



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAKIRKÖY PROF. DR.
MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI SAĞLIK
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİ KLİNİĞİ**

**ÇOCUK MANİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN
(CHILD MANIA RATING SCALE)
TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

Dr. Elif Ece KARACA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2023



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAKIRKÖY PROF. DR.
MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI SAĞLIK
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİ KLİNİĞİ
ÇOCUK MANİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN
(CHILD MANIA RATING SCALE)
TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

Dr. Elif Ece KARACA

Tez Danışmanı: Başasistan Uzm. Dr. Binay KAYAN OCAKOĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2023

I.TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin ilk gününden itibaren ilgisini ve desteğini her zaman hissettiğim, mesleki yaklaşımını, etik değerlerini ve öğretmeye olan arzusunu örnek aldığım, asistanı olduğum için şanslı hissettiğim kıymetli hocam, klinik şefim Prof. Dr. Gül KARAÇETİN'e,

Hem uzmanlık eğitimim hem de tez çalışmam boyunca benden bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, her türlü anlayışı gösteren tez danışmanım Başasistan Uzm. Dr. Binay KAYAN OCAKOĞLU'na,

Beraber çalışma şansı yakaladığım, alanda öğrettikleri ve tüm destekleri için kliniğimizin tüm değerli uzmanlarına,

Rotasyonlarım boyunca kendilerinden çok şey öğrendiğim kıymetli hocalarıma,

Asistanlık sürecim boyunca beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum, türlü zorlukları beraber aştığımız tüm asistan arkadaşlarıma,

Tezimin istatistik kısmında bilgi ve tecrübesiyle desteğini esirgemeyen Klinik Psikolog Ersin BUDAK'a,

Poliklinik ve servis şartlarında birlikte çalıştığımız tüm hemşirelerimiz, psikologlarımız, sekreterlerimiz ve personelimize,

Bugünlere gelmemi sağlayan, üzerimde çok büyük emekleri olan ve bana olan inançlarını her daim hissettiğim canım annem, babam, kardeşim ve geniş aileme,

Hep yanımda olan, tüm engelleri beraber aştığım, varlığıyla güç bulduğum yol arkadaşım eşim Ömer'e,

Bana birçok güzel duyguyu tattıran, dünyamı güzelleştiren, varlığıyla dahi beni daha iyi bir hekim yapan biricik oğlum Atilla'ya,

İçten teşekkür, sevgi ve saygılarımla...

Dr. Elif Ece KARACA

İstanbul, 2023

II.İÇİNDEKİLER

I.TEŞEKKÜR	i
II.İÇİNDEKİLER.....	ii
III.ÖZET	v
IV.ABSTRACT	vii
V.KISALTMALAR	ix
VI.TABLO LİSTESİ.....	x
VII.GRAFİK LİSTESİ	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 BİPOLAR BOZUKLUK.....	4
2.1.1 Tanım ve Tarihçe.....	4
2.1.2 Epidemiyoloji.....	7
2.1.3 Etiyoloji.....	7
2.1.4 Tanı ve Klinik Özellikler	9
2.1.4.1 Mani Dönemi DSM-5 Tanı Kriterleri.....	9
2.1.4.2 Hipomani Dönemi DSM-5 Tanı Kriterleri.....	10
2.1.4.3 Depresif Dönem DSM-5 Tanı Kriterleri.....	10
2.1.5 Çocukluk Çağında Bipolar Bozukluğun Klinik Seyri	11
2.1.6 Komorbidite	13
2.1.7 Tedavi	14
2.1.8 Bipolar Bozukluk ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Arasındaki İlişki	15
2.2 ÖLÇEK GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ	19
2.2.1 Güvenilirlik	19

2.2.1.1 Formun Tekrarı Yöntemi (Test Tekrar Test Yöntemi)	19
2.2.1.2 İç Tutarlılık Güvenilirliği	20
2.2.2 Geçerlilik	20
3.GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1 YÖNTEM	22
3.1.1 Çalışma Evreni	22
3.1.2 Örneklem Seçimi	22
3.1.3 İşlem	23
3.2 GEREÇLER	25
3.2.1 Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK 1)	25
3.2.2 Sosyodemografik Veri Formu (EK 2)	25
3.2.3 Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Versiyonu (ÇDŞG-ŞY-T)	25
3.2.4 Çocuk Mani Değerlendirme Ölçeği (ÇMDÖ) (EK 3)	26
3.2.5 Young Mani Derecelendirme Ölçeği (EK 4)	26
3.2.6 Turgay DSM-IV Kökenli Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği (EK 5)	26
3.2.7Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) (EK 6)	27
3.2.8Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) (EK 7)	27
3.2.9Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) (EK 8)	27
3.3 İSTATİSTİKSEL ANALİZ	28
3.4 ETİK	28
4.BULGULAR	30

4.1 KATILIMCILARA AİT SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR.....	30
4.2 AİLELERE AİT SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR.....	32
4.3 KATILIMCILARA AİT KLİNİK ÖZELLİKLER	34
4.4 PSİKİYATRİK EŞ TANI BULGULARI.....	35
4.5 ÖLÇEK GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK VERİLERİNE AİT BULGULAR.....	38
4.4 DİĞER PSİKOMETRİK ARAÇLAR İLE İLİŞKİNİN İNCELENMESİNE AİT BULGULAR	44
4.5 ÇMDÖ KESME PUANINA İLİŞKİN BULGULAR	51
5.TARTIŞMA.....	53
6.KISITLILIKLAR	60
7.SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	61
8.KAYNAKLAR.....	62

III.ÖZET

ÇOCUK MANİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN

(CHILD MANIA RATING SCALE)

TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

Dr. Elif Ece KARACA

AMAÇ: Bipolar bozukluk (BPB) ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) eş tanı olarak sıklıkla birlikte görülüp, klinik özellikler olarak da benzerlikler taşırlar. Bu iki bozukluk hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkat dağınıklığı gibi ortak özellikleri paylaşır. Geçerli bir tarama aracının önemli bir özelliği BPB'yi DEHB'den ayırt etme yeteneğidir. Bu amaçla geliştirilen ve orijinal dili İngilizce olan Çocuk Mani Değerlendirme Ölçeği (Child Mania Rating Scale (CMRS)), pediatrik bipolar bozukluğun tanınmasında ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğundan ayırt edilmesinde kullanılmaktadır. Bipolar bozuklukta mani dönemini çocuk ve ergen popülasyonunda değerlendiren bir tarama ölçeğinin henüz ülkemizde bulunmaması bir eksiklik olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocuk Mani Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması ile psikometrik özelliklerinin belirlenmesi ve geçerlilik ve güvenilirliğinin test edilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamıza katılımcı olarak, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği'ne Ağustos 2022 – Nisan 2023 tarihleri arasında başvuran, bipolar bozukluk tanısı alan hastalar ile dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan hastalar, kontrol grubuna ise gönüllü olarak katılan sağlıklı bireyler alınmıştır. Çalışma, ölçek sahibinden izin alındıktan sonra dil uyarlaması ve psikometrik özelliklerin incelenmesi olmak üzere toplam iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcıların genel bilgileri sosyodemografik veri formuyla alındıktan sonra ergenlere; Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) ve Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) uygulanmış, ergenlerden Çocuklar için Depresyon

Değerlendirme Ölçeği (ÇDÖ) ve Güçler ve Güçlükler Anketi doldurmaları istenmiştir. Ebeveynlerden ise Çocuk Mani Değerlendirme Ölçeği Türkçe çeviri hali, Turgay DSM-IV Kökenli Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği, Güçler ve Güçlükler Anketi ebeveyn formu doldurmaları istenmiştir. Ölçeğin güvenirliğini test tekrar test yöntemiyle değerlendirmek amacıyla 30 bipolar bozukluk tanılı hastanın ebeveyninden 1 hafta sonra ÇMDÖ yeniden doldurmaları istenmiştir.

BULGULAR: Yapılan faktör analizi sonucuna göre ÇMDÖ; faktör 1-düşünce hızlanması, faktör 2- psikomotor hareketlilik, faktör 3- irritabilite ve psikoz, faktör 4-grandiyözite ve distraktibilite olmak üzere dört alt faktörden oluşmaktadır. Ölçek Cronbach's alfa değerleri ise total $\alpha = 0,84$, faktör 1 için $\alpha = 0,83$, faktör 2 için $\alpha = 0,74$, faktör 3 için $\alpha = 0,65$ ve faktör 4 için $\alpha = 0,69$ olarak bulunmuştur. Pearson Korelasyon Analizinde BPB tanılı vakalarda YMDÖ skorlarının ÇMDÖ Toplam ve Faktör 3 ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Yapılan ROC Analizinde BPB tanılı vakalar ve DEHB tanılı vakaları ayırt etmek için ölçüm aracının kesme puanının 25 olduğu, BPB tanılı vakalar ve sağlıklı kişileri ayırt etmek için ise kesme puanının 15 olduğu hesaplanmıştır.

SONUÇ: Çocuk Mani Değerlendirme Ölçeği Türkçe formu, BPB tanılı çocuk ve ergenlerde görülen manik belirtileri ebeveynler aracılığıyla değerlendiren, dört alt faktörden oluşan geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır. Ölçek sonucunda, 15 puan üzerinde alan vakaların BPB tanısı açısından incelenmesinin yararlı olduğu, 25 puan ve üzeri alan vakaların ise DEHB'den farklı olarak BPB tanısını karşılama ihtimallerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ergen, Bipolar, DEHB, Ölçek, Geçerlilik, Güvenilirlik

IV.ABSTRACT

TURKISH VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF CHILD MANIA RATING SCALE

Dr. Elif Ece KARACA

AIM: Bipolar disorder (BPD) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) are often seen together as comorbidities, and they also have similarities in terms of clinical features. These two disorders share common features such as hyperactivity, impulsivity, and distractibility. An important feature of a valid screening tool is its ability to distinguish BPD from ADHD. The Child Mania Rating Scale (CMRS), developed for this purpose and originally in English, is used in the diagnosis of pediatric bipolar disorder and in differentiating it from attention deficit hyperactivity disorder. . The lack of a screening scale that evaluates the mania period in bipolar disorder in the child and adolescent population in our country is a shortcoming. With the adaptation of the Child Mania Rating Scale into Turkish, it was aimed to determine its psychometric properties and to test its validity and reliability.

MATERIALS and METHODS: As a participant in our study, patients diagnosed with bipolar disorder and attention deficit hyperactivity disorder who applied to Health Sciences University Istanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Training and Research Hospital Child and Adolescent Psychiatry Clinic between August 2022 and April 2023, and healthy individuals who voluntarily participated in the control group were included. The study was carried out in two stages, including language adaptation and examination of psychometric properties, after obtaining permission from the scale owner. After the general information of the participants who agreed to participate in the study was obtained with a sociodemographic data form, the Young Mania Rating Scale (YMRS) and the Children's Global Assessment Scale (CGAS) were administered to the adolescents, and the adolescents were asked to fill out the Children's Depression Inventory (CDI) and the Strengths and Difficulties Questionnaire. Parents were asked

to fill in the Turkish translation of the Child Mania Rating Scale, the Turgay DSM-IV Originated Disruptive Behavior Disorders Symptom Screening Scale, and the Strengths and Difficulties Questionnaire parent form. In order to evaluate the reliability of the scale with the test-retest method, the parents of 30 patients with bipolar disorder were asked to fill out the CMRS after 1 week.

RESULTS: According to the results of the factor analysis, CMRS consists of four sub-factors: factor 1- acceleration of thought, factor 2- psychomotor activity, factor 3- irritability and psychosis, factor 4- grandiosity and distractibility. Cronbach's alpha values for the scale were found to be total $\alpha = 0.84$, $\alpha = 0.83$ for factor 1, $\alpha = 0.74$ for factor 2, $\alpha = 0.65$ for factor 3 and $\alpha = 0.69$ for factor 4. In Pearson Correlation Analysis, YMRS scores were found to be positively correlated with CMRS Total and Factor 3 in cases with BPD. In the ROC Analysis, the cut-off score of the measurement tool was calculated as 25 to distinguish between cases with BPD and ADHD, and 15 to distinguish between cases with BPD and healthy individuals.

CONCLUSION: The Turkish version of the Child Mania Rating Scale is a valid and reliable measurement tool consisting of four sub-factors that evaluates the manic symptoms seen in children and adolescents with BPD through parents. As a result of the scale, it was determined that it is useful to examine the cases with a score above 15 in terms of the diagnosis of BPD, and the cases with a score of 25 and above are more likely to meet the diagnosis of BPD, unlike ADHD.

Key Words: Adolescent, Bipolar, ADHD, Scale, Validity, Reliability

V.KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
BPB	: Bipolar Bozukluk
ÇDÖ	: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği
ÇDŞG-ŞY-T	: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Versiyonu
ÇGDÖ	: Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği
ÇMDÖ	: Çocuk Mani Değerlendirme Ölçeği
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
EKT	: Elektrokonvulsif Tedavi
GGA	: Güçler ve Güçlükler Anketi
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
YMDÖ	: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

VI.TABLO LİSTESİ

- Tablo 1.** Üç grup arasında sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması
- Tablo 2.** Üç grup arasında ebeveyn ve aile özelliklerinin karşılaştırılması
- Tablo 3.** Üç grup arasında klinik özelliklerin karşılaştırılması
- Tablo 4.** Üç grup arasında şu anki psikiyatrik tanılarının karşılaştırılması
- Tablo 5.** Üç grup arasında geçmiş psikiyatrik tanılarının karşılaştırılması
- Tablo 6.** Üç grup arasında ÇMDÖ madde skorlarının ayırt ediciliği
- Tablo 7.** ÇMDÖ madde skorlarının test tekrar test sonuçları
- Tablo 8.** Tek Faktörlü Doğrulamalı Faktör Analizi Sonuçları
- Tablo 9.** ÇMDÖ AFA sonuçları
- Tablo 10.** ÇMDÖ madde skorlarının test tekrar test sonuçları
- Tablo 11.** ÇMDÖ ve alt ölçekleri arasındaki korelasyon
- Tablo 12.** ÇMDÖ ve TURGAY Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki (DEHB grubu)
- Tablo 13.** ÇMDÖ ve TURGAY Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki (BPB grubu)
- Tablo 14.** ÇMDÖ ve GGA-Ebeveyn Formu arasındaki ilişki (DEHB grubu)
- Tablo 15.** ÇMDÖ ve GGA-Ergen Formu arasındaki ilişki (DEHB grubu)
- Tablo 16.** ÇMDÖ ve GGA-Ebeveyn Formu arasındaki ilişki (BPB grubu)
- Tablo 17.** ÇMDÖ ve ÇDÖ ölçekleri arasındaki ilişki
- Tablo 18.** ÇMDÖ ve YMDÖ arasındaki ilişki

VII.GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1. AFA sonucu elde edilen faktörler

Grafik 2. BPB, DEHB tanısına göre kesme puanı

Grafik 3. BPB, kontrol grubuna göre kesme puanı



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk, depresif, manik ve hipomanik ataklarla karakterize olan süregelen bir hastalıktır. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5'e (Diagnostic and Statistical of Mental Disorders 5th version, DSM-5) göre manik atak; eleve ya da irritabl duyguduruma, amaca yönelik etkinlik ve içsel güçte artışın eşlik ettiği, benlik saygısında artış, uyku gereksiniminde azalma, konuşma miktarında artış, fikir uçuşmaları, psikomotor ajitasyon, dikkatin kolayca çelinebilir olması ve kötü sonuçları olabilecek etkinliklere katılma belirtilerinden en az 3'ünün, eğer duygudurum irritabl ise bu belirtilerin 4'ünün olması ile karakterize olan ve en az 1 hafta süren dönemdir. Depresif atak ise; depresif duygudurum veya ilgi kaybı belirtilerinden biri ile beraber, psikomotor retardasyon ya da ajitasyon, enerji azalması, değersizlik ya da suçluluk düşünceleri, odaklanma güçlüğü, iştah değişiklikleri, uyku değişiklikleri ve tekrarlayıcı intihar düşünceleri belirtilerinden en az 5'inin olması ile karakterize olan ve en az 2 hafta süren dönemdir (1).

Bipolar bozukluk prevalansı %1-2 arasında değişen ömür boyu süren ve hayat kalitesini ciddi olarak etkileyen bir psikiyatrik bozukluktur (2). Yakın tarihli bir meta-analizde çocuklar ve ergenlerde bipolar bozukluğun görülme oranının %1,8 olduğu belirtilmiştir (3).

Bipolar bozukluk spektrum olarak değerlendirildiğinde ise yaşam boyu görülme oranı %2.6-6.5 arasında değişmektedir (4). Yetişkin vakalarla yapılan retrospektif çalışmalarda, olguların yaklaşık %30-60'ında başlangıç yaşının 20 yaşından önce olduğu ve bu olguların dörtte birinde ilk duygudurum atağının 13 yaşından önce olduğu gösterilmiştir (5).

Pediyatrik bipolar bozukluk, yüksek intihar oranlarına, okulda başarısızlığa, saldırganlığa ve cinsel ilişki ve madde bağımlılığı gibi yüksek riskli davranışlara yol açabilen ciddi bir hastalıktır (6). Bipolar bozuklukta erken başlangıç, hastalığın daha şiddetli seyretme ve kötü sonuçlanma riskini artırır. Aynı zamanda erken başlangıç;

hızlı döngülü tip, intihar düşüncesi ve madde kötüye kullanımıyla da ilişkili bulunmuştur (7).

Erişkinlerle karşılaştırıldığında bipolar bozukluğu olan gençler daha ağır belirtiler ve daha kötü prognoz ile seyreder (8). Bipolar bozukluğun 10-24 yaş arası gençlerde işlevsellik kaybının 4. önde gelen nedeni olduğu tahmin edilmektedir (9). Literatür incelendiğinde 12 yaşından önce bipolar bozukluk belirtileri başlayan olgularda, belirtileri bu yaştan daha sonra başlayanlara oranla hastalık ile geçen sürenin daha fazla olduğu görülmüştür (10).

Bipolar bozukluğu olan çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), majör depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, davranım bozukluğu gibi diğer çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarıyla olan semptomatik örtüşme, tanının atlanmasıyla ilişkili olabilir (11). Yapılan çalışmalar bipolar bozukluk tanısı alan çocuklarda DEHB oranlarının %60 ila %90 arasında değiştiğini göstermektedir (12). Klinik örneklerde, DEHB olan çocukların artmış komorbid bipolar bozukluk riskine sahip oldukları bildirilmektedir (13). Son yıllarda, pediatrik başlangıçlı bipolar bozukluğun, çocuklarda en yaygın nörogelişimsel bozukluk olan DEHB'den nasıl ayırt edilebileceği konusunda yoğun tartışmalar olmuştur. Bu ayrım tanısal bir zorluk teşkil eder, çünkü DEHB'nin kardinal semptomları (dikkat dağınıklığı, ajitasyon, dürtüsellik ve yüksek motor aktivite) BPB'deki hipomani ve mani belirtileri ile örtüşür. Bu iki bozukluk hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkat dağınıklığı gibi ortak özellikleri paylaşır (14). Pediatrik bipolar bozukluğun erken ve doğru tanınması, hastalığı önleme ve erken müdahale için gereken ilk adımdır (15).

Psikiyatrik değerlendirme ölçekleri, hastaların ruhsal durumlarını değerlendirmede önemli role sahiptir. Bu ölçekler tanıda, şiddetin değerlendirilmesinde, tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde ve taramada kullanılabilir (16). Bu sebeple özel olarak pediatrik mani için tasarlanmış bir ölçek çok önemlidir. Geçerli bir tarama aracının önemli bir özelliği, BPB'yi DEHB'den ayırt etme yeteneğidir (17). Bu amaçla geliştirilen Çocuk Mani Değerlendirme Ölçeği pediatrik bipolar bozukluğun tanınmasında ve DEHB'den ayırt edilmesinde önemlidir.

Literatür incelendiğinde bugüne kadar pediatrik bipolar bozukluğa ilişkin çok sayıda çalışma yapılmış ve birçok ölçek geliştirilmiştir (18). Türkiye’de ise bu konuda yapılmış çalışmalar sınırlıdır, çocuk ve ergenlerde Türkiye popülasyonunda geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış bir mani ölçeği bulunmamaktadır. Çalışmamızın amacı çocuk ve ergenlerde maniyi değerlendiren bir ölçek olan Çocuk Mani Değerlendirme Ölçeği’nin (Child Mania Rating Scale) Türkçe’ye çevrilerek geçerlilik ve güvenirliğinin araştırılmasıdır. Çocuk Mani Değerlendirme Ölçeği’nin (ÇMDÖ) gelecekte yapılacak olan bipolar bozukluk araştırmalarına da önemli katkılarda bulunması amaçlanmaktadır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1 BİPOLAR BOZUKLUK

2.1.1 Tanım ve Tarihçe

Bipolar bozukluk, belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresyon, mani ya da hipomani ataklarıyla ile seyreden ve kişinin ataklar arasında tamamen sağlıklı duyguduruma dönebildiği bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (19). Son yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğun; rezidüel belirtiler, duygudurumu düzenleme zorlukları, uyku ve sirkadiyen ritimde bozulmalar ve bilişsel kayıpların olduğu kronik bir süreç olduğu gösterilmiştir (20). Bipolar bozukluk; fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevreyle ilişki alanlarında bozulmalara neden olarak hastaların işlevselliğini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (21).

Depresyon ve mani; antik Yunanistan'a kadar uzanan dünyanın ilk belgelenmiş akıl hastalıkları olarak tariflenmiştir (22). MÖ 400 yıllarında Hipokrat mani ve melankoli kelimelerini kullanmıştır. MS 1. yüzyılda Kapadokyalı Yunan doktor Aretaeus, mani ve melankolinin farklı olduğunu öne sürmek yerine maninin melankolinin kötüleşen hali olduğunu belirtmiştir. Aretaeus'un metinlerinde melankoli hastaları sessiz veya disforik, üzgün veya kayıtsız olarak, mani hastaları ise neşeli olarak tasvir edilmiştir (23). 1851'de bipolar bozukluğa yeni bir atıf yapılarak Fransız psikiyatrist Jean-Pierre Falret tarafından döngüsel bir süreç olarak kavramsallaştırılmış, semptomsuz dönemlerle ayrılan manik ve melankolik dönemler tanımlanmıştır. Falret bu fenomene *folie circulaire* (döngüsel delilik) adını vermiştir (24).

19. yüzyılın sonunda Emil Kraepelin duygudurum bozukluklarının sınıflandırılmasında birleştirici bir yaklaşım kullanarak bipolar bozukluğu manik-depresif delilik kategorisine dahil etmiştir. Manik-depresif delilik kategorisi, döngüsel delilik ve tek kutuplu bozuklukları (tek epizot ve tekrarlayan depresyon gibi) içermektedir (25). Kraepelin, bipolar bozukluğun ciddi bir akıl hastalığı olduğunu öne sürerek, bu tanıya sahip bireylerin epizotlar arasında rezidüel semptomlar ve hafif

dalgalanmalar yaşadıklarını da belirtmiştir. Kraepelin'in nadir de olsa çocuklarda manik depresyon olasılığından bahsetmesi de dikkate değerdir (26).

1970'lerden başlayarak, çocuklarda bipolar bozukluğu anlama ve belirlemeye yönelik ilgi artmıştır. Weinberg ve Brumback çocuklarda maniye tanımlayabilmek için kriterler oluşturmuştur. Öforik veya sinirli ruh hali, hiperaktivite ve fikir uçuşması semptomlarını içeren bu kriterler, DSM-III bipolar bozukluk kriterlerinin temelini oluşturmuştur (27). Sonuç olarak, 1980'lerin başında, çocukların bipolar semptomlar gösterebileceğine dair artan bir kabul bulunmaktadır.

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı (DSM) ile birlikte ilk olarak DSM-III'te "Affektif Bozukluklar" başlığı altında günümüzdeki bipolar bozukluğun modern tanımlanması şekillenmiştir. DSM-III-R'de "Duygudurum Bozuklukları" başlığı altında yer almış, DSM-IV'te ise bipolar I, bipolar II, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk olarak dört sınıfa ayrılmıştır. DSM-IV-TR'de tanı kriterlerinde herhangi bir değişiklik yapılmasına gerek duyulmamıştır. DSM-5'te ise bipolar I bozukluk, bipolar II bozukluk ve siklotimik bozuklukları kapsayan "Bipolar ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında yer almıştır (28-31).

DSM-5 ile birlikte A kriteri olan eleve ya da irritabl duyguduruma, amaca yönelik faaliyetlerde ve içsel güçte artış kriteri eklenmiştir. Yine DSM-5'te bipolar I ya da bipolar II bozukluğuna, o sıradaki mani, hipomani ya da depresyon dönemine eklenebilen "karma özellikler gösteren" belirleyicisi tanımlanmıştır. Karma özellikler gösteren tanımlamasına göre mani ya da hipomani kriterleri tam olarak karşılandığında belirgin disfori ya da çökkün duygudurum, keyif alamama, psikomotor retardasyon, enerji düşüklüğü, değersizlik/suçluluk düşünceleri ve ölüm düşünceleri şeklindeki altı belirtiden en az üçünün bulunması gerekli görülmüştür. Depresyon dönemi için ise tanı kriterleri tam olarak karşılandığında öfori, çok konuşma, grandiyözite, düşünce uçuşması, amaca yönelik aktivitede artış, riskli etkinliklerde artış, uyku gereksiniminde azalma şeklindeki yedi belirtiden en az üçünün bulunması gerekli görülmüştür (1).

Bipolar I bozukluk, en az bir mani atağının varlığıyla tanımlanır. Bipolar II bozukluk ise en az bir hipomani atağı ve depresyon ile tanımlanır. Mani ile hipomani

arasındaki ana fark, manik semptomların şiddetiyle belirlenir. Mani, işlevsellikte ciddi bir bozukluğa neden olurken, psikotik belirtiler eşlik edebilir ve genellikle hastaneye yatış gerektirir. Hipomanide ise bu kriterlerin olmaması gerekir (1).

Yapılan çalışmalarda DSM tanı sınıflaması dışında kalan farklı klinik tablolar olduğu da belirtilmiştir. Tanı sistemlerinde belirtilen bipolar bozukluk sınıflandırmasına en fazla eleştiri ve katkı Akiskal tarafından yapılmıştır. Akiskal DSM'nin BPB sınıflandırmasını yetersiz bularak eleştirmiştir. Akiskal başlıca; bipolar ve unipolar depresyonun DSM'de aynı şekilde tanımlanmış olmasını, "ılımlı bipolar" bozukluklara yeterince yer verilmemesini, karma özellik gösteren dönemler için depresif ve manik dönem kriterlerinin tam olarak karşılanmasının gerekliliğini, ailedeki bipolarite öyküsü ve kişinin mizaç özellikleri üzerinde durulmamasını eleştirmiştir. Bunun üzerine yeterince tanımlanmamış klinik durumları bir arada değerlendirerek "Bipolar Spektrum" kavramını gündeme getirmiş, BPB I ve BPB II dışında kalan farklı klinik görünümleri olan ara grupların varlığından bahsetmiştir. Akiskal tarafından öne sürülen bipolar spektrum sınıflandırması aşağıdaki gibidir (32).

BPB ½	: Şizobipolar bozukluk
BPB I	: Manik-Depresif hastalık
BPB I ½	: Uzamış hipomani ve depresyon
BPB II	: Spontan hipomanik dönemler ve depresyon
BPB II ½	: Siklotimiye eklenmiş depresyon
BPB III	: Depresyon ve antidepresan ya da somatik sağaltımla ilişkili hipomani
BPB III ½	: Madde ve/veya alkol kullanımıyla ilişkili duygudurum dalgalanmaları
BPB IV	: Hipertimiye eklenen depresyon

2.1.2 Epidemiyoloji

Bipolar bozukluk ırk, etnisite veya sosyoekonomik durum fark etmeksizin dünya nüfusunun %1'inden fazlasını etkilemektedir (33). Bipolar I bozukluğun yaşam boyu prevalansı %1,06 ve bipolar II bozukluğun yaşam boyu prevalansı %1,57 olarak saptanmıştır (34). Yapılan bir meta analiz çalışmasına göre ergenlik döneminde prevalans %1.8 olarak bulunmuştur (3).

Bipolar I bozukluk için ortalama başlangıç yaşı 18 ve bipolar II bozukluk için 20'dir (35). Bipolar bozuklukta başlangıç pik yaşı 15-25 olarak saptanmıştır. Olguların %5' inde başlangıç yaşı 12 yaş ve altında, %28'inde ise 12-18 yaş arasında olduğu görülmüştür (36). Erken başlangıç genellikle daha kötü prognoz, tedavide gecikme, daha şiddetli depresif dönemler ve daha fazla komorbid anksiyete ve madde kullanım bozukluğu ile ilişkilendirilmektedir (37).

Bipolar I bozukluk, her iki cinsiyeti eşit derecede etkilerken, bipolar II bozukluk kadınlarda daha sık görülmektedir (38). Manik epizotlar erkeklerde, depresif epizotlar ise kadınlarda daha sıktır. Hastalığın başlangıç atağı erkeklerde daha sıklıkla manik atak şeklinde olup, daha sonrasında da kadınlara kıyasla erkeklerde manik ataklar daha sıklıkla gözlenmektedir (39).

2.1.3 Etiyoloji

Bipolar bozukluğun etiyojisi tam olarak bilinmemekle beraber yapılan araştırmalar etiyojinin genetik, nörobiyolojik ve psikososyal olarak multifaktöryel olduğunu vurgulamaktadır. Ailede bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin bulunması hastalık gelişimi açısından en büyük risk faktörü olarak tanımlanmıştır (40). BPB için kalıtsallık oranları %60 ile %85 arasında değişmektedir (41). Bipolar bozuklukta birinci derece akrabalarda hastalık riski önemli ölçüde artar ve genel popülasyona göre yaklaşık 10 kat fazladır (41). Metodolojiye göre değişen oranlarla birlikte, en son çalışmalar bipolar bozukluğu olan bir ebeveyne sahip olmanın çocuklarda bipolar bozukluk riskini en az 5 kat arttırdığını göstermektedir (42). Yapılan ikiz çalışmalarında monozigot ikizler için %38 ile %43, dizigotik ikizler için ise %4,5-

%5,6 arasında konkordans bildirilmiştir (43). Genetik faktörlerin bipolar bozukluğun gelişimi üzerindeki önemli etkisine rağmen sorumlu genler henüz tanımlanmamış olup, hastalarda bozukluğun başlangıcında çevre ve genlerin etkileşimini gösteren epigenetik modifikasyonlar bildirilmiştir (44, 45).

Bipolar bozukluk etiyolojisinde nöroendokrin, nörotransmitter ve hücre içi sinyal sistemlerinde duygudurumu etkileyen yaygın anormalliklerin olduğu düşünülmektedir (46). Mani ve depresyonda 5-HT (5-hidroksitriptamin) düzeylerinde düşme; depresyonda norepinefrin ve dopamin seviyelerinde düşüş; manide ise norepinefrin ve dopamin seviyelerinin artış saptanmıştır (47). Ayrıca hipotalamohipofizer aks üzerinden kortikotropin salgılatan hormon (CRH), adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve kortizol yanıtlarında bozulma bildirilmiştir (48).

Beyin görüntüleme tekniklerindeki gelişmeler ile birlikte araştırmacılar BPB'deki nöroanatomik değişiklikleri inceleme olanağı bulmuştur. Nörofizyolojik temelleri bilinmemekle birlikte, erişkin bipolar hastalarda en sık rastlanan nörogörüntüleme bulgusu beyaz cevher hiperintensitesidir (49). Pediyatrik BPB'de yapısal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmaları prefrontal beyaz cevher yollarının yanı sıra anterior singulat korteks, ventral prefrontal korteks, superior temporal girus, amigdala, hipokampus ve putamende anormallikler göstermiştir (50). Yapılan bir meta analiz çalışmasında BPB tanılı çocuk ve ergenlerde amigdala hacimlerinin kontrol grubuna göre daha küçük olduğu, yetişkin BPB olgularında ise kontrol grubuna göre bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (51). Yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde elde edilen veriler BPB'de prefrontal ve subkortikal limbik yolakta anormallikler olduğunu düşündürmektedir.

Psikososyal etkiler de hastalığın ortaya çıkmasında rol oynamaktadır. Olumsuz yaşam olayları bipolar bozuklukta hastalığın seyrini etkilemektedir. Yapılan çalışmalar, hastaların manik veya depresif epizotları nüksetmeden önce daha fazla olumsuz yaşam olayı deneyimlediklerini göstermektedir (52).

2.1.4 Tanı ve Klinik Özellikler

Bipolar I bozukluk için tanı kriterleriyle karşılanan tek bir manik atak gerekli olup, depresif ve hipomani epizotlar da görülebilir. Bipolar II bozuklukta ise tam manik atak olmamakla birlikte bir veya daha fazla depresif ya da hipomanik atak ortaya çıkmasını gerektirir. Tanımlanmış diğer bipolar ve ilişkili bozukluk ise bipolar I ve II için tanı kriterlerini karşılamayan eşik altı belirtilerle karakterizedir.

2.1.4.1 Mani Dönemi DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Eleve ya da irritabl duygudurumun ve amaca yönelik aktivitede ve içsel güçte artışın olduğu bir dönemin, en az bir hafta süreyle (hastaneye yatırılmayı gerektiriyorsa süre gerekmez) olması.

B. Aşağıdaki belirtilerden en az üçü (duygudurum irritabl ise dördü) eşlik eder:

- (1) Benlik saygısında abartılı bir artış ya da grandiyözite
- (2) Uyku ihtiyacında azalma
- (3) Konuşma miktarında artış
- (4) Fikir uçuşması
- (5) Dikkatin kolay çelinebilir olması
- (6) Amaca yönelik etkinliklerde artış ya da psikomotor ajitasyon
- (7) Riskli etkinliklere katılma

C. Bu dönem, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte düşüşe neden olur ya da kişinin hastaneye yatırılmasını gerektirecek derecede ağırdır ya da psikotik özellikler eşlik eder.

D. Bu belirtiler bir madde kullanımına ya da başka bir sağlık durumuna bağlı değildir (Antidepresan tedavi sırasında ortaya çıkan mani dönemi BPB I tanısı için yeterlidir.) (53).

2.1.4.2 Hipomani Dönemi DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Eleve ya da irritabl bir duygudurumun ve amaca yönelik aktivitede ve içsel güçte artışın olduğu bir dönemin en az 4 gün sürmesi

B. Aşağıdaki belirtilerden en az üçü (duygudurum irritabl ise dördü) eşlik eder:

- (1) Benlik saygısında abartılı artış ya da grandiyözite
- (2) Uyku ihtiyacında azalma
- (3) Konuşma miktarında artış
- (4) Fikir uçuşması
- (5) Dikkatin kolay çelinebilir olması
- (6) Amaca yönelik etkinliklerde artış ya da psikomotor ajitasyon
- (7) Riskli etkinliklere katılma

C. Kişinin işlevselliğinde belirgin bir değişim gözlenir.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişim başkaları tarafından da gözlemlenebilir düzeydedir.

E. Bu dönem kişinin hastaneye yatırılmasını gerektirecek kadar ağır değildir. Psikotik özellikler eşlik etmez.

F. Bu belirtiler bir madde kullanımına ya da başka bir sağlık durumuna bağlı değildir (Antidepresan tedavi sırasında ortaya çıkması hariç) (53).

2.1.4.3 Depresif Dönem DSM-5 Tanı Kriterleri

A. İki haftalık bir sürede, işlevsellikteki değişiklik ile birlikte aşağıdaki belirtilerden en az beşinin bulunması, bu belirtilerden en az birinin çökkün duygudurum ya da ilgi kaybı ya da zevk alamama olması gerekmektedir.

- (1) Çökkün duygudurum (Çocuk ve ergenlerde irritabl olabilir.)
- (2) Etkinliklere karşı ilgi kaybı ya da zevk alamama

(3) Diyetten bağımsız işinin kilosunda önemli derecede değişiklik olması ya da iştahta değişiklikler (Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması)

(4) Uykuda değişiklikler

(5) Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon

(6) Yorgunluk ya da enerji düşüklüğü

(7) Değersizlik duyguları, suçluluk duyguları

(8) Odaklanma güçlüğü ya da kararsızlık

(9) Tekrarlayan ölüm düşünceleri, intihar düşünceleri, intihar girişimi ya da kişinin intihar etmek üzerine tasarlanan bir planı olması

B. Belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmaya yol açar.

C. Bu belirtiler bir madde kullanımına ya da başka bir sağlık durumuna bağlı değildir (53).

2.1.5 Çocukluk Çağında Bipolar Bozukluğun Klinik Seyri

Yapılan çalışmalar pediyatrik bipolar bozukluğun daha çok iritabl ve disforik duygudurumla, mikst epizotlarla, öfke atakları ve patlayıcı davranışlarla, hızlı döngülerle ve kronik gidişatla karakterize olduğunu göstermektedir (54).

Erken dönem agresyon ve intihar ile ilişkili olması, yaygın olarak psikotik özellikler göstermesi, erişkinlere göre daha uzun ve ağır bir klinik seyir göstermesi gibi nedenlerle pediyatrik bipolar bozukluğun karakteristik özelliklerini tanımlamak çok önemlidir (55, 56). Bipolar bozukluk erişkin çalışmalarında, çocuk ve ergenlik dönemi başlangıcının yaygın olduğu görülmüştür. Bununla birlikte çocuklarda yetişkin tanı kriterlerinin kullanılması ve çocuklarda eşlik eden psikiyatrik bozuklukların yaygın olarak bulunması nedeniyle pediyatrik bipolar bozukluğun tanısız kalmaya devam ettiğini öne süren araştırmalar vardır (57-59).

Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, mani atağı için çocukluk döneminde en yaygın belirtinin enerji artışı olduğu, iritabilitenin ise ikinci sırada gözlendiği bulunmuştur. İritabilite, dikkat dağınıklığı, amaca yönelik aktivite artışı ve uyku ihtiyacında azalma %75 ile en yaygın belirtiler olarak bulunurken, hiperseksüalite ve psikotik özellikler ise %26 ile daha az sıklıkta bulunmuştur (60).

Patolojik bulguları çocukluk çağı gelişimsel dönemlerine özgü davranışlardan ayırt etmek önemlidir. BPB belirtileri olarak çocuğun gelişimsel dönemlerine ve toplumsal normlara uygun olmayan okul devamsızlığı, fikir uçuşması, riskli ve tehlikeli oyunlar ve uygunsuz bir biçimde artmış cinsel aktivite görülebilir (61). Mani atağında çocuk ve ergenlerde düşünce akışında hızlanma tipik olarak gözlenir. Fikir uçuşması erişkinlere benzer olmakla beraber düşünce içeriği yaşa göre değişkenlik gösterebilir. Hızlı konuşma hemen tüm yaş gruplarında görülür ve araya girmek genellikle güçtür. Çocuk ve ergenler yarışan düşünceleri sıklıkla somut terimlerle tarif ederler. Düşüncelerinin sürekli bölünmesi nedeniyle hiçbir şey yapamadıklarını ifade edebilirler. Mani atağında çocuk ve ergenlerde odalarını defalarca düzenleme gibi amaca yönelik aktivitelerde artış görülebilir (62). Çevrelerindeki ufak bir karışıklık bile mani dönemindeki çocuk ve ergenlerde belirgin dikkat dağınıklığı yaratabilir. Tehlike riski yüksek ve zevk veren aktiviteler görülebilir. Tüm yaş gruplarında aşırı cesaret ve meydan okuma davranışı sıklıkla gözlenir. Ergenlerde hızlı araba kullanma görülebilir, çocuklarda ise pencereden atlayabilecekleri, çatıların üzerinden uçabilecekleri inançları olabilir. Çocuklarda hiperseksüalite; cinsel içerikli küfürlü konuşma, aşırı mastürbasyon, toplum içinde cinselliğe ilişkin uygunsuz söz ve davranışlar şeklinde gözlenebilir. Ergenlerde ise sık partner değiştirme ve korunmasız riskli cinsel ilişki şeklinde olabilir (62). Grandiyözite, psikomotor ajitasyon ve riskli davranışlar gibi ayırt edici mani semptomları, övünme, hayali oyun, aşırı hareketlilik ve gençlik kararsızlığı gibi normal çocukluk çağı gelişimsel özelliklerinden de ayırt edilmelidir (61).

Depresyon, pediyatrik bipolar bozuklukta sıkça gözlenen ve genellikle ilk ortaya çıkan belirtidir (58). Ergenlik öncesi major depresif bozukluğa sahip olguların üçte birinin erişkinlik döneminde manik atak yaşayacağı belirtilmiştir (63). Depresyon olgularında; hızlı başlangıç, psikomotor retardasyon, psikotik özellikler, farmakolojik

hipomani, duygudurum bozukluğuna eşlik eden DEHB ve ailede bipolarite öyküsü artmış bipolar bozukluk riski ile ilişkilidir ve gelecekte olası manik atak açısından risk taşımaktadır (64). Bilinen aile öyküsü olan ve manik atak öyküsü olmayan depresif dönem yaşayan hastaların, bipolar bozukluğun prodromal döneminde olabileceği unutulmamalıdır (65).

2.1.6 Komorbidite

Bipolar bozukluğa eşlik eden birçok psikiyatrik tanı bulunmaktadır. Pediyatrik BPB ile ilgili sistematik çalışmalar, DEHB eş tanısı oranlarının %60 ila %90 arasında değiştiğini göstermektedir (66, 67). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, karşıt olma karşı gelme bozukluğunun (KOKGB) pediyatrik BPB’de %53'lük bir oranla DEHB'den sonra en sık görülen ikinci komorbidite olduğu saptanmıştır (68). Ayrıca davranım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk sıklıkla eşlik etmektedir (69).

Yakın tarihli güncel bir gözden geçirme çalışmasında, pediyatrik BPB’de en sık gözlenen komorbidite %60 ile DEHB ve %47 ile KOKGB olarak tespit edilmiştir. Anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, davranım bozukluğu, tik bozuklukları ve madde ile ilişkili bozukluklar hastaların %13,2 ile %29'unu etkilerken, %10 oranında zeka geriliği veya otizm spektrum bozukluğu (OSB) saptanmıştır (70).

DEHB ve komorbid depresyon gelecekteki bipolariteyi öngörebilir. Yapılan bir çalışmada DEHB ve depresyon öyküsü olan çocukların izlemdeki 11 yıl içinde %23’ünde mani geliştiği bildirilmiştir (71). DEHB ile BPB eş tanısı erkeklerde daha sık gözlenmektedir ve bunun varlığında, erişkinlerde duygudurum bozukluklarının daha erken başlangıçlı olduğu, daha kısa süreli ötimik dönemlerinin olduğu, daha sık depresif atak yaşadıkları, daha fazla komorbid psikiyatrik bozukluk görüldüğü ve özellikle anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozukluğu açısından daha riskli oldukları belirtilmiştir (72).

2.1.7 Tedavi

Bipolar bozukluk çocuk ve yetişkinlerde morbidite ve mortalitesi olan ciddi bir ruhsal hastalıktır. Tedavisi; akut, sürdürüm ve idame olmak üzere üç döneme ayrılmaktadır. Akut tedavinin temel amacı, çocuğun işlevselliğini olumsuz etkileyen veya hayati tehlike oluşturan akut bipolar bozukluk belirtilerini kontrol altına almaktır. Sürdürüm tedavisinde amaç, akut evredeki yanıtın devamlılığı iken idame tedavisinin amacı yinelemelerin önüne geçmektir (73).

Pediyatrik BPB’de yapılan çalışmaların yetersizliği nedeniyle tedavi seçenekleri ile ilgili bilgiler daha çok yetişkin hastalarla yapılan çalışmalardan elde edilmektedir. Yetişkin BPB literatürüne dayanan standart medikal tedavi yaklaşımı lityum, valproat ve/veya atipik antipsikotik ajanları içerir (74). Lityum FDA tarafından 12-17 yaş arası BPB’de manik atak için ilk onay alan ilaçtır. Lityum çocuk ve ergen popülasyonunda genellikle iyi tolere edilen bir ajandır ancak yetişkinlerdekine benzer yan etkiler gözlenebilir. Valproat, karbamazepin ve topiramet mani tedavisinde, lamotrijin ise bipolar depresyon tedavisinde etkin olan ajanlardır (74). Pavuluri ve arkadaşlarının yayınladıkları algoritmada, lityum ve valproat birinci seçenek olarak gösterilmektedir, karbamazepin ise ikinci seçenek olarak takip eder. İrritabilitesi ve agresyonu yüksek olan hastalarda ise ikinci kuşak antipsikotikler öncelikle tercih edilmelidir. Kombinasyon tedavisi ciddi vakalar ve psikotik özellikli mani için düşünülmelidir (75).

Yapılan bir meta analiz çalışmasında, pediyatrik bipolar bozuklukta ikinci kuşak antipsikotiklerin genellikle duyudurum düzenleyicilerden daha etkili olduğu ancak yan etkilerin daha fazla olduğu (kilo artışı ve metabolik değişiklikler) gösterilmiştir (76). Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada risperidon ile manik belirtilerde anlamlı azalma bildirilmiştir (77). Valproat ile risperidonun karşılaştırıldığı bir çalışmada, risperidonun manik semptomlarda daha hızlı iyileşme ve ölçek skorlarında mani belirtilerinde daha fazla azalma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (78). Bir başka randomize kontrollü çalışmada ise manik ya da karma dönemdeki olgularda lityum ile %35, risperidon ile %68 ve valproat ile %24 oranında cevap alınmıştır (79). Yapılan çalışmalarda olanzapin ve ketiapinin de mani

tedavisinde plasebodan ayrıldığı belirtilmiştir (80, 81). Bu tedavilere dirençli ağır hastalıkları olan ergenler için elektrokonvulsif tedavi (EKT) düşünülmelidir (82).

Farmakolojik tedaviler yanında psikososyal tedaviler de manik ve depresif bulguların yönetimi, nüksten korunma, başa çıkma becerilerini arttırma ve komorbid durumların yönetimi açısından oldukça önemlidir. Pediyatrik BPB’de öne çıkan spesifik psikoterapiler; psikoeğitim, çocuk ve aile odaklı bilişsel davranışçı terapi, diyalektik davranış terapisi, ergenler için aile odaklı tedavi modeli, kişiler arası ve sosyal ritm terapisi ve motivasyonel görüşmedir (83). Psikoeğitim ve destek, hastayı değerlendirme aşamasından takibin sonlandırılmasına kadar her aşamada yapılmalıdır.

2.1.8 Bipolar Bozukluk ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Arasındaki İlişki

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); akademik, sosyal ve bilişsel işlevselliği etkileyen dikkat dağınıklığı, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur (1). Yapılan bir meta analiz çalışmasında DEHB’nin tüm dünyadaki ortalama prevalansının %3,4 olduğu gösterilmiştir (84). Ülkemizde yapılan 4 yıllık boylamsal bir çalışmada ise, Türkiye’deki DEHB prevalansının dünyadaki prevalanstan yüksek olarak %12-13 arasında değiştiği bulunmuştur (85). DEHB etiyolojisi, genetik, biyolojik ve çevresel birçok faktörden oluşmaktadır. Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre genetik faktörlerin hastalığın etiyolojisinde önemli rol oynadığı gösterilmiştir (86). DEHB’nin ikizler üzerinde yapılan çalışmalarda kalıtsallığı %71 ile %90 arasında bulunmuştur (87).

DSM-5’e göre Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanı kriterleri;

A. Aşağıdaki ölçütlerden (1) ve/veya (2) karşılanmalıdır.

1. Dikkatsizlik: Aşağıdaki dikkatsizlik belirtilerinden altı veya daha fazlası, en az altı ay süreyle, sosyal, akademik veya mesleki yaşamda olumsuzluklara neden olur. (17 yaş ve daha büyükler için beş belirti yeterli)

a) Dikkatini ayrıntılara veremez, dikkatsizce hatalar yapar, ayrıntıları gözden geçirir.

b) Dikkatini sürdürmekte zorluk çeker.

c) Kendisiyle konuşulurken dinlemiyormuş, aklı başka yerdeymiş gibi görünür.

d)Yönergeleri takip edemez, okul veya işle ilgili sorumluluklarını tamamlayamaz.

e) İş ve etkinlikleri düzenlemekte zorlanır. Zamanı doğru kullanamaz, işlerini yetiştiremez.

f) Sürekli dikkat ve zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır.

g) Eşyalarını kaybeder.

h) Dış etkenlerle dikkati kolayca dağılır.

i) Sıklıkla günlük işlerde unutkanır.

2. Hiperaktivite-dürtüsellik: Aşağıdaki hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinden altı veya daha fazlası, en az altı ay süreyle, sosyal, akademik veya mesleki yaşamda olumsuzluklara neden olur. (17 yaş ve büyükler için beş belirti yeterli)

a) Kıpır kıpırdır, oturduğu yerde kıvrılır.

b) Oturması beklenen durumlarda yerinden kalkar.

c) Uygunsuz yerlerde, ortalıkta koşturur veya tırmanır. (Ergen veya yetişkinlerde huzursuz hissetme şeklinde)

d) Sessizce oyun oynayamaz, sakince zaman geçiremez.

e) Motor takılmış gibi, sürekli hareket halindedir.

f) Aşırı konuşur.

g) Sorulan soru bitmeden cevap verir.

h) Sıra beklemekte zorlanır.

i) Başkalarının sözünü keser veya araya girer.

B. Dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite-dürtüsellik belirtileri 12 yaşından önce ortaya çıkmış olmalıdır.

C. Dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerinin birçoğu birden fazla ortamda vardır.

D. Bu belirtiler sosyal, akademik ya da mesleki işlevsellikte bozulmaya yol açar.

E. Bu belirtiler, yalnızca şizofreni ya da başka bir psikotik bozukluğun seyri sırasında ortaya çıkmaz ve diğer ruhsal bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

Birleşik görünüm: Son altı ay içinde hem dikkatsizlik hem de hiperaktivite-dürtüsellik tanı kriterleri karşılanmıştır.

Dikkat eksikliğinin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde dikkatsizlik tanı kriteri karşılanmış, hiperaktivite-dürtüsellik tanı kriteri karşılanmamıştır.

Hiperaktivite/dürtüselliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde hiperaktivite-dürtüsellik tanı kriteri karşılanmış, dikkatsizlik tanı kriteri karşılanmamıştır.

Tam olmayan yatışma gösteren: Daha öncesinde tüm tanı kriterleri karşılanıyorken, son altı aydır daha azı karşılanmakta ve belirtiler hala işlevselliği olumsuz etkilemektedir.

Şimdiki ağırlığını belirtiniz:

Hafif: Belirtiler işlevselliği çok az bozmuştur.

Orta: Belirtiler ve işlevsellikteki bozulma hafif ile orta arasında bir yerdedir.

Ağır: Tanı için gerekli belirtilerden çok daha fazlası vardır veya belirtiler işlevselliği ciddi derecede bozmuştur.

Yapılan alışmalarda DEHB tanısı olan çocukların artmış komorbid bipolar bozukluk riskine sahip oldukları bildirilmektedir (13). Benzer şekilde bipolar bozukluk tanısı alan ocuk ve ergenlerde de DEHB oranlarının yüksek olduğu gösterilmiştir (67). DEHB tanılı çocukların değerlendirilmesinde bipolar bozukluk semptomlarının tanımlanmasına dikkat edilmelidir. Özellikle DEHB belirtileri şiddetli olduğunda 10 DEHB'li çocuktan yaklaşık 1'i bu bozukluğu gösterebilir. DEHB ile beraber BPB'nin varlığı, klinisyenleri yalnızca DEHB semptomlarının özelliklerini değil aynı zamanda ruh hali değişikliklerini de dikkate alan uygun terapötik stratejiler konusunda uyarmalıdır (88).

Son yıllarda, pediyatrik başlangıçlı bipolar bozukluğun, çocuklarda en yaygın nroloğişimsel bozukluk olan DEHB'den nasıl ayırt edilebileceği konusunda yoğun tartişmalar olmuştur. Bu ayırım tanısal bir zorluk teşkil eder, çünkü DEHB'nin kardinal semptomları (dikkat dağınıklığı, ajitasyon, dürtüsellik ve yüksek motor aktivite) BPB'deki hipomani ve mani belirtileri ile örtüşür. Bu iki bozukluk hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkat dağınıklığı gibi ortak özellikleri paylaşır (14). Yapılan bir çalışmada BPB deneklerin beş semptomun (fori, grandiyözite, fikir uçuşması, uyku ihtiyaının azalması ve hiperseksüalite) DEHB ve kontrollerden en iyi ayırımını sağladığı gösterilmiştir. Bu beş semptom, DSM-5'te de maniyeye özgüdür. Hem BPB hem de DEHB gruplarında iritabilite, hiperaktivite, hızlanmış konuşma ve dikkat dağınıklığı sıklıkla saptanmış olup bu nedenle ayırıcı tanı için kullanışlı olmadığı gösterilmiştir (14).

Pediyatrik bipolar bozukluğun erken ve doğru tanınması, nleme ve erken müdahale için gerekli ilk adımdır. Bu sebeple özel olarak pediyatrik mani için tasarlanmış bir ölçek çok önemlidir. Geçerli bir tarama aracının önemli bir özelliği, BPB'yi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğundan ayırt etme yeteneğidir. Bunun yanında, pediyatrik mani tarama araçlarının değerlendirildiği bir çalışmada ebeveyn raporlarının, ğretmen ve özbildirim raporlarından daha yüksek teşhis doğruluğuna sahip olduğu gösterilmiştir (89). Bu nedenle, çocuklarda mani taraması yapılırken ebeveynler en güvenilir bilgi kaynağı kabul edilebilir. Bu amaçla geliştirilen ocuk Mani Değerlendirme leği pediyatrik bipolar bozukluğun tanınmasında ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğundan ayırt edilmesinde önemlidir.

2.2 ÖLÇEK GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ

Psikiyatri alanında ölçüm araçları sıklıkla kullanılmaktadır ve bu araçların doğru ve objektif bir ölçüm yapabiliyor olması araştırmaların bilimselliği açısından oldukça önemlidir. Ölçeğin standart bir ölçme aracı olabilmesi ve sonrasında uygun bilgiler üretebilmesi için “güvenirlilik” ve “geçerlilik” olarak tanımlanan iki özelliğe sahip olması gerekmektedir (90).

2.2.1 Güvenirlilik

Bir ölçüm aracıyla aynı koşullarda yapılan farklı ölçümlerde benzer sonuçlar elde edilmesine güvenirlilik denir (91). Güvenirlilik elde edilen ölçümlerin tutarlılığının bir göstergesidir. Aynı zamanda ölçüm aracının geçerli olabilmesi için de bir gerekliliktir. Ölçüm aracının güvenirliliği düşük ise geçerliliği de düşük olacaktır. Ancak aksi şekilde bir ölçüm aracı için güvenirliliğin sağlanmış olması, geçerliliğin sağlandığı anlamına gelmemektedir (92). Güvenirlilik katsayısı 0 ile 1 arasında değişmektedir. Bir ölçeğin güvenirlilik katsayısını hesaplamak için çeşitli yöntemler kullanılmaktadır.

2.2.1.1 Formun Tekrarı Yöntemi (Test Tekrar Test Yöntemi)

Bu yöntemde ölçek aynı denek grubuna aynı koşullarda, maddelerdeki önemli derecedeki hatırlamalara fırsat vermeyecek kadar uzun, aynı zamanda ölçülecek özelliklerde önemli değişimler olmasına izin vermeyecek kadar da kısa bir zaman aralığında (genellikle 2 ila 4 hafta) iki kez uygulanır. Deney grubunu oluşturan kişilerin tamamına değil örnekleme yapılarak seçilen bölümüne uygulanır. Güvenirlilik katsayısını bulmak için iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır. Böylece elde edilen korelasyon test-yeniden test güvenirlilik katsayısını verir. Bu yöntem ölçülen niteliğin kararlı ve sabit olduğu durumlarda daha sağlıklı sonuç verir (93).

2.2.1.2 İç Tutarlılık Güvenilirliği

Ölçek maddelerinin birbiriyle ilişkili olarak aynı kavramsal yapıyı ölçmesi “iç tutarlılık” olarak isimlendirilir (94). Bu güvenilirlik yönteminde tek bir ölçüm aracı ile tek bir seansta ölçüm yapılarak güvenilirlik tahmini yapılır. Cevapların derecelendirildiği likert tipi ölçeklerde iç tutarlılık güvenilirliğini saptamak için en sık kullanılan analiz yöntemi Cronbach’s Alfa Katsayısı yöntemidir (95). Alfa katsayısı ne kadar yüksekse ölçekteki maddelerin o derece birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliği sorgulayan maddeler olduğu anlaşılır. Alfa katsayısı 0 - 0.40 arasında ise güvenilir değil, 0.40 - 0.60 arasında ise düşük güvenilirlikte, 0.60 - 0.80 arasında ise oldukça güvenilir ve 0.80 - 1.00 arasında ise yüksek güvenilirlikte şeklinde yorumlanır (91).

2.2.2 Geçerlilik

Geçerlilik bir ölçüm aracının, başka değişkenlerle karıştırmadan sadece ölçülmek istenen değişkeni ölçebilme kabiliyetini ifade eder (90). Ölçekten elde edilen veriler ile ölçeğin kullanım amacına uygun olarak belirlenen kriterler arasındaki ilişki ölçeğin geçerlilik katsayısıdır ve -1.00 ile +1.00 arasında belirlenir. Katsayı ne kadar yüksekse ölçeğin amaca o kadar iyi hizmet ettiği anlaşılır (96).

Geleneksel yaklaşıma göre üç farklı tür geçerlilik -içerik, kriter ve yapısal- söz konusu olsa da, modern geçerlilik teorisi yapı geçerliliğini diğer tüm geçerlilik açıklamalarını kapsayacak şekilde geçerlilik analizlerinin esas yöntemi olarak tanımlar (97).

2.2.2.1 Yapı Geçerliliği

Cronbach bir ölçüm aracının yapı geçerliliğini, araç ile ölçülmek istenen yapının ortaya konulma derecesi olarak tanımlar. Bir ölçüm aracının yapı geçerliliğine sahip olup olmaması, maddelerin tamamıyla aynı yapıyı ölçmesine ve ölçüm aracına verilen cevapların birbirleriyle ne kadar ilişkili olduğuna bağlıdır. Yapı geçerliği,

ölçüm aracının soyut bir kavramı ne derecede doğru ölçebildiğini gösterir (92). Yapı geçerliğini incelemek amacıyla faktör analizi tekniğinden yararlanılabilir.

Faktör Analizi: Birbiriyle ilişkisi olan çok sayıda değişkeni bir araya getirerek, daha az sayıda ancak kavramsal olarak anlamlı yeni değişkenler keşfetmeyi amaçlayan bir istatistiktir (98). Araştırmacının ölçüm aracının ölçtüğü faktörlerin sayısı hakkında bir bilgisinin olmadığı, belli bir hipotezi sınamaktan ziyade, ölçüm aracıyla ölçülen faktörlerin genel doğası hakkında bilgi edinmeye çalıştığı inceleme türleri açımlayıcı faktör analizi, araştırmacının geliştirdiği hipotezi test etmeye yönelik incelemelerde kullanılan analiz türü ise doğrulayıcı faktör analizi olarak tanımlanır (99). Ölçek geliştirme araştırmalarında güvenilirlik analizlerinden önce açımlayıcı faktör analizi uygulanmalıdır. Böylelikle ölçeğin değişkenlerini temsil eden ifadelerin altında yatan faktör yapısı keşfedilerek ortaya konabilir (100).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 YÖNTEM

Çalışma kesitsel olarak planlanmış bir vaka-kontrol ve geçerlilik güvenirlik çalışmasıdır.

3.1.1 Çalışma Evreni

Araştırmanın vaka grubunu Ağustos 2022 – Nisan 2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği'ne başvuran bipolar bozukluk tanısı alan hastalar ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan hastalar, kontrol grubunu ise gönüllü olarak katılan sağlıklı bireyler oluşturacaktır.

3.1.2 Örneklem Seçimi

Ağustos 2022 – Nisan 2023 tarihleri arasında kliniğimize başvuran, aşağıda belirtilen çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan tüm hastaların ardışık olarak araştırmaya alınması planlanmıştır.

Bipolar Bozukluğu Olan ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Hastaların Dahil Edilme Kriterleri;

1. DSM-5'e göre BPB/DEHB tanısı almış olma
2. Hastalık tanısı alma tarihinde 18 yaş altında olma
3. Katılımcılara ve ebeveynlerine çalışma hakkında ve kullanılacak gereçler hakkında bilgi verilip aydınlatılmış onam alınmış olması

Sağlıklı Kontrol Grubunun Dahil Edilme Kriterleri;

1. 18 yaşın altında olmak
2. Katılımcılara ve ebeveynlerine çalışma hakkında ve kullanılacak gereçler hakkında bilgi verilip aydınlatılmış onam alınmış olması

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri;

Tüm gruplar için dışlama kriterleri şunlardır:

1. Çocukta veya ailede klinik görüşmeyi engelleyecek şekilde bilişsel yetersizlik olması
2. Otizm spektrum bozuklukları
3. Ciddi tıbbi veya nörolojik durumlar (genetik sendromlar, epilepsi, kraniyal tümör, metabolik hastalık, vb.)
4. Kafa travması (bilinç kaybı içeren) veya beyin cerrahisi öyküsü
5. Duygudurumu etkileyebilecek herhangi bir madde veya ilaç kullanımı

3.1.3 İşlem

Çocuk Mani Değerlendirme Ölçeği'nin (Child Mania Rating Scale) Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması sırasıyla, ölçeğin Türkçe versiyonu için ölçek sahibinden izin alınarak psikolinguistik özelliklerin incelenerek dil uyarlanması ve geçerlilik ve güvenirliğinin incelenmesi olmak üzere toplam iki aşamada gerçekleştirilmiştir.

Ölçek sahibinden izin alındığında ölçeğin Türkçe çevirisinin hali hazırda mevcut olduğu öğrenilmiş olup, ölçek sahibinden çevirinin kullanımı ve yeniden uyarlanması açısından da izin alınmıştır. Ölçeğin anlatım farkını en aza indirebilmek için çeviri yeniden gözden geçirilmiştir. Ana dili Türkçe olan ve İngilizce bilen iki bağımsız çevirmen tarafından (bir çevirmen ruh sağlığı alanında çalışan) ölçeğin

mevcut Türkçe hali yeniden değerlendirilmiştir. Bu çeviriler araştırmacı ve tez danışmanı öğretim üyesi tarafından düzenlenmiş ve alınan öneriler ve yapılan düzeltmelerden sonra ölçek, araştırma kapsamına alınmayan 10 bireye uygulanmış, anlaşılmakta zorlanılan maddeler, okunabilirlik ve madde formatı açısından değerlendirilerek, önerilen değişiklikler doğrultusunda son durumuna ulaşmıştır.

Uygun çeviri sonrasında oluşturulan ölçek metni, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniğine Ağustos 2022 – Nisan 2023 tarihleri arasında başvuran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalara ve sağlıklı kontrollere araştırmanın amacı ve uygulanacak gereçler açıklandıktan sonra onam belgesi alınarak uygulanmıştır.

Çalışmaya alınan tüm hastaların psikiyatrik muayenesi çalışmaya katılan çocuk psikiyatristi tarafından yapılmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu ile katılımcıların ve ebeveynlerinin genel bilgileri alınmıştır. Hem çocuklar hem de aileleriyle Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) yarı yapılandırılmış görüşmenin tüm modülleri uygulanarak şimdiki ve geçmişe dönük psikiyatrik tanıları gözden geçirilmiştir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden ergenlere Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) ve Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (CGAS) uygulanmış, ergenlerden Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği (ÇDÖ) ve Güçler ve Güçlükler Anketi doldurmaları istenmiştir. Ebeveynlerden ise Çocuk Mani Değerlendirme Ölçeği Türkçe çeviri hali, Turgay DSM-IV Kökenli Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği, Güçler ve Güçlükler Anketi ebeveyn formu doldurmaları istenmiştir. Görüşmeler hem çocuk hem ebeveynle gerçekleştirilmiştir. Ölçek geçerlilik güvenilirlik çalışması olması nedeniyle aynı vaka grubunda ebeveynlere 1 hafta sonra (test-retest) ÇMDÖ Türkçe çeviri hali yeniden doldurtulmuştur.

3.2 GEREÇLER

3.2.1 Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK 1)

Katılımcılar ve ebeveynlerini dahil olacakları araştırma hakkında anlaşılır ve açık bir dille bilgilendiren, araştırmanın gönüllülük esasıyla olduğunu belirten, katılımcı ve ebeveyn tarafından her biri ayrı olarak imzalanan formdur.

3.2.2 Sosyodemografik Veri Formu (EK 2)

Araştırmacı tarafından geliştirilmiş, katılımcılar ve ailelerinin sosyodemografik özelliklerini ve klinik birtakım bilgilerini değerlendirmek için kullanılan bir form olup görüşmeci tarafından katılımcı ve ailesiyle görüşülerek doldurulmuştur.

3.2.3 Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Versiyonu (ÇDŞG-ŞY-T)

1997 yılında Kaufman ve arkadaşları tarafından çocuk ve ergenlerin DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (101). Çizelgenin DSM-5 tanılarına göre güncellenmiş halinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2019 yılında Ünal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. ÇDŞG-ŞY ile çocuk ve ergendeki geçmiş ve şu andaki psikiyatrik bozukluklar ebeveyn ve çocuktan alınan bilgiler doğrultusunda sırayla sorgulanır ve tanı klinisyenin gözlemleriyle birleştirilerek konulur.

ÇDŞG-ŞY ile duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, yıkıcı davranım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, tik bozuklukları ve yeme bozuklukları gibi birçok psikopatoloji değerlendirilebilmektedir. Çocuğun değerlendirme yapıldığı zamandaki işlevsellik düzeyi de belirlenmektedir (102).

3.2.4 Çocuk Mani Değerlendirme Ölçeği (ÇMDÖ) (EK 3)

Ölçek Mani N. Pavuluri ve arkadaşları tarafından 2006 yılında geliştirilmiş olup manik dönem için DSM-IV kriterlerini yansıtan 21 madde içerir. Ebeveyn ölçeği olarak tasarlanmış olup dörtlü likert çizelgesi kullanılmıştır. Hiç/nadiren: 0 puan, bazen:1 puan, sıklıkla: 2 puan, çok sık: 3 puan olarak yanıtlanır. Orijinal ölçekte Cronbach's α katsayısı 0,96 bulunmuştur (103).

3.2.5 Young Mani Derecelendirme Ölçeği (EK 4)

Mani atağının şiddetini ve prognozunu ölçmeye yönelik hazırlanmış klinisyen tarafından doldurulan bir ölçektir. Young ve ark. tarafından geliştirilmiş olup toplam 11 maddeden oluşmaktadır ve her bir madde beş şiddet derecesi ile tariflenir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Karadağ ve ark. tarafından yapılmıştır (104).

3.2.6 Turgay DSM-IV Kökenli Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği (EK 5)

DSM-IV tanı ölçütlerinin anlamları değiştirilmeden soru şekline çevrilmesiyle geliştirilmiş olup, ölçekte DEHB, KOKGB ve davranım bozukluğu tanılarını belirlemek amacıyla dikkatsizliği, aşırı hareketliliği, dürtüsellliği, karşıt olma karşı gelmeyi ve davranım bozukluğunu sorgulayan maddeler bulunmaktadır. Ölçekteki maddeler 4'lü likert yapıda olup 0-3 arasında puanlanmaktadır. İşaretlenen puan ile semptomun şiddeti doğru orantılıdır (105). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Ercan ve ark. tarafından 2001 yılında yapılmıştır (106).

3.2.7 Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) (EK 6)

Goodman tarafından geliştirilen, çocuk ve ergenlerin ruhsal ve davranışsal sorunlarını taramak için kullanılan bir ölçektir (107). Güçler ve güçlükler anketinin duygusal sorunlar, davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, akran sorunları ve sosyal davranış olmak üzere beş alt boyutu vardır. Her alt boyut üçlü likert tipi derecelendirilen beş soru içermektedir ve yanıtlar 0, 1 ve 2 olarak puanlanır. İlk dört alt boyuttan elde edilen puanlar toplam güçlük puanını oluşturmaktadır, sosyal davranış alt boyutu ise olumlu davranışları ölçmektedir ve toplam güçlük puanına katılmamaktadır (108). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güvenir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (109). Çalışmamızda ölçeğin hem ergenler tarafından doldurulan öz bildirim formu hem de ebeveyn formu kullanılmıştır.

3.2.8 Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) (EK 7)

Erişkinler için geliştirilen Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak Kovacs tarafından 1981 yılında oluşturulan, çocuk ve ergenlerde depresyon taraması ve şiddetini belirlemede en çok kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Toplam 27 maddeden oluşan ölçekte çocuğun son iki hafta içindeki durumunu değerlendirip kendisine en uygun cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Her bir soru için 0-2 arasında puanlandırılır ve tarama amaçlı kullanımlar için kesme puanı 19 olarak saptanmıştır. Ölçekten alınan puan arttıkça depresyon şiddeti artmaktadır. Ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması Öy tarafından yapılmıştır (110).

3.2.9 Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) (EK 8)

DSM-IV temel alınarak işlevselliğin genel olarak değerlendirmesini yapar. Yetişkinler için hazırlanan ve psikiyatrik bozuklukların şiddetini ölçmeye yarayan İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi ve Sağlık-Hastalık Ölçeklerinin çocuk ve ergenlere uyarlanmış halidir (111). ÇGDÖ çocuk ya da ergenin işlevselliğini en ağır şekilde bozan durumu göz önüne alarak klinisyenin yaptığı tahmini ölçümdür. 1'den 100'e kadar puanlanır ve 10 bölüm içinde incelenir. Her bölüm içinde belirtilen örnek durumlara uygunluğuna göre belirlenen bölüm aralığında bir puan verilir.

3.3 İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmada değerlendirilen vakaların demografik ve klinik özellikleri betimleyici istatistiksel analizlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) incelendi. Üç grup arasında, cinsiyet, sınıf, okuma yazma, aile tipi, ilaç kullanımı, kardeş sayısı ve sırası, okulu bırakma nedeni, tıbbi hastalık, anne baba birliktelik durumu gibi demografik özelliklerin ve ebeveyn ile aile özelliklerinin, şu anki ve geçmiş psikiyatrik tanılarının, klinik özelliklerin oranlarının karşılaştırılmasında Ki-Kare Analizi kullanılmıştır. ÇMDÖ madde skorlarının test tekrar test sonuçları, ÇMDÖ ve alt ölçekleri arasındaki korelasyon, DEHB ve BPB grubu psikometrik ölçümler arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ve Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak incelenmiştir. Araştırmada değerlendirilen üç grup arasında yaş, not ortalaması, anne-baba yaş skor ortalamalarının karşılaştırılması Tek Yönlü ANOVA Analizine göre yapılmıştır. Üç grup arasında ÇMDÖ madde skorlarının ayırt ediciliği ile ikili grup karşılaştırmaları Tukey Testine göre yapılmıştır. ÇMDÖ geçerliliği açıklayıcı faktör analizi ve Barlett's Testi ile incelendi. İlk adımda ölçüm aracı orijinal çalışmada da kullanılan Doğrulayıcı Faktör Analizi ile test edilmiştir. DFA sonuçları SPSS'e uyumlu AMOS programı ile değerlendirilmiştir. Araştırmada değerlendirilen katılımcıların ÇMDÖ madde skor dağılımları Cronbach'a göre incelenmiştir. BPB tanılı vakalar ile DEHB tanılı ve kontrol grubundaki vakalar arasında ÇMDÖ'nün kesme puanı ROC Analizi ile incelenmiştir.

3.4 ETİK

Child Mania Rating Scale ölçeğinin Türkçe çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılabilmesi için ölçeğin ilk yazarı Mani N. Pavuluri ile mail yoluyla iletişime geçilerek kendisinin izni alındı (EK 9).

Çalışmanın Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu (TUEK) onayı T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir

Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden 06.09.2022 tarihinde 651 protokol numarası ile alınmıştır (EK 10).

Çalışmanın etik kurul onayı T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15.08.2022 tarihinde 2022-16-13 karar numarası ile alınmıştır (EK 11).



4.BULGULAR

4.1 KATILIMCILARA AİT SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR

Araştırmamız 50 dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı hasta, 50 bipolar bozukluk tanılı hasta ve 50 kişilik kontrol grubu olmak üzere 150 katılımcı ile gerçekleştirildi.

Araştırmada değerlendirilen DEHB grubu vakaların yaş ortalamalarının $15,54 \pm 1,20$, BPB grubu vakaların yaş ortalamalarının $15,72 \pm 1,46$, kontrol grubu katılımcıların yaş ortalamalarının $15,44 \pm 1,37$ olduğu bulundu. Tek Yönlü ANOVA Analizine göre 3 grup arasında yaş ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık göstermediği ($F=0,56$, $p=0,575$) bulundu.

DEHB, BPB ve kontrol grubu arasında yapılan Ki-Kare Testine göre sınıf ($X^2=3,89$, $p=0,003$), son bir yıldaki okul başarısı ($X^2=16,28$, $p=0,039$), devamsızlık ($X^2=67,08$, $p<0,001$), okuma yazma ($X^2=12,72$, $p=0,013$), okulu bırakma sebebi ($X^2=19,67$, $p=0,012$), kardeş sayısı ($X^2=30,57$, $p=0,027$) oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulundu.

Araştırmada değerlendirilen DEHB grubu vakaların not ortalamalarının $71,52 \pm 16,22$, BPB grubu vakaların not ortalamalarının $64,12 \pm 14,68$, kontrol grubu katılımcıların not ortalamalarının $80,28 \pm 14,39$ olduğu bulundu. DEHB, BPB ve kontrol grubu arasında yapılan Tek Yönlü ANOVA Analizine göre not ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık gösterdiği ($F=14,32$, $p<0,001$) bulundu (Tablo 1).

Tablo 1. Üç grup arasında sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		DEHB		BPB		KG			
		n	%	n	%	n	%	X ²	p
Cinsiyet	Erkek	31	62,0	22	44,0	23	46,0	3,89	0,143
	Kız	19	38,0	28	56,0	27	54,0		
Sınıf	6	0	0,0	1	2,0	0	0,0	29,52	0,003
	7	0	0,0	2	4,0	0	0,0		
	8	2	4,0	1	2,0	12	24,0		
	9	12	24,0	8	16,0	7	14,0		
	10	12	24,0	13	26,0	9	18,0		
	11	7	14,0	16	32,0	10	20,0		
	12	17	34,0	9	18,0	12	24,0		
Son 1 yıldaki okul başarısı	Çok iyi	6	12,0	2	4,0	11	22,0	16,28	0,039
	İyi	15	30,0	12	24,0	17	34,0		
	Orta	12	24,0	22	44,0	16	32,0		
	Kötü	14	28,0	10	20,0	5	10,0		
	Çok kötü	3	6,0	4	8,0	1	2,0		
Devamsızlık	0-5	27	54,0	8	16,0	43	86,0	67,08	<0,001
	5-10	8	16,0	7	14,0	3	6,0		
	10-15	3	6,0	2	4,0	2	4,0		
	15-20	4	8,0	2	4,0	2	4,0		
	20'den fazla	8	16,0	31	62,0	0	0,0		
Okuma yazma	1.sınıf 1. Dönem	39	78,0	40	80,0	49	98,0	12,72	0,013
	1.sınıf 2. Dönem	9	18,0	10	20,0	1	2,0		
	2.sınıf	2	4,0	0	0,0	0	0,0		
Okulu bırakma sebebi	Sosyalleşememe geri çekilme	2	33,3	0	0,0	0	0,0	19,67	0,012
	Akademik zorluk	2	33,3	4	21,1	1	50,0		
	Devamsızlık	2	33,3	1	5,3	0	0,0		
	Okulla ilgili sorun	0	0,0	2	10,5	1	50,0		
	Hastalık başlangıcı	0	0,0	12	63,2	0	0,0		
Çalışma durumu	Yok	45	90,0	44	88,0	49	98,0	3,80	0,179
	Var	5	10,0	6	12,0	1	2,0		
Bilinen sürekli tıbbi hastalık	Yok	36	72,0	43	86,0	42	84,0	5,23	0,265
	Geçmişte var	4	8,0	4	8,0	3	6,0		
	Şu an var	10	20,0	3	6,0	5	10,0		
Sürekli ilaç kullanımı	Yok	45	90,0	48	96,0	46	92,0	3,10	0,541
	Geçmişte var	1	2,0	0	0,0	2	4,0		
	Şu an var	4	8,0	2	4,0	2	4,0		
Aile tipi	Çekirdek	42	84,0	42	84,0	44	88,0	6,19	0,186
	Geniş	1	2,0	1	2,0	4	8,0		
	Tek ebeveyn	7	14,0	7	14,0	2	4,0		
Anne baba birliktelik durumu	Birlikte	43	86,0	41	82,0	48	96,0	5,59	0,471
	Ayrı	1	2,0	1	2,0	0	0,0		
	Boşanmış	5	10,0	6	12,0	1	2,0		
	Vefat	1	2,0	2	4,0	1	2,0		
Kardeş sayısı	1	7	14,0	6	12,0	2	4,0	30,57	0,027*
	2	29	58,0	16	32,0	18	36,0		

	3	10	20,0	13	26,0	17	34,0		
	4	4	8,0	7	14,0	13	26,0		
	5	0	0,0	3	6,0	0	0,0		
	6	0	0,0	1	2,0	0	0,0		
	7	0	0,0	2	4,0	0	0,0		
	9	0	0,0	1	2,0	0	0,0		
	10	0	0,0	1	2,0	0	0,0		
Kardeş sırası	1	34	68,0	21	42,0	23	46,0	17,56	0,063
	2	9	18,0	15	30,0	17	34,0		
	3	4	8,0	7	14,0	7	14,0		
	4	3	6,0	2	4,0	3	6,0		
	5	0	0,0	3	6,0	0	0,0		
	9	0	0,0	2	4,0	0	0,0		
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	F	p
Yaş		15,54	1,20	15,72	1,46	15,44	1,37	0,56	0,575
Not ortalaması		71,52	16,22	64,12	14,68	80,28	14,39	14,32	<0,001

KG=Kontrol grubu, Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma

4.2 AİLELERE AİT SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR

Araştırmada değerlendirilen DEHB grubu vakaların anne yaş ortalamalarının $43,16 \pm 5,82$, BPB grubu vakaların anne yaş ortalamalarının $42,82 \pm 5,32$, kontrol grubu katılımcıların anne yaş ortalamalarının $43,92 \pm 5,73$ olduğu bulundu. Tek Yönlü ANOVA Analizine göre 3 grup arasında anne yaş ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık göstermediği ($F=0,50$, $p=0,607$) bulundu.

Araştırmada değerlendirilen DEHB grubu vakaların baba yaş ortalamalarının $47,04 \pm 5,57$, BPB grubu vakaların baba yaş ortalamalarının $46,52 \pm 7,32$, kontrol grubu katılımcıların baba yaş ortalamalarının $47,80 \pm 7,04$ olduğu bulundu. DEHB, BPB ve kontrol grubu arasında yapılan Tek Yönlü ANOVA Analizine göre baba yaş ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık göstermediği ($F=0,46$, $p=0,630$) bulundu.

DEHB, BPB ve kontrol grubu arasında yapılan Ki-Kare Testine göre annenin eğitim durumu ($X^2=30,74$, $p=0,001$), annenin mesleği ($X^2=30,01$, $p=0,001$), annede fiziksel hastalık ($X^2=11,43$, $p=0,022$), babanın eğitim durumu ($X^2=34,50$, $p<0,001$), babanın mesleği ($X^2=29,50$, $p=0,001$), babada fiziksel hastalık ($X^2=18,73$, $p=0,001$), ailenin gelir düzeyi ($X^2=30,84$, $p<0,001$), ekonomik durum değerlendirme ($X^2=33,69$, $p<0,001$), ailede psikiyatrik hastalık ($X^2=9,69$, $p=0,046$), ailede bipolarite ($X^2=42,32$,

p<0,001) oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulundu (Tablo 2).

Tablo 2. Üç grup arasında ebeveyn ve aile özelliklerinin karşılaştırılması

		DEHB		BPB		KG			
		n	%	n	%	n	%	X ²	p
Annenin eğitim durumu	Okur yazar değil	0	0,0	3	6,0	0	0,0	30,74	0,001
	Okur yazar	0	0,0	2	4,0	3	6,0		
	İlkokul	17	34,0	24	48,0	15	30,0		
	Ortaokul	7	14,0	11	22,0	1	2,0		
	Lise	16	32,0	8	16,0	21	42,0		
	Üniversite	10	20,0	2	4,0	10	20,0		
Annenin mesleği	Ev hanımı	25	50,0	42	84,0	35	70,0	30,01	0,001
	Memur	3	6,0	0	0,0	7	14,0		
	İşçi	11	22,0	4	8,0	2	4,0		
	Özel sektör	2	4,0	2	4,0	4	8,0		
	Serbest	5	10,0	0	0,0	2	4,0		
	Emekli	4	8,0	2	4,0	0	0,0		
Annede Bilinen Ruhsal bozukluk	Yok	22	44,0	29	58,0	35	70,0	9,25	0,055
	Geçmişte var	17	34,0	11	22,0	12	24,0		
	Şu an var	11	22,0	10	20,0	3	6,0		
Annenin psikiyatrik tedavi kullanımı	Yok	25	50,0	29	58,0	35	70,0	7,84	0,098
	Geçmişte var	12	24,0	11	22,0	12	24,0		
	Şu an var	13	26,0	10	20,0	3	6,0		
Annede fiziksel hastalık	Yok	27	54,0	39	78,0	33	66,0	11,43	0,022
	Geçmişte var	2	4,0	2	4,0	6	12,0		
	Şu an var	21	42,0	9	18,0	11	22,0		
Babanın eğitim durumu	Okur yazar	0	0,0	1	2,0	0	0,0	34,50	<0,001
	İlkokul	16	32,0	22	44,0	11	22,0		
	Ortaokul	10	20,0	11	22,0	6	12,0		
	Lise	16	32,0	13	26,0	7	14,0		
	Üniversite	8	16,0	3	6,0	26	52,0		
Babanın mesleği	İşsiz	1	2,0	1	2,0	1	2,0	29,50	0,001
	Memur	4	8,0	2	4,0	10	20,0		
	İşçi	17	34,0	23	46,0	2	4,0		
	Özel sektör	15	30,0	8	16,0	15	30,0		
	Serbest	7	14,0	11	22,0	16	32,0		
	Emekli	6	12,0	5	10,0	6	12,0		
Babada Bilinen Ruhsal Bozukluk	Yok	42	84,0	40	80,0	41	82,0	3,05	0,550
	Geçmişte var	6	12,0	5	10,0	3	6,0		
	Şu an var	2	4,0	5	10,0	6	12,0		
Babanın psikiyatrik tedavi kullanımı	Yok	44	88,0	41	82,0	42	84,0	2,91	0,573
	Geçmişte var	4	8,0	4	8,0	2	4,0		
	Şu an var	2	4,0	5	10,0	6	12,0		
Babada fiziksel hastalık	Yok	26	52,0	41	82,0	21	42,0	18,73	0,001
	Geçmişte var	4	8,0	2	4,0	3	6,0		
	Şu an var	20	40,0	7	14,0	26	52,0		

Ailenin gelir düzeyi	3000-5000	1	2,0	5	10,0	0	0,0	30,84	<0,001
	5000-10000	22	44,0	22	44,0	14	28,0		
	10000-15000	19	38,0	15	30,0	9	18,0		
	15000-20000	3	6,0	5	10,0	10	20,0		
	20000 ve üzeri	5	10,0	3	6,0	17	34,0		
Ekonomik durum değerlendirme	Düşük	28	56,0	22	44,0	12	24,0	33,69	<0,001
	Orta	15	30,0	24	48,0	14	28,0		
	İyi	7	14,0	4	8,0	17	34,0		
	Çok iyi	0	0,0	0	0,0	7	14,0		
Ailede psikiyatrik hastalık	Yok	16	32,0	13	26,0	26	52,0	9,69	0,046
	Var	34	68,0	36	72,0	24	48,0		
Ailede bipolarite	Yok	45	90,0	25	50,0	49	98,0	42,32	<0,001
	1.derecede	1	2,0	14	28,0	1	2,0		
	2.derecede	4	8,0	10	20,0	0	0,0		
	1. ve 2.derecede	0	0,0	1	2,0	0	0,0		
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	F	p
Anne yaş		43,16	5,82	42,82	5,32	43,92	5,73	0,50	0,607
Baba yaş		47,04	5,57	46,52	7,32	47,80	7,04	0,46	0,630

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma

4.3 KATILIMCILARA AİT KLİNİK ÖZELLİKLER

Ki-Kare Testine göre DEHB grubunda yer alan hastaların 5'i (%10), BPB grubunda yer alan hastaların 9'u (%18) daha önce suisid girişiminde bulunduğunu belirtirken kontrol grubunda hiçbir hastanın suisid girişimi olmadığı tespit edildi ve suisid girişimi oranları bu üç grup arasında anlamlı seviyede farklı bulundu ($X^2=9,61$, $p=0,008$). DEHB grubunda 30 vakada (%60) ve BPB grubunda 30 vakada (%60) fiziksel agresyon öyküsü olmasına karşın kontrol grubunda fiziksel agresyon öyküsü saptanmamış olup oranlar fiziksel agresyon açısından anlamlı bulunmuştur ($X^2=218,75$, $p<0,001$). DEHB grubunda yer alan hastaların 12'si (%24), BPB grubunda yer alan hastaların 9'u (%18), kontrol grubundaki vakaların ise 1'i (%2) self mutilasyon öyküsü vermiştir ve oranlar self mutilasyon açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=10,33$, $p=0,006$). DEHB grubunda yer alan hastaların 8'i (%16), BPB grubunda yer alan hastaların 14'ü (%28) ve kontrol grubunda yer alan vakaların 1'i (%2) sigara kullanmakta olduğunu belirtti ve sigara kullanım oranları bu üç grup arasında anlamlı seviyede farklı ($X^2=13,04$, $p=0,001$) bulundu (Tablo 3).

Tablo 3. Üç grup arasında klinik özelliklerin karşılaştırılması

		DEHB		BPB		KG			
		n	%	n	%	n	%	X2	p
Suisid girişimi	Yok	45	90,0	41	82,0	50	100,0	9,61	0,008
	Var	5	10,0	9	18,0	0	0,0		
Suisid girişimi kaç kez	1	4	80,0	7	77,8	0	0,0	2,91	0,602*
	2	0	0,0	2	22,2	0	0,0		
	3	1	20,0	0	0,0	0	0,0		
Fiziksel agresyon	Yok	35	70,0	35	70,0	50	100,0	18,75	<0,001
	Var	15	30,0	15	30,0	0	0,0		
Self mutilasyon	Yok	38	76,0	41	82,0	49	98,0	10,33	0,006
	Var	12	24,0	9	18,0	1	2,0		
Adli öykü	Yok	45	90,0	45	90,0	50	100,0	5,36	0,069
	Var	5	10,0	5	10,0	0	0,0		
Sigara	Yok	42	84,0	36	72,0	49	98,0	13,04	0,001
	Var	8	16,0	14	28,0	1	2,0		
Alkol	Yok	49	98,0	49	98,0	50	100,0	1,01	0,602
	Var	1	2,0	1	2,0	0	0,0		

X2=Ki-Kare Testi

4.4 PSİKİYATRİK EŞ TANI BULGULARI

Hastaların geçmiş ve şimdiki psikiyatrik hastalık değerlendirmeleri ÇDŞG-ŞY görüşme formu aracılığıyla yapıldı.

DEHB grubunda yer alan hastaların şimdiki psikiyatrik değerlendirmelerinde sırasıyla en fazla görülen tanıların; özgül fobi %32, karşıt olma karşı gelme bozukluğu %18, tik bozukluğu %18, davranım bozukluğu %14, sosyal fobi %10, yaygın anksiyete bozukluğu %8 ve obsesif kompulsif bozukluk %6 olduğu saptandı. BPB grubunda yer alan hastaların şimdiki psikiyatrik değerlendirmelerinde sırasıyla en fazla görülen tanıların; mani/hipomani %72, psikoz %48, özgül fobi %26 ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu %14 olduğu saptandı. Kontrol grubunda yer alan vakaların şimdiki psikiyatrik değerlendirmelerinde sırasıyla en fazla görülen tanıların ise; özgül fobi %32, yaygın anksiyete bozukluğu %14, sosyal fobi %12 ve depresif bozukluk %6 olduğu saptandı. Ki-Kare Testine göre üç grup arasında mani/hipomani ($X^2=94,74$, $p<0,001$), psikoz ($X^2=57,14$, $p<0,001$), sosyal fobi ($X^2=6,08$, $p=0,048$), yaygın anksiyete bozukluğu ($X^2=7,26$, $p=0,027$), obsesif kompulsif bozukluk ($X^2=6,12$, $p=0,047$), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ($X^2=124,45$, $p<0,001$), karşıt olma karşı gelme bozukluğu ($X^2=10,33$, $p=0,006$), davranım

bozukluğu ($X^2=9,22$, $p=0,010$), tik bozukluğu ($X^2=15,64$, $p<0,001$) oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulundu (Tablo 4)

Tablo 4. Üç grup arasında şu anki psikiyatrik tanıların karşılaştırılması

		DEHB		BPB		KG			
		n	%	n	%	n	%	X2	p
Depresif Bozukluklar	Yok	46	92,0	50	100,0	47	94,0	3,90	0,143
	Var	4	8,0	0	0,0	3	6,0		
Mani/hipomani	Yok	50	100,0	14	28,0	50	100,0	94,74	<0,001
	Var	0	0,0	36	72,0	0	0,0		
Psikoz	Yok	50	100,0	26	52,0	50	100,0	57,14	<0,001
	Var	0	0,0	24	48,0	0	0,0		
Agorafobi	Yok	48	96,0	50	100,0	50	100,0	4,05	0,132
	Var	2	4,0	0	0,0	0	0,0		
Sosyal Fobi	Yok	45	90,0	50	100,0	44	88,0	6,08	0,048
	Var	5	10,0	0	0,0	6	12,0		
Özgül Fobi	Yok	34	68,0	37	74,0	34	68,0	0,57	0,751
	Var	16	32,0	13	26,0	16	32,0		
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Yok	46	92,0	50	100,0	43	86,0	7,26	0,027
	Var	4	8,0	0	0,0	7	14,0		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Yok	47	94,0	50	100,0	50	100,0	6,12	0,047
	Var	3	6,0	0	0,0	0	0,0		
Enürezis	Yok	50	100,0	49	98,0	50	100,0	2,01	0,365
	Var	0	0,0	1	2,0	0	0,0		
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	Yok	0	0,0	43	86,0	50	100,0	124,45	<0,001
	Var	50	100,0	7	14,0	0	0,0		
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	Yok	41	82,0	48	96,0	49	98,0	10,33	0,006
	Var	9	18,0	2	4,0	1	2,0		
Davranım Bozukluğu	Yok	43	86,0	48	96,0	50	100,0	9,22	0,010
	Var	7	14,0	2	4,0	0	0,0		
Tik Bozukluğu	Yok	41	82,0	49	98,0	50	100,0	15,64	<0,001
	Var	9	18,0	1	2,0	0	0,0		

DEHB grubunda yer alan hastaların geçmişe dair psikiyatrik değerlendirmelerinde sırasıyla en fazla görülen tanıların; depresif bozukluk %30, enürezis %28, tik bozukluğu %24, ayrılık anksiyetesi %20, karşıt olma karşı gelme bozukluğu %16, özgül fobi %12, obsesif kompulsif bozukluk %10 olduğu saptandı. BPB grubunda yer alan hastaların geçmişe dair psikiyatrik değerlendirmelerinde sırasıyla en fazla görülen tanıların; depresif bozukluk %54, mani/hipomani %28, sosyal fobi %24, ayrılık anksiyetesi %20, enürezis %16, tik bozukluğu %12 olduğu saptandı. Kontrol grubunda yer alan vakaların geçmişe dair psikiyatrik

değerlendirmelerinde sırasıyla en fazla görülen tanıların; enürezis %20, depresif bozukluk %16, ayrılık anksiyetesi %12, tik bozukluğu %8 olduğu saptandı. DEHB, BPB ve kontrol grupları arasında yapılan Ki-Kare Testine göre depresif bozukluklar ($X^2=16,62$, $p<0,001$), mani/hipomani ($X^2=30,88$, $p<0,001$), sosyal fobi ($X^2=17,33$, $p<0,001$), özgül fobi ($X^2=9,29$, $p=0,010$), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ($X^2=145,63$, $p<0,001$), karşıt olma karşı gelme bozukluğu ($X^2=16,90$, $p<0,001$), davranım bozukluğu ($X^2=6,12$, $p=0,047$) oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulundu (Tablo 5).

Tablo 5. Üç grup arasında geçmiş psikiyatrik tanıların karşılaştırılması

		DEHB		BPB		KG		X2	p
		n	%	n	%	n	%		
Depresif Bozukluklar	Yok	35	70,0	23	46,0	42	84,0	16,62	<0,001
	Var	15	30,0	27	54,0	8	16,0		
Mani/hipomani	Yok	50	100,0	36	72,0	50	100,0	30,88	<0,001
	Var	0	0,0	14	28,0	0	0,0		
Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu	Yok	49	98,0	50	100,0	50	100,0	2,01	0,365
	Var	1	2,0	0	0,0	0	0,0		
Psikoz	Yok	50	100,0	47	94,0	50	100,0	6,12	0,047
	Var	0	0,0	3	6,0	0	0,0		
Ayrılık Anksiyetesi	Yok	40	80,0	40	80,0	44	88,0	1,49	0,475
	Var	10	20,0	10	20,0	6	12,0		
Sosyal Fobi	Yok	47	94,0	38	76,0	50	100,0	17,33	<0,001
	Var	3	6,0	12	24,0	0	0,0		
Özgül Fobi	Yok	44	88,0	50	100,0	49	98,0	9,29	0,010
	Var	6	12,0	0	0,0	1	2,0		
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Yok	48	96,0	48	96,0	50	100,0	2,06	0,358
	Var	2	4,0	2	4,0	0	0,0		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Yok	45	90,0	46	92,0	49	98,0	2,79	0,248
	Var	5	10,0	4	8,0	1	2,0		
Enürezis	Yok	36	72,0	42	84,0	40	80,0	2,23	0,329
	Var	14	28,0	8	16,0	10	20,0		
Enkoprezis	Yok	50	100,0	49	98,0	48	96,0	2,04	0,360
	Var	0	0,0	1	2,0	2	4,0		
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	Yok	0	0,0	50	100,0	49	98,0	145,63	<0,001
	Var	50	100,0	0	0,0	1	2,0		
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	Yok	42	84,0	50	100,0	50	100,0	16,90	<0,001
	Var	8	16,0	0	0,0	0	0,0		
Davranım Bozukluğu	Yok	47	94,0	50	100,0	50	100,0	6,12	0,047
	Var	3	6,0	0	0,0	0	0,0		
Tik Bozukluğu	Yok	38	76,0	44	88,0	46	92,0	5,54	0,063
	Var	12	24,0	6	12,0	4	8,0		
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	Yok	47	94,0	48	96,0	49	98,0	1,04	0,594
	Var	3	6,0	2	4,0	1	2,0		

4.5 ÖLÇEK GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK VERİLERİNE AİT BULGULAR

ÇMDÖ madde skorları ayırt ediciliği incelendiğinde Tukey Testi sonucuna göre BPB grubu vakaların çmdö1, çmdö2, çmdö3, çmdö5, çmdö6, çmdö8, çmdö9, çmdö10, çmdö13, çmdö14, çmdö15, çmdö17, çmdö18, çmdö19 ortalamalarının DEHB ve kontrol grubu vakaların ortalamalarından, DEHB grubu vakaların çmdö1, çmdö2, çmdö3, çmdö5, çmdö6, çmdö8, çmdö9, çmdö10, çmdö13, çmdö14, çmdö15, çmdö17, çmdö18, çmdö19 ortalamalarının ise kontrol grubu vakaların ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,001$) bulundu. BPB grubu vakaların çmdö4, çmdö16, çmdö20, çmdö21 ortalamalarının DEHB ve kontrol grubu vakaların ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,001$) bulundu. BPB ve DEHB grubu vakaların ise çmdö7, çmdö11, çmdö12 ortalamalarının, kontrol grubu vakaların ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<0,001$) bulundu (Tablo 6).

Tablo 6. Üç grup arasında ÇMDÖ madde skorlarının ayırt ediciliği

	DEHB		BPB		KG		F	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
çmdö1	1,22	1,02	2,14	0,93	,52	,76	40,073 ^a	<0,001
çmdö2	1,30	1,05	2,10	0,91	,72	,90	26,125 ^a	<0,001
çmdö3	1,26	1,17	2,10	1,07	,60	,95	24,710 ^a	<0,001
çmdö4	,18	,48	1,12	1,29	,00	,00	28,694 ^b	<0,001
çmdö5	1,20	1,01	2,32	1,06	,50	,74	47,150 ^a	<0,001
çmdö6	1,90	1,02	2,38	,90	1,12	,96	21,926 ^a	<0,001
çmdö7	1,92	1,08	2,26	,92	,72	,83	36,069 ^c	<0,001
çmdö8	1,48	1,07	2,28	,86	,26	,53	71,631 ^a	<0,001
çmdö9	1,74	1,21	2,26	1,05	,38	,73	45,866 ^a	<0,001
çmdö10	,82	,96	1,90	1,20	,10	,30	50,115 ^a	<0,001
çmdö11	2,38	,85	2,28	,88	,88	,96	43,390 ^c	<0,001
çmdö12	1,14	1,03	1,32	1,22	,72	,83	4,383 ^c	0,014
çmdö13	,50	1,02	1,46	1,20	,04	,20	31,409 ^a	<0,001
çmdö14	,60	,88	1,10	1,11	,02	,14	21,584 ^a	<0,001
çmdö15	,62	,99	1,58	1,26	,16	,47	28,228 ^a	<0,001
çmdö16	,82	1,00	2,08	1,01	,46	,76	41,720 ^b	<0,001
çmdö17	1,18	1,08	1,62	1,14	,34	,72	21,236 ^a	<0,001

çmdö18	1,14	1,03	2,12	1,02	,64	,78	31,366 ^a	<0,001
çmdö19	,78	1,07	2,02	1,12	,12	,33	55,677 ^a	<0,001
çmdö20	,28	,67	1,38	1,26	,02	,14	37,989 ^b	<0,001
çmdö21	,14	,45	1,32	1,19	,02	,14	47,491 ^b	<0,001

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, F=Tek Yönlü ANOVA Analizi, a=BPB>DEHB>KG, b=BPB>DEHB, KG, c=BPB, DEHB>KG

Spearman Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen vakaların test tekrar test ölçüm korelasyonlarının; çmdö4 ($r=0,690$, $p<0,001$), çmdö12 ($r=0,770$, $p<0,001$), çmdö13 ($r=0,701$, $p<0,001$), çmdö15 ($r=0,843$, $p<0,001$) için anlamlı seviyede pozitif korelasyon gösterdiği bulundu. Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen vakaların test tekrar test ölçüm korelasyonlarının; çmdö1 ($r=0,594$, $p=0,001$), çmdö2 ($r=0,427$, $p=0,018$), çmdö3 ($r=0,798$, $p<0,001$), çmdö8 ($r=0,604$, $p<0,001$), çmdö9 ($r=0,723$, $p<0,001$), çmdö10 ($r=0,363$, $p=0,048$), çmdö11 ($r=0,664$, $p<0,001$), çmdö14 ($r=0,605$, $p<0,001$), çmdö16 ($r=0,694$, $p<0,001$), çmdö17 ($r=0,760$, $p<0,001$), çmdö18 ($r=0,729$, $p<0,001$), çmdö19 ($r=0,699$, $p<0,001$), çmdö20 ($r=0,791$, $p<0,001$), çmdö21 ($r=0,806$, $p<0,001$) ve toplam ($r=0,821$, $p<0,001$) puan için anlamlı seviyede pozitif korelasyon gösterdiği bulundu. Buna ek olarak çmdö5, çmdö6, ve çmdö7 maddelerin test tekrar test korelasyon kat sayılarının istatistiksel açıdan anlamlı ilişki göstermediği bulundu (Tablo 7).

Tablo 7. ÇMDÖ madde skorlarının test tekrar test sonuçları

	BPB	
	r	p
çmdö1	0,594	0,001
çmdö2	0,427	0,018
çmdö3	0,798	<0,001
çmdö4	0,690	<0,001a
çmdö5	0,237	0,217
çmdö6	0,350	0,058
çmdö7	0,300	0,107
çmdö8	0,604	<0,001
çmdö9	0,723	<0,001
çmdö10	0,363	0,048
çmdö11	0,664	<0,001
çmdö12	0,770	<0,001a
çmdö13	0,701	<0,001a

çmdö14	0,605	<0,001
çmdö15	0,843	<0,001a
çmdö16	0,694	<0,001
çmdö17	0,760	<0,001
çmdö18	0,729	<0,001
çmdö19	0,699	<0,001
çmdö20	0,791	<0,001
çmdö21	0,806	<0,001
Toplam	0,821	<0,001

r=Pearson Korelasyon Katsayısı, a=Spearman Korelasyon Katsayısı

Tablo 8. Tek Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

	Değerler
CMIN/DF	1,862
RMSEA	0,133
GFI-AGFI	0,62-0,54
NFI-TLI	0,38-0,49
Madde Regresyon Katsayıları	0,15-0,71

BPB tanılı vakalarda tek faktörden oluştuğu iddia edilen ölçüm aracının doğrulayıcı faktör analizi (DFA) sonuçlarının kabul edilebilir seviyede olmadığı, uyum iyiliği değerlerinin oldukça yetersiz olduğu görüldü (Tablo 8). Bu nedenle ölçüm aracının Türkçe'ye uyarlanmasında yeniden keşfedilmesi planlanarak açımlayıcı faktör analizi (AFA) yöntemi kullanıldı.

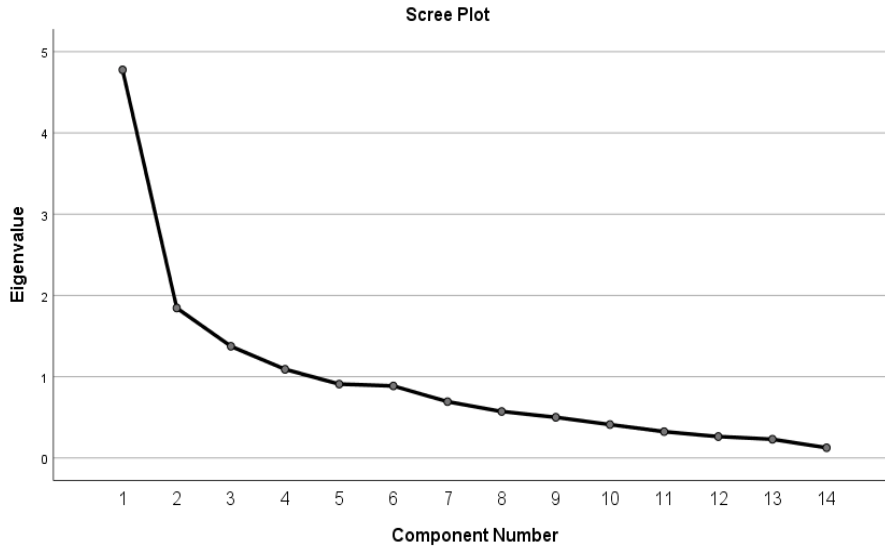
Tablo 9. ÇMDÖ AFA sonuçları

	Ort.	SS.	Ortak Varyans	Döndürme Öncesi Faktör Yük Değeri	Döndürme Sonrası Faktör Yük Değeri	Madde Toplam Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach's α
M7	2,26	0,92	0,769	0,701	0,750	0,586	0,819
M8	2,28	0,86	0,597	0,641	0,677	0,535	0,822
M9	2,26	1,05	0,779	0,770	0,788	0,643	0,814
Faktör 1	Açıklanan Varyans=%16,995				Cronbach's α=0,83		

M5	2,32	1,06	0,550	0,614	0,574	0,518	0,822
M6	2,38	,90	0,795	0,506	0,869	0,402	0,830
M10	1,90	1,20	0,753	0,698	0,772	0,595	0,816
Faktör 2 Açıklanan Varyans=% 16,792 Cronbach's α=0,74							
M2	2,10	0,91	0,762	0,649	0,683	0,576	0,819
M16	2,08	1,01	0,691	0,547	0,798	0,445	0,827
M19	2,02	1,12	0,464	0,429	0,570	0,342	0,835
M21	1,32	1,19	0,407	0,449	0,585	0,356	0,834
Faktör 3 Açıklanan Varyans=% 16,08 Cronbach's α=0,65							
M1	2,14	,93	0,695	0,685	0,653	0,624	0,816
M3	2,10	1,07	0,710	0,658	0,746	0,190	0,844
M11	2,28	0,88	0,609	0,527	0,715	0,466	0,826
M14	1,10	1,11	0,507	0,504	0,585	0,419	0,829
Faktör 4 Açıklanan Varyans=% 15,044 Cronbach's α=0,69							

KMO=0,75, Bartlett's Testi ($X^2=276,21$, $p<0,001$). Toplam: Açıklanan Varyans=%64,91, Cronbach's α =0,84. Varimax Döndürme.

Grafik 1. AFA sonucu elde edilen faktörler



Açımlayıcı faktör analizine göre ÇMDÖ'nün Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değerinin 0,75 olduğu ve Bartlett's testinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($X^2=276,21$, $p<0,001$) bulundu. Açımlayıcı faktör analizine göre ÇMDÖ'nün 4

faktörden oluştuğu, ölçeğin toplam varyansın %64,91'ini açıkladığı, faktör 1'in toplam varyansın %16,995'ini açıkladığı, faktör 2'nin %16,792'si faktör3'ün %16,08'i ve faktör 4'ün %15,044'ü olduğu bulundu. ÇMDÖ'nün ortak varyans değerlerinin 0,407 ile 0,795, Döndürme Öncesi Faktör Yük Değerlerinin 0,429 ile 0,770, Döndürme Sonrası Faktör Yük Değerlerinin ise 0,570 ile 0,869 aralığında değiştiği bulundu.

ÇMDÖ'nün madde skor ortalamalarının $1,10 \pm 1,11$ ile $2,38 \pm 0,90$ aralığında değiştiği bulundu. ÇMDÖ'nün Cronbach's α değerinin 0,84 olduğu bulundu. 4 faktörden oluşan anketin faktör 1 alt boyutunun Cronbach's α değerinin 0,83, faktör 2 alt boyutunun Cronbach's α değerinin 0,74, faktör 3 alt boyutunun Cronbach's α değerinin 0,65, faktör 4 alt boyutunun Cronbach's α değerinin 0,69 olduğu bulundu (Tablo 9).

ÇMDÖ'nün madde toplam korelasyon değerlerinin 0,190 ile 0,643, Madde Silindiğinde Cronbach's α değerlerinin ise 0,814 ile 0,844 aralığında değiştiği bulundu. İlk adımda basıklık ve çarpıklık değerleri ($\pm 1,5$) uygun olmayan maddeler (4,12,13,15) AFA dışı bırakıldı. Buna ek olarak iki faktöre ortak yüklenen ve faktör yük değerleri 0,10'nun altında olan iki madde (17,18) AFA dışı bırakıldı. Bunun sonucunda dört faktörden oluşan geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı elde edildi.

Tablo 10. ÇMDÖ madde skorlarının test tekrar test sonuçları

	BPB	
	r	p
Faktör 1	0,617	<0,001
Faktör 2	0,247	0,188
Faktör 3	0,754	<0,001
Faktör 4	0,774	<0,001
Toplam	0,738	<0,001

r=Pearson Korelasyon Katsayısı

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen vakaların Faktör 1 ($r=0,617$, $p<0,001$), Faktör 3 ($r=0,754$, $p<0,001$), Faktör 4 ($r=0,774$, $p<0,001$), Toplam ($r=0,738$, $p<0,001$) skor test tekrar test sonuçlarının anlamlı seviyede pozitif korelasyon gösterdiği bulundu (Tablo 10).

Tablo 11. ÇMDÖ ve alt ölçekleri arasındaki korelasyon

Grup			Toplam	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3
DEHB	Toplam	r				
		p				
	Faktör 1	r	0,804**			
		p	<0,001			
	Faktör 2	r	0,757**	0,516**		
		p	<0,001	<0,001		
	Faktör 3	r	0,818**	0,489**	0,440**	
		p	<0,001	<0,001	0,001	
	Faktör 4	r	0,881**	0,579**	0,590**	0,710**
		p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
BPB	Toplam	r				
		p				
	Faktör 1	r	0,769**			
		p	<0,001			
	Faktör 2	r	0,742**	0,480**		
		p	<0,001	<0,001		
	Faktör 3	r	0,749**	0,517**	0,348*	
		p	<0,001	<0,001	0,013	
	Faktör 4	r	0,713**	0,346*	0,419**	0,320*
		p	<0,001	0,014	0,002	0,023

r=Pearson Korelasyon Katsayısı

DEHB grubu vakalar arasında yapılan Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların toplam skorları ile Faktör 1 ($r=0,804$, $p<0,001$), Faktör 2 ($r=0,757$, $p<0,001$), Faktör 3 ($r=0,818$, $p<0,001$), Faktör 4 ($r=0,881$, $p<0,001$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Vakaların Faktör 1 değerleri ile Faktör 2 ($r=0,516$, $p<0,001$), Faktör 3 ($r=0,489$, $p<0,001$), Faktör 4 ($r=0,579$, $p<0,001$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Vakaların Faktör 2 değerleri ile Faktör 3 ($r=0,440$, $p=0,001$), Faktör 4 ($r=0,590$, $p<0,001$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Vakaların Faktör 3 değerleri ile Faktör 4 değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu ($r=0,710$, $p<0,001$) bulundu.

BPB grubu vakalar arasında yapılan Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların toplam skorları ile Faktör 1 ($r=0,769$, $p<0,001$), Faktör 2 ($r=0,742$, $p<0,001$), Faktör 3 ($r=0,749$, $p<0,001$), Faktör 4 ($r=0,713$, $p<0,001$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Vakaların Faktör 1 değerleri ile Faktör 2 ($r=0,480$, $p<0,001$), Faktör 3 ($r=0,517$, $p<0,001$), Faktör 4 ($r=0,346$, $p=0,014$)

değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Vakaların Faktör 2 değerleri ile Faktör 3 ($r=0,348$, $p=0,013$), Faktör 4 ($r=0,419$, $p=0,002$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Vakaların Faktör 3 değerleri ile Faktör 4 değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu ($r=0,320$, $p=0,023$) bulundu (Tablo 11).

4.4 DİĞER PSİKOMETRİK ARAÇLAR İLE İLİŞKİNİN İNCELENMESİNE AİT BULGULAR

Tablo 12. ÇMDÖ ve TURGAY Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki (DEHB grubu)

		Toplam Puan	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
TURGAY DE	r	0,520**	0,414**	0,210	0,543**	0,497**
	p	<0,001	0,003	0,143	<0,001	<0,001
TURGAY HA	r	0,626**	0,490**	0,425**	0,587**	0,530**
	p	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	<0,001
TURGAY KOKG	r	0,697**	0,453**	0,463**	0,744**	0,604**
	p	<0,001	0,001	0,001	<0,001	<0,001
TURGAY DB	r	0,588**	0,301*	0,430**	0,662**	0,529**
	p	<0,001	0,034	0,002	<0,001	<0,001

r=Pearson Korelasyon Katsayısı, DE=Dikkat Eksikliği, HA=Hiperaktivite, KOKG=Karşıt olma karşı gelme, DB=Davranım Bozukluğu

DEHB grubu vakalar arasında yapılan Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların toplam puan skorları ile TURGAY DE ($r=0,520$, $p<0,001$), TURGAY HA ($r=0,626$, $p<0,001$), TURGAY KOKG ($r=0,697$, $p<0,001$), TURGAY DB ($r=0,588$, $p<0,001$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon bulundu.

DEHB grubu vakalar arasında yapılan Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların Faktör 1 değerleri ile TURGAY DE ($r=0,414$, $p=0,003$), TURGAY HA ($r=0,490$, $p<0,001$), TURGAY KOKG ($r=0,453$, $p=0,001$), TURGAY DB ($r=0,301$, $p=0,034$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

Vakaların Faktör 2 değerleri ile TURGAY HA ($r=0,425$, $p=0,002$), TURGAY KOKG ($r=0,463$, $p=0,001$), TURGAY DB ($r=0,430$, $p=0,002$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Vakaların Faktör 3 değerleri ile TURGAY DE ($r=0,543$, $p<0,001$), TURGAY HA ($r=0,587$, $p<0,001$), TURGAY KOKG ($r=0,744$, $p<0,001$), TURGAY DB ($r=0,662$, $p<0,001$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Vakaların Faktör 4 değerleri ile TURGAY DE ($r=0,497$, $p<0,001$), TURGAY HA ($r=0,530$, $p<0,001$), TURGAY KOKG ($r=0,604$, $p<0,001$), TURGAY DB ($r=0,529$, $p<0,001$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu (Tablo 12).

Tablo 13. ÇMDÖ ve TURGAY Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki (BPB grubu)

		Toplam Puan	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
TURGAY DE	r	0,049	0,022	-0,024	-0,051	0,192
	p	0,737	0,878	0,868	0,725	0,182
TURGAY HA	r	0,172	0,122	0,077	0,078	0,229
	p	0,232	0,397	0,594	0,590	0,110
TURGAY KOKG	r	0,104	0,103	-0,085	0,106	0,171
	p	0,473	0,477	0,558	0,464	0,235
TURGAY DB	r	0,234	0,130	0,065	0,253	0,229
	p	0,101	0,369	0,655	0,076	0,110

r=Pearson Korelasyon Katsayısı, DE=Dikkat Eksikliği, HA=Hiperaktivite, KOKG=Karşıt olma karşı gelme, DB=Davranım Bozukluğu

BPB grubu vakalar arasında yapılan Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların toplam puan skorları ile TURGAY DE, TURGAY HA, TURGAY KOKG, TURGAY DB değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede ilişki olmadığı bulundu (Tablo 13).

Tablo 14. ÇMDÖ ve GGA-Ebeveyn Formu arasındaki ilişki (DEHB grubu)

		Toplam Puan	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
GGA davranış sorunları	r	0,596**	0,306*	0,452**	0,553**	0,645**
	p	<0,001	0,031	0,001	<0,001	<0,001
GGA hiperaktivite sorunları	r	0,566**	0,475**	0,404**	0,506**	0,453**
	p	<0,001	<0,001	0,004	<0,001	0,001
GGA duygusal sorunlar	r	0,422**	0,301*	0,132	0,538**	0,372**
	p	0,002	0,034	0,360	<0,001	0,008
GGA akran sorunları	r	0,385**	0,397**	0,146	0,398**	0,279*
	p	0,006	0,004	0,312	0,004	0,050
GGA prososyal davranış	r	-0,350*	-0,167	-0,120	-0,450**	-0,386**
	p	0,013	0,246	0,407	0,001	0,006
İçselleştirme puanı	r	0,466**	0,399**	0,160	0,544**	0,378**
	p	0,001	0,004	0,268	<0,001	0,007
Dışsallaştırma puanı	r	0,672**	0,444**	0,496**	0,613**	0,642**
	p	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Toplam güçlük puanı	r	0,654**	0,487**	0,372**	0,668**	0,585**
	p	<0,001	<0,001	0,008	<0,001	<0,001

r=Pearson Korelasyon Katsayısı, GGA=Güçler ve Güçlükler Anketi

DEHB grubu vakalar arasında yapılan Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların toplam puan skorları ile ebeveyn formu GGA davranış sorunları ($r=0,596$, $p<0,001$), GGA hiperaktivite sorunları ($r=0,566$, $p<0,001$), GGA duygusal sorunlar ($r=0,422$, $p=0,002$), GGA akran sorunları ($r=0,385$, $p=0,006$), içselleştirme puanı ($r=0,466$, $p=0,001$), dışsallaştırma puanı ($r=0,672$, $p<0,001$) ve toplam güçlük puanı ($r=0,654$, $p<0,001$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Buna ek olarak toplam puan skorları ile GGA prososyal davranış değerleri arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ($r=-0,350$, $p=0,013$) bulundu.

DEHB grubu vakalar arasında yapılan Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların Faktör 1 değerleri ile ebeveyn formu GGA davranış sorunları ($r=0,306$, $p=0,031$), GGA hiperaktivite sorunları ($r=0,475$, $p<0,001$), GGA duygusal sorunlar ($r=0,301$, $p=0,034$), GGA akran sorunları ($r=0,397$, $p=0,004$), içselleştirme puanı

($r=0,399$, $p=0,004$), dışsallaştırma puanı ($r=0,444$, $p=0,001$) ve toplam güçlük puanı ($r=0,487$, $p<0,001$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Vakaların Faktör 2 değerleri ile GGA davranış sorunları ($r=0,452$, $p=0,001$), GGA hiperaktivite sorunları ($r=0,404$, $p=0,004$), dışsallaştırma puanı ($r=0,496$, $p<0,001$) ve toplam güçlük puanı ($r=0,372$, $p=0,008$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Vakaların Faktör 3 değerleri ile GGA davranış sorunları ($r=0,553$, $p<0,001$), GGA hiperaktivite sorunları ($r=0,506$, $p<0,001$), GGA duygusal sorunlar ($r=0,538$, $p<0,001$), GGA akran sorunları ($r=0,398$, $p=0,004$), içselleştirme puanı ($r=0,544$, $p<0,001$), dışsallaştırma puanı ($r=0,613$, $p<0,001$) ve toplam güçlük puanı ($r=0,668$, $p<0,001$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Buna ek olarak Faktör 3 skorları ile GGA prososyal davranış değerleri arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ($r=-0,450$, $p=0,001$) bulundu. Vakaların Faktör 4 değerleri ile GGA davranış sorunları ($r=0,645$, $p<0,001$), GGA hiperaktivite sorunları ($r=0,453$, $p<0,001$), GGA duygusal sorunlar ($r=0,372$, $p=0,008$), GGA akran sorunları ($r=0,279$, $p=0,050$), içselleştirme puanı ($r=0,378$, $p=0,007$), dışsallaştırma puanı ($r=0,642$, $p<0,001$) ve toplam güçlük puanı ($r=0,585$, $p<0,001$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu (Tablo 14).

Tablo 15. ÇMDÖ ve GGA-Ergen Formu arasındaki ilişki (DEHB grubu)

		Toplam Puan	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
GGA davranış sorunları	r	0,515**	0,302*	0,347*	0,499**	0,535**
	p	<0,001	0,033	0,014	<0,001	<0,001
GGA hiperaktivite sorunları	r	0,358*	0,226	0,082	0,323*	0,516**
	p	0,011	0,115	0,572	0,022	<0,001
GGA duygusal sorunlar	r	-0,096	-0,083	-0,170	0,005	-0,082
	p	0,509	0,567	0,238	0,972	0,572
GGA akran sorunları	r	0,189	0,017	0,090	0,305*	0,200
	p	0,189	0,906	0,535	0,031	0,163
GGA prososyal davranış	r	-0,086	0,065	-0,170	-0,101	-0,099
	p	0,555	0,655	0,239	0,485	0,495

İçselleştirme puanı	r	0,056	-0,044	-0,055	0,196	0,073
	p	0,697	0,763	0,705	0,173	0,616
Dışsallaştırma puanı	r	0,537**	0,326*	0,256	0,505**	0,654**
	p	<0,001	0,021	0,073	<0,001	<0,001
Toplam güçlük puanı	r	0,375**	0,179	0,127	0,442**	0,459**
	p	0,007	0,215	0,378	0,001	0,001

r=Pearson Korelasyon Katsayısı, GGA=Güçler ve Güçlükler Anketi

DEHB grubu vakalar arasında yapılan Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların toplam puan skorları ile ergen formu GGA davranış sorunları ($r=0,515$, $p<0,001$), GGA hiperaktivite sorunları ($r=0,358$, $p=0,011$), dışsallaştırma puanı ($r=0,537$, $p<0,001$) ve toplam güçlük puanı ($r=0,375$, $p=0,007$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu (Tablo 15).

DEHB grubu vakalar arasında yapılan Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların Faktör 1 değerleri ile ergen formu GGA davranış sorunları ($r=0,302$, $p=0,033$) ve dışsallaştırma puanı ($r=0,326$, $p=0,021$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Vakaların Faktör 2 değerleri ile GGA davranış sorunları ($r=0,347$, $p=0,014$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Vakaların Faktör 3 değerleri ile GGA davranış sorunları ($r=0,499$, $p<0,001$) GGA hiperaktivite sorunları ($r=0,323$, $p=0,022$), dışsallaştırma puanı ($r=0,505$, $p<0,014$) ve toplam güçlük puanı ($r=0,442$, $p=0,001$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Vakaların Faktör 4 değerleri ile GGA davranış sorunları ($r=0,535$, $p<0,001$), GGA hiperaktivite sorunları ($r=0,516$, $p=0,022$), dışsallaştırma puanı ($r=0,654$, $p<0,014$) ve toplam güçlük puanı ($r=0,459$, $p=0,001$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu (Tablo 15).

Tablo 16. ÇMDÖ ve GGA-Ebeveyn Formu arasındaki ilişki (BPB grubu)

		Toplam Puan	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
GGA davranış sorunları	r	0,143	0,115	-0,030	0,177	0,149
	p	0,321	0,428	0,839	0,219	0,302
GGA hiperaktivite sorunları	r	0,186	0,135	-0,010	0,148	0,263
	p	0,196	0,349	0,945	0,304	0,065
GGA duygusal sorunlar	r	0,216	0,306*	-0,019	0,325*	0,027
	p	0,133	0,031	0,897	0,021	0,852
GGA akran sorunları	r	0,024	0,073	-0,157	0,166	-0,025
	p	0,869	0,616	0,276	0,248	0,863
GGA prososyal davranış	r	-0,007	0,155	0,043	-0,101	-0,086
	p	0,962	0,283	0,766	0,487	0,552
İçselleştirme puanı	r	0,151	0,234	-0,091	0,294*	0,005
	p	0,294	0,102	0,530	0,038	0,973
Dışsallaştırma puanı	r	0,187	0,141	-0,021	0,180	0,239
	p	0,193	0,328	0,887	0,211	0,095
Toplam güçlük puanı	r	0,194	0,214	-0,063	0,270	0,141
	p	0,177	0,136	0,663	0,058	0,329

r=Pearson Korelasyon Katsayısı, GGA=Güçler ve Güçlükler Anketi

BPB grubu vakalar arasında yapılan Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların faktör 3 skorları ile ebeveyn formu GGA duygusal sorunlar ($r=0,325$, $p=0,021$) ve içselleştirme puanı ($r=0,294$, $p=0,038$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu (Tablo 16).

Tablo 17. ÇMDÖ ve ÇDÖ ölçekleri arasındaki ilişki

DEHB grubu		Toplam Puan	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
çdö skoru	r	0,292*	0,223	0,068	0,279*	0,362**
	p	0,039	0,119	0,638	0,050	0,010

BPB grubu		Toplam Puan	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
çdö skoru	r	0,002	-0,078	0,031	0,112	-0,071
	p	0,989	0,589	0,833	0,437	0,623

DEHB grubu vakalar arasında yapılan Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların toplam puan skorları ($r=0,881$, $p=0,039$), Faktör 3 değerleri ($r=0,279$, $p=0,050$) ve Faktör 4 değerleri ile ÇDÖ skoru ($r=0,362$, $p=0,010$) arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu (Tablo 17).

Tablo 18. ÇMDÖ ve YMDÖ arasındaki ilişki

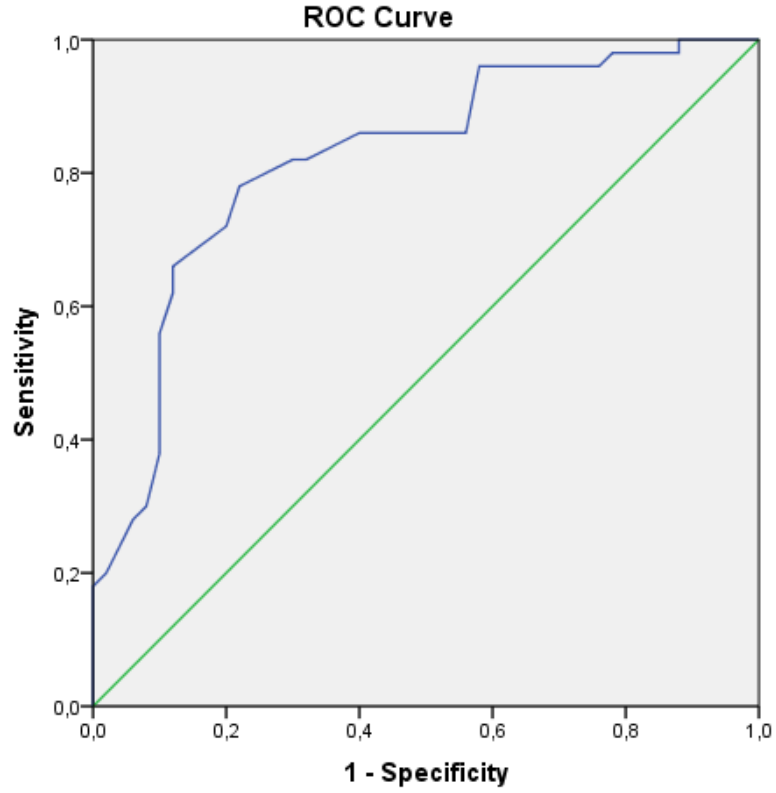
Grup			YMDÖ
DEHB	Toplam	r	0,410
		p	0,003
	Faktör 1	r	0,381
		p	0,006
	Faktör 2	r	0,370
		p	0,008
	Faktör 3	r	0,261
		p	0,067
	Faktör 4	r	0,334
		p	0,018
BPB	Toplam	R	0,353
		P	0,012
	Faktör 1	R	0,254
		P	0,075
	Faktör 2	R	0,145
		P	0,316
	Faktör 3	R	0,367
		P	0,009
	Faktör 4	R	0,268
		P	0,060

r=Pearson Korelasyon Katsayısı

Pearson Korelasyon Analizinde DEHB tanılı vakalarda YMDÖ skorlarının ÇMDÖ Toplam ($r=0,410$, $p=0,003$), Faktör 1 ($r=0,381$, $p=0,006$), Faktör 2 ($r=0,370$, $p=0,008$) ve Faktör 4 ($r=0,334$, $p=0,018$) ile pozitif ilişkili olduğu bulundu. Pearson Korelasyon Analizinde BPB tanılı vakalarda YMDÖ skorlarının ÇMDÖ Toplam ($r=0,353$, $p=0,012$) ve Faktör 3 ($r=0,337$, $p=0,009$) ile pozitif ilişkili olduğu bulundu.

4.5 ÇMDÖ KESME PUANINA İLİŞKİN BULGULAR

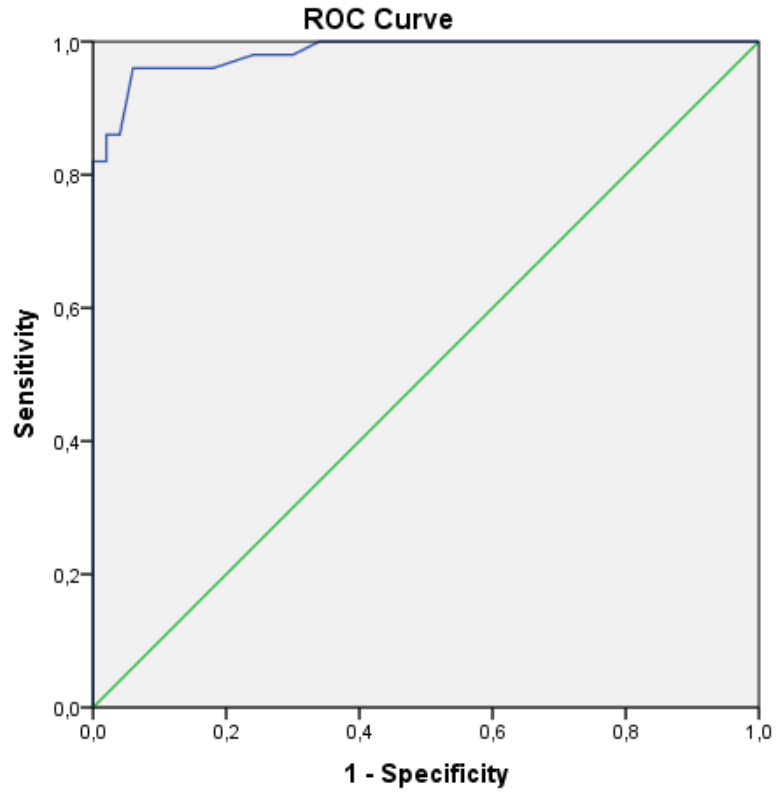
Grafik 2. BPB, DEHB tanısına göre kesme puanı



AUC=0,82 ($p<0,001$, AL=0,74, ÜL=0,91), Kesme Puanı: 24,50 (Duyarlık=0,78 Özgünlük=0,78)

BPB tanılı vakalar ve DEHB tanılı vakaları ayırt etmek için yapılan ROC Analizinde ölçüm aracının kesme puanının 24,50 olduğu (AUC=0,82 $p<0,001$, AL=0,74, ÜL=0,91) hesaplandı.

Grafik 3. BPB, kontrol grubuna göre kesme puanı



Diagonal segments are produced by ties.

AUC=0,98 ($p<0,001$, AL=0,97, $\bar{U}L=0,99$), Kesme Puanı: 14,50 (Duyarlık=0,96
Özgünlük=0,94)

BPB tanılı vakalar ve sağlıklı kişileri ayırt etmek için yapılan ROC Analizinde ölçüm aracının kesme puanının 14,50 olduğu (AUC=0,98, $p<0,001$, AL=0,97, $\bar{U}L=0,99$) hesaplandı.

5.TARTIŞMA

Araştırmamızda Çocuk Mani Değerlendirme Ölçeği'nin (ÇMDÖ) Türkçe geçerliği ve güvenirliği yapılmıştır. İlk adımda Pavuluri ve arkadaşlarının (2006) ölçüm aracını geliştirdikleri çalışma örnek alınarak ölçeğin tek faktörden oluşan bir ölçüm aracı olduğu, bu nedenle ÇMDÖ'nün Türkçe uyarlamasında da benzer sonuç verebileceği düşünülmüş ve ölçüm aracının tek faktörden oluşabileceği görüşü DFA ile test edilmiştir. Analiz sonucunda ölçüm aracının DFA sonuçlarının yeterli olmadığı, bu nedenle ÇMDÖ'nün Türkçe popülasyonunda faktör yapısının yeniden incelenmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmamızda AFA öncesi ÇMDÖ'nün tüm maddelerinin BPB tanılı hastalar ile sağlıklı kontrol grubunu istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ayırt ettiği bulundu. Buna ek olarak BPB grubunda üç madde hariç (5,6 ve 7) test tekrar test korelasyonlarının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulundu. ÇMDÖ'nün KMO değerinin 0,75 olması ve Barlett's testinin anlamlı olması verilerin AFA için uygun olduğunu göstermiştir. AFA sonucunda ÇMDÖ'nün 4 faktörden oluştuğu, toplam varyansın %64,9'unu açıkladığı, alt ölçeklerin Cronbach's α değerlerinin 0,65 ila 0,83 arasında değiştiği bulundu. Bu nedenle bu araştırma sonucunda ebeveynler tarafından bipolar bozukluğun belirtilerini değerlendirmede Türkçe olarak kullanılacak geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı elde edildi.

ÇMDÖ'nün alt faktör maddeleri incelendiğinde; faktör 1'in 7, 8 ve 9.maddeleri içermesi nedeniyle düşünce hızlanması, faktör 2'nin 5, 6 ve 10.maddeleri içermesi nedeniyle psikomotor hareketlilik, faktör 3'ün 2, 16, 19 ve 21.maddeleri içermesi nedeniyle irritabilite ve psikoz, faktör 4'ün 1, 3, 11 ve 14.maddeleri içermesi nedeniyle grandiyözite ve distraktibilite olarak isimlendirilmesi uygun görülmüştür.

ÇMDÖ ebeveynlerin çocuklarındaki mani belirtilerini değerlendirdikleri bir ölçüm aracıdır. Tek Yönlü ANOVA analizi sonucunda ÇMDÖ'nün tüm maddelerinin skor ortalamalarının sağlıklı kontrol grubunda yer alan kişilerin skor ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu. Bu sonuçlar ÇMDÖ'nün tüm maddelerinin mani ve normal duygu durumunu ayırt etmede başarılı olduğunu göstermektedir. BPB tanılı hastalarda görülen mani belirtilerinin geçici olduğu, uygun tedavi ile belirtilerin

azaldığı ve zamanla kaybolduğu, buna karşın pediatrik BPB'nin ayırıcı tanısında DEHB belirtilerinin önemli olduğu, ek olarak iki ruhsal bozukluğun birlikteliğinin yüksek olduğu bilinmektedir (11,66,67). Araştırmamızda ÇMDÖ'nün yüksek sesle konuşma/durmaksızın konuşma, odaklanma/dikkati sürdürme sorunu, aşırı üretken/yaratıcı olma belirtilerinin (7,11 ve 12.maddeler) BPB tanılı bireyleri DEHB tanılı bireylerden ayırt etmediği bulundu. Bu sonuçlar BPB belirtilerinin klinisyenlerde olduğu gibi ebeveynler tarafından da farklı yorumlanabilecek belirtiler olduğunu gösterebilir. DEHB tanılı çocuklarda dikkat sorunları kronik bir hastalık belirtisi olup, bu kişilerde belirli alanlarda aşırı üretken olma ve aşırı odaklanma belirtileri sık görülmektedir (112). Bu nedenle BPB tanılı çocukların ebeveynlerinin çocukların belirtilerini hatalı yorumlayabilecekleri, benzer şekilde DEHB tanılı çocuklara sahip ebeveynlerin bazı DEHB belirtilerini mani olarak yorumlayabilecekleri akılda tutulmalıdır.

Araştırmamızın test tekrar test ölçüm sonuçları incelendiğinde 10 maddenin korelasyon kat sayısının 0,70'in üzerinde olduğu, 8 maddenin korelasyon kat sayılarının 0,43-0,69 arasında olduğu ve 3 maddenin (uykuda azalma, enerjide artış, yüksek sesle konuşma) korelasyon kat sayılarındaki ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulundu. Bir ölçüm aracının güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu gösteren önemli göstergelerden birisi test tekrar test korelasyonundan elde edilen kat sayının 0,70'in üzerinde olmasıdır (113). Pavuluri ve ark. (2006) ölçeği geliştirdikleri çalışmada; pediatrik duygudurum bozuklukları kliniğinde tedavi gören hastaları çalışma dışı bıraktıklarını ve bozukluklarının ciddiyetine bakılmaksızın çalışmaya alım aşamasındaki hastaları taramayı amaçladıklarını ifade etmişlerdir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında ise BPB tanılı vakalar ayaktan tedavi edilen, yatarak tedavi edilen ve remisyonda olan vakalardan oluşmaktadır. Özellikle yatarak tedavi gören vakalarda ebeveynlerin çocuklarını gözlemleme şansının daha düşük olmasının, hastalığın daha şiddetli olması nedeniyle daha agresif tedavi seçenekleri (enjeksiyon tedavileri gibi) uygulanmasının ve bunun sonucunda da semptomlarda daha hızlı bir iyileşme görülmesinin ebeveynlerin çocuklarını değerlendirirken soruları farklı yanıtlamasına neden olduğu düşünülebilir. Bu durumun da maddelerin test tekrar test sonuçlarını olumsuz etkileyebileceği düşünülebilir.

Pavuluri ve ark. (2006) CMDÖ'nün geçerliğini LISREL programı aracılığıyla tek faktörlü model olarak test etmiş, faktör yük değerlerinin 0,48-0,66 aralığında olduğunu ve ölçüm aracının uyum iyiliği değerlerinin yeterli seviyede olduğunu bulmuştur. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasında ilk adımda CMDÖ'nün tek faktörden oluşan bir ölçüm aracı olduğu görüşü test edilmek istenmiş ve bu amaçla DFA için SPSS'e uyumlu AMOS programı kullanılmıştır. LISREL ve AMOS geçerlilik analizlerinde yaygın olarak kullanılan programlar olup, uygulanmalardan elde edilen sonuçlar kısmı farklılık gösterse de sonuçların tutarlı olduğu bilinmektedir (114). Bu çalışmada CMDÖ tek faktör olarak doğrulanmak istenildiğinde uyum iyiliği değerlerinin oldukça düşük olduğu (RMSEA=0,13; GFI, AGFI, NFI, TLI<0,90) değerlendirilmiştir. Çünkü bir ölçüm aracının uyum iyiliği değerlerinin yeterli olmasa bile kabul edilebilir seviyede uygunluk göstermesinin (RMSEA<0,08; GFI, AGFI, NFI, TLI>0,90) geçerlilik için önemli olduğu belirtilmiştir (115). CMDÖ'nün faktör analizini inceleyen araştırmaların sayısı sınırlıdır. Henry, Pavuluri ve ark. (2008) CMDÖ geliştirildikten sonra ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik verilerini inceleyen ilk araştırmalardan birisini yayınlamıştır. Bu çalışmada ölçek faktör analizi ile incelenmemiş, Rasch Analizi kullanılarak ölçeğin iki maddesinin performansının istenilen seviyede olmadığı, ölçeğin 10 maddeden oluşan kısa formunun kullanımının daha pratik olduğu belirtilmiştir (116). Bu nedenle CMDÖ'nün farklı popülasyonlarda ve daha büyük örneklemelerde Türkçe olarak yeniden test edilmesi literatüre katkı sağlayacaktır.

Faktör analizlerinde Barlett's testinin istatistiksel açıdan anlamlı olmasının gerektiği, KMO değerinin en az 0,50 olması gerektiği, 0,80 üzeri KMO değerinin mükemmel bir faktör analizi uygunluğu gösterdiği bildirilmiştir (100). CMDÖ'nün Barlett's testinin anlamlı olması ve KMO değerinin 0,75 olması ölçüm aracının iyi bir seviyede faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir. Literatür incelendiğinde CMDÖ'yü AFA ile inceleyen ilk araştırmanın bu çalışma olduğu, çalışmada elde edilen verilerin AFA açısından yeterli olduğu, bu nedenle ebeveynlerin gözünden tanımlanan manik özelliklerin nasıl faktörleştiğini gösteren bu çalışmanın sonuçlarının literatüre katkı sağlayacağı söylenebilir. Örneğin Güçler ve Güçlükler Anketi çocuk ve ergenlerde duygusal ve davranışsal temelli psikopatolojileri ölçen bir ölçüm aracı

olup, ebeveynlerin gözünden psikopatolojik özellikleri değerlendiren geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır (107). Benzer bir değerlendirme yönteminin mani ve BPB tanıları için kullanılması klinik tanının netleştirilmesine yardımcı olacaktır. DSM-5 tabanlı klinik değerlendirme sonucunda bipolar bozukluklar için kappa değerinin çocuk ve ergenlerde 0,52 olduğu, bu sonucun iyi fakat yeterli olmadığı (117), diğer bir ifade ile klinik görüşme ile kesin tanıda zorlanıldığı, bu nedenle ebeveynlerin görüşlerinin alındığı BPB'yi değerlendiren geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarının bu çelişkinin giderilmesine yardımcı olabileceği söylenebilir.

Bir ölçüm aracının temsil yeteneğinin yüksek olduğunu gösteren, diğer bir ifadeyle ölçülmek istenilen özelliğin ne kadar doğru ölçüldüğünü gösteren veri, açıklanan toplam varyansın %50'nin üzerinde olmasıdır (100). AFA sonucunda 4 faktörden oluşan ÇMDÖ'nün toplam varyansın %64,91'ini açıkladığını, bu nedenle bu ölçüm aracının ebeveynler gözünden ölçülmek istenilen manik özellikleri yeterli seviyede temsil ettiği söylenebilir. Benzer şekilde maddeler tek tek incelendiğinde madde ortak varyans değerlerinin sadece ikisinin 0,40-0,50 aralığında olduğu bulundu. Yapılan araştırmalarda madde ortak varyans değerlerinin 0,50'nin üzerinde olması gerektiği, buna ek olarak 0,25-0,40 arası değerlerin kabul edilebilir olduğu belirtilmiştir (118). Bu sonuçlar maddelerin manik özellikleri temsil etmede başarılı olduğunu göstermektedir.

Faktör analizi sonucunda elde edilen faktör yük değerlerinin kabul edilebilirliğinin denek sayısına göre değiştiği, araştırmaya alınan katılımcı sayısı azaldıkça faktör yük değerlerinin daha yüksek olmasının iyi olduğu, buna ek olarak kabul edilebilir en düşük değerin 0,30 olduğu belirtilmiştir (100). Araştırmada denek sayısının 50 olduğu düşünüldüğünde ve en düşük faktör yük değerinin 0,57 olduğu düşünüldüğünde maddelerin geçerli bir ölçüm aracını destekledikleri sonucuna ulaşılabilir.

Yapılan araştırmalarda bir ölçüm aracında Cronbach's α değerinin 0,60-0,70 olmasının kabul edilebilir seviyede güvenilirliği, 0,70 üzeri ise iyi güvenilirliği sağladığı, buna ek olarak 80 üzeri bir değerin güçlü bir güvenilirlik sağladığını bildirilmiştir (119). Araştırmamızda ÇMDÖ'nün alt boyutlarının Cronbach's α değerinin 0,65 ila 0,83

arasında değiştiği, buna ek olarak ölçüm aracının Cronbach's α değerinin 0,83 olduğu düşünöldüğünde, güvenilirlik değerlerinin bazılarının kabul edilebilir olduğu ve bazı alt boyutların güvenilirliğinin güçlü olduğu söylenebilir.

Araştırmada ÇMDÖ'nün faktör yapısı yeniden keşfedilmiştir. Bu sayede elde edilen faktörlerin ve toplam puanın test tekrar test sonuçları yeniden incelenmiştir. Bu sonuçlara göre ölçeğin toplam puan korelasyonunun 0,74 olduğu; buna ek olarak alt boyutların biri hariç orta ve yüksek seviyede korelasyon kat sayısına sahip olduğu bulunmuştur. Test tekrar test korelasyon kat sayısı düşük olan alt ölçeğin maddeleri uykuda azalma, yüksek enerji ve durmaksızın bir şeylerle uğraşmayı içermektedir. Bu alt boyutun test tekrar test kat sayılarının yetersiz olduğu, bu nedenle klinisyenlerin bu özellikleri içeren maddelere ebeveynlerin duyarlı olduklarını akılda tutmaları yararlı olabilir. Araştırmada test tekrar test ölçümleri üzerinde tedavinin karıştırıcı etkisinin olduğu düşünöldüğünde, ebeveynlerin gözlemine göre bu belirtilerde bir dalgalanma olduğu sonucuna ulaşılabilir. Psikofarmakolojik tedaviye bağlı manik özelliklerin değişimini inceleyen bir araştırmada ÇMDÖ skorlarının tedavi ile ilk üç hafta boyunca düştüğü gösterilmiştir (120).

Araştırmamızda BPB tanılı çocuk ve ergenlerde ÇMDÖ alt ölçek skorları arasındaki korelasyon kat sayılarının 0,320 ila 0,517 aralığında; DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde ise 0,440 ila 0,710 arasında değiştiği bulundu. Bu sonuçlar ÇMDÖ'nün faktörlerinin BPB ve DEHB tanılı vakalarda anlamlı seviyede ilişki gösterdiğini, dolayısıyla anlamlı ilişkilerin güvenilirliğini desteklediği söylenebilir. Buna ek olarak korelasyon kat sayısının 0,00-0,30 arasında olması yetersiz seviyede, 0,30-0,50 arası olması düşük seviyede, 0,50-0,70 arası olması orta seviyede ve 0,70-0,90 arası olması yüksek seviyede ilişkiyi göstermektedir. Araştırmada BPB ve DEHB tanılı çocuklarda ölçek toplam puanlarının alt ölçek korelasyonlarının 0,70'in üzerinde olması yüksek seviyede ilişkinin göstermekte olup, bu sonuçlar ölçüm aracının güvenilirliğini arttırmaktadır.

Young Mani Derecelendime Ölçeği (YMDÖ) klinisyenler tarafından sık uygulanan ve manik özellikleri geçerli ve güvenilir bir biçimde değerlendirilen ölçüm araçlarından birisidir (104). Araştırmamızda DEHB tanılı vakalarda YMDÖ

skorlarının ÇMDÖ toplam skorları arasında 0,41; BPB tanılı vakalarda YMDÖ skorlarının ÇMDÖ toplam skorları arasında 0,35 pozitif ilişki gösterdiği, DEHB tanılı vakaların YMDÖ skorları ile ÇMDÖ alt ölçeklerini birisi hariç 0,50'nin altında korelasyon gösterdiği; BPB grubunda ise sadece Faktör 3'ün YMDÖ ile anlamlı seviyede düşük korelasyon gösterdiği bulundu. Bu sonuçlar ölçeğin yapı geçerliliğinin ve güvenilirliğin YMDÖ ile incelendiğinde düşük olduğunu göstermektedir. Bir diğer ifadeyle ebeveynler ile klinisyenlerin değerlendirdiği manik özellikler arasında belirgin farklılıklar olduğu söylenebilir. Çocuk ve ergenlerle yapılan tanısal görüşmelerde BPB tanısının iki klinisyen uygulayıcı arasında bile farklılık gösterdiği, tanı tutarlılığının kişiler arası değiştiği bilinmektedir (117). Bu araştırmada tanı koymak amacıyla farklı klinisyenlerden görüş alınmamış, araştırmayı yapan kişiler tarafından vakalara tanı konulmuştur. Bu durum çalışmanın bir kısıtlılığı olarak akılda tutulmalıdır. Buna ek olarak literatürde pediatrik BPB ile ilgili sistematik çalışmalar, DEHB eş tanısı oranlarının %60 ila %90 arasında değiştiğini, ek tanı olarak BPB olan DEHB tanılı bireylerde maniye benzer özelliklerin sık eşlik ettiği değerlendirilmiştir (66-68). Bu nedenle DEHB tanılı vakalardaki daha anlamlı ve yüksek korelasyonlar bu durumla ilgili olabilir. Bu sonuçlar Türkçe'ye uyarlanan ÇMDÖ'nün klinisyenler ve ebeveynler arasında yüksek ilişki göstermediği, bu ilişkinin düşüklüğünde ise tanı koymanın zorluklarının, yatan hastalardaki değerlendirme farklılıklarının ve DEHB ve BPB tanı ve belirti birlikteliğinin rol oynayabileceği akılda tutulmalıdır. Buna ek olarak Pavuluri ve ark. (2006) ölçüm aracını geliştirdikleri çalışmada YMDÖ ile ÇMDÖ arasında yüksek korelasyon olduğunu (0,78) bulmuştur. Ancak ülkemizde YMDÖ'nün çocuk ve ergen popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bulunmamaktadır. Bu farklı sonuçlar ölçeğin farklı bir kültüre uyarlanma sürecinin önemini göstermektedir.

Araştırmada BPB tanılı vakaların ÇMDÖ toplam skorları ile Turgay ve alt ölçekleri, GGA ve alt ölçekleri, ÇDÖ, ÇGDÖ skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ilişki olmadığı, buna karşın DEHB tanılı vakaların ÇMDÖ toplam ve alt ölçekleri ile diğer ölçüm araçları arasında düşük, orta derecede yüksek ilişkiler olduğu bulundu. Bu sonuçlar ÇMDÖ'nün DEHB tanılı bireylerde psikopatolojik

özelliklerle daha yüksek ilişkili olduğunu, dolayısıyla BPB grubuna göre ÇMDÖ'nün DEHB grubunda daha geçerli bir ölçüm aracı olarak çalıştığını göstermektedir. Türkiye'de DEHB tanılı bireylerin tespitinin diğer ülkelerden farklı olduğu, Türkiye'de sıklıkla okul ve aile içinde belirgin sorun yaşayan çocukların tedaviye yönlendirildiği, buna karşın zamanla farkındalığın arttığı ve medikal tedaviye yönlendirilen çocukların sayısının artmaya başladığı belirtilmiştir (121). Benzer şekilde Covid-19 pandemisinden sonra DEHB tedavisine ilişkin farkındalığın arttığı ve Türkiye'nin de medikal tedavi açısından farkındalığın arttığı ülkelerden birisi olduğu gösterilmiştir (122). Bu araştırmada çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğinde tedavi edilen DEHB tanılı bireyler değerlendirilmiştir. Dolayısıyla bu kişilerin okul ve aile içinde daha belirgin problemler yaşayan DEHB tanılı bireyler oldukları, bu nedenle bu kişilerin ebeveynlerinin manik özellikler ile DEHB belirtilerini daha sık karıştırma eğilimleri gösterebileceği akılda tutulmalıdır. BPB tanılı grupta ÇMDÖ ile diğer özellikler arasındaki ilişkinin yokluğu ölçüm aracının geçerliliğinin daha ayrıntılı ve daha büyük popülasyonlarda yeniden sorgulanmasını gerektirmektedir. Buna ek olarak DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin hastalık belirtilerini nasıl yorumladıklarını araştırmak literatüre yeni bilgiler sunabilir.

BPB tanılı hastaları ebeveynleri tarafından sınıflandırabilecek bir Türkçe ölçüm aracı literatürde bulunmamaktadır. Bu araştırmada klinik tanıdan yararlanarak ÇMDÖ'nün kesme puanları hesaplanmıştır. Araştırmada BPB tanılı vakaları DEHB tanılı vakalardan ayırt etmek için alınması gereken puanın 25 ve üzeri olduğu, BPB tanılı vakaları sağlıklı çocuklardan ayırt etmek için alınması gereken puanın ise 15 ve üzeri olduğu bulunmuştur. ROC Analizi için AUC (Eğri üzerinde kalan alan) değerinin 0,5-1,00 aralığında olması gerektiğini, 0,80-0,90 arası değer iyi, 0,90-1,00 arası AUC değerinin mükemmel olduğunu, özgüllük ve duyarlılığın toplamının en az 1,5 olması gerektiği belirtilmiştir (123, 124). BPB tanılı vakaları DEHB tanılı vakalardan ayırt etmek için elde edilen AUC değerinin 0,82 ve özgüllük/duyarlılık toplamının 1,54 olduğu; BPB tanılı kişileri sağlıklı vakalardan ayırt etmek için elde edilen AUC değerinin 0,98 ve özgüllük/duyarlılık toplamının 1,90 olduğu; bu nedenle ÇMDÖ'nün BPB tanılı kişileri tespit etmek amacıyla güvenilir bir şekilde kullanılabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

6.KISITLILIKLAR

Araştırmamızda seçilen örneklem ve yöntem kaynaklı bazı sınırlılıklar mevcuttur.

Ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının istatistiksel analizlerinin içerdiği çok sayıda parametre ve faktör analizleri göz önünde bulundurulduğunda örneklem sayısının az olması kısıtlılıklardan biri olarak düşünülebilir. Bu nedenle araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçların çok daha büyük popülasyonlarda doğrulanmaya ihtiyacı vardır. Çalışmamızın kesitsel ve tek merkezli olması da bir diğer kısıtlılıktır.

Çalışmamızda ölçek geçerlilik ve güvenilirlik verilerinin tam olarak karşılaştırılmalı değerlendirilmesi için mevcut eşdeğer ölçek olmaması yanı sıra tek bir görüşmeci olması sebebiyle görüşmeciler arası güvenilirliğinin değerlendirilmemesi diğer kısıtlılıklar olarak değerlendirilebilir.

7.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

ÇMDÖ, BPB tanılı çocuk ve ergenlerde görülen manik belirtileri ebeveynler aracılığıyla değerlendiren, dört alt faktörden oluşan geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.

Araştırma sonucunda elde edilen faktörlerin ebeveynlerin çocuklarını değerlendirmelerine dayandığı akılda tutulmalıdır.

ÇMDÖ'nün belirli maddelerinin test tekrar test kat sayılarının yeterli seviyede olmadığı, buna ek olarak BPB tanılı çocuklarda YMDÖ ve diğer psikometrik ölçümler ile korelasyonun düşük olduğu, bu duruma farklı değişkenlerin neden olabileceği (tedavi, hastane yatış durumu, BPB tanımlamanın zorluğu, DEHB tanısının karıştırıcı etkisi vb.), bu nedenle ölçeği kullanan araştırmacıların ve klinisyenlerin bu durumu göz önünde bulundurmaları yararlı olabilir.

ÇMDÖ ebeveynler tarafından çocukların hızlı ve kolay bir şekilde BPB belirtileri açısından taranmasına yardımcı olabilecek bir ölçüm aracıdır. Bu araştırmada 15 puan üzerinde alan kişilerin BPB tanısı açısından incelenmesinin yararlı olabileceğini, özellikle 25 puan ve üzeri alan vakaların DEHB'den bağımsız olarak BPB tanısını karşılama ihtimallerinin yüksek olabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

ÇMDÖ'nün alt faktör maddeleri incelendiğinde;

Faktör 1'in 7, 8 ve 9. maddeleri içermesi nedeniyle düşünce hızlanması olarak isimlendirilmesi

Faktör 2'nin 5, 6 ve 10. maddeleri içermesi nedeniyle psikomotor hareketlilik olarak isimlendirilmesi

Faktör 3'ün 2, 16, 19 ve 21. maddeleri içermesi nedeniyle irritabilite ve psikoz olarak isimlendirilmesi

Faktör 4'ün 1, 3, 11 ve 14. maddeleri içermesi nedeniyle grandiyözite ve distraktibilite olarak isimlendirilmesi uygun görülmüştür.

8.KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association A, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: Washington, DC: American psychiatric association; 2013.
2. Merikangas KR, Jin R, He J-P, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry*. 2011;68(3):241-51.
3. Van Meter AR, Moreira ALR, Youngstrom EA. Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 2011;72(9):11717.
4. Bauer M, Pfennig A. Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia*. 2005;46:8-13.
5. Egeland JA, Hostetter AM, Pauls DL, Sussex JN. Prodromal symptoms before onset of manic-depressive disorder suggested by first hospital admission histories. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;39(10):1245-52.
6. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Spencer T, Wilens TE, Wozniak J. Pediatric mania: a developmental subtype of bipolar disorder? *Biological Psychiatry*. 2000;48(6):458-66.
7. Birmaher B. Bipolar disorder in children and adolescents. *Child and adolescent mental health*. 2013;18(3):140-8.
8. Goldstein BI, Birmaher B. Prevalence, clinical presentation, and differential diagnosis of pediatric bipolar disorder. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*. 2012;49(1):3.
9. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *The Lancet*. 2011;377(9783):2093-102.
10. Pavuluri MN, Birmaher B, Naylor MW. Pediatric bipolar disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2005;44(9):846-71.
11. Faedda L, Baldessarini RJ, Suppes T, Tondo L, Becker I, Lipschitz DS. Pediatric-onset bipolar disorder: A neglected clinical and public health problem gianni. *Harvard Review of Psychiatry*. 1995;3(4):171-95.
12. West S, McElroy S, Strakowski SM, Keck PE Jr, McConville BJ. Attention deficit hyperactivity disorder in adolescent mania. *Am J Psychiatry*. 1995;152:271-3.
13. Biederman J, Faraone S, Milberger S, Guite J, Mick E, Chen L, et al. A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Archives of general psychiatry*. 1996;53(5):437-46.

14. Geller B, Zimmerman B, Williams M, DelBello MP, Bolhofner K, Craney JL, et al. DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. *Focus*. 2004;12(4):11-595.
15. Zimmerman M, Posternak MA, Chelminski I, Solomon DA. Using questionnaires to screen for psychiatric disorders: a comment on a study of screening for bipolar disorder in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2004;65:605-10.
16. Coulacoglou C, Saklofske DH. *Psychometrics and psychological assessment: Principles and applications*: Academic Press; 2017.
17. Dienes KA, Chang KD, Blasey CM, Adleman NE, Steiner H. Characterization of children of bipolar parents by parent report CBCL. *Journal of Psychiatric Research*. 2002;36(5):337-45.
18. Youngstrom EA, Findling RL, Kogos Youngstrom J, Calabrese JR. Toward an evidence-based assessment of pediatric bipolar disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2005;34(3):433-48.
19. Isik E. *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar* Ankara: Gorsel Sanatlar Matbaacilik; 2003.
20. Leboyer M, Kupfer DJ. Bipolar disorder: new perspectives in health care and prevention. *The Journal of clinical psychiatry*. 2010;71(12):1971.
21. Islam M, Isiam M, Kibria S, Rahman M, Algin S, Mullick M. MCMLLL MMM Quality of Life among Patients with Bipolar Disorder. *Mymensingh Med J*. 2020;29(3):601-8.
22. Glovinsky I. A brief history of childhood-onset bipolar disorder through 1980. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2002;11(3):443-60.
23. Zarate CA, Manji HK. *Bipolar depression: molecular neurobiology, clinical diagnosis, and pharmacotherapy*: Springer; 2016.
24. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times:: conception, birth and rebirth. *Journal of affective disorders*. 2001;67(1-3):3-19.
25. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological psychiatry*. 2000;48(6):445-57.
26. Kraepelin E. *Manic-depressive insanity and paranoia*: E. & S. Livingstone; 1921.
27. Weinberg WA, Brumback RA. Mania in childhood: case studies and literature review. *American Journal of Diseases of Children*. 1976;130(4):380-5.
28. Association AP, Nomenclature APATFo. *Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-III: The Association*; 1980.
29. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. revised) (DSM-III-R)*. . Washington: APA; 1987.

30. American Psychiatric Association A, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV: American psychiatric association Washington, DC; 1994.
31. Segal DL. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). The corsini encyclopedia of psychology. 2010;1-3.
32. Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum: prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatric Clinics of North America*. 1999;22(3):517-34.
33. Alonso J, Petukhova M, Vilagut G, Chatterji S, Heeringa S, Üstün TB, et al. Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Molecular psychiatry*. 2011;16(12):1234-46.
34. Clemente AS, Diniz BS, Nicolato R, Kapczinski FP, Soares JC, Fírmio JO, et al. Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2015;37:155-61.
35. Müller JK, Leweke FM. Bipolar disorder: clinical overview. *Medizinische Monatsschrift Fur Pharmazeuten*. 2016;39(9):363-9.
36. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of general psychiatry*. 2007;64(5):543-52.
37. Baldessarini RJ, Tondo L, Vázquez GH, Undurraga J, Bolzani L, Yildiz A, et al. Age at onset versus family history and clinical outcomes in 1,665 international bipolar-I disorder patients. *World Psychiatry*. 2012;11(1):40-6.
38. Joslyn C, Hawes DJ, Hunt C, Mitchell PB. Is age of onset associated with severity, prognosis, and clinical features in bipolar disorder? A meta-analytic review. *Bipolar disorders*. 2016;18(5):389-403.
39. Leboyer M, Henry C, Paillere-Martinot ML, Bellivier F. Age at onset in bipolar affective disorders: a review. *Bipolar disorders*. 2005;7(2):111-8.
40. Merikangas KR, Prusoff BA, Weissman MM. Parental concordance for affective disorders: Psychopathology in offspring. *Journal of Affective Disorders*. 1988;15(3):279-90.
41. Smoller JW, Finn CT, editors. Family, twin, and adoption studies of bipolar disorder. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*; 2003: Wiley Online Library.
42. Hodgins S, Faucher B, Zarac A, Ellenbogen M. Children of parents with bipolar disorder: A population at high risk for major affective disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2002;11(3):533-53.
43. Kieseppä T, Partonen T, Haukka J, Kaprio J, Lönqvist J. High concordance of bipolar I disorder in a nationwide sample of twins. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(10):1814-21.

44. Ludwig B, Dwivedi Y. Dissecting bipolar disorder complexity through epigenomic approach. *Molecular psychiatry*. 2016;21(11):1490-8.
45. Kato T, Kunugi H, Nanko S, Kato N. Association of bipolar disorder with the 5178 polymorphism in mitochondrial DNA. *American journal of medical genetics*. 2000;96(2):182-6.
46. Martinowich K, Schloesser RJ, Manji HK. Bipolar disorder: from genes to behavior pathways. *The Journal of clinical investigation*. 2009;119(4):726-36.
47. Miklowitz DJ, Johnson SL. The psychopathology and treatment of bipolar disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 2006;2:199-235.
48. Öztürk M, ve Bozuklukları UARS. Istanbul. Turkey: Nobel Tıp Kitabevleri. 2014.
49. DelBello M, Kowatch RA, Geller B. Neuroimaging in pediatric bipolar disorder. *Bipolar disorder in childhood and early adolescence*. 2003:158-74.
50. Dickstein DP, Milham MP, Nugent AC, Drevets WC, Charney DS, Pine DS, et al. Frontotemporal alterations in pediatric bipolar disorder: results of a voxel-based morphometry study. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(7):734-41.
51. Pfeifer JC, Welge J, Strakowski SM, Adler C, Delbello MP. Meta-analysis of amygdala volumes in children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2008;47(11):1289-98.
52. Lex C, Baezner E, Meyer TD. Does stress play a significant role in bipolar disorder? A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2017;208:298-308.
53. Köroğlu E. DSM-5 tanı ölçütleri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık; 2013.
54. Diler RS. Pediatric bipolar disorder: A global perspective: Nova Publishers; 2007.
55. Tondo L, Isacson G, Baldessarini RJ. Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS drugs*. 2003;17:491-511.
56. Carlson GA, Bromet EJ, Driessens C, Mojtabai R, Schwartz JE. Age at onset, childhood psychopathology, and 2-year outcome in psychotic bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(2):307-9.
57. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(4):454-63.
58. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RM. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *Journal of affective disorders*. 1994;31(4):281-94.

59. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2003;64(2):161-74.
60. Van Meter AR, Burke C, Kowatch RA, Findling RL, Youngstrom EA. Ten-year updated meta-analysis of the clinical characteristics of pediatric mania and hypomania. *Bipolar disorders*. 2016;18(1):19-32.
61. McClellan J, Werry J. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(10 Suppl):157s-76s.
62. Geller B, Luby J. Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(9):1168-76.
63. Geller B, Zimmerman B, Williams M, Bolhofner K, Craney JL. Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(1):125-7.
64. Strober M, Carlson G. Bipolar illness in adolescents with major depression: clinical, genetic, and psychopharmacologic predictors in a three-to four-year prospective follow-up investigation. *Archives of General Psychiatry*. 1982;39(5):549-55.
65. Chang K, Howe M, Gallelli K, Miklowitz D. Prevention of pediatric bipolar disorder: Integration of neurobiological and psychosocial processes. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006;1094(1):235-47.
66. Geller B, Sun K, Zimmerman B, Luby J, Frazier J, Williams M. Complex and rapid-cycling in bipolar children and adolescents: a preliminary study. *Journal of affective disorders*. 1995;34(4):259-68.
67. Wilens TE, Biederman J, Forkner P, Ditterline J, Morris M, Moore H, et al. Patterns of comorbidity and dysfunction in clinically referred preschool and school-age children with bipolar disorder. *Mary Ann Liebert, Inc.*; 2003. p. 495-505.
68. Kowatch RA, Fristad M, Birmaher B, Wagner KD, Findling RL, Hellander M. Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2005;44(3):213-35.
69. Joshi G, Wilens T. Comorbidity in pediatric bipolar disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2009;18(2):291-319.
70. Fahrenndorff AM, Pagsberg AK, Kessing LV, Maigaard K. Psychiatric Comorbidity in patients with Pediatric Bipolar Disorder-a Systematic Review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2023.
71. Biederman J, Wozniak J, Tarko L, Serra G, Hernandez M, McDermott K, et al. Re-examining the risk for switch from unipolar to bipolar major depressive disorder in youth with ADHD: a long term prospective longitudinal controlled study. *Journal of affective disorders*. 2014;152:347-51.

72. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR, Otto MW, Simon N, et al. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biological psychiatry*. 2005;57(11):1467-73.
73. Dubovsky SL, Davies R, Dubovsky AN. *Mood disorders*. 2003.
74. McClellan J, Kowatch R, Findling RL. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(1):107-25.
75. Pavuluri MN, Henry DB, Devineni B, Carbray JA, Naylor MW, Janicak PG. A pharmacotherapy algorithm for stabilization and maintenance of pediatric bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(7):859-67.
76. Liu HY, Potter MP, Woodworth KY, Yorks DM, Petty CR, Wozniak JR, et al. Pharmacologic treatments for pediatric bipolar disorder: a review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2011;50(8):749-62. e39.
77. Haas M, DelBello MP, Pandina G, Kushner S, Van Hove I, Augustyns I, et al. Risperidone for the treatment of acute mania in children and adolescents with bipolar disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Bipolar disorders*. 2009;11(7):687-700.
78. Pavuluri MN, Henry DB, Findling RL, Parnes S, Carbray JA, Mohammed T, et al. Double-blind randomized trial of risperidone versus divalproex in pediatric bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. 2010;12(6):593-605.
79. Geller B, Luby JL, Joshi P, Wagner KD, Emslie G, Walkup JT, et al. A randomized controlled trial of risperidone, lithium, or divalproex sodium for initial treatment of bipolar I disorder, manic or mixed phase, in children and adolescents. *Archives of general psychiatry*. 2012;69(5):515-28.
80. Tohen M, Kryzhanovskaya L, Carlson G, DelBello M, Wozniak J, Kowatch R, et al. Olanzapine versus placebo in the treatment of adolescents with bipolar mania. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(10):1547-56.
81. Pathak S, Findling RL, Earley WR, Acevedo LD, Stankowski J, DelBello MP. Efficacy and safety of quetiapine in children and adolescents with mania associated with bipolar I disorder: a 3-week, double-blind, placebo-controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*. 2013;74(1):6200.
82. Ghaziuddin N, Kutcher SP, Knapp P. Practice parameter for use of electroconvulsive therapy with adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(12):1521-39.
83. Axelson D. Pediatric bipolar disorder: Efficacy and core elements of adjunctive psychotherapy.
84. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;135(4):e994-e1001.

85. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardic UA, Yazici KU, Basay BK, et al. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2013;7:1-10.
86. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological psychiatry*. 2005;57(11):1215-20.
87. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. Practitioner review: what have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013;54(1):3-16.
88. Donfrancesco R, Di Trani M, Andriola E, Leone D, Torrioli MG, Passarelli F, et al. Bipolar disorder in children with ADHD: a clinical sample study. *Journal of attention disorders*. 2017;21(9):715-20.
89. Youngstrom EA, Findling RL, Calabrese JR, Gracious BL, Demeter C, Bedoya DD, et al. Comparing the diagnostic accuracy of six potential screening instruments for bipolar disorder in youths aged 5 to 17 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(7):847-58.
90. Ercan İ, İsmet K. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004;30(3):211-6.
91. Şencan H. Güvenirlik ve geçerlilik: Hüner Şencan; 2005.
92. Baştürk SD, G. ve Dicle, A. N. Geçerlik ve güvenirlik. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. S. B, editor. Ankara: Vize Yayıncılık; 2013.
93. Özçelik DA. Okullarda ölçme ve değerlendirme: ÜSYM-Eğitim Yayınları; 1981.
94. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenirlik ve geçerlilik. Ankara: Seçkin Yayınevi; 2005.
95. H. Ö. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Matser Basım San. ve Tic. Ltd. Şti; 1994.
96. H. T. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme: Yargı Yayınevi; 2019.
97. Messick S. Validity of psychological assessment: Validation of inferences from persons' responses and performances as scientific inquiry into score meaning. *American psychologist*. 1995;50(9):741.
98. Büyüköztürk Ş. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve uygulamada eğitim yönetimi*. 2002;32(32):470-83.
99. Crocker L, Algina J. Introduction to classical and modern test theory: ERIC; 1986.
100. YAŞLIOĞLU MM. Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*. 2017;46:74-85.
101. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial

- reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(7):980-8.
102. Unal F, Oktem F, Cetin Cuhadaroclu F, Cengel Kultur SE, Akdemir D, Foto Ozdemir D, et al. 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). 2019.
103. Pavuluri MN, Henry DB, Devineni B, Carbray JA, Birmaher B. Child mania rating scale: development, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006;45(5):550-60.
104. Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F, Erten E. Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;13(2):107-14.
105. Turgay A. Disruptive behavior disorders child and adolescent screening and rating scales for children, adolescents, parents and teachers. West Bloomfield (Michigan): Integrative Therapy Institute Publication. 1994.
106. Ercan E, Amado S, Somer O, Cikoglu S. Dikkat Eksikliği hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çalışması. *Cocuk ve gençlik Ruh Sağlığı dergisi (Journal of Child and Adolescent Mental Health)*. 2001;8:132-44.
107. Goodman A, Goodman R. Strengths and Difficulties Questionnaire scores and mental health in looked after children. *The British Journal of Psychiatry*. 2012;200(5):426-7.
108. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*. 1997;38(5):581-6.
109. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. Güçler ve güçlükler anketi’nin (gga) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*. 2008;15:65-74.
110. Oy B. Çocuklar için Depresyon Ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1991;2(2):132-6.
111. Shaffer D, Gould M, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, et al. A Children’s Global Assessment Scale (CGAS)(for children 4 to 16 years of age). *Psychopharmacol Bull*. 1985;21(4):747-8.
112. Groen Y, Priegnitz U, Fuermaier AB, Tucha L, Tucha O, Aschenbrenner S, et al. Testing the relation between ADHD and hyperfocus experiences. *Research in Developmental Disabilities*. 2020;107:103789.
113. Gnambs T. A meta-analysis of dependability coefficients (test–retest reliabilities) for measures of the Big Five. *Journal of Research in Personality*. 2014;52:20-8.
114. YILMAZ V, Varol S. HAZIR YAZILIMLAR İLE YAPISAL EŞİTLİK MODELLEMESİ: AMOS, EQS, LISREL. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2015(44):28-44.

115. ÇAPIK C. Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;17(3):196-205.
116. Henry DB, Pavuluri MN, Youngstrom E, Birmaher B. Accuracy of brief and full forms of the Child Mania Rating Scale. *Journal of clinical psychology*. 2008;64(4):368-81.
117. Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, Kraemer HC, Kuramoto SJ, Kuhl EA, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *American journal of psychiatry*. 2013;170(1):59-70.
118. Beavers AS, Lounsbury JW, Richards JK, Huck SW, Skolits GJ, Esquivel SL. Practical considerations for using exploratory factor analysis in educational research. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*. 2013;18(1):6.
119. Taber KS. The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in science education*. 2018;48:1273-96.
120. West AE, Celio CI, Henry DB, Pavuluri MN. Child Mania Rating Scale-Parent Version: A valid measure of symptom change due to pharmacotherapy. *Journal of affective disorders*. 2011;128(1-2):112-9.
121. Öner Ö, Yılmaz EŞ, Karadağ H, Vural M, Vural EH, Akbulat A, et al. ADHD medication trends in Turkey: 2009-2013. *Journal of Attention Disorders*. 2017;21(14):1192-7.
122. Gimbach S, Vogel D, Fried R, Faraone SV, Banaschewski T, Buitelaar J, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on ADHD medicine consumption in 47 countries and regions. *European Neuropsychopharmacology*. 2023;73:24-35.
123. TAŞDEMİR F. ROC Analizi ve R Yazılımı ile Verilerin Sınıflama Doğruluklarının Karşılaştırılması. *Ulusal Eğitim Akademisi Dergisi*. 2022;6(2):230-41.
124. Power M, Fell G, Wright M. Principles for high-quality, high-value testing. *BMJ Evidence-Based Medicine*. 2013;18(1):5-10.