırılmış görüşme ile DSM-5'e göre DEHB, YAB, MDB, DB, KOKGB, YDDB, ÖÖB, OKB, Sosyal Fobi, Tik Bozukluğu, Trikotillomani, Deri Yolma Bozukluğu, TSSB, AN, Mutizm psikiyatrik tanısı almak

3.2. Sağlıklı Kontrol Grubunun Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. 11-18 yaş aralığında olma
2. Çalışmanın hedefi ve yapılması planlanan prosedürlerle ilgili bilgilendirildikten sonra hastanın çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve aydınlatılmış onamı imzalamış olması
3. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları poliklinik başvurusu ve herhangi bir psikiyatrik şikâyetinin olmaması
4. Yapılan yarı yapılandırılmış görüşme ile DSM-5'e göre herhangi bir psikiyatrik bozukluğun tanı kriterlerini karşılamamak

3.3 Çalışmadan Dışlanma kriterleri

1. Katılımcının araştırmaya dahil olmak istememesi veya yazılı aydınlatılmış onam vermemesi
2. Katılımcıda ölçek formunun doldurulmasını engelleyecek şekilde Zihinsel Yetersizlik olması
3. Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk, Şizofreniform Bozukluk, Psikotik Spektrum Bozuklukları ya da Otizm Spektrum Bozukluğu tanılarının bulunması

4.Katılımcının Bipolar Bozukluk tanısı almış olması

4. Ölçeğin Çevirisi

Ölçüm aracının Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin incelenmesi ve kullanıma sunulması için Dr. Nora Bunford ile görüşmeler yapılarak ölçüm aracının orijinali elde edilmiş ve gerekli izinler alınmıştır. Ülkemizde kullanılmakta olan ölçeklerin büyük çoğunluğu diğer ülkelerde geliştirilen ölçeklerdir. Bu ölçüm araçlarının, kullanılması hedeflenen kültür ve toplumlara uygun bir hale getirilmesi için uyarlama çalışmaları yürütülür. Bu çalışmalar üç aşamada yapılmaktadır. Birinci aşamada ölçüm aracının maddeleri Türkçe'ye tercüme edilir ve dil bütünlüğü betimlenerek kullanılması hedeflenen toplum tarafından anlaşılması kolay biçimde tasarlanır. İkinci aşamada ise çeviri formun psikometrik özellikleri değerlendirilmeye tabi tutulur. Burada uygun yöntemler uygulanarak çeviri ölçeğin güvenilirliği ve geçerliği test edilir. Üçüncü aşamada ölçüm aracının kültüre bağlı özellikleri incelenir. Çevirisi yapılmış olan ölçüm aracıyla orijinal ölçek dil normları açısından kıyaslanır ve her iki ölçek formunun faktör yapıları karşılaştırılır (121).

“Ergenlerde Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği- Ebeveyn Formu” geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sırasında, ölçüm aracının Türkçe formu için ölçeğin orijinal formunu düzenleyen ve psikometrik özelliklerini inceleyen araştırmacıdan izin alınarak ölçeğin dil normları incelenmesi/ dil uyarlaması ve psikometrik özelliklerin incelenmesi aşamaları gerçekleştirilmiştir.

Ölçeklerin dil uyarlamasındaki anlatım farkını en aza indirmek amacıyla çeviri yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemde ölçüm aracı, en az iki farklı çevirmen tarafından tercüme edilerek daha sonra uygulayıcı tarafından düzenlenerek, hem Türkçe, hem İngilizce bilen iki farklı tercüman tarafından Türkçe 'den İngilizce 'ye çeviri yapılmıştır. Bu çeviri

özgün İngilizce form ile kıyaslandıktan sonra Türkçe çeviri revize edilmiştir. Revize edilen ölçüm aracının yapı geçerliliği için dört farklı uzmandan görüş alınmıştır. Önerilen düzenlemeler yapıldıktan sonra ölçüm aracı 20 bireye uygulanarak, bireylerin zor anlaşılan maddeler, okunabilirlik, madde içeriği açısından ölçeği incelemeleri sonucunda değişiklikler yapılmış ve ölçüm aracı son halini almıştır.

5. İstatiksel değerlendirme

Örneklemin sosyodemografik özellikleri ve ölçek puanları tanımlayıcı istatistik analizleri ile incelenmiştir. Örneklem yeterliliği için faktör analizi öncesi Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) analizi kullanılmıştır. Geçerlilik analizleri için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon düzeltilmiş formülü, Spearman korelasyon katsayısı değeri kullanılmıştır. Ölçeklerin kesim değeri Receiver Operating Curve (ROC) eğrisi çizilerek değerlendirilecek olup alt grupların değerlendirmesine yönelik latent profil analizi yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Veriler IBM SPSS 24.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı ve IBM SPSS AMOS paket programı ile istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

6. Klinik Veri Toplama Araçları

6.1 Aydınlatılmış Bilgilendirme ve Onam Formu

Aydınlatılmış Bilgilendirme ve onam formu, hem ebeveyn, hem de ergenlere çalışmada uygulanması planlanan psikiyatrik muayene ve psikometrik ölçeklerle ilgili bilgi vermektedir. Çalışmayla ilgili bilgiler aktarıldıktan sonra çalışmaya dahil olmak istedikleri takdirde doldurulması gereken ve imzalarının alındığı bölümlerden oluşmaktadır.

6.2 Sosyodemografik veri formu

Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerin doğum tarihi, cinsiyet, anne baba yaşı, ailenin maddi durumu, mesleği, kardeş sayısı, takip ve tedavi gerektiren rahatsızlıklar gibi bilgiler edinmek için, evet/hayır şeklinde kapalı ve açık uçlu sorulardan oluşturulan bilgi formudur.

6.3 Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Uyarlaması (KSADS-PL)

K-SADS-PL olguların geçmişteki ve mevcut zamandaki psikopatolojilerini ortaya çıkarmak amacı ile Kaufmann ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış görüşme ölçeğidir. Klinisyenlere tanı koymada gözlemle birlikte yardımcı olmaktadır. Türkiye'de, geçerlik ve güvenirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır (125, 126).

6.4 Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) (Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS) 2004 yılında Gratz ve Roemer tarafından geliştirilmiştir. DDGÖ Ölçeği, duygusal reaksiyonlarla ilgili farkındalığın olmaması (farkındalık), olumsuz duyguları yaşarken dürtülerin etkisi altında zorlanma (dürtü), duygusal reaksiyonların anlaşılabilmesi (açıklık), duygusal reaksiyonların kabul edilmemesi (kabul etmeme), bireyin algıladığı duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim (stratejiler), olumsuz duyguları yaşarken hedeflenen davranışları gerçekleştirmekte zorlanma (amaçlar) alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçek Otuz altı maddeden oluşmuştur. Ölçeğin maddeleri 5'li Likert tipi ölçek kullanılarak (1=hemen hemen hiç, 5=hemen hemen her zaman) değerlendirilmektedir (53).

6.5 Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği –Yenilenmiş (ÇADÖ-Y) Ebeveyn ve Çocuk Formu

Çalışmamızda, çocuk ve ergen olgulardaki anksiyete ve depresyon bozukluklarını değerlendirmek için Görmez ve ark. Tarafından Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması yapılmış olan, ÇADÖ-Y Çocuk ve Ergen formu kullanılmıştır. Ölçek 47 maddeden oluşmaktadır ve dördümlü likert tipi ölçeklere dayanmaktadır (0=asla, 1=bazen, 2=sık sık ve 3=her zaman). Her iki ölçek formu da altı alt ölçek'ten (ayrılma kaygısı bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, major depresif bozukluk) oluşmaktadır. Ek olarak ölçek total anksiyete puanı (beş anksiyete alt ölçeğinin toplamı) ve total anksiyete ve depresyon puanı (altı alt ölçeğin tamamının toplamı) sunmaktadır (127).

6.6 Klinik Global İzlenim Ölçeği –KGI (CGI)

Klinik Global İzlenim Ölçeği tüm psikiyatrik bozuklukların gidişatını değerlendirmek amacıyla Guy ve arkadaşları (128) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeyin geliştirilmesindeki amaç hem psikiyatrik hastalıkların şiddetinin, hem de hastalık semptomlarındaki düzelmenin değerlendirilmesidir. Ölçek klinisyene hastalığın şiddeti, düzelme durumu ve ilaçlara bağlı ortaya çıkan yan etki açısından bilgi sağlamaktadır. Hastalık şiddeti 1 ile 7 puan arasında puanlanır (1: Hasta değil, 7: Çok ağır hasta). Hastalığın iyileşme durumu da 1 ile 7 arasında puanlanır (1: Çok düzeldi, 7: Çok kötüleşti). İlaçlara bağlı ortaya çıkan yan etki 1 ile 4 arasında puanlanır (1: Hiç yok, 4: Terapötik etkinin yararlarını göz ardı edecek düzeyde yan etki ortaya çıktığını belirtiyor (128).

6.7 Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği-Kısa Form

Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği-Kısa Form, 1997 yılında Conners tarafından oluşturulmuştur. Ölçekte toplam 27

madde bulunmaktadır ve üç alt ölçek ve bir yardımcı ölçekten oluşmaktadır. Karşı Gelme alt ölçeğinde 6 madde, Bilişsel Problemler Dikkatsizlik alt ölçeğinde 6 madde, Hiperaktivite alt ölçeğinde de 6 madde vardır. Ayrıca bir yardımcı ölçek olan DEHB İndeksi 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 4'lü likert tipine göre (0 “hiçbir zaman”, 1 puan “nadiren”, 2 puan “bazen”, 3 puan “oldukça doğru, çoğu kez”, 4 puan ise “pek çok kez”) derecelendirme yapılmaktadır. Ölçekten yüksek puanların alınması sorun oluşturan durumun daha fazla olduğunu göstermektedir (129).

6.8 Connors Öğretmen Derecelendirme Ölçeği

Öğrencilerin sınıftaki davranışlarının öğretmen tarafından gözlemlenmesi ve öğretmenin gözlemlerine ilişkin öğrencilerinin davranışlarını değerlendirmesini amaçlamaktadır. Ölçek 28 maddeden oluşmaktadır. Türkiye’de uyarlama çalışmaları Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (130).

BULGULAR

3.1 Sosyal ve Demografik Değişkenler

Olgulara ait sosyodemografik değişkenler **Tablo 1 ve 2'**de özetlenmiştir.

Tablo- 1: Olgu gruplarının cinsiyet, yaş, eğitim düzeyleri ve diğer sosyal özellikleri

	Hasta (%)	Kontro(%)	İstatistik	P
Yaş, yıl, ort $\pm$ SS	14,1 $\pm$ 2,1	13,7 $\pm$ 2,2	t= 1,1	,278
Cinsiyet, kız, n	154 (51,3)	23 (46,0)	$\chi^2=0,5$	,485
Boy, (cm), ort $\pm$ SS	160,4 $\pm$ 11,8	160,7 $\pm$ 12,4	t= 0,2	,868
Kilo, (gr), ort $\pm$	55,4 $\pm$ 14,7	53,5 $\pm$ 15,9	t= 0,8	,413
Eğitim durumu, n			$\chi^2=2,8$	,248
İlkokul	3 (1,0)	0 (0,0)		
Ortaokul	144 (48,0)	30 (60,0)		
Lise	153 (51,0)	20 (40,0)		
Çalışma hayatı, n			$\chi^2=0,36$	,549
var	11 (3,7)	1 (2,0)		
Yok	289 (96,3)	49 (98,0)		
Kardeş Sayısı n	2,2 $\pm$ 0,9	2,3 $\pm$ 0,9	t=1,3	,189
Anne Sütü n	14,3 $\pm$ 9,5	13,3 $\pm$ 9,7	t=0,7	,485

(ort: ortalama, SS: standart sapma,n: olgu sayısı, χ^2 :ki kare, t: t testi)

Katılımcıların yaş ortalaması incelendiğinde hasta grupta 14,1 $\pm$ 2,1, kontrol grubunda 13,7 $\pm$ 2,2 olup yaşa göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Cinsiyet olarak

incelendiğinde hasta grupta katılımcıların %51,3'ünü kontrol grubundakilerin ise %46'sını kız cinsiyet oluşturmaktadır. Cinsiyete göre karşılaştırıldığında gruplar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. ($p= ,485$). Katılımcılar boy ve kilo açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($t= 0,2$, $p= ,868$ $t= 0,8$ $p=,413$). Eğitim durumu ve çalışma hayatı açısından gruplar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (sırasıyla eğitim durumu, çalışma hayatı $p= ,248$, $p= ,549$). Katılımcıların kardeş sayısı ve anne **sütü ile beslenme süreleri** açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p= ,189$, $p= ,485$) (**Tablo 1**).

Tablo 2'de Olgu ve kontrol gruplarının aile yapısı, anne vebabalarına ait sosyodemografik değişkenleri özetlemektedir

Tablo- 2: Olguların aile yapısı, anne ve baba eğitim durumu

Değişkenler	Hasta n(%)	Kontrol n(%)	İstatistik	P
Aile yapısı			$\chi^2=2,9$	,229
Çekirdek	221 (73,7)	41 (82,0)		
Geniş	34 (11,3)	6 (12,0)		
Boşanmış	45 (15,0)	3 (6,0)		
Anne eğitim durumu			$\chi^2=18,9$	,002
Okuma yazma yok	2 (0,70)	0 (0,0)		
İlkokul	128 (42,7)	16 (32,0)		
Ortaokul	43 (14,3)	4 (8,0)		
Lise	79 (26,3)	9 (18,0)		
Üniversite	37 (12,3)	17 (34,0)		
Yükseköğrenim	11 (3,7)	4 (8,0)		
Baba eğitim durumu			$\chi^2=7,7$	,171

Okuma yazma yok	1 (0,3)	0 (0,0)		
İlkokul	107 (35,7)	11 (22,0)		
Ortaokul	36 (12,0)	4 (8,0)		
Lise	108 (36,0)	21 (42,0)		
Üniversite	37 (12,3)	12 (24,0)		
Yükseköğrenim	11 (3,7)	2 (4,0)		

(ort: ortalama, SS: standart sapma, n: olgu sayısı, χ^2 : ki kare)

Katılımcıların aile yapısına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur ($p= ,229$). **Annenin eğitim durumuna göre karşılaştırmada hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır.** Kontrol grubundaki katılımcıların anneleri daha fazla üniversite mezunuyken hasta grubundaki katılımcıların anneleri daha fazla ilkokul mezunudur ($p= ,002$). Katılımcıların babalarının eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p= ,171$) (**Tablo 2**).

Tablo- 3: Olguların internet kullanımına başlama yaşı, aileye ve çocuğa göre internet kullanım süresi ve şiddeti

	Hasta	Kontrol	İstatistik	P
Aileye Göre İnternet kullanım başlama yaşı (yıl)	8,6±2,8	8,9±2,6	t=1,7	,461
Aileye Göre İnternet oyununa başlama yaşı (yıl)	9,1±2,7	9,3±2,6	t=0,5	,585
Aileye Göre İnternet	23,6±15,5	15,5±12,1	t=4,2	<,001

kullanım haftalık saat				
Çocuğa Göre İnternet kullanım başlama yaşı (yıl)	8,6±2,8	8,6±2,8	t=0,1	,878
Çocuğa Göre İnternet oyununa başlama yaşı (yıl)	9,1±2,6	9,1±2,6	t=0,5	,956
Çocuğa Göre İnternet kullanım haftalık saat	23,7±16,3	16,0±11,7	t=4,0	<,001
Çocuğa Göre Haftalık İnternet Kullanım Şiddeti	4,8±04	1,0±0,0	t=148,6	<,001

(ort: ortalama, SS: standart sapma, n: olgu sayısı, χ^2 : ki kare, t: t testi)

Tablo 3, Katılımcıların internet kullanımına başlama yaşı, aileye ve çocuğa göre internet kullanım süresi ve şiddeti özetlenmektedir.

Katılımcıların ailelerine göre internet kullanmaya ve internet oyunu oynamaya başlama yaşları açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur (sırasıyla internet kullanım yaşı, internet oyun oynama yaşı $p= ,461$, $p= ,585$). Katılımcıların ailelerine göre haftalık internet kullanım süreleri arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. **Hasta grubun ailelerine göre haftalık internet kullanım süresi 23,6±15,5 olup kontrol grubundan (15,5±12,1) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($p< ,001$).** Katılımcıların kendilerine göre internet kullanma ve internet oyununa başlama yaşlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel

olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Katılımcıların kendilerine göre internet kullanma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. **Hasta grupta internet kullanım süre ortalaması kontrol grubu ortalamasından daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < ,001$).** Katılımcıların kendilerine göre internet kullanım şiddeti açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. **Hasta gruptaki katılımcıların internet kullanma şiddeti kontrol grubundan yüksek saptanmıştır ($p < ,001$).**

3.2. Olguların psikiyatrik tanı ve kullandığı ilaçların değerlendirilmesi

Tablo-4: Olgu gruplarının psikiyatrik tanıları

	Hasta,n(%)	Kontro,n(%)	İstatistik	P
MDB			$\chi^2=15,9$	<,001
Var	75 (25,0)	0 (0)		
Yok	225 (75,0)	50 (100,0)		
DEHB			$\chi^2=72,5$	<,001
Var	194 (64,7)	0 (0)		
Yok	106 (35,3)	50 (100,0)		
OKB			$\chi^2=3,5$	,060
Var	20 (6,7)	0 (0)		
Yok	280 (93,3)	50 (100,0)		
ÖÖG			$\chi^2=0,6$	,412
Var	4 (1,3)	0 (0)		
Yok	296 (98,7)	50 (100,0)		
DB			$\chi^2=2,7$	,095
Var	16 (5,3)	0 (0)		
Yok	284 (94,7)	50 (100,0)		
KOKGB			$\chi^2=1,0$	,313
Var	6 (2,0)	0 (0)		

Yok	294 (98,0)	50 (100,0)		
TİK BOZ			$\chi^2=1,5$	,215
Var	9 (3,0)	0 (0)		
Yok	291 (97,0)	50 (100,0)		
SOSYAL FOBİ			$\chi^2=2,2$	,134
Var	13 (4,3)	0 (0)		
Yok	287 (95,7)	50 (100,0)		
YAB			$\chi^2=23,0$	<,001
Var	99 (33,0)	0 (0)		
Yok	201 (67,0)	50 (100,0)		

(MDB: Major Depresif Bozukluk, DEHB:Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, YAB Yaygın Anksiyete Bozukluğu, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, KOKGB: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu, DB: Davranım Bozukluğu, ÖÖG: Özgül Öğrenme Güçlüğü, n:olgu sayısı, χ^2 :ki kare)

Tablo- 5: -Katılımcıların psikiyatrik tanı ve kullandığı ilaçların yüzdesi

Tanımlar	n(%)
MDB	75 (25,0)
DEHB	194 (64,7)
YDDB	0 (0,0)
OKB	20 (6,7)
ÖÖB	4 (1,3)
DB	16 (5,3)
KOKGB	6 (2,0)
Tik Bozukluğu	9 (3,0)
Sosyal fobi	13 (4,3)
YAB	99(33,0)
PB	0 (0,0)
Diğer	

Trikotillomani,	6 (2,0)
TSSB	9 (3,0)
AN	5 (1,7)
Deri Yolma Bozukluğu	1 (0,3)
Selektif Mutizm	1 (0,3)

(YDDDB:Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu, OKB: Obsessif Kompulsif Bozukluk, ÖÖB:Özel Öğrenme Bozukluğu, DB:Davranım Bozukluğu, KOKGB:Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu, YAB:Yaygın Anksiyete Bozukluğu, PB: Panik Bozukluk, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu,AN: Anoreksiya Nervosa, n: olgu sayısı).

İlaçlar	n(%)
AP	85 (28,3)
AD	162 (54,0)
BZN	4 (1,3)
DDD	0 (0,0)
Antikolinerjik	0 (0,0)
Uyarıcı	165 (55,0)
Uyarıcı olmayan	30 (10,0)

(AP:Antipsikotik, AD:Antidepresan, BZN: Benzodiazepin, DDD: Duygudurum Düzenleyiciler)

Katılımcıların psikiyatrik tanı ve kullandığı ilaçlarla ilgili veriler **Tablo 4** ve **Tablo 5** 'te özetlenmiştir. Katılımcıların %25'i (n=75) MDB, %64,7'si (n=194) DEHB, % 6,7'si (n=20) OKB, %1,3'ü (n=4) ÖÖB, %5,3'ü (n=16) DB, %2,0'ı (n=6)'si KOKGB, %3,0'ü (n=9) TİK BOZ, %4,3'ü (n=13) Sosyal Fobi, %33'ü (n=99) YAB tanısı almıştır. Katılımcılardan YDDDB ve PB tanısı alan yoktur. Katılımcıların %2,0'ı (n=6), Trikotillomani, %3,0'ı (n=9), %1,7'si (n=5) TSSB, %0,3'ü (n=1)

AN, %0,3'ü (n=1) Deri yolma boz ve %0,3'ü (n=1) Mutizm olmak üzere diğer psikiyatrik bozukluk tanısı almıştır.

Katılımcıların kullandıkları ilaçlar sırasıyla %55 (n=165) Uyarıcı, %54 (n=162) Antidepresan, %28,3 (n=85) Antipsikotik, %10 (n=30) uyarıcı olmayan, %1,3 (n=4) Benzodiazepin'dir. Antikolinerjik ve Duygudurum Düzenleyici ilaç kullanan katılımcı bulunmamaktadır.

3.3 DERS-P Ölçeğinin güvenirlik ve geçerlilik açısından değerlendirilmesi

Tablo- 6: Grupların Conners Ebeveyn ve Öğretmen T skorlarının karşılaştırılması

	Hasta	Kontrol	İstatistik	P
Conners Ebeveyn toplam, ort ± SS	38,47±18,75	16,08±15,63	t= 9,097	< ,001
Conners Ebeveyn KOKG, ort ± SS	9,49 ±5,06	4,42 ± 3,99	t= 7,975	< ,001
Conners Ebeveyn BP/Dikkatsizlik, ort ± SS	22,39±10,69	9,22 ± 8,51	t= 9,733	< ,001
Conners Ebeveyn Hiperaktivite, ort ± SS	6,60 ± 5,61	2,44 ± 4,83	t= 5,5	< ,001
Conners Öğretmen toplam, ort ± SS	26,02±12,51	14,9 ± 7,29	t= 8,831	< ,001
Conners Öğretmen Dikkat Eksikliği/Edilgenlik, ort ± SS	8,58 ± 4,51	4,06 ± 2,90	t=9,312	< ,001
Conners Öğretmen Hiperaktivite, ort ± SS	5,59 ± 4,10	3,02 ± 2,12	t= 6,728	< ,001

Conners Öğretmen Davranım Bozukluğu, ort ± SS	7,28 ± 4,01	4,84 ± 2,86	t= 5,230	< ,001
Conners Öğretmen Diğer, ort ± SS	4,57 ± 2,57	2,98 ± 1,95	t= 5,062	< ,001

(ort: ortalama, SS: standart sapma,t: t testi)

Tablo 6, hasta ve sağlıklı kontrol grubundaki olguların hem ebeveynleri, hem de öğretmenleri tarafından değerlendirilen Conners Ölçeği Ebeveyn ve Conners Ölçeği Öğretmen formu T skorları gruplar arasında karşılaştırılmıştır.

Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği toplam puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. ($p < ,001$). Hasta grubun Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği Toplam Puanı ($38,47 \pm 18,75$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($16,08 \pm 15,63$).

Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği KOKG (Karşıt Olma Karşıt Gelme) alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < ,001$). Hasta grubun Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği KOKG alt boyutu puanı ($9,49 \pm 5,06$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($4,42 \pm 3,99$).

Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği BP/Dikkatsizlik alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < ,001$). Hasta grubun Conners Ebeveyn Ölçeği BP/Dikkatsizlik alt boyutu puanı ($22,39 \pm 10,69$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($9,22 \pm 8,51$).

Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği Hiperaktivite alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < ,001$). Hasta grubun Conners Ebeveyn

Derecelendirme Ölçeği Hiperaktivite alt boyutu puanı ($6,60 \pm 5,61$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($2,44 \pm 4,83$).

Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği toplam puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<,001$). Hasta grubun Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Toplam Puanı ($26,02 \pm 12,51$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($14,9 \pm 7,29$).

Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Dikkat Eksikliği/Edilgenlik alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<,001$). Hasta grubun Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Dikkat Eksikliği/Edilgenlik alt boyut puanı ($8,58 \pm 4,51$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($4,06 \pm 2,90$).

Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Hiperaktivite alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<,001$). Hasta grubun Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Hiperaktivite alt boyut puanı ($5,59 \pm 4,10$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır ($3,02 \pm 2,12$).

Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Davranım Bozukluğu alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<,001$). Hasta grubun Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Davranım Bozukluğu alt boyut puanı ($7,28 \pm 4,01$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($4,84 \pm 2,86$).

Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Diğer alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($t=5,062$ $p<,001$). Hasta grubun Conners Ölçeği Öğretmen Diğer alt boyut puanı ($4,57 \pm 2,57$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($2,98 \pm 1,95$).

Tablo-7: ÇADÖ-Y Ebeveyn ölçeği T skorlarının hasta ve kontrol grubuna göre karşılaştırılması.

	Hasta	Kontrol	İstatistik	P
ÇADÖY Ebeveyn AK, ort $\pm$ SS	5,33 $\pm$ 4,02	3,14 $\pm$ 3,08	t= 4,44	< ,001
ÇADÖY Ebeveyn SK, ort $\pm$ SS	4,19 $\pm$ 3,16	2,48 $\pm$ 2,75	t= 3,594	< ,001
ÇADÖY Ebeveyn OKB, ort $\pm$ SS	5,17 $\pm$ 4,35	3,04 $\pm$ 3,54	t= 3,276	,001
ÇADÖY Ebeveyn PB, ort $\pm$ SS	3,71 $\pm$ 4,66	1,38 $\pm$ 2,08	t= 5,838	< ,001
ÇADÖY Ebeveyn YAB, ort $\pm$ SS	14,26 $\pm$ 8,47	8,70 $\pm$ 6,18	t= 5,55	< ,001
ÇADÖY Ebeveyn MDB, ort $\pm$ SS	11,60 $\pm$ 7,48	5,36 $\pm$ 4,87	t= 7,679	< ,001
ÇADÖY Ebeveyn toplam, ort $\pm$ SS	44,25 $\pm$ 27,54	24,10 $\pm$ 18,91	t= 6,476	< ,001

(ÇADÖ: Çocukluk Çağı Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, AK: Ayrılık Kaygısı,SK:Sosyal kaygı,PB: Panik Bozukluk YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk,MDB:Major Depresif Bozukluk)

Tablo 7 ve 8'de hasta ve sağlıklı kontrol grubundaki olguların hem olgular tarafından hem de ebeveynleri tarafından doldurulmuş

Yenilenmiş Çocukluk Çağı Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinin T skorları incelenmiştir.

ÇADÖ-Y Ölçeği Ebeveyn toplam puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < ,001$). Hasta grubun ÇADÖY Ölçeği Ebeveyn Toplam Puanı ($44,25 \pm 27,54$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($24,10 \pm 18,91$).

ÇADÖ-Y Ölçeği Ebeveyn AK alt boyut puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < ,001$). Hasta grubun ÇADÖ-Y Ölçeği Ebeveyn AK alt boyut puanı ($5,33 \pm 4,02$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($3,14 \pm 3,08$).

ÇADÖ-Y Ölçeği Ebeveyn SK alt boyut puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < ,001$). Hasta grubun ÇADÖ-Y Ölçeği Ebeveyn SK alt boyut puanı ($4,19 \pm 3,16$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($2,48 \pm 2,75$).

ÇADÖ-Y Ölçeği Ebeveyn OKB alt boyut puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < ,001$). Hasta grubun ÇADÖ-Y Ölçeği Ebeveyn OKB alt boyut puanı ($5,17 \pm 4,35$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($3,04 \pm 3,54$).

ÇADÖ-Y Ölçeği Ebeveyn PB alt boyut puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < ,001$). Hasta grubun ÇADÖ-Y Ölçeği Ebeveyn PB alt boyut puanı ($3,71 \pm 4,66$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($1,38 \pm 2,08$).

ÇADÖ-Y Ölçeği Ebeveyn YAB alt boyut puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < ,001$). Hasta grubun ÇADÖ-Y Ölçeği Ebeveyn YAB alt boyut puanı ($14,26 \pm$

8,47) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($8,70 \pm 6,18$).

ÇADÖ-Y Ölçeği Ebeveyn MDB alt boyut puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < ,001$). Hasta grubun ÇADÖY Ölçeği Ebeveyn MDB alt boyut puanı ($11,60 \pm 7,48$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($5,36 \pm 4,87$).

Tablo-8: ÇADÖ-Y Çocuk ölçeği T puanlarının hasta ve kontrol grubuna göre karşılaştırılması

	Hasta	Kontrol	İstatistik	P
ÇADÖY Çocuk AK, ort $\pm$ SS	$5,73 \pm 3,83$	$3,90 \pm 3,14$	$t= 3,201$	,001
ÇADÖY Çocuk SK, ort $\pm$ SS	$5,20 \pm 7,72$	$3,08 \pm 3,1$	$t= 4,354$	< ,001
ÇADÖY Çocuk OKB, ort $\pm$ SS	$7,35 \pm 4,60$	$4,56 \pm 3,31$	$t= 5,191$	< ,001
ÇADÖY Çocuk PB, ort $\pm$ SS	$5,95 \pm 5,35$	$2,78 \pm 3,86$	$t= 5,053$	< ,001
ÇADÖY Çocuk YAB, ort $\pm$ SS	$17,46 \pm 9,27$	$12,06 \pm 7,70$	$t= 4,445$	< ,001
ÇADÖY Çocuk MDB, ort $\pm$ SS	$14,3 \pm 8,6$	$7,84 \pm 7,21$	$t= 5,693$	< ,001
ÇADÖY Çocuk toplam, ort $\pm$ SS	$55,99 \pm 30,22$	$34,22 \pm 23,49$	$t= 5,802$	< ,001

(ÇADÖ: Çocukluk Çağı Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, AK: Ayrılık Kaygısı, SK: Sosyal kaygı, PB: Panik Bozukluk YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, MDB: Major Depresif Bozukluk)

ÇADÖ-Y Ölçeği Çocuk toplam puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < ,001$). Hasta grubun ÇADÖ-Y Ölçeği Çocuk Toplam Puanı ($55,99 \pm 30,22$) kontrol

grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($34,22 \pm 23,49$).

ÇADÖ-Y Ölçeği Çocuk AK alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < ,001$). Hasta grubun ÇADÖ-Y Ölçeği Çocuk AK alt boyut puanı ($5,73 \pm 3,83$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($3,90 \pm 3,14$).

ÇADÖ-Y Ölçeği Çocuk SK alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < ,001$). Hasta grubun ÇADÖ-Y Ölçeği Çocuk SK alt boyut puanı ($5,20 \pm 7,72$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($3,08 \pm 3,1$).

ÇADÖ-Y Ölçeği Çocuk OKB alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < ,001$). Hasta grubun ÇADÖ-Y Ölçeği Çocuk OKB alt boyut puanı ($7,35 \pm 4,60$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($4,56 \pm 3,31$).

ÇADÖ-Y Ölçeği Çocuk PB alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < ,001$). Hasta grubun ÇADÖ-Y Ölçeği Çocuk PB alt boyut puanı ($5,95 \pm 5,35$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($2,78 \pm 3,86$).

ÇADÖ-Y Ölçeği Çocuk YAB alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < ,001$). Hasta grubun ÇADÖ-Y Ölçeği Çocuk YAB alt boyut puanı ($17,46 \pm 9,27$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($12,06 \pm 7,70$).

ÇADÖ-Y Ölçeği Çocuk MDB alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < ,001$). Hasta grubun ÇADÖ-Y Ölçeği Çocuk MDB alt boyut puanı ($55,99 \pm$

30,22) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($34,22 \pm 23,49$).

Tablo -9: DDGÖ ölçeği T skorlarının hasta ve kontrol grubuna göre Karşılaştırılması

	Hasta	Kontrol	İstatistik	P
DDGÖ Netlik, ort $\pm$ SS	$2,98 \pm 2,53$	$1,52 \pm 1,55$	$t= 5,521$	<,001
DDGÖ Hedefler, ort $\pm$ SS	$6,42 \pm 3,69$	$3,7 \pm 2,93$	$t= 5,833$	<,001
DDGÖ Dürtü, ort $\pm$ SS	$4,73 \pm 3,93$	$1,98 \pm 2,67$	$t= 6,239$	<,001
DDGÖ Strateji, ort $\pm$ SS	$7,4 \pm 5,82$	$4,18 \pm 4,56$	$t= 4,431$	<,001
DDGÖ Kabul etmeme, ort $\pm$ SS	$3,75 \pm 2,56$	$2,36 \pm 2,56$	$t= 3,368$	,001
DDGÖ toplam, ort $\pm$ SS	$25,27 \pm 15,96$	$13,74 \pm 11,78$	$t= 6,059$	<,001

(ort: ortalama, SS: standart sapma, n: olgu sayısı, DDGÖ –Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, t: t testi)

Tablo 9’da hasta ve sağlıklı kontrol grubu DDGÖ (Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği) T skorları açısından karşılaştırılmıştır.

DDGÖ Ölçeği toplam puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<,001$). Hasta grubun DDGÖ Ölçeği Toplam Puanı ($25,27 \pm 15,96$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($13,74 \pm 11,78$).

DDGÖ Ölçeği Netlik alt boyut puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<,001$). Hasta grubun DDGÖ Ölçeği Netlik alt boyut puanı ($2,98 \pm 2,53$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır ($1,52 \pm 1,55$).

DDGÖ Ölçeği Hedefler alt boyut puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < ,001$). Hasta grubun DDGÖ Ölçeği Hedefler alt boyut puanı ($6,42 \pm 3,69$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($3,7 \pm 2,93$).

DDGÖ Ölçeği Dürtü alt boyut puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < ,001$). Hasta grubun DDGÖ Ölçeği Dürtü alt boyut puanı ($4,73 \pm 3,93$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($1,98 \pm 2,67$).

DDGÖ Ölçeği Strateji alt boyut puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < ,001$). Hasta grubun DDGÖ Ölçeği Strateji alt boyut puanı ($7,4 \pm 5,82$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($4,18 \pm 4,56$).

DDGÖ Ölçeği Kabul Etmeme alt boyut puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($t=3,368$ $p < ,001$). Hasta grubun DDGÖ Ölçeği Kabul Etmeme alt boyut puanı ($3,75 \pm 2,56$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($2,36 \pm 2,56$).

Tablo- 10: DERS-P ölçeği T skorlarının hasta ve kontrol grubuna göre karşılaştırılması

	Hasta	Kontrol	İstatistik	P
DERSP Maksimal, ort $\pm$ SS	$33,9 \pm 12,3$	$2,04 \pm 8,8$	$t= 7,577$	<,001
DERSP Negatif İkincil, ort $\pm$ SS	$18,71 \pm 7,33$	$14,32 \pm 5,98$	$t= 4,645$	<,001

DERSP Uyumlu, ort $\pm$ SS	14,17 $\pm$ 5,26	11,98 $\pm$ 4,09	t= 3,353	,001
DERSP Dikkat dağ, ort $\pm$ SS	12,77 $\pm$ 4,78	9,04 $\pm$ 4,24	t= 5,194	<,001
DERSP toplam, ort $\pm$ SS	79,56 $\pm$ 23,35	58,38 $\pm$ 17,72	t= 7,442	<,001

(ort: ortalama, SS: standart sapma, n: olgu sayısı, t: t testi, DERS-P Duygu Düzenlemede Güçlükler  l eği Ebeveyn Formu)

Tablo 10'da hasta ve sağlıklı kontrol grubu DERS-P T skorları açısından kar ıla tırılmı tır.

DERSP  l eği Alt gruplarına göre hasta ve kontrol grubu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. **DERSP Maximal  l ek alt grubundan alınan toplam puan hasta grupta (33,9 $\pm$ 12,3) kontrol grubuna göre (23,04 $\pm$ 8,8) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (p< ,001).**

DERSP Negatif  l ek alt grubundan alınan toplam puan hasta grupta (18,71 $\pm$ 7,33) kontrol grubuna göre (14,32 $\pm$ 5,98) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (p< ,001).

DERSP Uyumlu  l ek alt grubundan alınan toplam puan hasta grupta (14,17 $\pm$ 5,26) kontrol grubuna göre (11,98 $\pm$ 4,09) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (p< ,001).

DERSP Dikkat Dağınıklığı  l ek alt grubundan alınan toplam puan hasta grupta (12,77 $\pm$ 4,78) kontrol grubuna göre (9,04 $\pm$ 4,24) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (p< ,001).

DERSP  l eği toplam puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p< ,001). Hasta grubun DERSP  l eği Toplam Puanı (79,56 $\pm$ 23,35) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (58,38 $\pm$ 17,72).

Tablo-11: DDGÖ ve DERS-P  l ekleri arasındaki pearson korelasyon katsayıları

		DDGÖ toplam	DERSP Maksimal	DERSP Neg İkincil	DERSP Uyuml u	DERSP Dikkat dağ	DERSP P toplam
DDGÖ toplam							
	Pearson r	1	,472*	,413*	,101	0,428*	0,483*
	p değeri		<,001	<,001	,06	<,001	<,001
	N		350	350	350	350	350

(DDGÖ Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, DERSP Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Ebeveyn Formu)

DDGÖ Ölçeği toplam puanı ile DERS-P Toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir bağıntı saptanmıştır ($r=0,483$, $p < ,001$). DDGÖ toplam puanı arttıkça DERS-P toplam puanı artmaktadır.

DDGÖ Ölçeği toplam puanı ile DERS-P Ölçeği Alt Gruplarında DERSP Maximal puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir bağıntı saptanmıştır ($r=0,472$, $p < ,001$). DDGÖ toplam puanı arttıkça DERS-P Maximal puanı artmaktadır.

DDGÖ Ölçeği toplam puanı ile DERS-P Ölçeği Alt Gruplarında DERSP Negatif İkincil puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir bağıntı saptanmıştır ($r=0,413$, $p < ,001$). DDGÖ toplam puanı arttıkça DERS-P Negatif İkincil puanı artmaktadır.

DDGÖ Ölçeği toplam puanı ile DERS-P Ölçeği Alt Gruplarında DERSP Uyumlu puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir bağıntı saptanmıştır ve bu bağıntı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=0,101$, $p= ,06$).

DDGÖ Ölçeği toplam puanı ile DERS-P Ölçeği Alt Gruplarında DERSP Dikkat Dağınıklığı puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir bağıntı saptanmıştır ($r=0,428$, $p < ,001$). DDGÖ toplam puanı arttıkça DERS-P Dikkat Dağınıklığı puanı artmaktadır.

Tablo- 12: Temel Bileşen analizi kullanılarak DERS-P öğelerinin geçerlilik ve güvenirlik puanları

	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
DERSP21	,814			
DERSP27	,810			
DERSP28	,798			
DERSP14	,772			
DERSP23	,715			
DERSP29	,710			
DERSP10	,699			
DERSP25	,683			
DERSP13	,660			
DERSP18	,621		,361	
DERSP12	,572			
DERSP5r		,790		
DERSP4r		,774		
DERSP2r		,772		
DERSP6r		,767		
DERSP1r		,648		
DERSP7r		,602		
DERSP17r		,394		
DERSP9			,697	
DERSP16			,693	
DERSP20			,643	
DERSP19r			,499	,430
DERSP8				,761

DERSP3				,699
DERSP26	,381			,590
DERSP11				,585
DERSP24	,354			,559
DERSP15				,546
DERSP22	,456			,469
Total variance explained	38,076	12,470	5,786	4,118
Eigenvalue	11,042	3,616	1,678	1,194
Chronbach's alpha	0,932	0,812	0,549	0,913
Doğrudan oblimin döndürme ile Temel Bileşen analizi. Faktör yükleri >0,35 olan maddeler gösterilmiştir.				

Tablo 12’de Temel Bileşen analizi kullanılarak DERS-P öğelerinin geçerlilik ve güvenirlik puanları değerlendirilmiştir.

Uyarlanan ölçek formundan elde edilen verilerin faktör analizine uygun olup olmadığı Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve Barlett testi ile değerlendirilmiştir. (KMO=0,928, Barlett Chi Square 6213,9, serbestlik derecesi=406, $p<,001$). Ölçek KMO ve Barlett değerlerine göre faktör analizine uygun kabul edilmiştir.

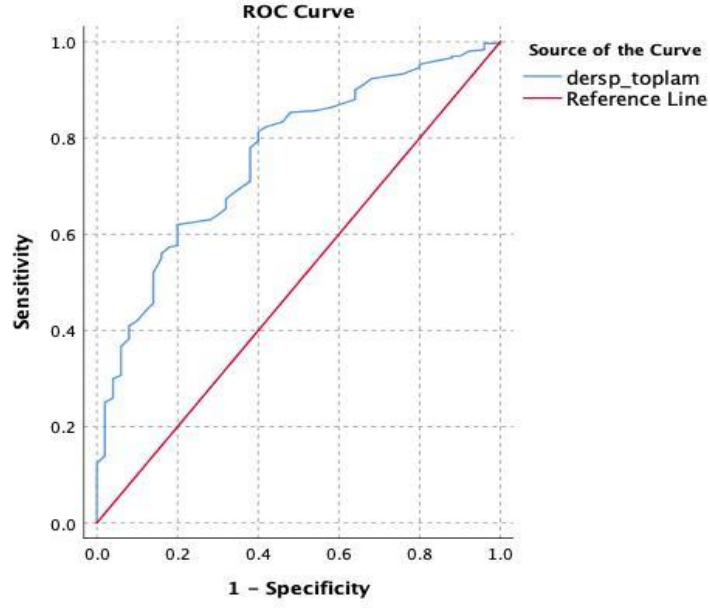
Ölçeğin Türkçeye uyarlanan formunun faktör analizinin yapılabilmesi için uygun olduğu tespit edildikten sonra faktörleşme yöntemi olarak Temel Bileşenler analizi (principal components analysis) ve döndürme yöntemi olarak direct oblimin yöntemi kullanılarak açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Birinci faktör varyansın % 38,0’ını, ikinci faktör % 12,4’ünü, üçüncü faktör % 5,7 sini ve dördüncü faktör %4,1 ini açıklamak üzere toplam varyans %60,4 tür.

21, 27, 28, 14, 23, 29, 10, 25, 13, 18 ve 12. maddeler **birinci faktörde** 5, 4, 2, 6, 1, 7 ve 17. maddeler **ikinci faktörde**, 9, 16, 20 ve 19. maddeler **üçüncü faktörde**, 8, 3, 26, 11, 24, 15 ve 22. maddeler **dördüncü faktör** altında toplanmıştır.

Ölçeğin birinci alt boyutunun **cronbach alfa katsayısı 0,911**, **ikinci** boyutunun cronbach alfa katsayısı **0,848**, **üçüncü** boyutunun cronbach alfa katsayısı **0,821** ve **dördüncü** alt boyutunun cronbach alfası **0,858** olup **ölçeğin tamamının cronbach alfa katsayısının 0,931** bulunmuştur. Cronbach alfa değerinin 0,00 ile 0,40 arasında bulunması ölçüm aracının güvenilir olmadığını, 0,41 ile 0,60 aralığında bulunması güvenilirliğin düşük düzeyde, 0,61 ile 0,80 aralığında bulunması orta düzeyde, 0,81 ile 1,00 aralığında bulunması ise yüksek düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır. Cronbach alfa değerinin >0,81 olması ölçeğin yüksek düzeyde güvenilirlik kanıtını gösterir.

3.4 Ölçeğin Roc Analizi ve Kesme puanlar



Şekil -1: DERS-P toplam puan ROC analizleri

(70,5 kesim değeri için **duyarlılık %62,5** ve **özellik %80**'dir. **EAA= 0,761**)

DERS-P Ölçeğinin Roc Analizi ve Kesme puanları (Şekil 1).

ROC(Receiver Operator characteristics Curve) analizinde eğri altında kalan alan **0,761** olup; uyarlanan ölçeğin orta düzeyde ölçüm yaptığını göstermektedir. Hasta ve kontrol grubu örnekleme için **%62,5 duyarlılık** ve **%80 özelliğe, kesme puanı 70,5** saptanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamızda Nora Bunford ve arkadaşları tarafından oluşturulan DERS-P ölçeği Türkçeye çevrilerek güvenirlik ve geçerlilik analizine tabi tutulmuştur. Bu araştırmadaki amacımız, Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün (DDG) bir ölçüsü olan DERS-P'yi Türkçeye uyarlamak için psikometrik özelliklerini değerlendirmektir. Çalışmamızda DERS-P'nin faktör yapısını, iç tutarlılığını, kriter, yapı ve ayırtedici geçerliliğinin kanıtını inceledik. İç tutarlılık güvenirliği incelemesi sonucunda, DERS-P'nin güvenilir bir ölçek olduğu görülmüştür. Duygu Düzenleme Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) alt ölçekleri kriter olarak kabul edildiğinde anlamlı korelasyon görülmesinden dolayı DERS-P'nin kriter geçerliliğinin sağlandığı kabul edilmiştir. Temel Bileşen analizi yapılarak yapı geçerliliği, KSADS (Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu), ÇADÖ-Y Ebeveyn ve Çocuk formu (Yenilenmiş Çocuk Anksiyete ve Depresyon Ölçeği), Conners Ebeveyn ve Öğretmen derecelendirme Formu kullanılarak ayırtedici geçerliliğin sağlandığı kabul edilmiştir. Genel olarak, DERS-P kabul edilebilir güvenirlik ve geçerlilik kanıtı göstermiştir.

DERS-P, ergen örneklemelerinde güvenirlik ve geçerlilik kanıtları sergileyen orijinal kişisel bildirim DERS'nin maddelerinin yeniden ifade edilmesiyle geliştirilmiştir (124). Bu çalışmada DDG'nün belirli yönlerinin doğrudan gözlemlenebilir olduğu, bazılarının yalnızca çıkarım yapılabileceği ve diğerlerinin büyük ölçüde içsel olduğu göz önüne alındığında, öz-rapor ve ebeveyn-rapor formlarının aynı faktör yapısına sahip olmayacağı hipotezi kurulmuş ve çalışmanın bulgularıyla desteklenmiştir. Öz-bildirim ölçüsüne benzer şekilde, belirli bir zaman çerçevesi olmadan ergen DDG'nün ebeveyn algılarını değerlendirmek için uyarlanmıştır.

Bulguların Ergenlerde Duygu Düzenlemede Güçlükler ölçeğinin Ebeveyn Formu'nun Geçerliliği Bakımından Değerlendirilmesi

Çalışmamızda DERS-P ölçeğinin geçerlilik analizi yapı, kriter, ayırtedici geçerliliği bakımından incelenmiştir.

Uyarlama çalışmasını yaparken ölçeğin yapı geçerliliğini test etmek için, Temel Bileşenler Yöntemi ve Direk Oblimin Döndürme yöntemi kullanılmıştır. Elde edilen verilerin faktör analizine uygun olup olmadığı Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve Barlett testi ile değerlendirilmiştir. KMO değeri örneklem büyüklüğünün yeterliliğini değerlendirmede kullanılırken, Barlett testi ise değişkenler arasında ilişki varlığını saptamada kullanılmıştır. KMO değeri 0.620'dan yüksek ve Bartlett testinin anlamlı çıkması verilerin faktör analizi için uygun olduğunu gösterir. (KMO=0,928, Barlett Chi Square 6213,9, serbestlik derecesi=406, $p=0,000$). Ölçek KMO ve Barlett değerlerine göre faktör analizine uygun kabul edilmiştir.

Ölçeğin Türkçeye uyarlanmasında faktörleşme yöntemi olarak Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve döndürme yöntemi olarak direct oblimin yöntemi kullanılarak açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Bu analiz yöntemi, ölçeğin araştırılması hedeflenen durumla alakalı alanları hangi ölçüde kapsadığını ortaya çıkarmaktadır. Maddeler arasındaki ilişkilerin incelenir ve birbirleriyle çok yüksek ilişkili bulunan maddeler toplusu bir araya getirilerek faktörler oluşturulur. Faktörlerin ortaya çıkmasında temel bileşenler tekniği ve okunurluğu artırmak için döndürme teknikleri kullanılır (131).

Bizim çalışmamızda Açıklayıcı faktör analizi uygulanarak çoklu değişkeni ifade eden 29 maddenin faktör yükleri araştırılmıştır. Bu uygulama sonucunda maddelerin dört faktör (maximal boyutu, negatif ikincil boyutu, uyumlu boyutu ve dikkati dağılmış boyutu) altındaki dağılımları esas alınarak özgün yapı ile olan benzerlik ve farklılıkları ortaya konmaya çalışılmıştır. Birinci faktör varyansın % 38,0'ını, ikinci

faktör % 12,4'ünü, üçüncü faktör % 5,7 sini ve dördüncü faktör %4,1 ini açıklamak üzere toplam varyans %60,4 tür. Maddelerin faktörle olan ilişkisini açıklayan faktör yük değerinin 0,30 veya üstü olması beklenmektedir. Faktör yük değerinin 0,30 ile 0,59 arasındaki bulunması maddeler arası ilişkinin orta düzeyde, 0,60 ve üstü değerler ise yüksek düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır.

Orijinal DERS-P'nin faktör yapısı ile ilgili olarak, Çalışma 1'de dört faktörlü bir çözüm elde edilmiş ve Çalışma 2'deki DEHB örneklemini ile doğrulanmıştır. Faktörler, olumsuz duygular üzerinde kontrolü kaybetme ve bunalmış hissetme ile ilgili maddelerle “maximal”, olumsuz ikincil duygular sergileme eğilimi ile ilgili maddelerle “olumsuz İkincil”, duyguların farkındalığını veya netliğini yansıtan “Uyumlu” ve güçlü duygular karşısında odaklanma ya da görevleri tamamlama güçlüğünü yansıtan maddeler “Dikkati dağılmış” alt boyutunda toplanmıştır. Her faktör, çalışmalar arasında kabul edilebilir iç tutarlılık göstermiştir. Tüm faktörler birbiriyle orta büyüklükte ilişkili bulunmuştur. Orijinal DERSP'de tüm maddelerin 0,45 veya daha büyük bir standartlaştırılmış faktör yükü tahmini vardı, bu da yeterli uyum sonucunu destekliyordu. Bizim çalışmamızda faktör yük değeri 0,35 ve daha yüksek olan maddeler ele alınmıştır, faktör yükünün 0,30-0,59 arasında bulunması faktörler arasında orta derecede uyum olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda birinci faktör varyansın % 38,0'ını, ikinci faktör % 12,4'ünü, üçüncü faktör % 5,7 sini ve dördüncü faktör %4,1' ini açıklamak üzere toplam varyans %60,4 tür.

Açıklayacak olursak, 21, 27, 28, 14, 23, 29, 10, 25, 13, 18 ve 12. maddeler birinci faktörde, 5, 4, 2, 6, 1, 7 ve 17. maddeler ikinci faktörde, 9,16, 20 ve 19. maddeler üçüncü faktörde, 8, 3, 26, 11, 24, 15 ve 22. maddeler dördüncü faktör altında toplanmıştır.

Kriter geçerliliği ölçekteki maddelerden elde edilen puan ile başka bir ölçek arasındaki aynı zamandaki veya gelecekteki ilişkiyi incelemektedir. Kriter geçerliliği aynı zamanda hem de ölçeğin

güvenirliliğine katkısı sağlamaktadır. İki alt grubu bulunmaktadır. Bunlardan ilki 'eşzamanlı geçerlilik, olup ölçek maddeleri arasında aynı zamandaki ilişkiyi , diğeri ise ön kestirim geçerliliği olup gelecekteki' ilişkiyi incelemektedir. Eşzamanlı geçerlilik (concurrent validity) geçerliliği test edilmekte olan ölçekle, aynı alanda kullanılmakta olan ve geçerliliği daha önceden çalışılmış başka bir ölçek arasındaki ilişkinin incelenmesidir (132). Biz çalışmamızda eş zamanlı geçerliliği inceledik. Duygu Düzenleme Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) alt gruplar kriter olarak kabul edilmiş ve DERSP ölçeğinin kriter geçerliliği yapılmıştır. DDGÖ Ölçeği toplam puanı ile DERSP Toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir bağıntı saptanmıştır. DDGÖ toplam puanı arttıkça DERSP toplam puanı artmaktadır. DDGÖ Ölçeği toplam puanı ile DERSP Ölçeği Alt Gruplarında DERSP Maximal, negatif ikincil, dikkat dağınıklığı puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir bağıntı saptanmıştır. DDGÖ toplam puanı arttıkça DERSP Maximal, DERSP Negatif İkincil, DERSP Dikkat Dağınıklığı puanı artmaktadır. DDGÖ Ölçeği toplam puanı ile DERSP Ölçeği Alt Gruplarından DERSP Uyumlu puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir bağıntı saptanmıştır. Bu doğrultuda DERSP ölçeğinin kriter geçerliliği sağlandığı belirtilebilir. Çalışmamızla uyumlu olarak Nura Bunford ve arkadaşlarının yaptığı orijinal çalışmada DERS-P ile DDGÖ ve ERICA (Çocuk ve Ergenler için duygu düzenleme indeksi) arasındaki ilişkiler incelenmiş ve küçük ila orta büyüklükte ilişki bulunmuştur (124).

Ayırt Edici Geçerlilik

Bu geçerlilik alt tipi, ölçülen durumla ilişkili olmadığı düşünülen değişkenlerle ölçek arasındaki uyumsuzluğu incelemektedir (112).

DERS-P ölçeği puanlarının, belirli bir ilgili KSADS tanısı olan ve olmayan katılımcıları ayırt etme yeteneğini değerlendirdik (örneğin, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Major Depresif Bozukluk, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu). Ayrıca gruplar Connors Ebeveyn ve Öğretmen derecelendirme ölçeği, ÇADÖ-Y Ebeveyn ve Çocuk (Çocuk

Anksiyeye ve Depresyon Ölçeği) , Duygu Düzenlem Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) toplam ve alt boyut puanları açısından karşılaştırıldı.

DERS-P Ölçeği Alt gruplarına göre hasta ve kontrol grubu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. DERS-P Maximal ölçek alt grubundan alınan toplam puan hasta grupta ($33,9 \pm 12,3$) kontrol grubuna göre ($23,04 \pm 8,8$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. DERS-P Negatif ölçek alt grubundan alınan toplam puan hasta grupta ($18,71 \pm 7,33$) kontrol grubuna göre ($14,32 \pm 5,98$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. DERS-P Uyumlu ölçek alt grubundan alınan toplam puan hasta grupta ($14,17 \pm 5,26$) kontrol grubuna göre ($11,98 \pm 4,09$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. DERS-P Dikkat Dağınıklığı ölçek alt grubundan alınan toplam puan hasta grupta ($12,77 \pm 4,78$) kontrol grubuna göre ($9,04 \pm 4,24$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. DERS-P Ölçeği toplam puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun DERS-P Ölçeği Toplam Puanı ($79,56 \pm 23,35$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($58,38 \pm 17,72$).

Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği toplam puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği Toplam Puanı ($38,47 \pm 18,75$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($16,08 \pm 15,63$). Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği Karşıt Olma Karşıt Gelme (KOKG) alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği KOKG alt boyutu puanı ($9,49 \pm 5,06$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($4,42 \pm 3,99$). Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği BP/Dikkatsizlik alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun Conners Ebeveyn Ölçeği BP/Dikkatsizlik alt boyutu puanı ($22,39 \pm 10,69$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($9,22 \pm 8,51$) Conners Ebeveyn

Derecelendirme Ölçeği Hiperaktivite alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak Hasta grubun Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği Hiperaktivite alt boyutu puanı ($6,60 \pm 5,61$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha anlamlı fark vardır. yüksektir ($2,44 \pm 4,83$). Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği toplam puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Toplam Puanı ($26,02 \pm 12,51$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($14,9 \pm 7,29$). Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Dikkat Eksikliği/Edilgenlik alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Dikkat Eksikliği/Edilgenlik alt boyut puanı ($8,58 \pm 4,51$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($4,06 \pm 2,90$). Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Hiperaktivite alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Hiperaktivite alt boyut puanı ($5,59 \pm 4,10$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($3,02 \pm 2,12$). Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Davranım Bozukluğu alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Davranım Bozukluğu alt boyut puanı ($7,28 \pm 4,01$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($4,84 \pm 2,86$). Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Diğer alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Diğer alt boyut puanı ($4,57 \pm 2,57$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($2,98 \pm 1,95$).

ÇADÖ-Y (Çocuk Anksiyete ve Depresyon Ölçeği) Çocuk Formu toplam puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun ÇADÖ-Y Çocuk Formu Toplam Puanı

(55,99 $\pm$ 30,22) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (34,22 $\pm$ 23,49). ÇADÖ-Y Çocuk Formu Ayrılık Kaygısı (AK) alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun ÇADÖ-Y Çocuk Formu AK alt boyut puanı (5,73 $\pm$ 3,83) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (3,90 $\pm$ 3,14). ÇADÖ-Y Çocuk Formu Sosyal Kaygı (SK) alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun ÇADÖ-Y Çocuk Formu SK alt boyut puanı (5,20 $\pm$ 7,72) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (3,08 $\pm$ 3,1). ÇADÖ-Y Çocuk Formu Obsessif Kompulsif Bozukluk (OKB) alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun ÇADÖ-Y Çocuk Formu OKB alt boyut puanı (7,35 $\pm$ 4,60) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (4,56 $\pm$ 3,31). ÇADÖ-Y Çocuk Formu Panik Bozukluk (PB) alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun ÇADÖ-Y Çocuk Formu PB alt boyut puanı (5,95 $\pm$ 5,35) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (2,78 $\pm$ 3,86). ÇADÖ-Y Çocuk Formu Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun ÇADÖ-Y Çocuk Formu YAB alt boyut puanı (17,46 $\pm$ 9,27) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (12,06 $\pm$ 7,70). ÇADÖ-Y Çocuk Formu Major Depresif Bozukluk (MDB) alt boyutuna göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun ÇADÖ-Y Çocuk Formu MDB alt boyut puanı (55,99 $\pm$ 30,22) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (34,22 $\pm$ 23,49).

Duygu Düzenleme Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) toplam puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun DDGÖ Toplam Puanı (25,27 $\pm$ 15,96) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (13,74 $\pm$ 11,78). DDGÖ Netlik alt boyut puanına göre çalışma grupları açısından

istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun DDGÖ Netlik alt boyut puanı ($2,98 \pm 2,53$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($1,52 \pm 1,55$). DDGÖ Ölçeği Hedefler alt boyut puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun DDGÖ Hedefler alt boyut puanı ($6,42 \pm 3,69$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($3,7 \pm 2,93$). DDGÖ Dürtü alt boyut puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun DDGÖ Dürtü alt boyut puanı ($4,73 \pm 3,93$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($1,98 \pm 2,67$). DDGÖ Strateji alt boyut puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun DDGÖ Strateji alt boyut puanı ($7,4 \pm 5,82$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($4,18 \pm 4,56$). DDGÖ Kabul Etmeme alt boyut puanına göre çalışma grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun DDGÖ Ölçeği Kabul Etmeme alt boyut puanı ($3,75 \pm 2,56$) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($2,36 \pm 2,56$).

DERS-P ölçeğinin duyarlılığını, özgüllüğünü ve kesme noktalarını belirlemek için ROC (Receiver Operating Characteristic) analizi yaptık. Duyarlılık, bir testin gerçekten bozukluğa sahip olan bireyleri saptama yeteneğini ifade eder. Spesifiklik ise, testin değerlendirilen bozukluğa özgü olduğu ve diğer durumlardan dolayı pozitif sonuç vermediği anlamına gelir (133). ROC analizi, bozukluğu olan ve olmayan bireyleri ayırt etmek için en uygun kesme noktalarını seçmek için kullanılır. ROC eğrisinin altında kalan alan ne kadar büyük olursa, uyarlaması yapılmakta olan ölçüm aracının ayırma yeteneğinin istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı olduğunu gösterir. Ölçüm aracının ayırma yeteneğinin bulunmadığı durumda ROC eğrisi altındaki alanın beklenen değeri 0,50'dir. Mükemmel bir ölçüm aracında bu değer 1,00 olacaktır. Bu değer sıfır yanlış pozitif ve sıfır yanlış negatif anlamına gelmektedir. Ölçüm aracının, bu iki değer arasında bir alana sahip olması gerekmektedir. Açıklayacak olursak, 0,90-1,00 = mükemmel, 0,80-0,90

= iyi, 0,70-0,80 = orta, 0,60-0,70 = zayıf, 0,50-0,60 = başarısız olduğunu gösterir (134). Bizim çalışmamızda ROC analizinde eğri altında kalan alan 0,761 olup, uyarlanan ölçeğin orta düzeyde ölçüm yaptığını göstermektedir. Çalışmamızda DERS-P ölçeği için %62,5 duyarlılık ve %80 özgüllük, kesme puanı ise 70,5 saptanmıştır.

Bulguların DERS-P Ölçeğinin Güvenirliği Açısından Değerlendirilmesi.

DERS-P ölçeğinin güvenilirlik analizi, iç tutarlılık analizi yöntemi ile incelenmiştir. Ölçüm aracını oluşturan maddelerin birbiriyle ne ölçüde tutarlılık gösterdiğini belirlemek amacıyla maddeler arasındaki ilişki ölçülür. Güvenilirlik katsayısı 0 ile 1 arasında puanlanır. Bu oran 1'e ne kadar yaklaşırsa, güvenilirlik o kadar yüksek bulunmuş demektir (135).

Nura Bunford ve arkadaşlarının yaptığı orijinal çalışmada da DERS-P'nin tüm faktörleri kabul edilebilir iç tutarlılık göstermiştir. Faktör 1 (maksimal, 12 madde; $\alpha = ,93$), Faktör 2 (Negatif İkincil; 7 madde; $\alpha = ,88$), Faktör 3 (Uyumlu; 6 madde; $\alpha = ,88$), ve Faktör 4 (Dikkat dağınık; 4 madde; $\alpha = ,90$) olarak bulunmuştur (124).

DERS alt ölçekleri (Farkındalık (6 madde), Açıklık (5 madde), Hedefler (5 madde), Dürtü (6 madde), Kabul etmeme (6 madde) ve Stratejiler (8 madde), alanlar arasında sırasıyla ortaokul DEHB ve lise DEHB örneklerinde yeterli iç tutarlılık göstermiştir (yani, Farkındalık: $\alpha = ,61; ,74$; Netlik: $\alpha = ,62; ,74$. Hedefler: $\alpha = ,79; ,82$. Dürtü: $\alpha = ,82; ,84$; Kabul etmeme: $\alpha = ,86; ,88$ ve Stratejiler: $\alpha = ,85; ,91$) (53).

Bizim çalışmamızda Ölçeğin maximal alt boyutunun cronbach alfa katsayısı 0,911, negatif ikincil boyutunun cronbach alfa katsayısı 0,848, uyumlu boyutunun cronbach alfa katsayısı 0,821 ve dikkati dağılmış alt boyutunun cronbach alfası 0,858 olup ölçeğin tamamının cronbach alfa katsayısının 0,931 bulunmuştur. Cronbach alfa değerinin 0,00 ile 0,40 arasında bulunması ölçüm aracının güvenilir olmadığını, 0,41 ile 0,60 aralığında bulunması güvenilirliğin düşük düzeyde, 0,61 ile 0,80 aralığında bulunması orta düzeyde, 0,81 ile 1,00 aralığında bulunması

ise yüksek düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır. Bizim çalışmamızda DERS-P ölçeğinin cronbach alfa değerinin $>0,81$ olması yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir.

Orijinal çalışmanın bulgularıyla uyumlu olarak sonuçlarımız DERS-P'nin yeterli psikometrik özellikleri gösterdiğini ve ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir.

Bulguların yaş ve cinsiyet açısından değerlendirilmesi:

Nora Bunford ve ark. Tarafından DERS-P'nin güvenilirlik ve geçerliliği yaş ortalaması 13,52 olan 978 katılımcıdan oluşan birinci çalışma ve iki DEHB örneğinde yapılmıştır. 78 DEHB olgusundan oluşan 1.örnekte olguların yaş ortalaması 12,12; 206 DEHB olgusundan oluşan 2.örnekte yaş ortalaması 15,35 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda 300 hasta örnekleminin yaş ortalaması $14,1 \pm 2,1$. 50 kişilik sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması $13,7 \pm 2,2$ bulunmuştur. Cinsiyete göre karşılaştırıldığında çalışmamızda kadınlar hasta grupta katılımcıların %51,3'ünü kontrol grubundakilerin ise %46'sını oluşturmaktadır. Orijinal çalışmada ise Erkeklerin biraz daha yüksek bir yüzdesi vardı (% 51,2) . Boy ve kilo açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Eğitim durumu ve çalışma hayatı açısından gruplar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Katılımcıların kardeş sayısı ve anne sütü ile beslenme süreleri arasında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmamızın örneklemini %25'i (n=75) Major Depresif Bozukluk, %64,7'si (n=194) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, % 6,7'si (n=20) Obsessif Kompulsif Bozukluk, %1,3'ü (n=4) Özel Öğrenme Bozukluğu, %5,3'ü (n=16) Davranım Bozukluğu, %2,0'ı (n=6)'si Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu, %3,0'ü (n=9) Tik Bozukluğu, %4,3'ü (n=13) Sosyal Fobi, %33'ü (n=99) Yaygın Anksiyete Bozukluğu, %2,0'ı (n=6), Trikotillomani, %3,0'ı (n=9), %1,7'si (n=5) Travma Sonrası Stres

Bozukluğu, %0,3'ü (n=1) Anoreksiya Nervoza, %0,3'ü (n=1) Deri yolma boz ve %0,3'ü (n=1) Mutizm olmak üzere diğer psikiyatrik bozukluk tanısı alan olgulardan oluşmaktadır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak orijinal çalışmada özel eğitim ihtiyacı olan olgular da mevcuttu. Orijinal çalışmanın örnekleminin %55,1'inin nörogelişimsel bir bozukluğa, örneğin, Otizm Spektrum Bozukluğu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, bağlı olarak özel ihtiyaçları vardı. Akademik problemler nedeniyle %10,2 (öğrenme bozukluğu, konuşma gecikmesi), %22,05 tıbbi sorunlardan (örneğin: Kistik fibrozis, diyabet) ve %29,7'si yalnızca duygusal ve davranışsal bozukluklara (örneğin: anksiyete, depresyon) bağlıdır (124).

Katılımcıların kullandıkları ilaçlar sırasıyla %55 (n=165) Uyarıcı, %54 (n=162) Antidepresan, %28,3 (n=85) Antipsikotik, %10 (n=30) non-stimülan, %1,3 (n=4) Benzodiyazepin'dir. Antikolinerjik ve Duygudurum Düzenleyici ilaç kullanan katılımcı bulunmamaktadır.

Bulguların Aile Yapısı ve Ebeveynlerin Eğitim Düzeyi Açısından Değerlendirilmesi

Katılımcıların aile yapısına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur. Annenin eğitim durumuna göre karşılaştırmada hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır. Kontrol grubundaki katılımcıların anneleri daha fazla üniversite mezunuyken hasta grubundaki katılımcıların anneleri daha fazla ilkokul mezunudur. Katılımcıların babalarının eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Yapılan çalışmalar ebeveyn eğitim düzeyi ile çocuklardaki psikiyatrik hastalıklar arasında ilişki olduğunu göstermektedir (136). Eğitim düzeyi düştükçe ebeveynlerin çocuk yetiştirme tarzlarındaki olumlu yöndeki kısıtlılıklar çocuklardaki davranışsal ve duygusal sorunları beraberinde getirmektedir (137). Yapılan başka çalışmada, ebeveynlerin eğitim düzeyi ile ergenlerin duygu düzenleme becerileri arasında anlamlı ilişki olmadığı gösterilmiştir (138). Ebeveynlerin çocuk yetiştirme stillerinin eğitim

düzeyine göre farklılaştığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Baba eğitim düzeyinin çocukların yeterlilik algılarıyla, annenin eğitim düzeyinin ise çocukların dışsal denetim algıları ve okul başarılarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (139). Alan yazındaki farklı bulgular ve çalışma bulguları göz önünde bulundurulduğunda, ebeynlerin eğitim düzeyine ilişkin niteliklerin doğrudan etkisinden ziyade çocuklarına karşı tutumlarının daha fazla etkili olacağı tahmin edilmektedir (138). Ergenlerin duygu düzenleme güçlüğü ile annelerin duygu düzenleme güçlükleri ve çocuklarına karşı tutumları arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, annelerin duygu düzenleme güçlüğü ne kadar yoğunsa, ergenlerin de o kadar duygu düzenlemede güçlük yaşadıkları gösterilmiştir (140). Ülkemizde primer bakım verenin anne olması ve anne eğitim durumunun psikopatoloji üzerine etkisi göz önüne alınırsa çalışmamızın bulguları yapılan çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Psikopatolojiler açısından bakıldığında anne eğitiminin internet bağımlılığı üzerinde etkisi olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (141). Bu Çalışmanın bir diğer bulgusu baba eğitimiyle internet bağımlılığı arasında herhangi bir ilişkinin bulunmamasıdır.

Katılımcıların ailelerine göre internet kullanmaya ve internet oyunu oynamaya başlama yaşları açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur. Katılımcıların ailelerine göre haftalık internet kullanım süreleri arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grubun ailelerine göre haftalık internet kullanım süresi $23,6 \pm 15,5$ olup kontrol grubundan ($15,5 \pm 12,1$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Katılımcıların kendilerine göre internet kullanma ve internet oyununa başlama yaşlarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır, fakat Katılımcıların kendilerine göre internet kullanma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta grupta internet kullanım süre ortalaması kontrol grubu ortalamasından daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Katılımcıların kendilerine göre internet kullanım şiddeti açısından

gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hasta gruptaki katılımcıların internet kullanma şiddeti kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Yapılan bir çalışmada internet bağımlılığı olan olguların %73,9'unda en az bir psikiyatrik bozukluk varlığı saptanmış ve bu tanılar arasında Major Depresif Bozukluk (MDB) tanısının bağımlı ve riskli grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (142). Bir başka çalışmada internet bağımlılığının yoğun patolojik duygulara, internete ulaşımın kısıtlandığı durumlarda yoğun anksiyete duyma gibi belirtilere neden olduğu belirtilmiştir (143). Farklı araştırmalara göre, internet bağımlılığı geliştiren ergenlerin çoğunluğunda bu tanıma eşlik eden farklı psikiyatrik hastalıkların olduğu da bildirilmiştir. 15-23 yaş aralığında olan 910 kız öğrenci ve 1204 erkek öğrenci ile yapılan bir çalışmada, kızlarda daha sık olarak DEHB ve MDB komorbiditesi, erkeklerde ise internet bağımlılığına DEHB, MDB, Sosyal fobi hastalıklarının eşlik ettiği bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da kontrol grubuna göre hasta grubunda internet kullanım süresi ve şiddetinin yüksek bulunması yapılan çalışmalarla uyumlu olduğu gözükmemektedir.

Mevcut çalışmamız, DERS- P'nin geçerli ve güvenilir psikometrik özelliklerine dair kanıt sağlamış olsa da, gelecekteki araştırmalarda ele alınması gereken bazı sınırlamaları vardır. Birincisi, güvenilirlik analizi ile ilgili olarak, zamanlama sorunları nedeniyle bir test-tekrar test gerçekleştiremedik. Daha fazla kanıt sağlamak için DERS-P'nin test-tekrar testini gerçekleştirmek için gelecekteki araştırmaların yapılması gerekmektedir. Çalışmada olgu alma esnasında cinsiyet, Sosyo ekonomik durum (SED) gibi değişkenlerin dağılımına dikkat edilmemesi, örneklem seçiminin tek merkezden yapılması çalışmamızın diğer sınırlılıklarıdır.

Çalışmamızın örneklem seçiminde KSADS (Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu) gibi yapılandırılmış görüşme aracının

kullanılması, çalışmanın 350 olgunun dahil edildiği, geniş örneklem grubunda yapılmış olması, hasta ve sağlıklı kontrol gruplarının karşılaştırılması ve Türkiye’de Ergenlerde duygu düzenleme güçlüklerini Ebeveyn tarafından değerlendirmek için yapılan ilk çalışma olması çalışmamızın güçlü yönleridir.



KAYNAKLAR

1. Paulus FW, Ohmann S, Möhler E, et al. Emotional Dysregulation in Children and Adolescents With Psychiatric Disorders. A Narrative Review, *Front. Psychiatry*, 2021;12(6):62-87.
2. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale, *J. Psychopathol. Behav. Assess*, 2004;26(1):41-54.
3. Demirtaş AS. Duygu Düzenleme Stratejileri ve Benlik Saygısının Mutluluğu Yordayıcılığı, *J. Turkish Stud*, 2018;13(11):487-503.
4. Defayette AB. Adolescent depressed mood and difficulties with emotion regulation: Concurrent trajectories of change, *J. Adolesc*, 2021;91(6):1-14.
5. Bunford N, Evans SW, Wymbs F. ADHD and Emotion Dysregulation Among Children and Adolescents, 2015;18(3):185-217.
6. Yiğit İ, Yiğit G. Psychometric Properties of Turkish Version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Current Psychology*, 2019;38(10):1503-1511.
7. Bretherton I. The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth, *Dev. Psychol*, 1992;28(5):759-775.
8. Thompson RA. Emotion and emotion regulation: Two sides of the developing coin, *Emot. Rev*, 2011;3(1):53-61.
9. Norona AN, Tung I, Lee SS, et al. Developmental Patterns of Child Emotion Dysregulation as Predicted by Serotonin Transporter Genotype and Parenting, *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.*, 2018;47(1):354-368.
10. Orgeta V. Specificity of age differences in emotion regulation, *Aging and mental health*, 2009;13(6):818-826.
11. Beauchaine TP, Gatzke-Kopp L, Mead HK. Polyvagal Theory and developmental psychopathology: Emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence, *Biol. Psychol.*, 2007; 74(2):174-184.
12. Ambrosini PJ, Bennett DS, Elia J Attention deficit hyperactivity disorder characteristics: II. Clinical correlates of irritable mood, *J. Affect. Disord*, 2013;145(1):70-76.
13. Tonacci A. Sympathetic arousal in children with oppositional defiant disorder and its relation to emotional dysregulation, *J.*

- Affect. Disord, 2019; 257(1):207-213.
14. Loevaas MES. Emotion regulation and its relation to symptoms of anxiety and depression in children aged 8-12years: Does parental gender play a differentiating role?, BMC Psychol, 2018;6(1):1-11.
 15. Biederman J. Severity of the Aggression / Anxiety-Depression / Attention (A-A-A) CBCL Profile Discriminates between Different Levels of Deficits in Emotional Regulation in Youth with ADHD, J Dev Behav Pediatr, 2012;33(3):236-243.
 16. Euler S, Nolte T, Constantinou M, et al. Interpersonal problems in borderline personality disorder: Associations with mentalizing, emotion regulation, and impulsiveness, J. Pers. Disord, 2021; 35(2):177-193.
 17. Spear LP. The adolescent brain and age-related behavioral manifestations, Neuroscience Biobehavioral Review, 2000;24(4):417-63.
 18. Luna B, Garver KE, Urban TA, et al. Maturation of Cognitive Processes From Late Childhood to Adulthood, Child Dev, 2004;75(5):1357-72.
 19. Anderson V. Assessing executive functions in children biological, psychological and developmental considerations, Pediatric. Rehabilitation,1998;4(3):119-36.
 20. Rosso IM, Young AD, Femia LA, et al. Cognitive and emotional components of frontal lobe functioning in childhood and adolescence, Ann. N. Y. Acad. Sci, 2017;1021(11):355–362.
 21. Durston S, Pol HEH, Casey BJ, et al. Anatomical MRI of the Developing Human Brain : What Have We Learned ?,J Am Acad, 2001;40(9):1012-1020.
 22. Reiss AL, Abrams MT, Singer HS, et al. Brain development gender and IQ in children A volumetric imaging study, Brain, 1996;119(5):1763-74.
 23. Mohamed A, Ibrahim A, Mohammed ME, et al. A quantitative MRI study of the normative corpus callosum in Sudanese, Journal of Dental and Medical Sciences, 2017;16(7):77-86.
 24. Kurtz CN. Holographic polarization recording with an encoded reference beam, Appl. Phys. Lett,1969;14(2):59-61.
 25. Thompson P, Holmes CJ. In Vivo Evidence for Post-Adolescent Brain Maturation in Frontal and Striatal In vivo evidence for postadolescent brain maturation in frontal and striatal regions, Nature Neuroscience, 1999;2(10):859-61.

26. Casey BJ, Heller AS, Gee DG, et al. Development of the Emotional Brain, *Neuroscience Letters*, 2019;693(2):29-34.
27. Gee DG, Gabard-durnam LJ, Flannery J, et al. Early developmental emergence of human amygdala – prefrontal connectivity after maternal deprivation, *Proc Natl Acad Sci USA*, 2013;110(39): 138-43.
28. Taylor-thompson K, Effects M, Emo E, et al. Corrigendum and Nonemotional Contexts, *Psychological Science*, 2016;27(4):549-62.
29. Gee DG. A Developmental Shift from Positive to Negative Connectivity in Human Amygdala – Prefrontal Circuitry, *J Neuroscience*, 2013;33(10):4584–4593.
30. Bouwmeester H, Wolterink G. Neonatal Development of Projections From the Basolateral Amygdala to Prefrontal, Striatal and Thalamic, *Journal of Comparative Neurology*, 2002;249(5):239-249.
31. Bouwmeester H, Smits KIM. Neonatal Development of Projections to the Basolateral Amygdala From Prefrontal and Thalamic, *Journal of Comparative Neurology*, 2002; 255(5):241–255.
32. Cressman VL, Balaban J, Steinfeld S, et al. Pruning During Late Adolescence in the Rat, *Journal of Comparative Neurology*, 2012; 518(14):2693–2709.
33. Verwer RWH, Vulpen EHSVAN, Uum JFMVAN. Postnatal Development of Amygdaloid Projections to the Prefrontal Cortex in the Rat Studied With Retrograde and Anterograde Tracers, *Journal of Comparative Neurology*, 1996;96(12):1096-9861.
34. Casey BJ. Beyond Simple Models of Self-Control to Circuit-Based Accounts of Adolescent Behavior, *Annual review psychology*, 2015; 66(1):295-319.
35. Casey BJ, Mental health, Adolescent mental health--opportunity and obligation, *Science*, 2014;346(6209):547-9.
36. Casey BJ. Frontostriatal maturation predicts cognitive control failure to appetitive cues in adolescents, *Neuroscience*, 2011;23(9): 2123–2134.
37. Dreyfuss M, Drysdale AT, Johnston E, et al. Teens Impulsively React rather than Retreat from Threat, *Developmental Neuroscience*, 2014;36(3-4):220-227.
38. Denny BT, Inhoff MC, Zerubavel N, et al. Getting Over It: Long-Lasting Effects of Emotion Regulation on Amygdala Response,

Psychological Science, 2015;26(9):1377-88.

39. Del Barrio V. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Encyclopedia of Applied Psychology, 2004: 607-614.
40. Racine RC, Wildes JE. Dynamic longitudinal relations between emotion regulation difficulties and anorexia nervosa symptoms over the year following intensive treatment, J. Consult. Clin. Psychol, 2015;83(4):785–795.
41. Groves NB, Kofler MJ, Wells EL, et al. An Examination of Relations Among Working Memory, ADHD Symptoms, and Emotion Regulation, J. Abnorm. Child Psychol, 2020;48(4):525–537.
42. Rosen PJ, Factor PI. Emotional Impulsivity and Emotional and Behavioral Difficulties Among Children With ADHD : An Ecological Momentary Assessment Study, Journal of Attention Disorders 2015;19(9):779–793.
43. Sorensen L, Plessen KJ, Nicholas J, et al. Is Behavioral Regulation in Children With ADHD Aggravated by Comorbid Anxiety Disorder ?,Journal of Attention Disorder, 2011;15(1):56-66.
44. Özbaran B, Kalyoncu T, Köse S. Theory of mind and emotion regulation,difficulties in children with ADHD, Psychiatry Research, 2018;270(113):117-12.
45. Lugo-Candelas C, Flegenheimer C, McDermott JM, et al. Emotional Understanding, Reactivity, and Regulation in Young Children with ADHD Symptoms, J. Abnorm. Child Psychol, 2017;45(7):1297-1310.
46. Ayres JL. Intellectual disability. In: Abnormal Child and Adolescent Psychology. 9th Edition. New York: Routledge; 2021.34.
47. Folk JB, Zeman JL, Poon JA, et al. A longitudinal examination of emotion regulation: Pathways to anxiety and depressive symptoms in Urban minority youth, Child Adolesc. Ment. Health, 2014;19(4):243–250.
48. Tahmouresi N, Bender C, Schmitz J, et al. Similarities and differences in emotion regulation and psychopathology in Iranian and german school-children: A cross-cultural study, Int. J. Prev. Med, 2014;5(1):52–60.
49. Mirsu-Paun A. Grief cognitions and cognitive-emotional regulation associated with romantic breakup distress among college students, Eur. Psychiatry, 2016;33(1):284–284.
50. Yap MBH, Schwartz OS, Byrne ML, et al. Maternal positive and negative interaction behaviors and early adolescents' depressive

- symptoms: Adolescent emotion regulation as a mediator, *J. Res. Adolesc*, 2010;20(4):1014–1043.
51. Crowell SE, Beauchaine TP, McCauley E, et al. Psychological, autonomic, and serotonergic correlates of parasuicide among adolescent girls, *Dev. Psychopathol*, 2005;17(4):1105–1127.
 52. Yen S, Weinstock LM, Andover MS, et al. Prospective predictors of adolescent suicidality: 6-month post-hospitalization follow-up, *Psychol. Med.*, 2013;43(5): 983–993.
 53. Weinberg A, Klonsky ED. Measurement of Emotion Dysregulation in Adolescents, *Psychol. Assess*, 2009;21(4):616–621.
 54. Karamustafalioglu O. Duygudurum bozuklukları ve genetik. In: *Bipolar Bozukluk*. İstanbul: Türkiye Klinikleri; 2019. 17-21.
 55. Schenkel LS, Pavuluri MN, Herbener ES, et al. Facial emotion processing in acutely ill and euthymic patients with pediatric bipolar disorder, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2007; 46(8):1070–1079.
 56. Legenbauer T, Heiler S, Holtmann M. The affective storms of school children during night time: Do affective dysregulated school children show a specific pattern of sleep disturbances ?, *Journal of Neural Transmission*, 2012;119(6):989–998.
 57. Mehl RC, Brien LMO, Jones JH, et al. Correlates of Sleep and Pediatric Bipolar Disorder, *J. Sleep*, 2006;29(2):193-7.
 58. Walter H, Kalckreuth AV, Schardt D, et al. The temporal dynamics of voluntary emotion regulation, *Plos One*, 2009; 4(8):2-4.
 59. Bennett DC, Modrowski CA, Chaplo SD, et al. Facets of emotion dysregulation as mediators of the association between trauma exposure and posttraumatic stress symptoms in justice-involved adolescents, *Traumatology*, 2016;22(3):174–183.
 60. Dvir Y, Ford JD, Hill M, et al. Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities, *Harv. Rev. Psychiatry*, 2014; 22(3):149–161.
 61. Rizeq J, McCann D. Trauma and affective forecasting: The mediating effect of emotion dysregulation on predictions of negative affect, *Pers. Individ. Dif.*, 2019;147(2):172–176.
 62. Thornback K, Muller RT. Relationships among emotion regulation and symptoms during trauma-focused CBT for school-aged children, *Child Abus. Negl.*, 2015;50(2):182-192.
 63. Viana AG, Woodward EC, Raines EM, et al. The role of emotional clarity and distress tolerance in deliberate self-harm in a sample of trauma-exposed inpatient adolescents at risk for suicide, *Gen. Hosp. Psychiatry*, 2018;50(3):119-124.

64. Monell E, Clinton D, Birgegard A. Emotion dysregulation and eating disorders Associations with diagnostic presentation and key symptoms, *Int. J. Eat. Disord.*, 2018;51(8):921–930.
65. Racine SE, Wildes JE. Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: The unique roles of lack of emotional awareness and impulse control difficulties when upset, *Int. J. Eat. Disord.*, 2013;46(7):713–720.
66. Lavender JM. Dimensions of emotion dysregulation in bulimia Nervosa, *Eur. Eat. Disord. Rev.*, 2014;22(3):212–216.
67. Brustenghi F, Mezzetti FAF, Sarno CD, et al. Eating disorders: The role of childhood trauma and the emotion dysregulation, *Psychiatr. Danub.*, 2019;31(4):509–511.
68. Yurtsever SS, Sütcü ST. Algılanan Ebeveynlik Biçimleri ile Bozulmuş Yeme Tutumu Arasındaki İlişkide Erken Dönem Uyumsuz Şemaların ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolü, *Türk Psikol. Derg.*, 2017; 32(80):20-43.
69. Hughes-Scalise A, Connell A. The roles of adolescent attentional bias and parental invalidation of sadness in significant illness: A comparison between eating disorders and chronic pain, *Eat. Behav.*, 2014;15(3): 493–501.
70. Kelly NR. Emotion Dysregulation and Loss-of-Control Eating in Children and Adolescents HHS Public Access Author manuscript, *Heal. Psychol*, 2016;35(10):1110–1119.
71. Safer DL. Chen EY. Anorexia Nervosa as a Disorder of Emotion Dysregulation: Theory, Evidence, and Treatment Implications, *Clin. Psychol. Sci. Pract.*, 2011;18(3):203–207.
72. Gilbert KE. The neglected role of positive emotion in adolescent psychopathology, *Clin. Psychol. Rev.*, 2012;32(6):467–481.
73. Laghi F, Bianchi D, Pompili S, et al. Metacognition, emotional functioning and binge eating in adolescence: the moderation role of need to control thoughts, *Eat. Weight Disord.*, 2018;23(6):861–869.
74. Knatz S, Braden A, Boutelle KN. Parent Coaching Model for Adolescents With Emotional Eating, *Eat. Disord.*, 2015;23(4):377–386.
75. Boutelle K, Braden A, Knatz-Peck S, et al. An open trial targeting emotional eating among adolescents with overweight or obesity, *Eat. Disord.*, 2018; 26(1):79–91.
76. Wiser S, Telch CF. Dialectical Behavior Therapy for Binge-Eating Disorder, *J. Clin. Psychol.*, 1999;55(6):755–768.
77. Godfrey KM, Juarascio A, Manasse S, et al. Heart rate variability and emotion regulation among individuals with obesity and loss of control eating, *Physiol. Behav.*, 2019;199(5):73–78.

78. Eichen DM, Chen E, Boutelle KN, et al. Behavioral evidence of emotion dysregulation in binge eaters, *Appetite*, 2017;111(3):1-6.
79. Turan S. Tikinircasina Yeme Bozukluğu Olan Veya Olmayan Eksojen Obezite Tanılı 12-18 Yaş Olguların Sosyal Bilişsel Becerilerinin Değerlendirilmesi Ve Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması(Tıpta Uzmanlık tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2018.
80. Eray Ş, Zengin A, Şahin V, et al. Çocuklarda ve Ergenlerde Beden Kitle İndeksi , Duygusal - Davranışsal Sorunlar ve Prososyal Davranışlar Arasındaki İlişki, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakultesi Dergisi*, 2022;48(2):131–136.
81. Gianini LM, White A, Masheb RM. Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with Binge Eating Disorder, *Eat Behav*, 2013;14(3):309-13.
82. Sim L, Zeman Z. Emotion regulation factors as mediators between body dissatisfaction and bulimic symptoms in early adolescent girls, *J. Early Adolesc.*, 2005;25(4):478–496.
83. Masi G, Pisano S, Milone A, et al. Child behavior checklist dysregulation profile in children with disruptive behavior disorders: A longitudinal study, *J. Affect. Disord.*, 2015;186(4):249–253.
84. Martin SE. Temper Loss and Persistent Irritability in Preschoolers : Implications for Diagnosing Disruptive Mood Dysregulation Disorder in Early Childhood, *Child Psychiatry Hum. Dev.*, 2017;48(3):498–508.
85. Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ, et al. Stringaris A, Leibenluft E, DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder : correlates and predictors in young children, *Psychol Med.* 2014 ;44(11): 2339-50.
86. Ford JD. Traumatic victimization in childhood and persistent problems with oppositional-defiance, *Trauma Juv. Delinq. Theory, Res. Interv.*, 2014;6771(6):25–58.
87. Action A. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2007;46(1):126–141.
88. Déry M, Lapalme M, Jagiellowicz J, et al. Predicting Depression and Anxiety from Oppositional Defiant Disorder Symptoms in Elementary School-Age Girls and Boys with Conduct Problems, *Child Psychiatry Hum. Dev.*, 2017;48(1):53–62.
89. Fehlbauer LV. Altered neuronal responses during an affective

stroop task in adolescents with conduct disorder, *Front. Psychol.*, 2018;9(10): 1-12.

90. Ford JD. Traumatic Victimization in Childhood and Persistent Problems with Oppositional-Defiance Traumatic Victimization in Childhood and Persistent Problems with Oppositional-Defiance Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 2008; 6(9):25-58.
91. Marion G, Juliette M, Liber M, et al. Emotion Dysregulation , ODD and Conduct Problems in a Sample of Five and Six - Year - Old Children, *Child Psychiatry Hum. Dev.*, 2020;51(1):71-79.
92. Amendola S, Spensieri V, Guidetti V, et al. The relationship between difficulties in emotion regulation and dysfunctional technology use among adolescents, *J. Psychopathol.* , 2019;25(1):10–17.
93. Mo PKH, Chan VWY, Chan SV, et al. The role of social support on emotion dysregulation and Internet addiction among Chinese adolescents: A structural equation model, *Addict. Behav.*, 2018;82(3): 86–93.
94. Donald JN, Ciarrochi J, Sahdra BK. The Consequences of Compulsion: A 4-Year Longitudinal Study of Compulsive Internet Use and Emotion Regulation Difficulties, *Emotion*, 2022;22(4): 678–689.
95. Kuss D, Griffiths MD. Internet Gaming Addiction: A Systematic Review of Empirical Research, *Int. J. Ment. Health Addict*, 2012;10 (2):278–296.
96. Gaetan S, Br V. Computers in Human Behavior Video games in adolescence and emotional functioning : Emotion regulation, emotion intensity , emotion expression , and alexithymia, *J Computers in Human Behavior*, 2016; 61(8):344-349.
97. Hollett KB, Harris N, Hollett KB, et al. Dimensions of emotion dysregulation associated with problem video gaming Dimension of emotion dysregulation associated with problem video gaming, *Addict. Res. Theory*, 2020;28.(1):38–45.
98. Wichstrom L. Symptoms of Internet Gaming Disorder in Youth : Predictors and Comorbidity, *J Abnorm Child Psychol*, 2019;47(1):71-83.
99. Wills TA, Simons JS, Sussman S, et al. Emotional self-control and dysregulation : A dual-process analysis of pathways to externalizing / internalizing symptomatology and positive well-being in younger adolescents, *Drug Alcohol Depend.*, 2016;163(2):37–45 .

100. Englund MM, Egeland B, Oliva EM, et al. Childhood and early adolescent predictors of heavy drinking and alcohol use disorders in adulthood: a longitudinal developmental analysis, *Addiction*, 2010;103(1):1-22.
101. Boulos PK. Brain Cortical Thickness Differences in Adolescent Females with Substance Use Disorders, *J. Plos One*, 2016;11(4):1–20.
102. Tan H, Ahmad T, Loureiro M, et al. The role of cannabinoid transmission in emotional memory formation: implications for addiction and schizophrenia, *Front Psychiatry*, 2014;5(6):1-12.
103. Ilbegi S. Substance use and nicotine dependence in persistent remittent , and late-onset ADHD : a 10-year longitudinal study from childhood to young adulthood, *J Neurodev Disord*, 2018;10(1):42.
104. Hasler BP, Soehner AM, Clark DB. Sleep and circadian contributions to adolescent alcohol use disorder, *Alcohol*, 2015;49(4):377–387.
105. Novak SP, Clayton RR. The Influence of School Environment and Self-Regulation on Transitions Between Stages of Cigarette Smoking: A Multilevel Analysis, *Health Psychology*, 2001;20(3):196–207.
106. Cheetham A, Allen NB, Yücel M, et al. Clinical Psychology Review The role of affective dysregulation in drug addiction, *Clin. Psychol. Rev.*, 2010;30(6):621–634.
107. Colder CR, Stice E. A Longitudinal Study of the Interactive Effects of Impulsivity and Anger on Adolescent Problem Behavior, *Journal of Youth and Adolescence*, 1998;27(3):255–274.
108. Mischel ER, Leen-feldner EW, Knapp AA, et al. Addictive Behaviors Indirect effects of smoking motives on adolescent anger dysregulation and smoking, *Addict. Behav*, 2014;39(12):1831–1838.
109. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004;30(3):211–216.
110. Chere-masopha J, Morena MC. The Classical Test or Item Response Measurement Theory : The Status of the Framework at the Examination Council of, *International Journal of Learning, Teaching and Educational Research*, 2022;21(8):384–406.
111. Zekeriya A, Acemoğlu H. Tıbbi araştırmalarda Güvenilirlik ve Geçerlilik Kavramları, *Dicle Tıp Dergisi*, 2012;39(2):316–319.
112. Güleç H. Psychometrics in Psychiatry: Basic Concepts, Current Approaches in psychiatry, 2009;1(2):175–186.

113. Bannigan K, Watson R. Reliability and validity in a nutshell, *Journal of Clinical Nursing*, 2009;44(10):3237–3243.
114. Ahmed I, Ishtiaq S. Reliability and validity: Importance in Medical Research, *J. Pak. Med. Assoc*, 2021;71(10):2401–2406.
115. Kimberlin CL, Winterstein AG. Validity and reliability of measurement instruments used in research, *Am. J. Heal. Pharm*, 2008;65(23):2276–2284.
116. Aker S, DüNDAR C, Pekfien Y. Ölçme Araçlarındaki Yaşamsal Kavram: Geçerlik ve Güvenilirlik, *O.M.Ü Tıp Dergisi*, 2005; 22(1):50–60.
117. Morley D, Dummett S, Kelly L, et al. Test-retest reliability of the PDQ-Carer, *Park. Relat. Disord.*, 2022;102(6):16–18.
118. Karakoç AG, Dönmez PD. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler, *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2014;13(40):39–49.
119. Aktürk Z. Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik , *Dicle Tıp Dergisi*, 2012;39 (2):316-319.
120. Çakmur H. Measurement Reliability-Validity in Research, *TAF Prev Med Bull*, 2012;11(3):339–344
121. Maust D, Cristancho M, Gray L, et al. Psychiatric rating scales. In: *Handbook of Clinical Neurology*. Philadelphia; 2012. 227-237.
122. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı.24.baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2018.
123. Macdermott ST, Gullone E, Allen JS, et al. The Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA): A Psychometric Investigation, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2010;32(8):301–314.
124. Bunford N. The Difficulties in Emotion Regulation Scale – Parent Report: A Psychometric Investigation Examining Adolescents With and Without ADHD, *Journal Sages*, 2020; 27(5): 921–940.
125. Ünal F. Reliability and validity of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version, DSM-5 November 2016-Turkish adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T), *Türk Psikiyatr. Derg.*, 2019;30(1):42–50.
126. Kaufman J. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1997; 36 (7): 980–988.
127. Gormez V. Psychometric properties of the Turkish version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale – Child Version in a clinical sample, *Psychiatry Clin. Psychopharmacol*, 2017;27(1):84–92.
128. Busner J, Targum SD. Global impressions scale: applying a

research, Psychiatry, 2007;4(7):28–37.

129. Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E. Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa: Türkiye Uyarlama Çalışması” Nöropsikiyatri, 2013;50(2):100-109.
130. Şenol S, Dereboy Ç, Şener Ş, et al. Conners kısa form öğretmen ve ana baba derecelendirme ölçeklerinin geçerliği, Türk Psikiyatr. Derg., 2007;18(1):48–58.
131. Büyüköztürk Ş. Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı, Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi, 2002;32(32): 470–483.
132. Arslan E. Validity and Reliability in Qualitative Research, Pamukkale Univ. J. Soc. Sci. Inst., 2022;51(1):395-407.
133. Nahm FS. Receiver operating characteristic curve: overview and practical use for clinicians, Korean J. Anesthesiol., 2022;75(1):25–36.
134. Bahadır E, Kalender B. ROC Analizi ile Zung Depresyon Ölçeği Kesme Noktalarının Belirlenmesi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2018; 5(2):137 - 147.
135. Kasap M. Etik Liderliğin İç Girişimciliğe Etkisi: Çanakkale’de Bir Araştırma, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2020; 34(1):266-283.
136. Demirkaya SK, Aksu H, Yılmaz N, et al. Bir Üniversite Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Olguların Tanıları ve Sosyodemografik Özellikleri,J. Meandros Med Dent, 2015;16(1):4–8.
137. Demirkaya SK, Abali O. The relationship between child rearing attitudes of mothers and problematic behaviors in their preschool period children, Anatolian Journal of Psychiatry, 2012;13,(1):67-74.
138. Atalay D, Özyürek A. Analyzing the Relationship Between Adolescents’ Emotion Regulation, National Education Journal, 2021;50(230):815–834.
139. Erkan S, Toran M. Alt Sosyo-Ekonomik Düzey Annelerinin Çocuklarını Kabul ve Reddetme Davranışlarının İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg., 2004;27(1):91–97.
140. Duy B, Yıldız A. Adaptation of the Regulation of Emotions Questionnaire (REQ) for Adolescents, Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal, 2014;5(41):23-35.
141. Durak AB. İnternet Bağımlılığı ile Kişilik Özellikleri, Sosyal Destek, Psikolojik Belirtiler ve Bazı Sosyo-Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler, Türk Psikoloji Dergisi 2011;26(67):1-13.
142. Aydemir H. Ergenlerde internet bağımlılığı ve psikopatoloji ile

ilişkisi, J Clin Psy, 2019;22(3):329-337.

143. Öztürk Ö, Odabaşoğlu G, Eraslan D, et al. İnternet Bağımlılığı kliniği ve tedavisi, Derleme ,2007;90(2):36–41
144. Yen JY, Ko CH, Yen CF, et al. The Comorbid Psychiatric symptoms of İnternet Addiction: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, Depression, Social Phobia and Hostility, J Adolesc Health, 2007;41(1):93-98.



KISALTMALAR

DEHB:	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
YDDB:	Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu
OKB:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
KOKGB:	Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu
YAB:	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
ÖÖG:	Özgöl Öğrenme Güçlüğü
TSSB:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
DD:	Duygu Düzenleme
DDG:	Duygu Düzenleme Güçlüğü
KGİ:	Klinik Global İzlem Ölçeği
ÇADÖ:	Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
SS:	Standart Sapma
Ort:	Ortalama

EKLER

EK-1: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Ebeveyn Formu

	Nadiren (%0-10)	Bazen (%11-35)	Ara Sıra (%36-65)	Çoğunlukla (%66-90)	Devamlı (%91-100)
1. Çocuğum duygularını iyi ifade eder.	1	2	3	4	5
2. Çocuğum nasıl hissettiğini anlatır.	1	2	3	4	5
3. Çocuğum duygularını aşırı ve kontrolsüz yaşar.	1	2	3	4	5
4. Çocuğum duygularını farkeder.	1	2	3	4	5
5. Çocuğum kesinlikle nasıl hissettiğini bilir.	1	2	3	4	5
6. Çocuğum duygularını önemser.	1	2	3	4	5
7. Çocuğum üzülduğünde, duygularını kabul eder.	1	2	3	4	5
8. Çocuğum üzülduğu için sinirlenir.	1	2	3	4	5
9. Çocuğum üzülduğünde, bu durumdan utanır.	1	2	3	4	5
10. Çocuğum üzülduğünde başka iş yapmakta zorlanır.	1	2	3	4	5
11. Çocuğum üzülduğünde, kontrolünü kaybeder.	1	2	3	4	5
12. Çocuğum üzülduğünde bu durumun uzun süreceğine inanır.	1	2	3	4	5
13. Çocuğum üzülduğünde, kendini çok bunalımlı hissedeceğine inanır.	1	2	3	4	5
14. Çocuğum üzülduğünde odaklanmakta zorlanır.	1	2	3	4	5
15. Çocuğum üzülduğünde kontrolü kaybettiğini hisseder.	1	2	3	4	5
16. Çocuğum üzülduğu için utanır.	1	2	3	4	5

17. Çocuğum üzöldüğünü anlayınca daha iyi hissetmenin bir yolunu bulabilir.	1	2	3	4	5
18. Çocuğum üzöldüğünde, kendini zayıf hisseder.	1	2	3	4	5
19. Çocuğum üzöldüğünde, davranışlarını kontrol edebilir.	1	2	3	4	5
20. Çocuğum üzöldüğünde kendini suçlu hisseder.	1	2	3	4	5
21. Çocuğum üzöldüğünde odaklanmakta zorlanır.	1	2	3	4	5



EK-2: Duygu Düzenleme G  l         -Kısa
Form (DDGÖ-16)

	Hemen hemen hi� (% 0-% 10)	Bazen (% 11- % 35)	Yakla�ık Yarı yarıya (% 36- % 65)	Hemen hemen her zaman (% 91- % 100)	�o�u zaman (% 66- % 90)
1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
2. Ne hissetti�im konusunda karma�a ya�arım.					
3. Kendimi k�t� hissetti�imde i�lerimi bitirmekte zorlanırım.					
4. Kendimi k�t� hissetti�imde kontrolden �ıkarım.					
5. Kendimi k�t� hissetti�imde uzun s�re b�yle kalaca�ına inanırım.					
6. Kendimi k�t� hissetmenin yo�un depresif duyguyla sonu�lanaca�ına inanırım.					
7. Kendimi k�t� hissederken ba�ka �eylere odaklanmakta zorlanırım.					
8. Kendimi k�t� hissederken kontrolden �ıktı�ım korkusu ya�arım.					
9. Kendimi k�t� hissetti�imde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
10. Kendimi k�t� hissetti�imde zayıf biri oldu�um duygusuna kapılırım.					
11. Kendimi k�t� hissetti�imde davranı�larımı kontrol					

etmekte zorlanırım.					
12. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.					
13. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
Ö14. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.					
15. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.					
16. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					

EK-3 SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

- 1) Çocuğun adı-soyadı:
- 2) Doğum tarihi:
- 3) Yaşı:
- 4) Cinsiyeti: Kız/Erkek
- 5) Boy: Kilo:
- 6) Aile tipi: çekirdek / geniş / boşanmış
- 7) Kardeş sayısı / kaçınıcı çocuk:
- 8) Eğitim durumu:
- 9) Açık Lise: Var / Yok
- 10) Çalışma hayatı: Var / Yok
- 11) Ailenin sosyo-ekonomik durumu: (1000 TL altı) / (1000-2000) / (2000-3000) / (3000-5000) / (5000 üzeri) / (10.000 üzeri)
- 13) Annenin eğitim durumu:
- 14) Annenin işi: ev hanımı / memur / işçi / özel sektörde işçi dışı çalışma / serbest / emekli
- 15) Babanın eğitim durumu:
- 16) Babanın işi: işsiz / memur / işçi / özel sektörde işçi dışı çalışma / serbest / emekli
- Bu kısım anneyle yalnız olarak doldurulacaktır.
- 17) Gebelik: Planlı / Planlı değil
- 18) Gebelikte sorun: Var / yok
- Varsa belirtiniz: Annenin eşiyle/ailesiyle ilişkisi nedenli
- Tanı almış bir ruhsal bozukluk varlığı
- Diğer (belirtiniz)
- 19) Anne çocuğuna ne kadar süre bakabildi? ay
- 20) Annenin çocuğuna bakarken yardımcısı var mıydı? Evet / hayır
- Evet ise kim?
- 21) Kaç ay anne sütü aldı? ay
- 22) Anne ilk 3 yıl kendisini nasıl tarifler? Mutlu / Mutsuz
- 23) Çocuk kreşe gitti mi? Evet / Hayır
- Gittiyse kaç yaşında başladı? yaş
- 24) Anne ilk 3 yıl çocukla ilişkisini nasıl tarifler?
- Çok sıcak
- Çocuğun problemlerinden kaynaklanan zor ilişki. Problem:
- Kendi problemlerinden kaynaklanan zor ilişki. Problem:
- 25) Çocuğunuzun İnternet kullanımına başlama yaşı:
- 26) Çocuğunuzun İnternet oyunu oynamaya başlama yaşı:

27) Çocuğunuzun İnternet başında geçirdiği süre: (haftada kaç saat)

28) Çocuk İnterneti ne amaçla kullanıyor:

Ödev yapmak

Bilgisayar oyunu oynamak

Arkadaşlarla konuşmak

Sosyal medya-paylaşım siteleri için

E-mail elektronik posta göndermek için

Müzik dinlemek için

29) Bilgisayarda oyun oynuyorsa hangi oyun tipi en sık oynar?

Satranç, dama, tavla, kağıt oyunları gibi

Spor oyunları (futbol, basketbol,..)

Yarış oyunları (otomobil, motosiklet,..)

Stratejik oyunlar (aile,şehir kurma,..)

Dövüş oyunları

30) Çocuğunuzun internet/bilgisayar kullanımına sınır koyuyor

musunuz? Evet / Hayır

Evet ise belirtiniz: Saat sınırlaması: 0-2 saat/ 2-4 saat/ 4-6 saat/ 6-8 saat

İçerik sınırlaması: Filtre var / yok

Kota sınırlaması: varsa miktarı?

Diğer:

31) Çocuğunuza sınır koyan kim? Anne / Baba / Aile büyükleri

32) Çocuğunuza internet dışındaki alanlarda da sınır koyar mısınız? Evet / Hayır

Evet ise belirtiniz:

33) İnternet nedeniyle çocuğunuzun ders başarısı / arkadaş

ilişkiler / aile ilişkilerinin

etkilendiğini düşünüyor musunuz?

34) Kural koyarken çocuğa neden koyulduğıyla ilgili açıklama yapıyor musunuz?

Evet / Hayır

35) Çocuğunuza ceza verir misiniz? Evet / Hayır

36) Çocuğunuzun kendi sorumluluklarını gerçekleştirmesine izin verir misiniz?

Evet / Hayır

Bu kısımdan sonraki sorular çocukla yalnız olarak doldurulacaktır .

37) İnternet nedeniyle ders başarısı / arkadaş ilişkiler / aile ilişkilerinizin etkilendiğini

düşünüyor musunuz?

38) İnternet kullanımına başlama yaşı:

39) İnternet oyunu oynamaya başlama yaşı:

40) İnternet başında geçirdiği süre: (haftada kaç saat)

41) İnterneti ne amaçla kullanıyor:

Ödev yapmak

Bilgisayar oyunu oynamak

Arkadaşlarla konuşmak

Sosyal medya-paylaşım siteleri için

E-mail elektronik posta göndermek için

Müzik dinlemek için

42) Bilgisayarda oyun oynuyorsa hangi oyun tipi en sık oynar?

Satranç, dama, tavla, kağıt oyunları gibi

Spor oyunları (futbol, basketbol,..)

Yarış oyunları (otomobil, motosiklet,..)

Stratejik oyunlar (aile,şehir kurma,..)

Dövüş oyunları

43) Annenle nasıl aktiviteler yaparsın?

Sence bu aktiviteler yeterli mi? Evet / Hayır

44) Babanla nasıl aktiviteler yaparsın?

Sence bu aktiviteler yeterli mi? Evet / Hayır

45) Ailen sana sınırlamalar / kurallar koyuyor mu? Evet / Hayır

Evetse Kim koyuyor? Anne / Baba / Aile büyükleri

Koyuyorsa bunlardan memnun musun? Evet / Hayır

46) Ailenle ilişkini nasıl tanımlarsın?

Sıcak

Soğuk-mesafeli

47) Ailen senin kendi sorumluluklarını gerçekleştirmene izin verir mi? Evet / Hayır

EK-4: KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)

HASTALIK ŞİDDETİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

1. Çok düzeldi
2. Oldukça düzeldi
3. Biraz düzeldi
4. Hiç değişiklik yok
5. Biraz kötüleşti
6. Oldukça kötüleşti
7. Çok kötüleşti

YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini gözönüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

1. Hiç yok
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor
4. Terapötik etkinin yararlarını gözardı ettirecek düzeyde etkiliyor

EK-5: ÇOCUKLARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

ÇOCUK FORMU

ÇADÖ-Y (Çocuk Formu)

Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y)

Adı ve Soyadı:

Yaş:

Cinsiyet:

Eğitimi (sınıfı):

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin (" Asla doğru değil ise 0'ı, Bazen doğru ise 1'i, Sık Sık doğru ise 2'yi, Her Zaman doğru ise 3'ü işaretleyin).

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Bazı konularda endişe/kaygı duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Kendimi üzgün veya boşlukta hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Bir sorunum olduğunda midemde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Bir işte başarısız olduğumu veya işi iyi yapmadığımı düşündüğüm zaman endişelenirim/kaygılanırım	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Evde yalnız kalmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Sınava gireceğim zaman korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Birinin bana kızgın olduğunu düşündüğümde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Ailemden uzakta olmak beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Aklımdaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler beni rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Uyku sorunum var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Okulda başarısız olacağımdan korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Ailemden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyorum gibi hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	İştahım ile ilgili sorunlarım var	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Yaptığım şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığımı tekrar tekrar kontrol ederim (lambaların kapatıldığından, kapının kilitlendiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17.	Kendi başıma uyumam gerekirse bundan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
18.	Sabahları gergin veya endişeli hissettiğimden okula gitmek istemem	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Hiçbir şey için enerjim yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Aptalca görüldüğümde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Kendimi çok yorgun hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	Başıma kötü şeyler geleceğinden endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
23.	Kötü ve saçma düşünceleri kafamdan atamıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
24.	Bir sorunum olduğunda kalbim çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Rahat bir şekilde düşünemem	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Başıma kötü bir şey geleceğinden endişe ediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Bir sorunum olduğunda titrediğimi hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Kendimi değersiz hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
30.	Yanlış yapmaktan kaygılanırım/endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri (sayılar, kelimeler gibi) aklımdan geçirmem gerekir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Diğer insanların benim hakkında ne düşündükleri beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
33.	Kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)

ÇADÖ-Y (Çocuk Formu)

35.	Gelecek hakkında endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Hiçbir nedeni yokken aniden başım döner ve bayılacak gibi olurum	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Ölüm hakkında düşünürüm	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Sınıfımın önünde konuşma yapmak beni korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Kalbim sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Hareket etmek istemiyor gibi hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hissedirim (ellerimi yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri "tam olması gereken biçimde" yapmak zorunda hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Geceleri yatağa gittiğimde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Kendimi huzursuz hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)

EK:6: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Yenilenmiş

ÇOCUKLARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ YENİLENMİŞ (ÇADÖ-Y)

Adı ve Soyadı:

Yaş:

Cinsiyet:

Eğitimi (sınıfı):

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin (" Asla doğru değil ise 0", Bazen doğru ise 1, Sık Sık doğru ise 2'yi, Her Zaman doğru ise 3'ü işaretleyin).

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Çocuğum bazı konularda endişe/kaygı duyar	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Çocuğum kendisini üzgün veya boşlukta hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Çocuğumun bir sorunu olduğunda midesinde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Çocuğum bir işte başarısız olduğunu veya işi iyi yapmadığını düşündüğü zaman endişelenir/kaygılanır	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Çocuğum evde yalnız kalmaktan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Çocuğum hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyor	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Çocuğum sınava gireceği zaman korkar/ endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Çocuğum birinin ona kızgın olduğunu düşündüğünde endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Çocuğumu ailesinden uzakta olmak endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Çocuğumu aklındaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Çocuğumun uyku sorunu var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Çocuğum okulda başarısız olacağından korkar/ endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Çocuğum aileden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Çocuğum hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyormuş gibi hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	Çocuğumun iştah ile ilgili sorunları var	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Çocuğum yaptığı şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığını tekrar tekrar kontrol eder (lambaların kapatıldığından, kapının kilitlendiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17.	Çocuğum kendi başına uyuması gerektiğinde bundan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
18.	Çocuğum sabahları gergin veya endişeli hissettiğinden okula gitmek istemez	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Çocuğumun hiçbir şey için enerjisi yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Çocuğum aptalca görünmekten endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Çocuğum kendisini çok yorgun hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	Çocuğum başına kötü şeyler geleceğinden endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
23.	Çocuğum kötü ve sacma düşünceleri kafasından atamıyor	(0)	(1)	(2)	(3)

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
24.	Çocuğum bir sorunu olduğunda kalbi çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Çocuğum rahat bir şekilde düşünemez	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Çocuğum başına kötü bir şey geleceğinden endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Çocuğum bir sorunu olduğunda titrer	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Çocuğum kendisini değersiz hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
30.	Çocuğum yanlış yapmaktan kaygılanır/endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Çocuğum kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri(sayılar, kelimeler gibi) aklından geçirir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Çocuğumu diğer insanların onun hakkında ne düşündükleri endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
33.	Çocuğum kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyar	(0)	(1)	(2)	(3)
35.	Çocuğum gelecek hakkında endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken aniden başı döner ve bayılacak gibi olur	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Çocuğum ölüm hakkında düşünür	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Çocuğumu sınıfın önünde konuşma yapmak korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Çocuğumun kalbi sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Çocuğum hareket etmek istemiyor gibi hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Çocuğum ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Çocuğum aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hisseder (ellerini yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	Çocuğum İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Çocuğum kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri "tam olması gereken biçimde" yapmak zorunda hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Çocuğum geceleri yatağa gittiğinde endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Çocuğum gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Çocuğum kendisini huzursuz hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)

EK-7: Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği-Kısa

	HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1 Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
2 Öfkeli ve alıngandır.	0	1	2	3
3 Ev ödevlerini yapmada ya da tamamlamada güçlük çeker	0	1	2	3
4 Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder.	0	1	2	3
5 Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
6 Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
7 Ürkektir, kolayca korkar	0	1	2	3
8 Ödevlerini tamamlamayı başaramaz	0	1	2	3
9 Çarşıda ya da marketlerde alışveriş sırasında kontrolü zordur	0	1	2	3
10 Evde ya da okulda dağınık ya da düzensizdir	0	1	2	3
11 Hiddetlenir.	0	1	2	3
12 Ödevlerini yaparken yakından denetlenmesi gerekir	0	1	2	3
13 Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir	0	1	2	3
14 Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
15 Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
16 Sinirlidir.	0	1	2	3
17 Uzun süreli zihinsel çaba göstermeyi gerektiren görevlerden (okul çalışmaları ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik gösterir ya da yapmakta zorlanır	0	1	2	3
18 Kıpır kıpırdır, huzursuzdur .	0	1	2	3
19 Bir şey yapması için yönergeler verildiğinde dikkati dağılır	0	1	2	3

20	Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder .	0	1	2	3
21	Sınıfta dikkatini toplamada sorunu vardır.	0	1	2	3
22	Sırada beklemekte ya da oyunlarda ve grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlüğü vardır.	0	1	2	3
23	Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar.	0	1	2	3
24	Başkalarını kızdıran şeyleri kasıtlı olarak yapar.	0	1	2	3
25	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını, günlük ev işlerini ya da iş yerindeki görevlerini bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil)	0	1	2	3
26	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
27	Çabalamaktan çabuk vazgeçer	0	1	2	3

EK-8: CONNERS EBEVEYN DERECELENDİRME FORMU

ÇÖDO

(Connors Öğretmen Derecelendirme Ölçeği)

	Hiçbir zaman	Nadiren	Sıklıkla	Her zaman
1. Kıpır Kıpır, yerinde duramaz	()	()	()	()
2. Uyumsuz sesler çıkarır.	()	()	()	()
3. İstekleri hemen karşılanmalıdır.	()	()	()	()
4. Bilmiş tavırlı, bilgikli taslar.	()	()	()	()
5. Aniden patlar	()	()	()	()
6. Eleştiri kaldıramaz	()	()	()	()
7. Dikkati dağınıktır.	()	()	()	()
9. Hayallere dalar.	()	()	()	()
10. Somurtur, surat asar.	()	()	()	()
11. Bir anı bir anını tutmaz.	()	()	()	()
12. Kavgacıdır.	()	()	()	()
13. Büyüklein sözünden çıkmaz.	()	()	()	()
14. Hareketlidir, dur otur bilmez.	()	()	()	()
15. Düşünmeden davranır.	()	()	()	()
16. Öğretmenin ilgisini ister.	()	()	()	()
17. Arkadaş grubuna alınmaz.	()	()	()	()
18. Kolaylıkla yönlendirilebilir.	()	()	()	()
19. Oyun kurallarına uymaz.	()	()	()	()
20. Liderlik özelliği yoktur.	()	()	()	()
21. İşin sonunu getiremez.	()	()	()	()
22. Küçükmüş gibi davranır.	()	()	()	()
23. Suçu başkasına atar.	()	()	()	()
24. Geçimsizdir.	()	()	()	()
25. Arkadaşlarıyla yardımlaşmaz.	()	()	()	()
26. Zorluklardan hemen yılar.	()	()	()	()
27. Öğretmenle işbirliği yapmaz	()	()	()	()
28. Zor öğrenir.	()	()	()	()

TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimi süresince, bilgisini ve deneyimlerini istek ve özveriyle paylaşan, her an desteğini hissettiğim değerli hocalarım Doç. Dr. Serkan TURAN'a, Doç. Dr. Caner MUTLU'ya, Doç. Dr. Şafak ERAY ÇAMLI'ya, Prof.Dr. Ayşe Pınar VURAL'a, içtenlikle teşekkür ederim. Sadece Çematem Rotasyonu boyunca değil, her zaman her anlamda destek olan Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Erdem Uzun'a çok teşekkür ederim. Erişkin Psikiyatri Rotasyonu sürecinde bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Psikiyatri Ana Bilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Selçuk KIRLI, Prof. Dr. Aslı SARANDÖL, Prof. Dr. Cengiz AKKAYA, Prof. Dr. Saygın EKER ve Doç. Dr. Enver Yusuf SİVRİOĞLU'na ve tüm psikiyatri kliniği çalışanlarına teşekkür ederim. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji rotasyonunda derin bilgilerinden yararlandığım Prof. Dr. Sema SALTİK'a, Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin KILIÇ'a ve tüm Çocuk Nöroloji çalışanlarına, ilgi ve samimiyetleri için teşekkür ederim. Tezimin planlama ve biyoistatistik kısımlarında yardımlarını esirgemeyen Uzm. Dr. Çağatay ERMİŞ'e, Araş.Gör. Ekin SÜT'e, Uzm.Dr. Rabia KAYMAK'a teşekkür ederim. Asistanlığım boyunca beraber çalışıp, her zaman desteklerini aldığım ve çok güzel anılar biriktirdiğim değerli meslektaşlarıma en içten teşekkürlerimi bildiririm. Fakültemizde birlikte çalışma fırsatı bulduğum, bütün uzmanlara, asistan arkadaşlara, hemşirelere ve tüm hastane personeline teşekkür ederim. Özellikle hep yanımda olan, her an desteğini, sevgisini hissettiğim canım annem Metanet KERİMOVA'ya, canım babam İsrail KERİMOV'a, Kardeşlerim Safura KERİMOVA'ya ve Hasan KERİMOV'a ve her anlamda destek olan hayat arkadaşım, eşim Sinan AZİMOV'a ve canım oğlum Abdullah AZİMLİ'ye ve canım kızım Melek AZİMLİ'ye sonsuz kez teşekkür eder, en içten minnetlerimi sunarım.

ÖZGEÇMİŞ

yılında, ailemin ilk çocuğu olarak dünyaya geldim. Öğretim hayatıma Şemkir'de Cahangir Rüstemov adına okulda başladım ve 2007 yılında okulu bitirdim ve Azerbaycan Devlet Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitime başladım. 2013 yılında tıp fakültesinden mezun olduktan sonra, 2014 -2016 yıllarında İstanbul Ticaret Üniversitesi'nde Uygulamalı Psikoloji-Yüksek Lisans okudum. 2017-2018 yıllarında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'de Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji bölümünde Araştırma Görevlisi olarak çalıştım. Aralık 2018'te Uludağ Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimime başladım. Uzmanlık eğitimim süresince, Bilişsel Davranışçı Terapisi eğitimi, Şema terapisi, Çözüm Odaklı terapi, Oyun Terapisi, Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme eğitimlerini tamamladım.







**ÇOCUKLARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ
YENİLENMİŞ (ÇADÖ-Y)**

Adı ve Soyadı:

Yaş:

Cinsiyet:

Eğitimi (sınıfı):

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin (" Asla doğru değil ise 0'ı, Bazen doğru ise 1'i, Sık Sık doğru ise 2'yi, Her Zaman doğru ise 3'ü işaretleyin).

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Çocuğum bazı konularda endişe/kaygı duyar	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Çocuğum kendisini üzgün veya boşlukta hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Çocuğumun bir sorunu olduğunda midesinde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Çocuğum bir işte başarısız olduğunu veya işi iyi yapmadığını düşündüğü zaman endişelenir/kaygılanır	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Çocuğum evde yalnız kalmaktan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Çocuğum hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyor	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Çocuğum sınava gireceği zaman korkar/ endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Çocuğum birinin ona kızgın olduğunu düşündüğünde endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Çocuğumu ailesinden uzakta olmak endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Çocuğumu aklındaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Çocuğumun uyku sorunu var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Çocuğum okulda başarısız olacağından korkar/ endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Çocuğum aileden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Çocuğum hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyormuş gibi hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	Çocuğumun iştah ile ilgili sorunları var	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Çocuğum yaptığı şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığını tekrar tekrar kontrol eder (lambaların kapatıldığından, kapının kilitletiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17.	Çocuğum kendi başına uyuması gerektiğinde bundan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
18.	Çocuğum sabahları gergin veya endişeli hissettiğinden okula gitmek istemez	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Çocuğumun hiçbir şey için enerjisi yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Çocuğum aptalca görünmekten endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Çocuğum kendisini çok yorgun hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	Çocuğum başına kötü şeyler geleceğinden endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
6: 23.	Çocuğum kötü ve saçma düşünceleri kafasından atamıyor	(0)	(1)	(2)	(3)

**ÇOCUKLARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ
YENİLENMİŞ (ÇADÖ-Y)**

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
24.	Çocuğum bir sorunu olduğunda kalbi çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Çocuğum rahat bir şekilde düşünemez	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Çocuğum başına kötü bir şey geleceğinden endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Çocuğum bir sorunu olduğunda titrer	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Çocuğum kendisini değersiz hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
30.	Çocuğum yanlış yapmaktan kaygılanır/endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Çocuğum kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri(sayılar, kelimeler gibi) aklından geçirir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Çocuğumu diğer insanların onun hakkında ne düşündükleri endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
33.	Çocuğum kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyar	(0)	(1)	(2)	(3)
35.	Çocuğum gelecek hakkında endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken aniden başı döner ve bayılacak gibi olur	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Çocuğum ölüm hakkında düşünür	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Çocuğumu sınıfın önünde konuşma yapmak korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Çocuğumun kalbi sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Çocuğum hareket etmek istemiyor gibi hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Çocuğum ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Çocuğum aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hisseder (ellerini yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	Çocuğum İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Çocuğum kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri "tam olması gereken biçimde" yapmak zorunda hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Çocuğum geceleri yatağa gittiğinde endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Çocuğum gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Çocuğum kendisini huzursuz hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)

PLK-F-102

Rev.00 Rev.Tarihi: .../.../.....

EK-7: Yenilenmiş Connors Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği-Kısa

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1	Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
2	Öfkeli ve alıngandır.	0	1	2	3
3	Ev ödevlerini yapmada ya da tamamlamada güçlük çeker	0	1	2	3
4	Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder.	0	1	2	3
5	Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
6	Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
7	Ürkektir, kolayca korkar	0	1	2	3
8	Ödevlerini tamamlamayı başaramaz	0	1	2	3

9	Çarşıda ya da marketlerde alışveriş sırasında kontrolü zordur	0	1	2	3
10	Evde ya da okulda dağınık ya da düzensizdir	0	1	2	3
11	Hiddetlenir.	0	1	2	3
12	Ödevlerini yaparken yakından denetlenmesi gerekir	0	1	2	3
13	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir	0	1	2	3
14	Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
15	Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
16	Sinirlidir.	0	1	2	3
17	Uzun süreli zihinsel çaba göstermeyi gerektiren görevlerden (okul çalışmaları ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik gösterir ya da yapmakta zorlanır	0	1	2	3
18	Kıpır kıpırdır, huzursuzdur .	0	1	2	3
19	Bir şey yapması için yönergeler verildiğinde dikkati dağılır	0	1	2	3
20	Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder .	0	1	2	3
21	Sınıfta dikkatini toplamada sorunu vardır.	0	1	2	3
22	Sırada beklemekte ya da oyunlarda ve grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlüğü vardır.	0	1	2	3
23	Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar.	0	1	2	3
24	Başkalarını kızdıran şeyleri kasıtlı olarak yapar.	0	1	2	3
25	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını, günlük ev işlerini ya da iş yerindeki görevlerini bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil)	0	1	2	3
26	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
27	Çabalamaktan çabuk vazgeçer	0	1	2	3

EK-8: Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği

ÇÖDÖ

(Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği)

	Hiçbir zaman	Nadiren	Sıklıkla	Her zaman
1. Kıpır kıpır, yerinde duramaz.	()	()	()	()
2. Uyumsuz sesler çıkarır.	()	()	()	()
3. İstekleri hemen karşılanmalıdır.	()	()	()	()
4. Bilmiş tavrılı, bilgiçli taslar.	()	()	()	()
5. Aniden patlar.	()	()	()	()
6. Eleştiri kaldıramaz.	()	()	()	()
7. Dikkati dağınıktır.	()	()	()	()
9. Hayallere dalar.	()	()	()	()
10. Somurtur, surat asar.	()	()	()	()
11. Bir anı bir anını tutmaz.	()	()	()	()
12. Kavgacıdır.	()	()	()	()
13. Büyüklerin sözünden çıkmaz.	()	()	()	()
14. Hareketlidir, dur otur bilmez.	()	()	()	()
15. Düşünmeden davranır.	()	()	()	()
16. Öğretmenin ilgisini ister.	()	()	()	()
17. Arkadaş grubuna alınmaz.	()	()	()	()
18. Kolaylıkla yönlendirilebilir.	()	()	()	()
19. Oyun kurallarına uymaz.	()	()	()	()
20. Liderlik özelliği yoktur.	()	()	()	()
21. İşin sonunu getiremez.	()	()	()	()
22. Küçükmüş gibi davranır.	()	()	()	()
23. Suçu başkasına atar.	()	()	()	()
24. Geçimsizdir.	()	()	()	()
25. Arkadaşlarıyla yardımlaşmaz.	()	()	()	()
26. Zorluklardan hemen yılar.	()	()	()	()
27. Öğretmenle işbirliği yapmaz.	()	()	()	()
28. Zor öğrenir.	()	()	()	()

TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimi süresince, bilgisini ve deneyimlerini istek ve özveriyle paylaşan, her an desteğini hissettiğim değerli hocalarım Doç. Dr. Serkan TURAN'a, Doç. Dr. Caner MUTLU'ya, Doç. Dr. Şafak ERAY ÇAMLI'ya, Prof.Dr. Ayşe Pınar VURAL'a, içtenlikle teşekkür ederim. Erişkin Psikiyatri Rotasyonu sürecinde bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Psikiyatri Ana Bilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Selçuk KIRLI, Prof. Dr. Aslı SARANDÖL, Prof. Dr. Cengiz AKKAYA, Prof. Dr. Saygın EKER ve Doç. Dr. Enver Yusuf SİVRİOĞLU'na ve tüm psikiyatri kliniği çalışanlarına teşekkür ederim. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp fakültesi Çocuk Nöroloji rotasyonunda derin bilgilerinden yararlandığım Prof. Dr. Sema SALTİK'a, Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin KILIÇ'a ve tüm Çocuk Nöroloji çalışanlarına, ilgi ve samimiyetleri için teşekkür ederim. Tezimin planlama ve biyoistatistik kısımlarında yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Çağatay ERMİŞ'e teşekkür ederim. Asistanlığım boyunca beraber çalışıp, her zaman desteklerini aldığım ve çok güzel anılar biriktirdiğim değerli meslektaşlarıma en içten teşekkürlerimi bildiririm. Fakültemizde birlikte çalışma fırsatı bulduğum, bütün uzmanlara, asistan arkadaşlara, hemşirelere ve tüm hastane personeline teşekkür ederim. Özellikle hep yanımda olan, her an desteğini, sevgisini hissettiğim canım annem Metanet KERİMOVA'ya, canım babam İsrail KERİMOV'a, Kardeşlerim Safura KERİMOVA'ya ve Hasan KERİMOV'a ve her an yanımda olan hayat arkadaşım, eşim Sinan AZİMOV'a ve canım oğlum Abdullah AZİMLİ'ye ve canım kızım Melek AZİMLİ'ye sonsuz kez teşekkür eder, en içten minnetlerimi sunarım.

ÖZGEÇMİŞ

yılında, ailemin ilk çocuğu olarak dünyaya geldim. Öğretim hayatıma Şemkir”de Cahangir Rüstemov adına okulda başladım ve 2007 yılında okulu bitirdim ve Azerbaycan Devlet Üniversitesi Tıp Fakültesi”nde eğitime başladım. 2013 yılında tıp fakültesinden mezun olduktan sonra, 2014 -2016 yıllarında İstanbul Ticaret Üniversitesi’de Uygulamalı Psikoloji-Yüksek Lisans okudum. 2017-2018 yıllarında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi’de Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji bölümünde Araştırma Görevlisi olarak çalıştım . Aralık 2018”te Uludağ Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı”nda uzmanlık eğitimime başladım. Uzmanlık eğitimim süresince, Bilişsel Davranışçı Terapisi eğitimi, Şema terapisi, Çözüm Odaklı terapi, Oyun Terapisi, Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme eğitimlerini tamamladım.

