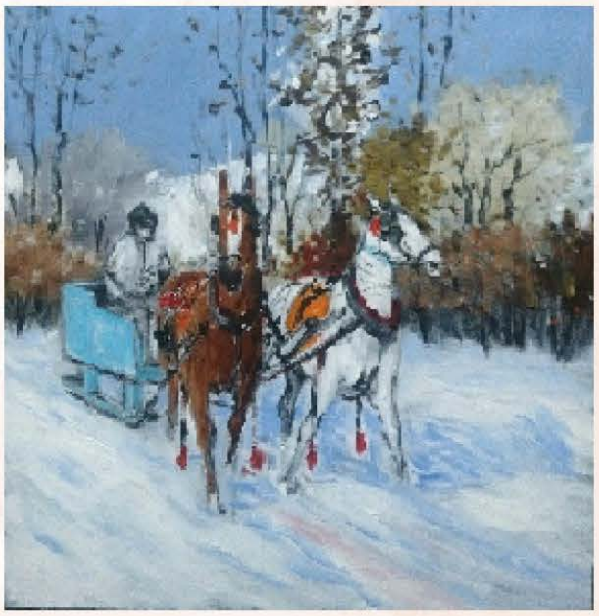
ISSN 1302-0099 / e-ISSN 2146-7153

KLİNİK psikiyatri

www.klinikpsikiyatri.org DERGİSİ



Yıl / Year: 2021 Cilt / Volume: 24

Sayı / Number 4

ANP Yayıncılık

KLİNİK PSİKİYATRİ DERGİSİ

Yıl / Year 2021 • Cilt / Volume 24 • Sayı / Number 4

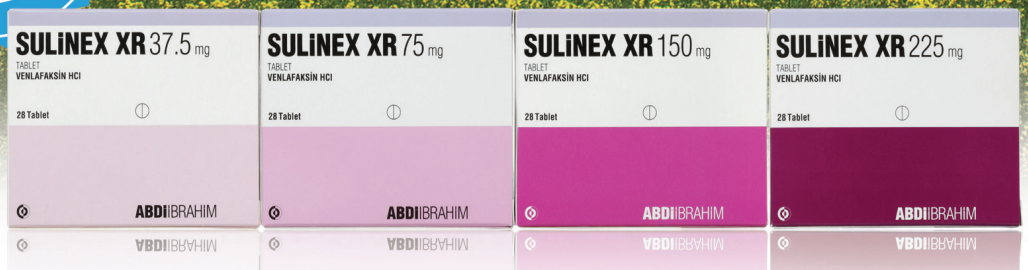
KLİNİKPSİKİYATRİDERGİSİ

SULiNEX XR
VENLAFAKSİN

tek tabletle **hayat katar**

SULiNE

GÜNDE TEK DOZ[1]
GENİŞ DOZ YELPAZESİ



*Rx Media Pharma 2019
1. Sulinex Kısa Ürün Bilgisi

FORMÜLÜ: SULİNEX XR uzatılmış salım formülasyonundaki tablette 37.5 mg, 75 mg, 150 mg, 225 mg venlafaksin hidroklorür içerir. **FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLERİ:** Venlafaksin, selektif bir noradrenerjik-serotonerjik geri alım (reuptake) inhibitörüdür. Kimyasal olarak trisiklik, tetrasiklik veya diğer antidepresanlardan farklı, yeni bir antidepresandır. ENDİKASYONLARI: SULİNEX XR, majör depresyonun tedavisinde, majör depresyonun nüksünün ve yeni episodların engellenmesinde, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) tedavisinde, sosyal fobi tedavisinde, agorafobi ile birlikte veya agorafobi olmaksızın görülen panik bozukluğu tedavisinde endikedir. **KONTRENDİKASYONLARI:** SULİNEX XR, venlafaksine veya formülasyondaki maddelerin herhangi birine aşırı hassasiyeti olduğu bilinen hastalarda kontrendikedir. MAO inhibitörleri ile birlikte kullanımı kontrendikedir. MAOI tedavisinin kesilmesinden sonra en az 14 gün geçmeden venlafaksin tedavisine başlanmamalıdır. Herhangi bir MAOI kullanımına başlamadan en az 7 gün önce venlafaksin kullanımına son verilmelidir. **UYARILAR/ÖNLEMLER:** Majör depresyon ve diğer psikiyatrik bozuklukları olan çocuk ve gençlerde yapılan kısa dönemli klinik çalışmalarda antidepresanlar intihar düşünce ve davranışlarının (intihara yatkınlık) riskini arttırmıştır. Çocuk veya gençte SULİNEX XR veya herhangi diğer bir antidepresan kullanılması düşünüldüğünde, tanımlanan risk ile klinik ihtiyaç dengelenmelidir. İntihar ile ilgili uyarıya bakınız. Antidepresan ilaçların çocuklar ve 24 yaşına kadar olan gençlerdeki kullanımlarının intihar düşünce ya da davranışlarını artırma olasılığı bulunmaktadır. Bu nedenle özellikle tedavinin başlangıcı ve ilk aylarında, ilaç dozunun artırılma/azaltılma ya da kesilme dönemlerinde hastanın gösterebileceği huzursuzluk, aşırı hareketlilik gibi beklenmedik davranış değişiklikleri ya da intihar olasılığı gibi nedenlerle hastanın gerek ailesi gerekse tedavi ediciler tarafından yakinen izlenmesi gereklidir. SULİNEX XR pediyatrik hastalarda (18 yaş altı) kullanım için onaylı değildir. Tanısı konmuş veya şüpheli konjenital uzamış QT sendromu veya Torsades de Pointes hastalarında kullanımından kaçınılmalıdır.Venlafaksin ile tedavi edilen bazı hastalarda kan basıncında doza bağlı artışlar gözlenmiştir. Pazarlama sonrası kullanımda acil tedavi gerektiren kan basıncı artışları gözlemlenmiştir. Venlafaksin alan hastalar için kan basıncı ölçümü tavsiye edilir. Kan basıncı artışı ile durumu tehlikeye girebilecek hastalarda dikkatli olunmalıdır. **GEBELİKTE KULLANIM:** Gebelik Kategorisi: C'dir. Venlafaksinin gebe kadınlarda kullanımına ilişkin yeterli veri mevcut değildir. **LAKTASYONDA KULLANIM:** Venlafaksin ve O-desmetilvenlafaksin anne sütüne geçtiğinden ya emzirmekten vazgeçilmeli ya da venlafaksin tedavisi kesilmelidir. Pazarlama sonrası deneyimlerde, anne sütüyle beslenen infantlarda, ağlama, irritabilite ve uyku düzeni bozuklukları raporlanmıştır. Semptomlar, emzirmenin kesilmesinin ardından venlafaksin tedavisinin durdurulması ile de devam etmiştir. **YAN ETKİLER/ADVERS ETKİLER:** En yaygın yan etkiler; serum kolesterol seviyesinin yükselmesi, kilo kaybı, baş ağrısı, anormal rüya görme, libido azalması, sersemlik hissi, baş dönmesi, ağız kuruluğu, kas tonüsünün artması, uykusuzluk, sinirlilik, parestezi, sedasyon, tremor, kafa karışıklığı, kendine yabancılaşma, hipertansiyon, vazodilatasyon (çoğunlukla sıcak basması), palpitasyon, esneme, iştah azalması, konstipasyon, mide bulantısı, kusma, gece terlemeleri, anormal ejakülasyon/orgazm (erkeklerde), anorgazmi, erektil disfonksiyon, idrar yapma bozukluğu (çoğunlukla kesik kesik yapma şeklinde), artmış kanama ve artmış düzensiz kanamayla ilgili menstrual bozukluklar, idrara çıkma sıklığında artış, kuvvetsizlik/yorgunluk, ürperti, gözde uyum bozukluğu, midriazis, görme bozuklukları. BEKLENMEYEN BİR ETKİ GÖRÜLDÜĞÜNDE DOKTORUNUZA BAŞVURUNUZ. **İLAÇ ETKİLEŞMELERİ VE DİĞER ETKİLEŞMELER:** Venlafaksinin monoamin oksidaz inhibitörleri ile birlikte kullanımı kontrendikedir. Venlafaksinin merkezi sinir sistemi üzerinde etkili olan diğer ilaçlar ile birlikte kullanıldığında dikkatli olunması tavsiye edilmektedir. Diğer serotonerjik ajanlarla olduğu gibi, venlafaksin ile birlikte özellikle serotonerjik nörotransmitter sistemi etkileyebilen diğer ajanların (triptanlar, SSRI'lar, diğer SNRI'lar, lityum, sibutramin, tramadol veya St. John's Wort [Hypericum perforatum] dahil), serotonin metabolizmasını zayıflatan ilaçların (MAOI'lar, linezolid ve metilen mavisi gibi) veya serotonin öncüllerinin (triptofan ürünleri gibi) uygulanması durumunda potansiyel olarak yaşamı tehdit edici serotonin sendromu meydana gelebilir. **KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU:** Majör depresyonda tavsiye edilen başlangıç dozu günlük 75 mg SULİNEX XR'dır. 75 mg'lık günlük başlangıç dozuna cevap vermeyen hastalar, günde en fazla 375 mg'lık dozdan yarar görebilirler. Yaygın anksiyete bozukluğunda ve sosyal fobide tavsiye edilen başlangıç dozu günlük 75 mg SULİNEX XR'dır. 75 mg'lık günlük başlangıç dozuna cevap vermeyen hastalar, günde en fazla 225 mg'lık dozdan yarar görebilirler. Panik bozukluğunda tavsiye edilen doz 7 gün, günde 1 kez 37.5 mg SULİNEX XR'dır. Daha sonra doz günde 75 mg'a yükseltilmelidir. Günde 75 mg'lık doza cevap vermeyen hastalar, günde en fazla 225 mg'lık dozdan yarar görebilirler. Doz artışları yaklaşık 2 haftalık veya daha fazla aralıklarla yapılmalıdır, ancak 4 günden kısa aralıklarla yapılmamalıdır. SULİNEX XR'ın yemek ile birlikte alınması tavsiye edilir. Her tablet bütün olarak sıvıyla yutulmalıdır. Tablet bölünmemeli, ezilmemeli, çiğnenmemeli veya suya karıştırılmamalıdır. SULİNEX XR günde bir kez ve aşağı yukarı aynı saatlerde (sabah ya da akşam) alınmalıdır. DOKTORA DANIŞILMADAN KULLANILMAMALIDIR. **SAKLAMA KOŞULLARI:** 30ºC'nin altındaki oda sıcaklıklarında ve kuru bir yerde saklanmalıdır. Çocukların ulaşamayacağı yerlerde ve ambalajında saklayınız. **PİYASADA MEVCUT FARMASÖTİK DOZAJ ŞEKİLLERİ ve FİYATI:** SULİNEX XR 37.5 mg 28 tablet 20,28TL, SULİNEX XR 75 mg 28 tablet 29,39TL, SULİNEX XR 150 mg 28 tablet 54,82TL, SULİNEX XR 225 mg 28 tablet 100,78TL (ŞUBAT 2021) **RUHSAT TARİHİ VE NO:** SULİNEX XR 37.5 mg 09.07.2012 133/50, SULİNEX XR 75 mg 09.07.2012 133/51, SULİNEX XR 150 mg 09.07.2012 133/52, SULİNEX XR 225 mg 09.07.2012 133/53 REÇETE İLE SATILIR.

2021-SMP-SULI-00132-11

ABDiIBRAHIM

TÜRKİYE'DE TEK*
37,5 mg'dan 225 mg'a
GENİŞ DOZ YELPAZESİ

KLİNİK psikiyatri DERGİSİ
THE JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY
www.klinikpsikiyatri.org
ISSN: 1302-0099/e ISSN:2146-7153
Yıl: 2021 Cilt: 24 Sayı: 4

İçindekiler / Contents

Editörden / *Editorial*

435 **Duygudurum bozukluklarında beyin haritalama yol gösteriyor mu?**
Does brain maping lead the way in mood disorders?
Mehmet Yumru

Araştırma Yazıları / *Research Articles*

439 **Obsesif kompulsif bozuklukta nörobilişsel esneklik, mükemmelliyetçilik ve obsesif inanışlar**
Neurocognitive flexibility, perfectionism, obsessive beliefs in patients with obsessive compulsive disorder
Betül Önder Uzgan, Melike Tetik Oktay, Cansu Aykaç, Çağatay Ermiş, Tunç Alkın

450 **Siberkondria, anksiyete duyarlılığı, bedensel duyumları abartma ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkilerin incelenmesi**
Investigation of the relationships between cybercondria, anxiety sensitivity, somatosensory amplification, and intolerance to uncertainty
Yavuz Yılmaz, Erdi Bahadır, Ali Erdoğan

459 **Ruhsal bozukluk tanısı olan hekimlerde içselleştirilmiş damgalanma**
Internalized stigma in physicians with mental illness
Oğuzhan Kılınçel, Rukiye Ay

467 **COVID-19 pandemisinin nörogelişimsel bozukluğu olan çocuklar üzerine etkisi**
The impacts of COVID-19 pandemic on children with neurodevelopmental disorder
Sezen Köse, Gamze Yüksel, Birsen Senturk Pilan, Elif Tortop, Gokce Anilir, Reyhan Çalışan, Begüm Yuluğ, Sibel Helin Tokmak, Burcu Özbaran, Zeki Yüncü, Serpil Erermiş, Tezan Bildik

475 **Diyabet tanılı bireylerin anksiyete, depresyon, aleksitimi düzeyleri ve etkileyen faktörler**
The levels of anxiety, depression and alexithymia in individuals diagnosed with diabetes and the affecting factors
Arife Zühal Değirmencioğlu, Leyla Baysan Arabacı, Nalan Gordeles Beser

481 **Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanılı hastalarda komorbidite ve işlevsellik ile ilişkili faktörler**
The related factors with functionality and the comorbidity in the patients with adult seperation anxiety disorder
Mahmut Onur Karaytuğ, Lut Tamam, Mehmet Emin Demirkol, Zeynep Namlı, Mahmut Gürbüz

491 **Adli psikiyatri hastalarının şiddet davranışlarının tedaviye uyum ve umut düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi**
Investigation of the relationship between forensic psychiatry patients' violent behaviors and levels of treatment adherence and hope
Hatice Polat, Kerim Uğur

499 **Psikiyatri kliniklerinde hemşire/hekim, hasta ve hasta yakınlarının damgalamaya yönelik inanç ve tutumlarının değerlendirilmesi**
Evaluation of belief and attitudes towards stigma of nurses/physician, patients and patients' relatives in psychiatric clinics
Feride Ercan, Mehmet Karakaş, Nermin Gürhan, Ümran Demircan, Haydar Mehmet Kaya

513 **Üniversite öğrencilerine yönelik uyum sorunları ölçeğinin geliştirilmesi**
Developing an assessment scale for adjusment problems in university students
Ahmet Topuzoğlu, Furkan Özel, Zeynep Meva Altaş, Can Ilgın, Cihad Kaya, Seyhan Hıdıroğlu

523 **Ortaöğretim öğretmenlerinde ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafeyi etkileyen faktörler**
Factors affecting the belief towards mental illness and social distance in secondary education teachers
Hülya Arslantaş, Filiz Abacıgil, Rüveyda Yüksel, Filiz Adana, Ezgi Sarı, Duygu Yeşilfidan, Selen Gürsoy Turan

537 **COVID-19 salgını sürecinde Türkiye'de endişe, stres, öfke ve korkudaki değişim: Seri-kesitsel takip bulguları**
Fluctuations in worry, stress, anger, and fear during the COVID-19 pandemic in Turkey: Findings of a serial cross sectional study
Başar Demir, Sıla Demir, Ata Cantürk Doğrul

547 **Hollanda yeme davranışı anketinin Türkçe formunun 12-18 yaş arasındaki ergenlerde psikometrik özelliklerinin ve yeme davranışlarının yaş ve cinsiyete göre incelenmesi**
Psychometric properties of Turkish version of Dutch eating behavior questionnaire in adolescents aged between 12 and 18 years and assessment of the effect of age and gender on eating behaviours
Ezgi Şen Demirdöğen, Pınar Algedik, Dilara Demirpençe

Olgu Sunumu / *Case Reports*

558 **Dissosiyatif bozukluğun bağlanma travması çerçevesinde değerlendirilmesi: Bir olgu sunumu**
Evaluation of dissociative disorder in the context of attachment trauma: A case report
Hande Günal Okumuş, Kevser Nalbant

Editöre Mektup / *Letter to editor*

564 **DEHB tanılı analjezik bağımlılığı olan ergende metilfenidat tedavisi**
Methylphenidate treatment in an analgesic dependent adolescent with ADHD
Ayşegül Yolga Tahiroğlu, Gonca Gül Çelik, Ayse Avcı, Canan Kuygun Karcı

KLİNİK psikiyatri
THE JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY DERGİSİ

Yıl: 2021 Cilt: 24 Sayı: 4

Editörler Kurulu/ Editorial Board

Onursal Editör

Nevzat Yüksel
Burhanettin Kaya

Editör

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

Dış İlişkiler Editörleri

Mohammad Ghaziuddin
Muzaffer Kaşer

İstatistik Editörü

Gülşah Seydaoğlu

Danışma Kurulu/Advisory Board

Asena Akdemir
Aslıhan Dönmez
Aylin Uluşahin
Aylin Yazıcı
Ayşe Devrim Başterzi
Ayşe Gül Yılmaz Özpolat
Bedriye Öncü
Bengi Semerci
Berna Uluğ
Can Cimilli
Cem Atbaşoğlu
Cem İncesu
Cem Kaptanoğlu
Cengiz Tuğlu
Çınar Yenilmez
Doğan Şahin
Doğan Yeşilbursa
Ejder Akgün Yıldırım
Erkan Özcan
Ertan Yurdakoş
Hakan Gürvit
Hakan Türkçapar
Haldun Soygür
Hasan Kandemir
Işıl Vahip
İnci Özgür İlhan
İsmet Kırpınar
Köksal Alptekin
Levent Küey
Mehmet Zihni Sungur
Mustafa Sercan
Nahit Özmenler
Naomi Fineberg
Nesim Kuğu
Okan Taycan
Orhan Murat Koçak
Paul Fletcher
Raşit Tükel
Runa Uslu
Salih Selek
Sedat Batmaz
Seher Akbaş
Selçuk Candansayar
Serap Erdogan Taycan
Simavi Vahip
Süheyla Ünal
Şahika Yüksel
Şeref Özer
Tamer Aker
Timuçin Oral
Tolga Binbay
Tunç Alkın
Zeliha Tunca

Bu sayıda görüş ve önerileri ile yayın kalitemize katkıda bulunan danışmanlarımız

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

Klinik Psikiyatri Dergisi aşağıdaki dizinlerde yer almaktadır

Emerging Sources Citation Index (ESCI)(2017 yılından itibaren)
Scopus (2017 yılından itibaren)
DOAJ (2018 yılından itibaren)
EBSCO Academic Search Complete (2007 yılından itibaren)
EBSCO TOC Premier (2007 yılından itibaren)
Türkiye Atif Dizini (2000 yılından itibaren)
PsycINFO/ Psycological Abstracts (2004 yılından itibaren)
TÜBİTAK/ULAKBIM-Türk Tip Dizini (2000 yılından itibaren)
Google Scholar (1998 yılından itibaren)
Index Scholar (2007 yılından itibaren)
Akademik Dizin (2000 yılından itibaren)
Türk Medline (2000 yılından itibaren)
Türk Psikiyatri Dizini (1998 yilindan itibaren)
CIRRIE
Index Copernicus

Yazışma Adresi / For Correspondence: Klinik Psikiyatri Dergisi
Fabrikalar Mah. 3024 Sok. No:13 Kepez/ Antalya
Tel/Faks: 0242 244 88 83/0242 244 20 99
e-mail: klinikpsikiyatri@gmail.com
Web adresi: www.klinikpsikiyatri.org

Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü
Terapi Tıp Merkezi
ANP Özel Sağlık Hizmetleri Ltd. Şti. Adına,
Mehmet Yumru
Kapak Resmi: Mehmet Emin Erşan

Klinik Psikiyatri Dergisi'nde yayınlanan yazılar, resim, şekil ve tablolar yayıncının izni olmadan kısmen veya tamamen çoğaltılamaz. Bilimsel amaçlarla kaynak gösterilmek şartı ile özetleme ve alıntı yapılabilir.

Duygudurum bozukluklarında beyin haritalama yol gösteriyor mu?

Does brain mapping lead the way in mood disorders?

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

Psikiyatrik bozuklukların teşhisi uzunca bir süredir tanı sınıflandırma sistemleri etrafında yapılandırılmış klinik görüşmeler kullanılarak gerçekleştirilmektedir. Bu süreç, araştırmacıları uzun yıllardır hasta ve uzman yanlılığına yatkın olabilen sübjektif bir değerlendirme yaklaşımına güvenmek yerine, elektroensefalografi (EEG) gibi ilgi çekici bir yöntem olmak üzere, nesnel semptom 'biyobelirteçleri' kullanarak klinik tanı ve tedavi etkinliğini gibi yeni yollar geliştirmeye/bulmaya itmiştir.

Beyin elektrofizyolojik verilerinin topografik gösterimini ve analizini yapan bir teknik olan kantitatif EEG (QEEG), çeşitli psikiyatrik bozuklukların tanısında kullanılmak üzere önerilmiştir. QEEG, teşhis bilgilerine ve/veya bilişsel eksikliklere karşılık gelebilecek nicel modeller elde etmek için beynin elektriksel aktivitesini analiz etme yöntemidir. QEEG sayısal formata çevrilmiş ve lokalizasyon değerlendirilmesi yapılmış bir EEG'dir. Literatürde hâkim olan yaklaşım, delta, teta, alfa, beta ve gama olarak adlandırılan EEG güç spektrumundaki geniş frekans bantlarını analiz etmeye odaklanır.

Klinik çalışmalar, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), şizofreni, majör depresyon ve obsesif-kompulsif bozukluk dahil olmak üzere psikiyatrik durumlarda beyin elektriksel aktivitesinin farklı biçimlerini göstermiştir. Bununla birlikte, bu ayırt edici beyin dalgası aktivitesinin klinik önemi bilinmemektedir. Bu nedenle, kantitatif EEG'nin tanı, hastalık ilerlemesinin değerlendirilmesi ve bu durumların tedavisindeki rolü henüz açıklığa kavuşturulmamıştır.

Spektral bant yaklaşımı, klinik biyobelirteçlerin geliştirilmesi de dahil olmak üzere, EEG analizine baskın yaklaşım olarak varlığını sürdürmeye devam ediyor. Bunun yakın tarihli bir örneği, DEHB teşhisi için bir biyobelirteç olarak teta/beta oranının kullanımının onaylanmasıdır (1,2).

2019 yılında yayınlanmış bir derlemede; son 25 yılda yayınlanmış 10 farklı ruhsal rahatsızlığın EEG etki gücü ele alınmıştır (3). DEHB ve şizofreni gibi bazı bozukluklar geniş çapta incelenirken (sırasıyla 65 ve 37 makale), depresyon, otizm ve diğer bozukluklar daha az oranda incelenmiştir. Buna karşılık, bipolar, yaygın anksiyete ve panik bozukluğu gibi bazı bozukluklar literatürde çok daha az oranda temsil edilmiştir (her biri altı veya daha az çalışma). Çalışmaların %73'ü 100'den küçük örneklem büyüklüğüne sahipken sadece 10 çalışma 250'den büyük örneklem sayısına sahipti. DEHB ve otizm tanı gruplarını içeren çalışmalar dışında katılımcılar genellikle ortalama yaşı 30 ila 40 arasında olan yetişkinlerdi. Ayrıca, örneklemler tipik olarak erkek deneklerden oluşuyordu (%64). Depresyon için baskın sonuç, hem gözler açık hem de kapalı koşullar için hem teta hem de beta bantlarında mutlak güçte bir artıştı (18 çalışma). Ancak, bu artışlar, çoğu çalışmanın herhangi bir bantta önemli farklılıklar bulamadığı nispi güç düşünüldüğünde görünür değildi. Özetle, çocuklarda DEHB için bildirilen farklılıklar en tutarlı ve doğrulanmış olarak göze çarpıyordu, ancak yayınlanan sonuçlara tek bir araştırma grubu hakimdi. Şizofreni, çocuklarda DEHB'ye benzer bir eğilimle bir sonraki en güvenilir eğilim olarak kabul edilebilir. OKB, depresyon ve internet bağımlılığı gibi diğerleri orta derecede güvenilirken, diğer bozukluklar veya durumlar için sonuçlar güvenilir olarak kabul edilemeyecek kadar

(Klinik Psikiyatri 2021;24: 435-438)
DOI: 10.5505/kpd.2021.38991
Makalenin geliş tarihi: 16.12.2021, Yayına kabul tarihi: 18.12.2021

seyrek veya tutarsızdır (3).

Alik Widge ve ark. Ocak 2000 ile Kasım 2017 arasında yayınlanan makalelere dayanarak, depresif hastalıkta QEEG için tanısal doğruluğun bir meta-analizini gerçekleştirmiştir (4). Araştırmacılar önce, depresyonda tedavi yanıtını öngörmek için herhangi bir QEEG yaklaşımını önermek için yeterli kanıt olup olmadığını değerlendirmiştir. Herhangi bir majör depresif epizodu olan, herhangi bir müdahale alan ve herhangi bir metodoloji veya EEG metriği olan yetişkinleri içeren tüm QEEG çalışmalarını dikkate almışlardır. Duyarlılık tahmini 0,72 (%95 CI, 0,67-0,76) ve özgüllük tahmini 0,68 (%95 GA, 0,63-0,73) idi; bu, araştırmacıların depresif hastalıkta tedavi yanıtını tahmin etmek için makul güç olarak adlandırıyordu. Araştırmacılar, geniş yaklaşımlarını belirli biyobelirteçleri araştıran bir meta-regresyonla tamamladılar. Bu analiz, tescilli Antidepresan Tedavi Tepki endeksini içeriyordu. Sonuçlar, hiçbir biyobelirteçin diğerinden önemli ölçüde daha fazla tahmin gücüne sahip olmadığını göstermiştir. Bu çalışmada ele alınan bir diğer önemli soru: QEEG araştırmacılarının, verilerini tekrarlanabilir ve güvenilir kılan çalışma tasarımları ve raporlama uygulamaları kullanıp kullanmadıklarıydı. Çalışma boyutlarının genellikle küçük olduğunu ve medyan değerinin 25 olduğunu bulmuşlardır. Birden fazla özelliği test eden 36 çalışmanın 24'ü istatistiksel bir düzeltmenin kullanıldığını bildirmediğini belirtmişlerdir. Önemli tahmin yeteneğine sahip olduğu iddia edilen 71 belirteçten sadece altısı doğrulanmıştı. Araştırmacılar, geniş tabanlı meta-analizlerinde tespit edilen QEEG'nin görünür etkinliğinin, muhtemelen çalışma tasarımı ve seçici yayının bir eseri olduğuna inanıyorlardı. QEEG'nin tahmin gücünün, güçlü pozitif sonuçları olan küçük çalışmalar tarafından yönlendirildiğini ileri sürmüşlerdir (4).

Araştırmacıların analiz sonuçları, yayınlanmış literatürde az sayıda olumsuz veya zayıf çalışmanın olduğunu gösteren daha büyük etki büyüklüklerine sahip çalışmalara doğru bir çarpıklık ortaya koymuştur. Araştırmacılar, şu anda QEEG'ye yönelik pazarlanan yaklaşımların kanıta dayalı yaklaşımı temsil etmediği sonucuna varmıştır. Şu anda QEEG yöntemlerinin rutin klinik uygulamada, ister ticari ister araştırma düzeyinde olsun, sağlık hizmetleri parasının akıllıca bir kullanımı olmadığı sonucuna varmaktadır. Yazarlar, QEEG araştırmalarının durdurulması veya yavaşlatılması çağrısında bulunmadıklarını vurgulamaktadır. Sorun; semptom kontrol listeleri ile dinlenme durumundaki beyin aktivitesinin belirli yönleri arasındaki bağlantıların henüz sağlam veya güvenilir olmamasıdır (4).

Velasques ve ark. (5) gama tutarlılığının manik durum sırasında bilişsel işlev bozukluğu için bir biyobelirteç olabileceğini vurgulamaktadır. Yazarlar, farmakolojik tedaviye başlamadan önce bu bulguların daha büyük örneklemlerde ve bipolar hastalarda doğrulanması gerektiğini belirtmişlerdir.

McVoy ve ark., QEEG'nin ruhsal hastalıkların tanısal açıklaması için potansiyel bir ara biyobelirteç olabileceğini belirtmiştir. Sistematik bu derlemede, bu araştırmacılar 1996 ve 2017 yılları arasında psikiyatrik hastalığı olan gençlerde QEEG kullanan yayınlanmış çalışmaları incelemişlerdir. Çalışmalar, DEHB'de sağlıklı kontrollere kıyasla daha yüksek teta/beta oranı göstermiştir. Bu derlemedeki çalışmaların sonucunda yazarlar 'QEEG'deki anormalliklerin pediatrik psikiyatrik hastalığın spesifik olmayan belirteçleri olup olmadığı veya psikopatoloji türlerini ayırt etme potansiyeline sahip olup olmadığı bilinmiyordu.' diye görüş belirtmiştir (6).

Bipolar I ve II bozukluğu olan hastalarda standart EEG ve QEEG bulguları gözden geçirildiği bir literatür taramasında [PsychInfo (149 makale), Medline Ovid (510 makale) ve Pubmed (524 makale) ve bazı önemli psikiyatri dergileri] çalışmaların çoğunun beş yıldan daha eski ve özellikle EEG paternlerini etkilediği bilinen nöropsikiyatrik değerlendirmeler ve psikiyatrik eştanıların kontrolü söz konusu olduğunda sınırlı kalitede olduğu belirtilmiştir. QEEG özellikleri ve bipolar bozuklukla ilgili bulgular daha az tutarlıydı. Genel olarak bipolar bozukluğu olan hastalarda frontotemporal beyin bölgelerinde asimetrik aktivite vardı. QEEG bazı çalışmalarda tedavi yanıtını öngördüğü ancak bipolar bozuklukların daha iyi tasarlanmış elektrofizyolojik çalışmalarına

büyük ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (7).

Yakın zamanda QEEG'nin depresif bozukluk tedavisinin biyobelirteçleri olarak kullanımına ilişkin kanıtlara önemli katkıları gözden geçiren ve bu tür teknolojinin farmakoterapiye rehberlik etme potansiyelini inceleyen bir derleme yayınlanmıştır. Burada gözden geçirilen çalışmalar, niceliksel EEG'nin depresyonun farmakolojik tedavisine yanıtla ilişkili yönleri olduğunu öne sürmektedir. Bu bulgular, depresyonun biyolojik temellerini daha iyi araştırmamıza ve gelecekteki araştırma yollarına yön vermemize yardımcı olmada ilgi çekici olsa da, nihayetinde önemli soru, bu potansiyel biyobelirteçlerin gerçek klinik uygulamada tedaviyi yönlendirmede faydası olup olmadığıdır. Klinik uygulama, öncelikle cevabın hayır olduğunu belirtilmiştir. Elektrofizyolojik biyobelirteçlere on yıllardır olan ilgiye rağmen, yukarıda gözden geçirilen tek değişkenli ölçümlerin hiçbiri klinik temelde genel olarak kabul görmemiştir (8).

QEEG ile "beyin haritalaması", birçok psikiyatrik bozukluğun tanı ve tedavisine yanıtı veya yanıtsızlığı tahmin etmenin bir yolu olarak ticari olarak tanıtılmaktadır. Nörolojik ve psikiyatrik durumlar için bir tarama testi olarak nicel EEG'nin kullanılmasını öneren önde gelen tıbbi profesyonel kuruluşlardan güncel kılavuzlar bulunmamaktadır.

QEEG'nin görüntüleme çalışmalarının bir ön koşulu olarak veya görüntüleme çalışmalarının yerine geçmesini öneren güncel kılavuzlar bulunmamaktadır.

Psikotrop ilaçlar için FDA onaylı reçeteleme bilgileri, seçim veya dozlamada QEEG kullanımı için hiçbir öneri içermez ve önde gelen tıbbi profesyonel kuruluşlardan bu tür QEEG kullanımını öneren güncel kılavuzlar yoktur.

QEEG gelecekte DEHB'nin teşhisinde ve/veya sınıflandırılmasında yardımcı olabileceğini kanıtlasa da şu anda ikiuçlu bozukluk başta olmak üzere diğer tüm popülasyonlarda kullanımını destekleyecek yeterli kanıt yoktur.

*57. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde panel konuşması olarak sunulmuştur.

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

KAYNAKLAR

1. Saad JF, Kohn MR, Clarke S, Lagopoulos J, Hermens DF. Is the Theta/Beta EEG Marker for ADHD Inherently Flawed? J Atten Disord. 2018 Jul;22(9):815-826.

2. Gloss D, Varma JK, Pringsheim T, Nuwer MR. Practice advisory: The utility of EEG theta/beta power ratio in ADHD diagnosis: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2016 Nov 29;87(22):2375-2379.

3. Newson JJ, Thiagarajan TC. EEG Frequency Bands in Psychiatric Disorders: A Review of Resting State Studies. Front Hum Neurosci. 2019;12:521.

4. Widge AS, Bilge MT, Montana R, Chang W, Rodriguez CI, Deckersbach T, Carpenter LL, Kalin NH, Nemeroff CB. Electroencephalographic Biomarkers for Treatment Response Prediction in Major Depressive Illness: A Meta-Analysis. Am J Psychiatry. 2019 Jan 1;176(1):44-56.

5. Velasques B, Bittencourt J, Diniz C, Teixeira S, Basile LF, Inácio Salles J, Novis F, Angélica Silveira L, de Assis da Silva R, de Lima Teixeira A, Nardi AE, Akiskal HS, Cagy M, Piedade R, Cheniaux E, Kapczinki F, Ribeiro P. Changes in saccadic eye movement (SEM) and quantitative EEG parameter in bipolar patients. J Affect Disord. 2013 Mar 5;145(3):378-85.

6. McVoy M, Lytle S, Fulchiero E, Aebi ME, Adeleye O, Sajatovic M. A systematic review of quantitative EEG as a possible biomarker in child psychiatric disorders. Psychiatry Res. 2019 Sep;279:331-344.

7. Robar G. EEG in bipolar disorders - a literature review. Master thesis / Prosjektoppgave, 2006. http://urn.nb.no/URN:NBN:no-36990

8. Schiller MJ. Quantitative Electroencephalography in Guiding Treatment of Major Depression. Front Psychiatry. 2019 Jan 23;9:779.

RESEARCH ARTICLE

Neurocognitive flexibility, perfectionism, obsessive beliefs in patients with obsessive compulsive disorder

Obsesif kompulsif bozuklukta nörobilişsel esneklik, mükemmelliyetçilik ve obsesif inanışlar

Betül Önder Uzgan[1], Melike Tetik Oktay[2], Cansu Aykaç[2], Çağatay Ermiş[3], Tunç Alkın[4]
[1]Res. Assis., Çanakkale Onsekiz Mart University, Faculty of Arts And Science, Department of Biology, Çanakkale, Turkey https://orcid.org/0000-0002-6423-6704
[2]Res. Assis., Dokuz Eylul University, Institute of Health And Science, Department of Neurosciences, İzmir, Turkey https://orcid.org/0000-0002-0367-3820-https://orcid.org/0000-0001-8702-5478
[3]M.D., Dokuz Eylul University Faculty Of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry, İzmir, Turkey https://orcid.org/0000-0002-8412-8049
[4]Prof., Dokuz Eylul University Faculty Of Medicine, Department of Psychiatry, İzmir, Turkey https://orcid.org/0000-0002-1472-7433

SUMMARY

Objective: Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is a heteregenous psychiatric disorder. In this study, three possible etiopathogenic factors, neurocognitive flexibility, perfectionism, and obsessive beliefs in patients with OCD, were evaluated and compared with healthy controls. The hypothesis is neurocognitive flexibility, obsessive beliefs, and perfectionism may have a role in the formation of OCD symptoms. Furthermore, as perfectionism and obsessive beliefs increase, neurocognitive flexibility may deteriorate further. **Method:** The study included 66 OCD patients and 75 healthy controls with no psychiatric history. Berg Card Sorting Test (BCST), Trail Making Test (TMT) and Category Fluency (CF) Test were used to assess neurocognitive flexibility; Hewitt Multidimensional Perfectionism Scale (HMPS) and Obsessional Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) were administered to evaluate perfectionism and obsessive beliefs of participants. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) was administered to participants. Yale-Brown Obsession Compulsion Scale(Y-BOCS) was applied to evaluate severity of obsessions/compulsions, while Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) was used to evaluate the severity of depression of patients. **Results:** Patients had high level perfectionist personality traits, and their levels of obsessive beliefs were higher than the healthy group. Trail Making Test performance was poorer in patients with OCD. There was no significant relationship between obsessive beliefs, perfectionism and neurocognitive flexibility. However, these variables differed among OCD-subtypes. **Discussion:** Further studies may investigate various OCD-subtypes by diversifying cognitive flexibility measurement along with biological variables.

Key Words: Cognition, obsessive-compulsive disorder, perfectionism

(Turkish J Clinical Psychiatry 2021;24:439-449)

DOI:10.5505/kpd.2021.90187

ÖZET

Amaç: Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) heterojen bir ruhsal bozukluktur. Bu çalışmada OKB oluşumundan sorumlu olabileceği düşünülen nörobilişsel esneklik, mükemmelliyetçilik ve obsesif inanışlar arasındaki ilişki sağlıklı kontroller ile karşılaştırılarak değerlendirildi. Çalışma hipotezi nörobilişsel esneklik, mükemmelliyetçilik ve obsesif inançların OKB belirtilerinin oluşumunda rol oynayabileceği ve bu inançlar yoğunlaştıkça nörobilişsel esnekliğin daha çok bozulabileceğidir. **Yöntem:** 66 OKB tanılı ve hiçbir psikiyatrik öyküsü olmayan 75 sağlıklı birey çalışmaya katıldı. Katılımcıların, Berg Kart Eşleme Test (BKET), İz Sürme Testi (İST) ve Kategori Akıcılık (KA) Testiyle nörobilişsel esneklik, Hewitt Çok Boyutlu Mükemmelliyetçilik Ölçeği (HÇBMÖ) ve Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 (OİÖ-44) ile mükemmelliyetçilik ve obsesif inançlarının düzeyleri değerlendirildi. Katılımcılara DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) uygulandı. Hastaların, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğiyle (Y-BOCS) obsesyonlar ve kompulsiyonlar, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğiyle (HAM-D) depresyon şiddeti değerlendirildi. **Bulgular:** Hastaların, sağlıklı gruba göre mükemmelliyetçi özellikleri ve obsesif inanışları daha yüksekti. Hastaların İz Sürme Testi (İST) performansları kontrollere göre daha kötüydü. Mükemmelliyetçilik ve obsesif inanç düzeyleri ile nörobilişsel esneklik arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Fakat OKB alt-grupları arasında bu değişkenlerde farklılıklar vardı. **Sonuç:** İleride, biyolojik değişkenlerle birlikte bilişsel esneklik ölçüm araçları çeşitlendirilerek daha fazla OKB alt-grupları değerlendirilebilir.

Anahtar Sözcükler: Kognisyon, mükemmelliyetçilik, obsesif-kompulsif bozukluk

The arrival date of article: 04.03.2021, Acceptance date publication: 17.04.2021

INTRODUCTION

Neurocognitive studies are promising in understanding the formation and clinical expression of the symptoms of OCD (Obsessive Compulsive Disorder). Executive functions refer to top-down mental processes that comprise concentration, attention, planning, formulating goals (1,2). Previous studies showed that patients with OCD suffered from executive dysfunctions (3-6). Cognitive flexibility is one of the possible executive functions that may be related to OCD. It is defined as an ability to react adaptively and reconstruct knowledge in the presence of changing situations (7,8). Researchers report that the performance of OCD patients in those neurocognitive tests that assess frontal lobe activity is poorer than healthy controls, which reflects cognitive flexibility disruptions in OCD (9,10). The disruption of flexibility could be related to the severity of clinical symptoms in OCD and the course of the disorder (11). Given that a high level of obsessive beliefs in OCD may result in decreased performance on Wisconsin Card Sorting Test (WCST), it could be concluded that strong obsessive beliefs may contribute to the problems of cognitive flexibility in patients with OCD. Also, the poorer performance of OCD patients in Trail Making Test (TMT) trials than healthy controls point out the inability to changing strategy and inhibition (9). Consequently, patients may have difficulty in shifting from obsessional thoughts (12). Recent evidence revealed that OCD patients aged between 7-17 showed not only cognitive inflexibility but also problems in other neurocognitive abilities such as planning and visual processing (13).

OCD patients may show different clinical features that constitute OCD subtypes. In general, these subtypes include symmetry/ordering, forbidden thoughts, contamination/cleaning, and hoarding obsessions/compulsions (14-16). Several attempts have been made to investigate differences in neuropsychological performance among subtypes of OCD. For example, symmetry/ordering subtype of OCD have more difficulty in attention, visuospatial ability, verbal working memory, and cognitive flexibility than obsession/control subtype of OCD, and the symptom severity may be related to decreased cognitive flexibility in symmetry/ordering subtype compared to obsession/control subtype (17).

Some of the brain regions show distinct activations based on OCD subtypes; for example, contamination subtypes are related to limbic regions' dysfunctions, whereas basal ganglion dysfunctions link to checking/control subtypes of OCD (18). Furthermore, activation of ventromedial prefrontal regions and caudate nucleus in contamination/washing subtype and activation of regions responsible for motor functions and attention (putamen, thalamus) in checking subtype were higher than healthy subjects. These findings indicate OCD is a heterogeneous disorder, and neurobiological factors for each OCD subtype may differ (19).

In the cognitive model of OCD, the dysfunctional beliefs (perfectionism, intolerance of uncertainty, inflated responsibility, overestimation of threat and overimportance of thoughts, and importance of controlling one's thoughts) are thought as possible reasons lie behind OCD (20).

Assuming that impairments in neurocognitive functions and dysfunctional obsessive beliefs lie beneath the symptoms seen in OCD, it may constitute a link between the clinical expression and neurobiological etiology of this disorder. Therefore, we aimed to evaluate the possible relationship among dysfunctional obsessive beliefs, perfectionism, and neurocognitive inflexibility to comprehend the association between clinical symptoms and the neurobiological etiology of OCD. We hypothesized that OCD patients with a high level of obsessive beliefs and perfectionism would also show greater neurocognitive inflexibility. The current research aimed to contribute to this growing area of research by exploring the neurocognitive etiology of OCD and its clinical signs.

METHODS

Participants

One hundred forty-one participants (66 OCD patients and 75 healthy controls (HC) matched for sex, age, and education level) were included in the

study. Patients were recruited from Ege University Faculty of Medicine Psychiatry clinics by applying a simple random sampling method. Inclusion criteria were as follows: i)aged between 18-60, ii) ability to provide informed consent, iii) at least having primary school degree, iv) diagnosed with OCD (patient group), v) having no psychiatric conditions based on Structural Clinical Interview for Axis I Disorders (SCID-I) (control group) (21), Exclusion criteria were as follows: Diagnosed with any psychiatric condition such as schizophrenia, bipolar disorder or psychotic disorders, presence of neurological disorders, recent alcohol and substance use disorders, and mental retardation based on interviews using SCID-1 and receiving electroconvulsive therapy. Participants who have any psychiatric conditions were excluded from the study. OCD patients who have comorbid psychiatric disorders mentioned above were excluded from the study. The study was approved by Ege University Ethics committee. All participants gave their informed consent before participation. Some of the patients were excluded due to having comorbid psychiatric disorders (schizophrenia and alcohol dependency, respectively), receiving electroconvulsive therapy, and having vision loss substantially.

Procedure

All participants were administered SCID-I (21), and patients with OCD had also administered Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) (22,23) and Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) (24). Participants in the healthy control group were evaluated to ensure the absence of psychiatric diagnosis based on SCID-I. In order to assess neurocognitive flexibility, all participants were given Berg Card Sorting Test (BCST), Trail Making Test (TMT), and Category Fluency Test (CF) (25-27). Participants completed BCST via computer, whereas TMT and CF were performed by using paper and pencil. Hewitt Multidimensional Perfectionism Scale (HMPS) and Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) were also given to all participants. Three OCD subtypes were constituted as i)Contamination: related to hygiene obsessions/compulsions ii) Unacceptable Thoughts: related to religious, sexual, and aggression. For instance, fear of hurting someone or self, doing something to be ashamed of, being sinful, intrusive sexual thoughts. iii)Checking/Symmetry/Ordering/Counting/Ritual symptoms: included symmetry of stuff, repetitive behaviors, counting and ordering goods, compulsive checking behavior. For example, patients who show contamination symptoms were coded as '1', and patients who do not show these symptoms were coded as '0'. Similarly, patients diagnosed with unacceptable thoughts were coded as '1', others who does not have these symptoms were '0'. Neurocognitive test performance, scores of clinical tests, and scales were evaluated between '1' and '0' for each OCD subtype. The procedure for each participant was approximately 75 minutes.

Measures

Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders: It is a structured clinical interview form developed for assessing DSM-IV Axis I disorders. SCID-I provides a standard and systematic procedure for diagnostic evaluation, and it increases the reliability and validity of the diagnosis. (21) Validity and reliability studies of SCID-I were carried out (Kappa coefficient as 0.86 and diagnostic agreement 98%) by Özkürkçügil et al. in 1999 (28).

Berg Card Sorting Test: BCST is a free version of the WCST in 'Psychology Experiment Building Language (PEBL) 2.0 software used to assess cognitive flexibility and executive functions (25). The test has 128 cards on the computer screen, and each card has a particular color (green, red, blue, and yellow), shape (triangles, circles, or crosses), and several figures (1, 2, 3, 4). Participants need to sort the deck of cards based on these rules. Participants do not know the principle of the rules. Therefore, they should figure out which sorting rule is applicable by depending on feedback (correct/incorrect) from the computer, and they should change the strategy when the rule changes. The rule changes without any warning and there are nine categories to complete. Each category has its own sorting rules. The outcome measures in this study are the number of categories completed (BCST-NC), correct response(%)(BCST-CR), perseverative error(%) (BCST-PE (%)), failure to maintain set (BCST-FMS), conceptual level responses% (BCST-CLR(%)) (29). The validity and reliability of the PEBL software tests were studied; the test-

retest correlations were reported as moderate (≥.30) for the BCST (30).

Trail Making Test: TMT comprises A and B forms and measures attention, psychomotor speed, and cognitive flexibility. The A form mainly assesses the focused attention, whereas the B form evaluates executive functions and visual working memory. Outcome measures were time to complete A and B form and time difference between B and A (B-A) in our study (26). The test-retest reliability coefficient was reported between 0.71-0.87 (31).

Category Fluency: CF measures language ability and executive functions (27). Participants are asked to say animal names (dog, cat, cow, and so on) in one minute as much as they can. A total number of animal names and perseverations were recorded. In addition to this, switching between animal categories may represent frontal lobe activation. Thus, the category switching method was also assessed as an outcome measure demonstrated in Troyer et al.,1997 (32). For both letter and semantic fluency, test-retest correlations were reported as above 0.70 (26). The total number of animals (CF-NA), perseveration (CF-P), switching (CF-S) scores were evaluated.

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: It assesses the severity and type of OCD symptoms (22,23). Turkish validity and reliability of YBOC-S were performed (33). Good interrater reliability, internal consistency, and convergent validity were estimated for Y-BOCS (34).

Hamilton Depression Rating Scale: HAM-D is a 17-item test that assesses the severity of depression in the last one week (24). Test-retest reliability is 0.85, Cronbach's alpha reliability coefficient was reported 0.75, Turkish validity and reliability study were performed (35).

Obsessive Beliefs Questionnaire-44: OBQ-44 is a self-report instrument that evaluates obsessional beliefs. It includes three subscales; 1)Inflated Responsibility and Threat Overestimation; 2)Perfectionism and Intolerance of Uncertainty; 3) Over-importance and Over-control of Thoughts. Good internal consistency and convergent validity were indicated for OBQ-44 (20). It was adapted into Turkish (36).

Hewitt Multidimensional Perfectionism Scale (HMPS): HMPS evaluates perfectionist personality traits in adults (37). Participants need to make 7-point ratings of these items. It was adapted into Turkish (38). It is a 45 items measure that consists of three subscales; (i) self-oriented, (ii) other-oriented, (iii) socially prescribed (39). The internal consistency coefficient for the total HMPS score was 0.91. Cronbach alpha values for subscales varied between 0.64 and 0.94 (40).

Statistical Analysis

In order to evaluate the differences between the two groups, the T-Test was used for the data showing the normal distribution, and the Mann-Whitney-U test was used for the data not showing normal distribution. Spearman rank-order correlation with Bonferroni correction tests was needed to evaluate the correlations between clinical and neurocognitive functions data. Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 20 package program was used for statistical analysis. P-value <0.05 was taken as statistically significant.

RESULTS

The socio-demographic characteristics of the two sample groups and comorbid psychiatric conditions of OCD patients were summarized in Table 1. Most of the patients were taking an antidepressant (%50) and combined medications (antidepressants, antipsychotics, and/or anxiolytics) (%35). There were only a few patients (15%) who were not taking medication. The mean YBOC-S, HAM-D, and HMPS scores were summarized in Table 2. Y-BOCS scores of patients were compared with neuropsychological outcomes. There was a significantly positive correlation between symptom severity and TMT-A completion time ($r= 0.305$, $p=0.013$). There was no statistically significant relationship between symptom severity and other NPT scores ($p > 0.05$). (see Table 3). Mann Whitney U test was applied to evaluate differences between NPT performance of OCD sample with depression and without depression. Results showed that there was not statistically significant differences between these two samples ($p > 0.05$).

Table 1. Demographic characteristics of participants and comorbid conditions of patients

	OCD		HC				
	M	*SD*	*M*	*SD*	***df***	***t***	***p***
Age	30.89	10.83	32.32	10.50	139	-0.793	0.429
Education	13.03	3.41	13.71	4.11	139	-1.056	0.293
	OCD n (%)		HC n(%)		Group comparisons		
					χ†	*df*	*p*
Gender					0.220	1	0.64
Female	43 (65.15)		46 (61.33)				
Male	23 (34.85)		29 (38.67)				
Marital Status					1.801	2	0.41
Married	24 (36.36)		35 (46.67)				
Single	40 (60.61)		37 (49.33)				
Divorced	2 (3.03)		3 (4.0)				
Job Status					13.797	1	**0.00***
Working	19 (28.79)		45 (60)				
Not working	47 (71.21)		30 (40)				
Comorbidities	OCD n (%)						
MDD(recent)	18 (27.3)						
MDD(remission)	11 (16.7)						
Dysthymia	17 (25.8)						
GAD	16 (24.2)						
PD(recent)	3 (4.5)						
PD(remission)	2 (3)						
AG(recent)	1 (1.5)						
AG(remission)	3 (4.5)						
Specific phobia	18 (27.3)						
PTSD(recent)	1 (1.5)						
PTSD(remission)	2 (3)						

Note: MDD: Major Depressive Disorder, GAD: Generalized Anxiety Disorder, PD: Panic Disorder, AD: Agoraphobia PTSD: Post-Traumatic Stress Disorder, p<0.05.

Mann-Whitney U test was conducted in order to assess neuropsychological test performance differences across groups, as shown in Table 2. Patients performed worse on TMT-A, TMT-B, and TMT(B-A) compared to HC. However, analyses indicated that there were no significant performance differences on CF-NA, CF-P, CF-S and BCST-NC, BCST-PE (%), BCST-FMS, BCST-CLR (%) (p > 0.05), whereas BCST-CR (%) of OCD patients were significantly less than HC (p = 0.048) (see Table 2).

Spearman rank-order correlation with Bonferroni correction was conducted in order to assess the

Table 2. Comparisons of clinical tests/scales scores and NPT performance of participants

Measure	**OCD**		**Control**				
	M	*SD*	*M*	*SD*	*df*	*t*	*p*
HAM-D	13.30	7.48	-	-	-	-	-
YBOC-S	24.67	6.87	-	-	-	-	-
HMPS	192.79	44.04	165.57	37.16	139	3.979	**0.00***
OBQ-R	65.17	18.03	51.60	15.72	139	4.773	**0.00***
OBQ-P	73.01	21.38	56.88	17.44	139	4.932	**0.00***
OBQ-I	42.06	15.88	32.99	10.84	112.591	3.910	**0.00***
OBQ-Total	180.24	48.32	141.47	39.11	139	5.262	**0.00***
	M	*SD*	*M*	*SD*	*Z*	*U*	*p*
TMT-A	41.77	19.19	35.23	17.46	-2.470	1877.50	**0.014***
TMT-B	100.02	49.02	80.03	48.73	-3.034	1711.50	**0.002***
TMT (B-A)	58.23	38.59	44.80	40.52	-3.047	1708.50	**0.002***
CF-NA	19.64	5.73	20.56	5.00	-0.749	2294.00	0.454
CF-P	0.28	0.52	0.36	0.63	-0.538	2373.50	0.591
CF-S	7.97	2.85	8.20	2.71	-0.343	2392.50	0.732
BCST-NC	4.66	2.95	5.46	2.99	-1.600	1971.50	0.110
BCST-CR %	61.07	17.83	66.98	15.46	-1.975	1882.00	**0.048***
BCST-PE %	19.70	11.80	18.91	10.07	-0.436	2239.00	0.663
BCST-FMS	1.05	1.23	1.14	1.17	-0.724	2180.50	0.469
BCST-CLR (%)	48.30	23.52	55.53	21.68	-1.843	1912.50	0.065

***Note*:** NPT: Neuropsychological test, HAM -D: Hamilton Depression Rating Scale, YBOC -S: Yale -Brown Obsessive Compulsive Scale; HMPS: Hewitt Multidimensional Perfectionism Scale, OBQ: Obsessive Belief Questionnaire, OBQ -R: Inflated Responsibility and Threat Overestimation, OBQ -P: Perfecti onism and Intolerance of Uncertainty, OBQ -I: Over -importance and Over -control of Thoughts; TMT: Trail Making Test; CF: Category Fluency, NA: Number of Animals, P: Perseveration, S: Switch; BCST: Berg Card Sorting Test, NC: Number of Categories Completed, C R: Correct Response, PE: Perseverative Error, FMS: Failure to Maintain Set, CLR: Conceptual Level Responses, *p<0.05.

Table 3. Spearman correlations of NPT scores with OBQ, HMPS, and clinical scales.

	OBQ-R	OBQ-P	OBQ-I	OBQ-Total	HMPS	HAM-D	Y-BOCS
TMT-A	*r=0.075*	*r= -0.058*	*r=0.033*	*r= 0.013*	*r= -0.158*	*r=0.158*	***r= 0.305,***
	p=0.547	*p=0.646*	*p=0.791*	*p=0.918*	*p=0.206*	*p=0.204*	***p=0.013***
TMT-B	*r=-0.062*	*r=-0.185*	*r=0.073*	*r=-0.062*	*r=-0.272*	*r=0.175*	*r=0.117*
	p=0.625	*p=0.141*	*p=0.563*	*p=0.626*	*p=0.028*	*p=0.163*	*p=0.354*
TMT (B-A)	*r=-0.074*	*r=-0.217*	*r=0.104*	*r=-0.072*	*r=-0.246*	*r=0.146*	*r=-0.047*
	p=0.558	*p=0.083*	*p=0.411*	*p=0.570*	*p=0.048*	*p=0.247*	*p=0.710*
CF-NA	r=-0.010	*r=0.099*	*r=-0.148*	*r= -0.013*	*r=0.150*	*r=-0.261*	*r=-0.093*
	p=0.935	*p=0.428*	*p=0.237*	*p=0.916*	*p=0.231*	*p=0.034*	*p=0.459*
CF-P	*r=0.098*	*r=-0.054*	*r=0.016*	*r=0.011*	*r=0.223*	*r=-0.107*	*r=-0.124*
	p=0.434	*p=0.669*	*p=0.896*	*p=0.930*	*p=0.072*	*p=0.395*	*p=0.321*
CF-S	*r=-0.083*	*r=-0.028*	*r=-0.205*	*r=-0.106*	*r=0.029*	*r=-0.120*	*r=-0.209*
	p=0.508	*p=0.826*	*p=0.098*	*p=0.396*	*p=0.819*	*p=0.336*	*p=0.093*
BCST-NC	*r=-0.028*	*r=0.017*	*r=-0.025*	*r=0.008*	*r=0.116*	*r=-0.149*	*r=-0.166*
	p=0.824	*p=0.895*	*p=0.841*	*p=0.948*	*p=0.356*	*p=0.236*	*p=0.186*
BCST-CR %	*r=-0.066*	*r=-0.027*	*r=-0.068*	*r=-0.045*	*r=0.083*	*r=-0.144*	*r=-0.182*
	p=0.603	*p=0.831*	*p=0.589*	*p=0.723*	*p=0.513*	*p=0.251*	*p=0.146*
BCST-PE %	*r=0.056*	*r=-0.066*	*r=0.118*	*r=-0.002*	*r=-0.014*	*r=-0.105*	*r=-0.169*
	p=0.659	*p=0.599*	*p=0.349*	*p=0.989*	*p=0.913*	*p=0.403*	*p=0.178*
BCST-FMS	*r=-0.04*	*r=-0.08*	*r=0.09*	*r=-0.02*	*r=-0.10*	*r=-0.22*	*r=-0.24*
	p=0.66	*p=0.38*	*p=0.28*	*p=0.86*	*p=0.24*	*p=0.08*	*p=0.05*
BCST-CLR (%)	*r=-0.053*	*r=-0.014*	*r=-0.037*	*r=-0.025*	*r=0.089*	*r=-0.151*	*r=-0.205*
	p=0.676	*p=0.910*	*p=0.768*	*p=0.842*	*p=0.481*	*p=0.231*	*p=0.102*

Note: NPT: Neuropsychological Test, HMPS: Hewitt Multidimensional Perfectionism Scale, OBQ: Obsessive Belief Questionnaire, OBQ -R: Inflated Responsibility and Threat Overestimation, OBQ -P: Perfectionism a nd Intolerance of Uncertainty, OBQ-I: Over-importance and Over-control of Thoughts; TMT: Trail Making Test; CF: Category Fluency, NA: Number of Animals, P: Perseveration, S: Switch; BCST: Berg Card Sorting Test, NC: Number of Categories Completed, CR: Correct Response, PE: Perseverative Error, FMS: Failure to Maintain Set, CLR: Conceptual Level Responses, *p<0.007.

relationship between neuropsychological test performance (NTP) and scales (HMPS and OBQ-44) as well as NTP and clinical assessments (HAM-D and Y-BOCS). The results indicated that there was no significant association between severity scales and NTP ($p > 0.007$). There were significant positively correlation between TMT-A and YBOC-S; negative correlation between CF-NA and HAM-D score of patients ($r = 0.305$, $p = 0.013$; $r = -0.261$, $p = 0.034$, respectively). Likewise, TMT B and TMT B-A performance and HMPS score were negatively correlated ($r=-0.272$, $p=0.028$; $r=-0.246$, $p = 0.048$, respectively). However, significance disappeared after the Bonferroni correction ($p < 0.007$). There was no significant correlation among other variables (See Table 3).

Independent samples t-test were conducted to compare the level of obsessive beliefs and subtypes of OCD. Results showed patients with contamination symptoms differed from those OCD patients without contamination symptoms in the 'Inflated Responsibility and Threat Overestimation subtest' ($p = 0.047$). Unacceptable thought subtype showed significantly higher scores in the 'Inflated Responsibility and Threat Overestimation subtest' than patients without these symptoms ($p=0.019$). A Mann-Whitney U test was conducted to compare performance on TMT, CF, BCST between OCD subtypes. Results indicated contamination subtype of OCD significantly completed TMT-A in a longer period ($p = 0.003$). Also, this subtype significantly showed more failure to maintain set in BCST than OCD group with no contamination symptoms ($p = 0.016$) (see Table 4, 5 and 6).

DISCUSSION

The current study's main findings were patients had more perfectionist traits and higher-level obsessive beliefs than the healthy control group. OCD patients were slower on TMT and performed less correct responses on BCST compared to control subjects. Also, analyses of subtypes of OCD indicated that neuropsychological performance and categories of obsessive beliefs differed among subtypes. However, it seemed that cognitive inflexibility was not significantly correlated with high-level obsessive beliefs and perfectionism.

In this study, possible relationships among cognitive flexibility, perfectionism, and obsessive belief in OCD were investigated. Besides, these variables were also evaluated in three established OCD subtypes, namely, (i) Contamination, ii) Unacceptable Thoughts, iii) Checking/Symmetry/ Ordering/ Counting/Ritual Symptoms). One of the strengths

Table 4. Comparison of NPT, OBQ, HMPS scores between patients with contamination symptoms and patients with no contamination symptoms

Measure	S1		Other				
	M	*SD*	*M*	*SD*	*Z*	*U*	*p*
TMT A	44.92	20.00	28.92	6.10	-3.002	158.500	**0.003***
TMT B	105.85	52.79	76.69	15.33	-1.673	236.000	0.094
TMT B-A	60.85	42.15	47.77	15.52	-0.492	308.000	0.623
CF-NA	19.49	6.12	20.23	3.94	-0.364	322.000	0.716
CF-P	0.28	0.50	0.31	0.63	-0.127	338.500	0.899
CF-S	7.75	3.00	8.85	1.99	-1.445	255.500	0.148
BCST-NC	4.67	2.94	4.62	3.12	-0.041	335.500	0.967
BCST-CR (%)	60.17	18.44	64.66	15.24	-0.623	300.000	0.533
BCST-PE(%)	19.96	12.64	18.67	7.81	-0.082	333.000	0.935
BCST-FMS	0.88	1.17	1.69	1.32	-2.415	199.000	**0.016***
BCST-CLR(%)	47.35	23.94	52.09	22.22	-0.492	308.000	0.623
	M	*SD*	*M*	*SD*	*t*	*df*	*p*
OBQ-R	67.34	18.15	56.31	15.06	2.023	64	**0.047***
OBQ-P	75.42	21.95	63.23	16.10	1.876	64	0.065
OBQ-I	43.13	15.40	37.69	17.66	1.109	64	0.272
OBQ-Total	185.89	48.80	157.23	40.11	1.958	64	0.055
HMPS	195.40	43.64	182.15	45.83	0.971	64	0.335

Note: NPT: Neuropsychological test, S1(Subtype 1): Contamination Subtype, Other: Patients with no contamination symptoms; TMT: Tra il Making Test; CF: Category Fluency, NA: Number of Animals, P: Perseveration, S: Switch; BCST: Berg Card Sorting Test, NC: Number of Categories Completed, CR: Correct Response, PE: Perseverative Error, FMS: Failure to Maintain Set, CLR: Conceptual Level R esponses; OBQ: Obsessive Belief Questionnaire, OBQ -R: Inflated Responsibility and Threat Overestimation, OBQ-P: Perfectionism and Intolerance of Uncertainty, OBQ-I: Over-importance and Over-control of Thoughts; HMPS: Hewitt Multidimensional Perfectionism Scale, *p<0.05.

of our study is that it focuses on the relationship between neurocognitive assessments and a range of psychological factors in the patient group, together with healthy controls. Another strength and distinction of our study is that the comparisons of each three dimensions of OBQ-44 with neuropsychological variables were performed, three different cognitive flexibility measurements were applied and included psychiatrically healthy control group unlike other studies beliefs (12, 41)

Evidence indicated that patients with OCD compared to healthy subjects had low scores on WCST (10). However, in our study, patients with OCD had low scores only on BCST-CR than controls. Likewise, a study revealed that the performance of patients and healthy people on WCST was not significantly different (42). Previous research also showed that unmedicated OCD patients had reduced performance on WCST than OCD patients treated with medication. Given that medication may provide improvements in cognitive flexibility and sustained attention (43), it could be concluded that our results might be affected by medication and therapy.

Previous studies have demonstrated that OCD patients with predominant contamination fears showed poorer WCST-correct response performance (44). We found impairments in contamination OCD subtype's performance at BCST-FMS. This inconsistency among studies could be related to using different versions of the same neuropsychological assessment tool. Even though BCST and WCST are quite similar, there could be some differences in performance results. The direct comparison between WCST and BCST is needed to be further addressed (45). In the current study, the performance of TMT-A was significantly poor in the contamination subtype of OCD, and there was a trend toward impaired TMT-B. Similarly, the contamination subtype had more errors and poor performance on TMT-B (46). As seen in our results, impairment in TMT-A performance was associated with OCD symptom severity. Part A of TMT specifically measures attention; therefore, slowness on TMT-A, our OCD sample may have a deterioration in attentional focus to stimulus, due to their severe symptoms of contamination as a threatening factor for them. (47).

Another study reported that there was deterioration in TMT performance in aggression and symmetry-ordering subtypes (48). In our sample, unacceptable thoughts (including religious, sexual, and aggression) subtype showed only a trend toward poorer TMT performance. These results indicate there may be cognitive inflexibility in contamina-

Table 5. Comparison of NPT, OBQ, HMPS scores between patients with unacceptable thoughts symptoms and patients with no unacceptable symptoms

	S2		**Other**				
	M	*SD*	*M*	*SD*	*Z*	*U*	*p*
TMT A	43.30	19.70	32.11	12.32	-1.842	158.000	0.065
TMT B	103.31	50.71	79.56	31.67	-1.216	188.000	0.224
TMT B-A	59.97	39.98	47.44	27.76	-0.836	208.000	0.403
CF-NA	19.56	5.88	20.11	4.96	-0,169	247.500	0.866
CF-P	0.28	0.53	0.33	0.50	-0.479	237.000	0.632
CF-S	7.86	2.93	8.67	2.30	-0.771	215.500	0.440
BCST-NC	4.70	3.02	4.44	2.65	-0.220	240.500	0.826
BCST-CR (%)	60.86	18.43	62.33	14.32	0.000	252.000	1.000
BCST-PE(%)	30.37	12.21	15.54	8.06	-1.027	198.000	0.305
BCST-FMS	0.96	1.21	1.56	1.33	-1.479	178.500	0.139
BCST-CLR(%)	48.22	24.00	48.78	21.52	-0.009	251.500	0.992
	M	*SD*	*M*	*SD*	*t*	*df*	*p*
OBQ-R	67.21	17.67	52.22	15.44	2.401	64	**0.019***
OBQ-P	74.51	21.19	63.56	21.31	1.440	64	0.155
OBQ-I	43.05	16.08	35.78	13.65	1.284	64	0.204
OBQ-Total	184.77	47.53	151.56	45.60	1.958	64	0.055
HMPS	195.42	44.87	176.11	36.15	1.227	64	0.224

Note: NPT: Neuropsychological Test, S2 (Subtype 2): Unacceptable Thoughts, Other: Patients with no unacceptable thoughts symptoms; TMT: Trail Making Test; CF: Category Fluency, NA: Number of Animals, P: Perseveration, S: Switch; BCST: Berg Card Sorting Test, NC: Number of Categories Completed, CR: Correct Response, PE: Perseverative Error, FMS: Failure to Maintain Set, CLR: Conceptual Level Responses; OBQ: Obsessive Belief Questionnaire, OBQ -R: Inflated Responsibility and Threat Overestimation, OBQ-P: Perfectionism and Intolerance of Uncertainty, OBQ-I: Over-importance and Over-control of Thoughts; HMPS: Hewitt Multidimensional Perfectionism Scale, *p<0.05

tion and unacceptable thought subtypes. Also, the present study showed symmetry subtype was related to poor Category Fluency-Switch performance. Some studies suggested that switching between categories may reflect neurocognitive flexibility (32). Thus, we can speculate that patients with symmetry obsessions may have impaired cognitive flexibility.

Our TMT results were consistent with previous research. Patients were slower than healthy comparisons (48). This slower performance could be explained by psychomotor slowness because most OCD patients in our study suffered from depressive comorbidity (49). However, another research showed OCD patients without medication, and comorbid psychiatric disorders had poorer performance in TMT-A, TMT-B, and TMT(B-A) than healthy comparisons. Moreover, having poor ability on TMT(B-A) suggests cognitive flexibility is poor rather than psychomotor speed (50). Rather than psychomotor speed, TMT also assesses executive functions and attention, therefore, executive dysfunctions and impairment on attention may lead to poor performance on TMT (48).

Inconsistent with our results, some researchers have demonstrated that OCD patients with a high level of obsessive beliefs did more perseverative errors, total errors, and trials to complete the first category rather than low-level beliefs. These findings argue that a high level of obsessive beliefs may have a negative impact on cognitive flexibility (12,41). This discrepancy could be attributed to differences between the mean total OBQ of our OCD sample (M=180.24) and other studies' sample, Mhigh-level belief =206.10, Mlow-level belief=127.91 (12); Mhigh belief=206.17, Mlow-level belief =105.80 (41). We can assume, our OCD sample may not have enough high-level obsessive beliefs to affect cognitive flexibility. Contrary to our expectation, neuropsychological tests and HMPS were not correlated, and we could not find that it disrupts cognitive flexibility. A possible explanation may be that the Perfectionism trait is specific to obsessive compulsive personality disorder rather than obsessive compulsive disorder (37). However, we can not rule out the thorough influences of psychotropic medications on these measures. Thus, we should not ignore the possibility that perfectionism may still disrupt cognitive flexibility because people with perfectionist tendencies may not have effective coping strategies or may have difficulties in shifting among different ideas (51).

In this study, the contamination subtype showed a higher level of 'Inflated Responsibility and Threat

Table 6. Comparison of NPT, OBQ, HMPS scores between patients with Checking/Symmetry/Ordering symptoms and patients with none of these symptoms

	M	*SD*	*M*	*SD*	*Z*	*U*	*p*
TMT A	40.87	18.30	45.46	22.93	-0.476	315.000	0.634
TMT B	96.54	46.95	113.92	56.47	-0.853	286.000	0.394
TMT B-A	56.68	38.02	68.46	40.66	-1.001	277.000	0.317
CF-NA	20.26	5.56	17.08	5.95	-1.309	263.500	0.191
CF-P	8.34	2.66	6.46	3.20	-2,013	220.500	**0.044***
CF-S	0.34	0.55	0.08	0.28	-1,663	266.000	0.096
BCST-NC	4.68	3.07	4.58	2.50	-0.085	313.500	0.932
BCST-CR (%)	61.05	18.21	61.13	16.77	-0.194	306.500	0.846
BCST-PE(%)	18.48	10.54	25.10	15.65	-1.362	237.500	0.173
BCST-FMS	1.00	1.26	1.25	1.14	-0.940	265.500	0.347
BCST-CLR(%)	48.13	24.37	49.03	20.22	-0.135	310.000	0.892
	M	*SD*	*M*	*SD*	*t*	*df*	*p*
OBQ-R	66.89	18.17	58.15	16.27	1.583	64	0.118
OBQ-P	75.25	21.55	63.92	18.78	1.737	64	0.087
OBQ-I	42.98	15.79	38.31	16.30	0.950	64	0.346
OBQ-Total	185.11	48.16	160.38	45.40	1.677	64	0.099
HMPS	194.47	44.38	185.92	43.68	0.624	64	0.535

Note: NPT: Neuropsychological Test, S3 (Subtype 3): Checking/Symmetry/Ordering/Counting/Ritual symptoms, Other: Patients with none of these symptoms; TMT: Trail Making Test; CF: C ategory Fluency, NA: Number of Animals, P: Perseveration, S: Switch; BCST: Berg Card Sorting Test, NC: Number of Categories Completed, CR: Correct Response, PE: Perseverative Error, FMS: Failure to Maintain Set, CLR: Conceptual Level Responses; OBQ: Obsessive Belief Questionnaire, OBQ -R: Inflated Responsibility and Threat Overestimation, OBQ -P: Perfectionism and Intolerance of Uncertainty, OBQ -I: Over -importance and Over -control of Thoughts, HMPS: Hewitt Multidimensional Perfectionism Scale, *p<0.05.

Overestimation subtest' and a trend toward perfectionism. Similarly, research showed that the 'Inflated Responsibility and Threat Overestimation' subtest scores predicted contamination symptoms and unacceptable thoughts were related to threat estimation and importance/control of thoughts in patients with OCD (44). However, our results partially support previous findings because 'unacceptable thought subtype' had a higher score only in the 'Inflated Responsibility and Threat Overestimation' subtest but not in the 'Over-importance and Over-control of Thoughts' subtest. Apart from these, research further demonstrated that OCD patients with symmetry obsessions were perfectionists, and these patients engaged in 'something is incomplete' thoughts (44). In our sample, the symmetry subtype showed only a trend in the perfectionism construct. It seems that with larger sample size, we might observe a significant relation.

The first limitation of this study is that the patient group was not a homogeneous sample of OCD in terms of current comorbid psychiatric disorders and psychotropic medications. Second, the number of neuropsychological tests applied for assessing cognitive flexibility may be insufficient to reveal a relationship between cognitive flexibility and perfectionism and obsessive beliefs.

CONCLUSION

We recommend further research to address neurocognitive etiology and clinical symptoms of OCD by diversifying cognitive flexibility measurements and using other relevant biological variables. For example, neuroimmunological mechanisms behind neurocognitive functions and obsessive beliefs in different OCD subtypes need to be examined in future studies (52). Last, various more subtypes of OCD may emerge by increasing the sample size. It is noteworthy to constitute symptom subtypes in OCD studies because every subtype has its unique symptoms. Each of them may show differences in neuropsychological functions and obsessive beliefs. Also, in terms of individualization of the treatment, research about OCD subtypes may provide benefits. In short, future research should focus effect of neurobiological factors on cognitive flexibility and clinical outcomes of different OCD subtypes.

*This study was presented as Poster Proceeding at 55. National Congress of Psychiatry

Correspondence address: Res. Assis. Betul Onder Uzgan, Çanakkale Onsekiz Mart University, Faculty of Arts And Science, Department of Biology, Çanakkale, Turkey
betulonder.uzgan@comu.edu.tr

REFERENCES

1. Diamond A. Executive functions. Annu Rev Psychol 2013; 64: 135-168. 10.1146/annurev-psych-113011-143750

2. Lezak MD. The problem of assessing executive functions. Int J Psychol 1982; 17: 281-297. https://doi.org/10.1080/00207598208247445

3. Remijnse PL, Nielen MM, van Balkom AJ, Cath DC, van Oppen P, Uylings HB, Veltman DJ. Reduced orbitofrontal-striatal activity on a reversal learning task in obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 2006; 63: 1225-1236. doi:10.1001/archpsyc.63.11.1225

4. Van Den Heuvel OA, Veltman DJ, Groenewegen HJ, Cath DC, Van Balkom AJ, Van Hartskamp J, Barkhof F, Van Dyck R. Frontal-striatal dysfunction during planning in obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 301-309. doi:10.1001/archpsyc.62.3.301.

5. Dittrich WH, Johansen T. Cognitive deficits of executive functions and decision-making in obsessive-compulsive disorder. Scand J Psychol 2013; 54: 393-400. https://doi.org/10.1111/sjop.12066

6. Döndü A, Memiş ÇÖ, Sevinçok L. Evaluation of neurocognitive deficits in obsessive compulsive disorder with Adas-cog: A comparative study with the healthy control group. Klin Psikiyatr Derg 2016; 19: 156-166.

7. Logue SF, Gould TJ. The neural and genetic basis of executive function: attention, cognitive flexibility, and response inhibition. Pharmacol Biochem Behav 2014; 123: 45-54. https://doi.org/10.1016/j.pbb.2013.08.007

8. Spiro RJ. Collins BP, Thota JJ, Feltovich PJ. Cognitive flexibility theory: Hypermedia for complex learning, adaptive knowledge application, and experience acceleration. Educ Technol 2003; 43: 5-10. Retrieved from www.jstor.org/stable/44429454.

9. Penadés R, Catalán R, Andrés S, Salamero M, Gastó C. Executive function and nonverbal memory in obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Res 2005; 133: 81-90. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.09.005

10. Okasha A, Rafaat M, Mahallawy N, Nahas GE, Dawla ASE, Sayed M, Kholi SE. Cognitive dysfunction in obsessive-compulsive disorder. Acta Psychiatr Scand 2000; 101: 281-285. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101004281.x

11. Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA, Robbins TW, Sahakian BJ. The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. Neurosci Biobehav Rev 2005; 29: 399-419. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.11.006

12. Bradbury C, Cassin SE, Rector NA. Obsessive beliefs and neurocognitive flexibility in obsessive–compulsive disorder. Psychiatry Res 2011; 18: 160-165. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.11.008

13. Kim KL, Christensen RE, Ruggieri A, Schettini E, Freeman JB, Garcia AM, Dickstein DP. Cognitive performance of youth with primary generalized anxiety disorder versus primary obsessive–compulsive disorder. Depress Anxiety 2019; 36: 130-140. https://doi.org/10.1002/da.22848

14. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF. Metaanalysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 2008; 165: 1532-1542. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08020320

15. Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, Goodman W. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 1997; 154: 911-917.

16. Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, Baer L. Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. Psychother Psychosom 2002; 71: 255-262.

17. Bragdon LB, Gibb BE, Coles ME. Does neuropsychological performance in OCD relate to different symptoms? A meta-analysis comparing the symmetry and obsessing dimensions. Depress Anxiety 2018; 35: 761-774. https://doi.org/10.1002/da.22785

18. Nakao T, Okada K, Kanba S. Neurobiological model of obsessive–compulsive disorder: evidence from recent neuropsychological and neuroimaging findings. Psychiatry Clin Neurosci 2014; 68: 587-605.

19. Mataix-Cols D, Wooderson S, Lawrence N, Brammer MJ, Speckens A, Phillips ML. Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptomdimensions in obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 2004; 61: 564-576.

20. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and interpretation of intrusions inventory—Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. Behav Res Ther 2005; 43: 1527-1542. https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.07.010 (Degi isminden sonraki virgül silindi)

21. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. User's guide for the Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders SCID-I: clinician version: American Psychiatric Pub, 1997. (Dergi isminden sonraki nokta silinip virgül yapıldı)

22. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry 1989a; 46: 1006-1011. doi:10.1001/archpsyc.1989.01810110048007

23. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. Arch Gen Psychiatry 1989b; 46: 1012-1016. doi:10.1001/archpsyc.1989.01810110054008

24. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23: 56-62. http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56

25. Mueller ST, Piper BJ. The psychology experiment building language (PEBL) and PEBL test battery. J Neurosci Methods 2014; 222: 250-259. https://doi.org/10.1016/j.jneumeth.2013.10.024

26. Spreen O, Strauss EA. Compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary. New York, NY: Oxford University Press, 1998.

27. Tumaç A. Normal Deneklerde, Frontal Hasarlara Duyarlı Bazı Testlerde Performansa Yaş ve Eğitimin Etkisi. İstanbul

Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 1997.

28. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen-Danaci A, Köroğlu E. Adaptation into Turkish and reliability of structured clinical interview for DSM-IV (SCID). İlaç Tedavi Derg 1999; 12: 233-236.

29. Fox CJ, Mueller ST, Gray HM, Raber J, Piper BJ. Evaluation of a short-form of the Berg Card Sorting Test. PloS ONE 2013;8:e63885. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063885.

30. Piper BJ, Mueller ST, Geerken AR, Dixon KL, Kroliczak G, Olsen RH, Miller JK. Reliability and validity of neurobehavioral function on the psychology experimental building language test battery in young adults. Peer J 2015; 3: e1460. https://doi.org/10.7717/peerj.1460

31. Türkeş N, Can H, Kurt M, Dikeç BE. İz Sürme Testi'nin 20-49 yaş aralığında Türkiye için norm belirleme çalışması. Turk Psikiyatri Derg 2015; 26: 189-196. Retrieved from https://www.proquest.com/scholarly-journals/study-determine-norms-trail-making-test-age-range/docview/1739159696/se-2?accountid=15572.

32. Troyer AK, Moscovitch M, Winocur G. Clustering and switching as two components of verbal fluency: Evidence from younger and older healthy adults. Neuropsychology 1997; 11: 138-146 https://doi.org/10.1037/0894-4105.11.1.138

33. Karamustafalıoğlu O, Üçışık A, Ulusoy M, Erkmen H. Yale-Brown obsesyon kompulsiyon derecelendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması (Validity and reliability study of yale-Brown obsession compulsion rating scale: In Turkish population. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi 1993.

34. Taylor S. Assessment of obsessions and compulsions: Reliability, validity, and sensitivity to treatment effects. Clin Psychol Rev 1995; 15: 261-296.

35. Akdemir A, Türkçapar MH, Örsel SD, Demirergi N, Dağ I, Özbay MH. Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. Compr Psychiatry 2001; 42: 161-165. https://doi.org/10.1053/comp.2001.19756

36. Boysan M, Beşiroğlu L, Çetinkaya N, Atlı A, Aydın A. The validity and reliability of the Turkish version of the obsessive beliefs questionnaire-44 (OBQ-44)/Obsesif inanislar olcegi-44'un (OIO-44) Turkce formunun Gecerlik ve Guvenirliligi. Noro Psikiyatr Ars 2010; 47: 216-222.

37. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. J Pers Soc Psychol 1991; 60: 456-473 https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456

38. Oral M. Üniversite Öğrencilerinde Mükemmelliyetçi Kişilik Özelliği ve Yaşam Olaylarının Depresyon Belirtileriyle İlişkisi 'Depresyona Yatkınlık-Stress Modelinin İncelenmesi. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. 1999

39. Kıral E. The Relationship between Locus of Control and Perfectionism Perception of the Primary School Administrators. Procedia Soc Behav Sci 2015; 174: 3893-3902. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.1130.

40. Kagan M. Frost Çok Boyutlu Mükemmelliyetçilik Ölçeginin Türkçe formunun psikometrik özellikleri/Psychometric properties of the Turkish version of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale. Anadolu Psikiyatr Derg 2011; 12: 192-197.

41. Şahin H, Kösger F, Eşsizoğlu A, Aksaray G. The Relationship Between Obsessive Belief Level and Cognitive Flexibility in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. Noro Psikiyatr Ars 2018; 55: 376-379.

42. Gross-Isseroff R, Sasson Y, Voet H, Hendler T, Luca-Haimovici K, Kandel-Sussman H, Zohar J. Alternation learning in obsessive-compulsive disorder. Biol Psychiatry 1996; 39: 733-738. https://doi.org/10.1016/0006-3223(95)00179-4

43. Abbruzzese M, Ferri S, Scarone S. Wisconsin Card Sorting Test performance in obsessive compulsive disorder: no evidence for involvement of dorsolateral prefrontal cortex. Psychiatry Res 1995; 58: 37-43. https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02670-R

44. Pedron AC, Ferrão YA, Gurgel LG, Reppold CT. Relations between executive functions and different symptomatic dimensions in obsessive compulsive disorder. Paidéia 2015; 25: 229-239. http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272561201511

45. Piper BJ, Li V, Eiwaz MA, Kobel YV, Benice TS, Chu AM, Mueller ST. Executive function on the psychology experiment building language tests. Behav Res Methods 2012; 44: 110-123. https://doi.org/10.3758/s13428-011-0096-6

46. Durán ET, Garcell JR, Zamorano ER, Mendoza CL. Neuropsychological characterization in clinical subtypes of an obsessive-compulsive disorder (OCD) sample of patients. Salud Mental 2007; 30: 1-8.

47. Oosterman JM, Vogels RL, van Harten B, Gouw AA, Poggesi A, Scheltens P, Kessels RPC, Scherder EJ. Assessing mental flexibility: neuroanatomical and neuropsychological correlates of the Trail Making Test in elderly people. Clin Neuropsychol 2010; 24:203-219.

48. Hashimoto N, Nakaaki S, Omori IM, Fujioi J, Noguchi Y, Murata Y, Furukawa TA. Distinct neuropsychological profiles of three major symptom dimensions in obsessive–compulsive disorder. Psychiatry Res 2011; 187: 166-173. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.001

49. Sobin C, Sackeim HA. Psychomotor symptoms of depression. Am J Psychiatry 1997; 154: 4-17. https://doi.org/10.1176/ajp.154.1.4

50. Tükel R, Gürvit H, Aslantaş Ertekin A, Oflaz S, Ertekin E, Baran B, Akça Kalem Ş, Kandemir PE, Alyanak Özdemiroğlu F, Atalay F. Neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder. Compr Psychiatry 2012; 53: 167-175. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2011.03.007

51. Dunkley DM, Blankstein KR. Self-critical perfectionism, coping, hassles, and current distress: A structural equation modeling approach. Cogn Ther Res 2000; 24: 713-730. https://doi.org/10.1023/A:1005543529245

52. Karagüzel EÖ, Arslan FC, Uysal EK, Demir S, Aykut DS, Tat M, Karahan SC. Blood levels of interleukin-1 beta, interleukin-6 and tumor necrosis factor-alpha and cognitive functions in patients with obsessive compulsive disorder. Compr Psychiatry 2019;89: 61-66.

Siberkondria, anksiyete duyarlılığı, bedensel duyumları abartma ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Investigation of the relationships between cybercondria, anxiety sensitivity, somatosensory amplification, and intolerance to uncertainty

Yavuz Yılmaz[1], Erdi Bahadır[1], Ali Erdoğan[2]
[1]Uzm.Dr., Gümüşhane Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Gümüşhane, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-7572-5474-https://orcid.org/0000-0002-8404-1779
[2]Uzm. Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye https://orcid.org/0000-0003-0329-6778

ÖZET

Amaç: Siberkondria, sağlık ile ilgili internet ortamında tekrarlayan ve sürekli bir şekilde bilgi arama davranışıdır. Siberkondria, anksiyete duyarlılığı, bedensel duyumları abartma ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasında ilişki olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada, siberkondria ile anksiyete duyarlılığı, bedensel duyumları abartma ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasında bir ilişki olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bu amaçla yapılan çalışmaya 254 kadın ve 176 erkek toplam 430 kişi katılmıştır. Katılımcılara, içerisinde demografik veri formu, Siberkondria Şiddet Ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği ve Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği'nin bulunduğu anket formu uygulanmıştır. **Bulgular:** Kadın katılımcıların ($t(428)=3,445$; $p<0,01$), internetten sağlık bilgisi arayan katılımcıların($t(428)=7,720$; $p<0,001$), hekim önerisi dışında ilaç kullanan katılımcıların ($t(428)=2,669$; $p<0,01$) ve internette sağlık ile ilgili yeterli bilgi bulduğunu düşünen katılımcıların ($t(428)=5,155$; $p<0,001$) siberkondria puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Regresyon analizi sonucunda, anksiyete duyarlılığı ($B=0,596$; $p<0,001$) ve bedensel duyumları abartma ($B=0,470$; $p<0,001$) puanlarının siberkonria puanının anlamlı şekilde yordayan parametreler olduğu görülürken belirsizliğe tahammülsüzlük puanı anlamlı bir parametre olarak bulunmamıştır. Son olarak yapılan yol analizinde belirsizliğe tahammülsüzlük ve bedensel duyumları abartma ile siberkondria arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığının aracı rolü görülmüştür. **Sonuç:** Siberkondria ile anksiyete duyarlılığı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve bedensel belirtileri abartma arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Siberkondrianın etiyolojisini açıklayacak daha kapsamlı ileriye dönük çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Siberkondria, anksiyete duyarlılığı, belirsizliğe tahammülsüzlük, bedensel belirtileri abartma

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2021;24:450-458)

DOI: 10.5505/kpd.2021.40221

SUMMARY

Objective: Cyberchondria is the behavior of searching for information about health on the internet in a repetitive and continuous manner. It is thought that there is a relationship between cyberchondria, anxiety sensitivity, somatosensory amplification, and intolerance to uncertainty. In this study, it was aimed to investigate whether there is a relationship between cyberchondria and anxiety sensitivity, somatosensory amplification and intolerance to uncertainty. **Method:** A total of 430 people, 254 women and 176 men, participated in this study. A questionnaire form including demographic data form, Cyberchondria Severity Scale, Anxiety Sensitivity Index-3, Intolerance to Uncertainty Scale and Somatosensory Amplification Scale was applied to the participants. **Results:** Cyberchondria mean scores were found to be significantly higher for female participants ($t(428)=3,445$; $p<0,01$), participants seeking health information on the internet ($t(428)=7,720$; $p<0,001$), participants using drugs other than a doctor's recommendation ($t(428)=2,669$; $p<0,01$), and those who think they have found sufficient information about health on the internet ($t(428)=5,155$; $p<0,001$). As a result of the regression analysis, it was seen that the scores of anxiety sensitivity ($B = 0.596$; $p <0.001$) and somatosensory amplification ($B = 0.470$; $p <0.001$) were the parameters that significantly predicted the cyberconria score, while the intolerance to uncertainty score was not found as a significant parameter. Finally, in the path analysis, a mediator role of anxiety sensitivity was observed in the relationship between intolerance to uncertainty and somatosensory amplification and cyberchondria. **Discussion:** A significant relationship was found between cyberchondria and anxiety sensitivity, intolerance to uncertainty, and somatosensory amplification. More comprehensive prospective studies are nee ded to explain the etiology of cyberchondria.

Key Words: Cyberchondria, anxiety sensitivity, intolerance to uncertainty, somatosensory amplification

Makalenin geliş tarihi: 10.12.2020, Yayına kabul tarihi: 05.04.2021

GİRİŞ

Gelişen teknoloji ile birlikte internet kullanımı giderek artmakta ve daha fazla insan interneti tıbbi bilgi aramak için birincil kaynak olarak kullanmaktadır (1). İnternet çeşitli sağlık konuları hakkında oldukça fazla miktarda bilgi sağlamaktadır. 2012 yılında, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yetişkin internet kullanıcılarının yaklaşık %70'inin internetten çevrimiçi sağlık bilgisi aradığı ve %35'inin tanı koymak için interneti kullandıkları belirlenmiştir (2). Yine ABD'de çevrimiçi sağlık bilgisi arayanların %86'sı çevrimiçi bilgi aramanın güvenli olduğunu ve aradıkları bilgiyi başarıyla bulabildiklerini bildirmişlerdir (3). Ülkemizde de internet kullanımı ve internetten sağlık bilgisi arayanların sayısı giderek artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması'na göre, Türkiye'de internet kullanım oranı %79'dur. 2019 yılının son üç ayında ülkemizde internet kullananların %69,3'ü interneti sağlıkla ilgili bilgi araştırmak için kullanmışlardır (4).

İnternet kullanımının giderek artması ile birlikte literatürde yeni dijital hastalıklar tanımlanmıştır. Bunlardan biri olarak görülen siberkondria, bireylerin sağlıkları ile ilgili duydukları kaygı ve endişeyi azaltmak için internet üzerinden aşırı ve sürekli bir şekilde bilgi arama ve araştırma yapma davranışları ile karakterizedir (5, 6).

Literatürde, siberkondria davranışı ile ilişkili olduğu düşünülen ve siberkondria davranışına yatkınlaştırıcı faktörler bildirilmiştir. Siberkondria davranışının ortaya çıkmasında temel etken olarak sağlık anksiyetesi ön plana çıkmaktadır (7). İçsel işaretlerden ve fizyolojik duyumların dış sonuçlarından duyulan korkuyu ifade eden anksiyete duyarlılığının (8) sağlık anksiyetesinin ayrılmaz bir parçası olduğunu belirten yayınlar vardır (9). Bu açıdan ele alındığında anksiyete duyarlılığının siberkondria ile yakından ilişkili bir kavram olabileceği varsayılabilir.

Duygusal zorlukların altında yatan ve bilinmeyenin yoğun olarak algılandığı durumlarda kaygıya neden olan korku olarak tanımlanana belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete bozukluklarının altında yatan ana bileşen olarak kabul edilmektedir (10, 11). Yapılan çalışmalarda belirsizliğe tahammül edemeyen kişilerin, belirsizliği oldukça kaygı verici bir durum olarak değerlendirdikleri ve bu kaygıyı gidermek için çevrimiçi sağlık bilgisi aramak gibi güvenlik arama davranışları sergiledikleri gösterilmiştir (12,13). Bu yönüyle değerlendirildiğinde belirsizliğe tahammülsüzlüğün de siberkondria ile ilişkili bir kavram olabileceği düşünülmektedir (14).

Belirli bir normal somatik hissi (ısı ve dokunma gibi) yoğun, zararlı ve rahatsız edici olarak algılama eğilimini ifade eden bedensel duyumların abartılması, kişinin vücuduna artmış dikkatine ve algılanan duyulara seçici bir odaklanmaya neden olur (15). Anksiyete ve bedensel duyumları abartma arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Anksiyete duyarlılığı, sağlık anksiyetesi ve siberkondria arasındaki ilişki göz önüne alındığında, anksiyete ile ilişkili bir kavram olan bedensel duyumları abartmanın da siberkondria ile ilişkili bir kavram olabileceği düşünülebilir (16).

Artan dijital teknoloji kullanımı ve internet erişimin kolaylaşması sonucu olarak internetten sağlık bilgisi arayanların sayısının gün geçtikçe artacağı düşünülmektedir. Bunun sonucu olarak siberkondria sıklığının da artacağı beklenmektedir. Ancak siberkondria ile ilgili güncel literatürde sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Siberkondria hakkında yapılacak olan çalışmalar kavram hakkında farkındalığı artıracak ve siberkondria davranışı sergileyen bireylerin daha kolay tanınmasını ve tedavi yaklaşımları geliştirilmesini sağlayacaktır. Bu bağlamda yapmış olduğumuz çalışmada sağlıklı gönüllülerde siberkondria davranışının şiddetinin belirlenmesi ve anksiyete duyarlılığı, bedensel duyumları abartma ve belirsizliğe tahammülsüzlük kavramları ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla araştırılan hipotezler şu şekildedir:

H1: Demografik değişkenlere göre katılımcıların siberkondri puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar vardır.

H2: Belirsizliğe tahammülsüzlük, bedensel

duyumları abartma, anksiyete duyarlılığı ve siberkondria puanları arasında anlamlı ilişkiler bulunmaktadır.

H3: Belirsizliğe tahammülsüzlük ve bedensel duyumları abartma puanlarının siberkondria puanını yordamasında anksiyete duyarlılığı puanının aracı rolü bulunmaktadır.

YÖNTEM

Çalışmamıza 18-64 yaş aralığında ($\bar{x}$=33,30±8,28) 254 kadın ve 176 erkek olmak üzere toplam 430 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılımda gönüllülük esası gözetilmiş ve kolay örnekleme ile katılımcılara ulaşılmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; 18 yaşından büyük olmak, okuma yazma bilmek ve internet erişimine sahip olmak olarak belirlenmiştir. Çalışmadan dışlama kriterleri; anket formlarının eksik olarak doldurulmuş olması, internet erişiminin olmaması, psikiyatrik bozukluk tanısı olması ve siberkondria şiddetini etkileyebileceği düşünülerek sağlık alanında çalışıyor ya da eğitim görüyor olmamak olarak belirlenmiştir.

Veri toplama süreci Helsinki Bildirgesi kurallarına uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışma için 23/09/2020 tarihinde 24 numarası ile Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi'nden yazılı etik kurul onayı alınmıştır.

İşlem

Çalışmamız 01.10.2020-31.10.2020 tarihleri arasında, sağlıklı gönüllülerde siberkondria davranışının şiddetinin belirlenmesi ve anksiyete duyarlılığı, bedensel duyumları abartma ve belirsizliğe tahammülsüzlük kavramları ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla ölçeklerin çevrimiçi olarak uygulandığı kesitsel bir çalışmadır. Anketin amacını detaylı olarak açıklayan anketle birlikte bir giriş notu ve verilerin gizliliğinin korunacağına dair bir güvence gönderilmiştir. Yanıtlayanların kimliği hiçbir araştırmacı tarafından bilinmiyordu. Anket Google Dokümanlar kullanılarak oluşturulmuştur. Katılımcıların ankete katılımının gönüllülük esasına dayandığını bildiren bir onay sekmesi eklenmiş ve gönüllü olarak katılmayı kabul edenlerden çevrimiçi onay alınmıştır. Bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra, çalışmaya katılmayı kabul edenler ölçekleri doldurmaya devam edebilmiştir. Araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik veri formu, Siberkondria Şiddet Ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği ve Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği katılımcılara uygulanmıştır. Anket, toplamda 85 soru içeren Google dokümanlar kullanılarak hazırlanmıştır. Bu anket, Facebook Inc.'e ait bir Amerikan ücretsiz yazılımı, platformlar arası mesajlaşma hizmeti olan WhatsApp Messenger kullanılarak tüm araştırmacıların irtibat kişilerine gönderilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Araştırmacılar tarafından oluşturulan ve içerisinde yaş, cinsiyet, maddi durum, medeni durum, eğitim durumu, meslek gibi bilgilerin yer aldığı veri formudur.

Siberkondria Şiddet Ölçeği: McElroy ve Shevlin (17) tarafından geliştirilen beşli Likert tipinde toplam 33 maddeden oluşan ölçektir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Selvi ve arkadaşları (18) tarafından yapılmıştır. Ölçekten alınacak puan 33-165 arasında değişmektedir. Alınan yüksek puan siberkondria düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte ters yönlü madde bulunmamaktadır. Ölçek geneli için Cronbach Alfa katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada iç tutarlılık katsayısı 0,94 olarak hesaplanmıştır.

Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3: Taylor ve arkadaşları (19) tarafından geliştirilen beşli Likert tipinde toplam 18 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekte ters yönlü madde yoktur. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Mantar (20) tarafından yapılmıştır. Ölçekten alınacak puan 0-72 arasında değişmektedir. Yüksek puan yüksek anksiyete duyarlılığını belirtmektedir. Ölçek geneli için Cronbach Alfa katsayısı 0,93 olarak bulunmuştur. Bu çalışma için iç tutarlılık katsayısı 0,94 bulunmuştur.

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği: Carleton ve arkadaşları (21) tarafından geliştirilen beşli Likert tipinde toplam 12 maddeden oluşan bir ölçektir.

Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Sarıçam ve arkadaşları (22) tarafından yapılmıştır. Ölçekten alınacak puan 12-60 arasında değişmektedir. Yüksek puan alınması belirsizliğe tahammülsüzlüğün yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek geneli için Cronbach Alfa katsayısı 0,88 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda iç tutarlılık katsayısının 0,92 olduğu görülmüştür.

Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği: Barsky ve arkadaşları (23) tarafından geliştirilen beşli Likert tipinde toplam 10 maddeden oluşan ölçektir. Ölçekte ters yönlü madde bulunmamaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Güleç ve arkadaşları (24) tarafından yapılmıştır. Ölçekten alınacak puan 10-50 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksekliği bedensel duyumların daha fazla abartıldığını göstermektedir. Ölçek geneli için Cronbach Alfa katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur. Çalışmamız için ölçek geneli iç tutarlılık katsayısı 0,79'tur.

Verilerin Analizi

Verilerin analiz edilmesinde SPSS.26 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı ve AMOS (Analysis of Moment Structures) programı kullanılmıştır. Normallik analizi sonucunda ölçek puanlarının normal dağılım varsayımını karşıladığı görülmüş ve parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir. İki kategori için ortalamalar arası farkın incelenmesinde Bağımsız Örnek t-Testi, ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson Korelasyon Analizi, kavramlar arasındaki yordayıcılık ilişkilerinin incelenmesinde regresyon analizi ve yol analizi (path analysis) kullanılmıştır.

BULGULAR

Yapılan çalışmaya 18-64 yaş aralığında, yaş ortalaması 33,30±8.28 olan 254 (%51,9) kadın ve 176 (%40,9) erkek olmak üzere toplam 430 kişi katılmıştır. Katılımcıların 256'sının (%59,5) evli, 174'ünün (%40,5) asgari ücretin iki katı gelir düzeyine sahip olduğu, 286'sının (%66,5) üniversite düzeyinde eğitim aldığı görülmüştür (Tablo 1).

Elde edilen bulgular için istatistiksel karar noktasında p=0,05 kriteri göz önüne alınmıştır. Bu kısımda elde edilen verilerin yorumlanmasına yer verilmiştir. Yapılan karşılaştırma analizlerinde kadın katılımcıların ($t(428)=3,445$; $p<0,01$), internetten sağlık bilgisi arayan katılımcıların ($t(428)=7,720$; $p<0,001$), hekim önerisi dışında ilaç kullanan katılımcıların ($t(428)=2,669$; $p<0,001$) ve internette sağlık ile ilgili yeterli bilgi bulduğunu düşünen katılımcıların ($t(428)=5,155$; $p<0,001$) siberkondria puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Medeni durum ($t(428)=1,568$; $p>0,05$) ve hekim önerisi dışında tetkik yapma durumları ($t(428)=1,283$; $p>0,05$) için siberkonri puanları anlamlı farklılık göstermemektedir (Tablo 2).

Yapılan korelasyon analizi sonucunda siberkondria şiddeti ile anksiyete duyarlılığı arasında ($r=0,49$; $p<0,001$), belirsizliğe tahammülsüzlük arasında ($r=0,27$; $p<0,001$) ve bedensel duyumları abartma ($r=0,38$; $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif korelasyon katsayıları bulunmuştur. Diğer yandan anksiyete duyarlılığı ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında ($r=0,54$; $p<0,001$) ve bedensel duyumları abartma ($r=0,56$; $p<0,001$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki

Tablo 1. Demografik Değişkenler İçin Sayı ve Yüzde Dağılımı

Değişken	Kategori	N	%
Cinsiyet	Kadın	254	59,1
	Erkek	176	40,9
Medeni durum	Evli	256	59,5
	Bekar	174	40,5
Maddi durum	Asgari ücret altı	56	13,0
	Asgari ücret	94	21,9
	Asgari ücretin iki katı	174	40,5
	Asgari ücretin üç katı ve üzeri	106	24,7
Eğitim durumu	Lise	76	17,7
	Üniversite	286	66,5
	Yüksek lisans/Doktora	68	15,8
Yaş (ortalama±ss)	33,30±8,28 (min: 18, max: 64)		

Tablo 2. Demografik Değişkenlere Göre Katılımcıların Siberkondria Şiddet Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişken	Kategori	n	$\bar{x}$	ss	$t_{(428)}$	p
Cinsiyet	Kadın	254	78,84	20,72	3,445	0,001**
	Erkek	176	71,59	22,51		
Medeni durum	Evli	256	77,22	21,04	1,568	0,118
	Bekar	174	73,88	22,64		
İnternette sağlık bilgisi arama	Evet	374	78,81	19,68	7,720	p<0,001
	Hayır	56	56,25	24,70		
Hekim önerisi dışında ilaç kullanımı	Evet	166	79,37	21,81	2,669	0,008**
	Hayır	264	73,67	21,44		
Hekim önerisi dışında tetkik yaptırma	Evet	68	78,97	25,04	1,283	0,200
	Hayır	362	75,29	21,05		
İnternette sağlık ile ilgili yeterli bilgi bulma	Evet	113	84,66	20,38	5,155	p<0,001
	Hayır	317	72,74	21,37		

**=p<0,01

katsayıları hesaplanmıştır. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile bedensel duyumları abartma (r=0,51; p<0,001) arasındaki ilişki katsayısının da pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Korelasyon analizi ardından yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinde siberkondria puanının yordayıcıları incelenmiştir. Kurulan modelde anksiyete duyarlılığı, bedensel duyumları abartma ve belirsizliğe tahammülsüzlük puanları bağımsız değişken olarak atanmış ve "stepwise" metodu ile model tahmin edilmiştir. Kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (F(2,427)=74,955; p<0,001). İki adımlı regresyon tahmini sonucunda anksiyete duyarlılığı ve bedensel duyumları abartma puanlarının anlamlı parametre olduğu görülmüştür. Anksiyete duyarlılığı puanındaki 1 birimlik artış siberkondria puanını 0,60 birim arttırmakta iken bedensel duyumları abartma puanındaki 1 birimlik artış siberkondria puanını 0,47 birim arttırmaktadır (Tablo 4).

Korelasyon ve regresyon analizi sonucunda elde edilen ilişkilerin tek bir modelde incelenmesi için yol analizi tahmin edilmiştir. Kurulan yol analizinde belirsizliğe tahammülsüzlük puanı (β=0,34; p<0,001) ve bedensel duyumları abartma puanının (β=0,39; p<0,001) anksiyete puanını anlamlı şekilde yordadığı görülmüştür. Anksiyete duyarlılığının %41'lik kısmı iki değişken tarafından açıklanmaktadır. Siberkondria puanının %24'lük kısmı ise anksiyete duyarlılığı puanı (β=0,49; p<0,001) ile açıklanmaktadır. Kurulan modelde belirsizliğe tahammülsüzlük ve bedensel duyumları abartma ile siberkondria puanı arasındaki ilişkide anksiyete duyarlılığının kısmi aracılık etkisi olduğu görülmüştür. Siberkondria puanı için belirsizliğe tahammülsüzlük puanının dolaylı etki katsayısı β=0,19 iken bu katsayı bedensel duyumları abartma puanı için β=0,17 olarak bulunmuştur. Tahmin edilen yol analizi modeli uyum iyiliği ölçütlerini karşılamaktadır (CMIN/DF=4,79; GFI=0,99; AGFI=0,94; CFI=0,98; TLI=0,95; IFI=0,98; NFI=0,98; SRMS=0,00; RMSEA=0,09) (Şekil 1).

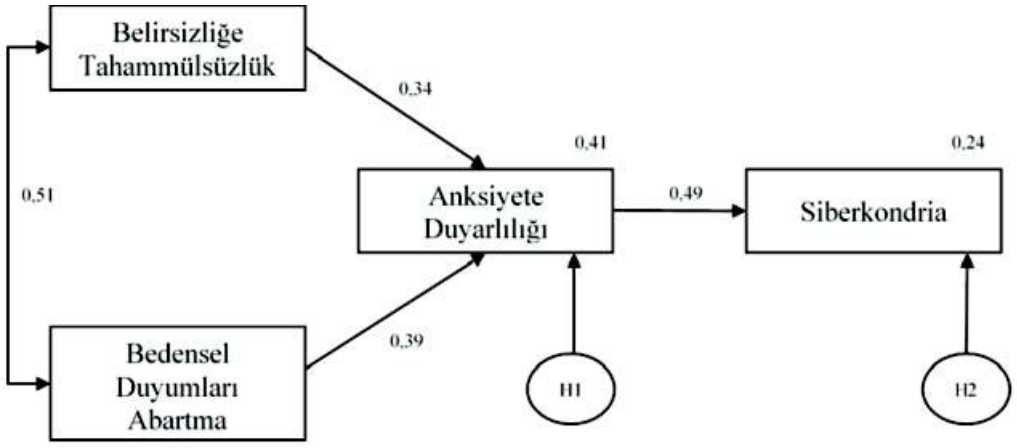
TARTIŞMA

Bu çalışmada, kadın katılımcıların, internetten sağlık bilgisi arayan katılımcıların, hekim önerisi dışında ilaç kullanan katılımcıların ve internette sağlık ile ilgili yeterli bilgi bulduğunu düşünen katılımcıların siberkondria puan ortalamalarının

Tablo 4. Siberkondria Puanı Yordayıcılarının İncelenmesi

Bağımsız değişkenler	B(b)	SH	Beta	t	p	F	R^2
Sabit (a)	61,002	1,558		39,149	p<0,001	138,516***	0,24
Anksiyete Duyarlılığı	0,719	0,061	0,494	11,769	p<0,001		
Sabit (a)	50,866	3,741		13,599	p<0,001	74,955***	0,26
Anksiyete Duyarlılığı	0,596	0,073	0,410	8,121	p<0,001		
Bedensel Duyumları Abartma	0,470	0,158	0,150	2,975	0,003**		

**=p<0,01; ***=p<0,001



Şekil 1. Yol Analizi Modeli

anlamlı şekilde yüksek olduğu, medeni durum ve hekim önerisi dışında tetkik yapma durumlarının siberkonri puanlarına anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Yine çalışmamızda siberkondria şiddeti yüksek olan katılımcıların anksiyete duyarlılığı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve bedensel duyumları abartma puan ortalamalarının anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür.

Yapılan çalışmalarda kadınların daha yüksek siberkondria puanlarına sahip olduğu gösterilmiştir (25, 26). Kadınlarda görülen yüksek siberkondria, anksiyete ile de yakından ilişkilidir. Literatürde kadınlarda seks hormonlarının anksiyete bozuklukları için kırılganlık oluşturduğunu (27) ve kadınlarda hastalık anksiyetesinin daha yüksek izlendiğini gösteren çalışmalar vardır (28). Bu bulgular çalışmamızda siberkondria puan ortalamasının kadınlarda yüksek olmasını destekler niteliktedir.

Hekim önerisi dışında ilaç kullanan katılımcıların siberkondria düzeyi anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Elde edilen bulgu, siberkondria davranışının etyolojisinde yer alan doktorlara güvensizliğe işaret etmektedir (5). İlaç kullanım önerisi, alanında uzman doktorlar tarafından yapılmaktadır. Ancak doktorların ilaç kullanmama önerisine güvenmeyen katılımcıların siberkondria davranışları sergileyerek, ilaç kullanıma yönelmeleri olasıdır. Hekim dışı ilaç kullanma durumunun bir diğer boyutu ise kendi kendine teşhis koyma (self-diagnosis) kavramıdır. Siberkondria davranışı kişilerin semptomlarına uygun tanılar aramalarına ve devamında iyi geleceğini düşündükleri ilaçlara yönelmelerine neden olabilecektir (29, 30). Bu durum ilerleyen süreçlerde, endikasyon dışı ilaç kullanım sıklığının artması ve bunun sonucunda oluşabilecek istenmeyen tıbbi durumlar olarak karşımıza çıkacaktır.

İnternette sağlık ile ilgili yeterli bilgi bulduğunu düşünen katılımcılarda da siberkondria düzeyi yüksek saptanmıştır. Bu tür bir düşünceye sahip olma internet ortamının sağlık ile ilgili gerekli imkanları sunacağı düşüncesini de beraberinde getirebilir. Bunu pekiştiren ise internet ortamında gelişen yapay zekadır. İnternet ortamındaki 'Dr. Google' fenomeni gelişen yapay zekâ teknolojisinin çevrimiçi ortama aktarılmasıyla bilgi aramada pratikliği ve kolaylığı beraberinde getirmekte ve insanlar bilgiye erişmede kendini rahatlamış hissetmektedir (31, 32). Daha fazla bilgiye daha çabuk ve pratik bir şekilde ulaşan kişiler yeterli bilgiye eriştiğini düşünecek ve kısır döngü şeklinde bu davranışını sürdürmeye devam edebilecektir.

Bulguların sonucunda kavramlar arasında anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde, çoğunlukla siberkondria ile sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkinin incelendiği ve aralarında sağlık anksiyetesinin değerlendirilmesinde kullanılan araca bağlı olarak orta ila güçlü düzeyde bir korelasyon olduğu izlenmiştir (25,33-35). Ancak çalışmamızda anksiyete duyarlılığının da siberkondria davranışı ile ilişkili olabileceği varsayımı üzerinde durulmuş, katılımcıların anksiyete düzeylerinin ölçülmesi

amacı ile Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 kullanılmıştır. Yapılan korelasyon analizi sonucunda siberkondria şiddeti ile anksiyete duyarlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif korelasyon katsayıları bulunmuştur. Elde edilen bu veriler anksiyete duyarlılığı ve siberkondria davranışı arasında ilişki olabileceği varsayımını destekler niteliktedir. Anksiyete duyarlılığı yüksek olan bireyler, özellikle sağlıkları ile ilgili yaşadıkları anksiyete ile başa çıkmanın bir yolu olarak, daha kolay ve daha hızlı ulaşılabilir olması nedeni ile interneti kullanıyor olabilir. Kolay ve hızlı ulaşılabilir olmasına rağmen, internette yanlış bilgilere maruz kalma, yapılan arama neticesinde anksiyetenin azalmayıp aksine artmasına neden olabilir. Bu durumun sağlık hizmeti kullanımın artması ve daha yüksek maliyetlere neden olması gibi olumsuzlukları da beraberinde getirme olasılığı vardır.

Bedensel duyumların abartılması, kişilerin duyumlarına karşı hassasiyetin de arttığını göstermekte ve somatizasyon bozukluğu için zemin hazırlamaktadır. Duyumların abartılması kişinin hastalık noktasındaki kaygılarının da artmasına neden olabilir. Yapılan bir çalışmada somatik semptomların siberkondria davranışını anlamlı düzeyde yordadığı belirtilmiştir (29). Bedensel duyumlardaki artış anksiyetenin artmasına kişilerin bu anksiyeteyle baş etmede siberkondria davranışına yönelmesini sağlayabilir. Yine yapılan bir çalışmada bedensel duyumların abartılarak yanlış yorumlanmasının oluşturduğu anksiyetenin siberkondria davranışının temelinde yer alabileceği belirtilmiştir (33). Çalışmamızda yapılan korelasyon analizi sonucunda siberkondria şiddeti ile bedensel duyumları abartma arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif korelasyon katsayıları bulunması da bunu destekler niteliktedir.

Belirsizliğe tahammülsüzlük, geleceğe ilişkin endişeli bir öngörü ve gelecekteki olayların daha fazla öngörülebilirliği ihtiyacı anlamına gelir. Belirsizliğe tahammülsüzlük, teorik temelde siberkondria ile ilişkili bir yapıdır (36). Çalışmalar, siberkondri ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında orta ila güçlü düzeyde bir korelasyon olduğunu göstermiştir (34,35,37). Bazı çalışmalar, belirsizliğe tahammülsüzlüğün siberkondri için spesifik bir risk faktörü olabileceğini öne sürmektedir (34, 37). Korelasyon analizi sonucunda siberkondria şiddeti ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif korelasyon katsayıları elde edilmiş olması da literatür ile uyumludur. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün siberkondri için ilişkili bir parametre olabileceği göz önüne alındığında henüz tanı kriterleri tam olarak belirlenmemiş (38) bir kavram olan siberkondrianın tanınması ve kavramsallaştırılması konusunda önemli katkısı olacağı düşünülebilir.

Kurulan yol analizi modelinde belirsizliğe tahammülsüzlük puanının anksiyete puanını anlamlı şekilde yordadığı görülmüştür. Uyum bozucu düşünceler ve kırılganlık için bir risk faktörü olan belirsizliğe tahammülsüzlük (39) kişilerin anksiyeteli ve stresli hissetmelerine zemin hazırlamaktadır. Siberkondria davranışı da mevcut anksiyete ve stresi azaltmada kullanılan bir strateji olarak görülebilir (40). Belirsizliğe tahammülsüzlüğün siberkondri için spesifik bir risk faktörü olabileceği belirtilmiştir (34, 37). Özellikle Covid-19 pandemisi sürecinde hastalığın ne zaman biteceğine veya aşı sürecinin ne zaman başlayacağına yönelik kişilerin hissettikleri yoğun bir belirsizlik ve buna karşı tahammülsüzlük vardır. Bu durumun sağlıkla ilgili anksiyeteyi ve internetten sağlık bilgisi arama davranışını artırması olasıdır (28). Bedensel duyumları abartarak, yanlış yorumlayan kişiler anksiyete belirtileri yaşamakta ve bu durum siberkondria davranışına zemin hazırlamaktadır (33). Çalışmamızda ve veriyi destekler nitelikte bedensel duyumları abartma puanının anksiyete puanını anlamlı şekilde yordadığı görülmüştür. Somatik belirtilerin siberkondria davranışını anlamlı düzeyde yordadığı (29) belirsizliğe tahammülsüzlüğün de siberkondri için spesifik bir risk faktörü olabileceği düşünülmektedir (34, 37). Kurmuş olduğumuz yol analizi modelinde de bu verileri destekler nitelikte veriler elde edilmiş olup; belirsizliğe tahammülsüzlük ve bedensel duyumları abartma ile siberkondria puanı arasındaki ilişkide de anksiyete duyarlılığının kısmi aracılık etkisi olduğu görülmüştür.

Çalışmamızın bazı önemli kısıtlılıkları vardır. Çalışmamızın kesitsel bir çalışma olması ve öz bildirim ölçeklerinin kullanılması bunlardan ilkidir. Kesitsel bir çalışma olması nedeni ile siberkondria semptomlarını deneyimlemede internet kullanımı

hakkında nedensel çıkarımlar yapma potansiyeli kısıtlıdır. Boylamsal bir tasarım, bu bağlantının kurulmasına daha iyi yardımcı olacaktır. Diğer bir kısıtlılık, Covid-19 pandemi süreci nedeni ile anketlerin yüz yüze görüşmeler yerine çevrimiçi olarak yapılmasıdır. Ayrıca siberkondria nispeten yeni bir araştırma alanı olduğundan, olgunun yaygınlığına dayalı olarak örneklem büyüklüğü tahmini yapılamamıştır

SONUÇ

Bu çalışma sonuçları, kadınlarda, internetten sağlık bilgisi arayanlarda, hekim önerisi dışında ilaç kullananlarda ve internette sağlıkla ilgili yeterli bilgi bulabildiğini düşünenlerde ortalama siberkondria puanının yüksek olduğunu ve siberkondria şiddeti ile anksiyete duyarlılığı, bedensel duyumları abartma ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasında korelasyon olduğunu ortaya koymuştur. Literatürde henüz çok yeni bir kavram olan siberkondria hakkındaki belirsizliklerin ve çelişkilerin giderilebilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu açıktır. Gelecek çalışmaların, siberkondrianın teorik çerçevesinin çizilmesine, kavramsallaşmasına ve yeni yaklaşımlar geliştirilmesine katkı sağlaması gerekmektedir. Bu tür çalışmalar yalnızca uygun çevrimiçi örneklere dayanmamalı, aynı zamanda daha geniş katılımla klinik popülasyonlarda yapılmalıdır.

Çalışmamız, ülkemizde siberkondria ile ilgili yapılan sınırlı sayıda çalışmadan biri olması nedeniyle bu konuda daha sonra yapılacak çalışmalara yol gösterici olacaktır. Siberkondrianın klinik koşullarında daha kolay tanınması, neden olacağı sağlık problemlerinin anlaşılması ve olası ekonomik maliyetlerin öngörülebilmesine katkıda bulunacaktır. Bu olumsuz etkilerin en aza indirilmesi konusunda stratejiler belirlenmesine yardımcı olacaktır

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Öğr. Yavuz Yılmaz, Gümüşhane Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Gümüşhane, Türkiye
dr.yavuzz@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Mathes BM, Norr AM, Allan NP, Albanese BJ, Schmidt NB. Cyberchondria: Overlap with health anxiety and unique relations with impairment, quality of life, and service utilization. Psychiatry Res 2018; 261: 204-211.

2. Fox S, Duggan M. Health Online 2013. https://www.pewresearch.org/internet/2013/01/15/health-online-2013/. Erişim Tarihi: 30 Kasım, 2020.

3. Starcevic V, Aboujaoude E. Cyberchondria, cyberbullying, cybersuicide, cybersex: "new" psychopathologies for the 21st century? World psychiatry : official journal of the World Psychiatri 2015; 14: 97-100.

4. Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2020-33679 . Erişim Tarihi: 29 Kasım, 2020.

5. Akhtar M, Fatima T. Exploring cyberchondria and worry about health among individuals with no diagnosed medical condition. J Pak Med Assoc 2020; 70: 90-95.

6. Tyrer P, Cooper S, Tyrer H, Wang D, Bassett P. Increase in the prevalence of health anxiety in medical clinics: Possible cyberchondria. Int J Soc Psychiatry 2019; 65: 566-569.

7. White RW, Horvitz E. Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search. ACM Trans Inf Syst 2009; 27: 1-37.

8. Reiss S, Bootzin RR. Expectancy model of fear: Theoretical issues in behavior therapy. Editor Reiss S, Bootzin RR. San Diego, CA, Academic Press; 1985, pp. 107-121.

9. Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ. Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. Behav Ther 2007; 38: 86-94.

10. Fergus TA. A comparison of three self-report measures of intolerance of uncertainty: an examination of structure and incremental explanatory power in a community sample. Psychol Assess 2013; 25: 1322-1331.

11. Morriss J, Christakou A, Van Reekum CM. Nothing is safe: Intolerance of uncertainty is associated with compromised fear extinction learning. Biol Psychol 2016; 121: 187-193.

12. Carleton RN. The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: theoretical and practical perspectives. Expert Rev Neurother 2012; 12: 937-947.

13. Tolin DF, Abramowitz JS, Brigidi BD, Foa EB. Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. J Anxiety Disord 2003; 17: 233-242.

14. Caiata-Zufferey M, Abraham A, Sommerhalder K, Schulz PJ. Online health information seeking in the context of the medical consultation in Switzerland. Qual Health Res 2010; 20: 1050-1061.

15. Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS, Cleary PD. The amplification of somatic symptoms. Psychosom Med 1988; 50: 510-519.

16. Köteles F, Witthöft M. Somatosensory amplification - An old construct from a new perspective. J Psychosom Res 2017;101:1-9.

17. McElroy E, Shevlin M. The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). J Anxiety Disord 2014; 28: 259-265.

18. Selvi Y, Turan SG, Sayin AA, Boysan M, Kandeger A. The Cyberchondria Severity Scale (CSS): Validity and reliability study of the Turkish version. Sleep and Hypnosis (Online) 2018; 20: 241-246.

19. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, Heimberg RG, Ledley DR et al. Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. Psychol Assess 2007; 19: 176-188.

20. Mantar A. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. D.E. Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi. 2008.

21. Carleton RN, Norton MA, Asmundson GJ. Fearing the unknown: a short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. J Anxiety Disord 2007; 21: 105-117.

22. Sarıçam H, Erguvan FM, Akın A, Akça MŞ. The Turkish short version of the intolerance of uncertainty (IUS-12) scale: The study of validity and reliability. Route Educational and Social Science Journal. 2014; 1: 148-157.

23. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. J Psychiatr Res 1990; 24: 323-334.

24. Güleç H, Sayar K, Güleç M. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2007; 20: 16-24.

25. Barke A, Bleichhardt G, Rief W, Doering BK. The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German Validation and Development of a Short Form. Int J Behav Med 2016; 23: 595-605.

26. Maftei A, Holman AC. Cyberchondria During the Coronavirus Pandemic: The Effects of Neuroticism and Optimism. Front Psychol 2020; 11: 567345.

27. Li SH, Graham BM. Why are women so vulnerable to anxiety, trauma-related and stress-related disorders? The potential role of sex hormones. Lancet Psychiatry 2017; 4:73-82.

28. Jungmann SM, Witthöft M. Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety? J Anxiety Disord 2020; 73: 102239.

29. Berle D, Starcevic V, Khazaal Y, Viswasam K, Hede V, McMullan RD. Relationships between online health information seeking and psychopathology. Gen Hospi Psychiatry 2020; 62: 96-7.

30. Jutel A. "Dr. Google" and his predecessors. Diagnosis (Berl) 2017; 4: 87-91.

31. Aiken M, Kirwan G. The psychology of cyberchondria and 'cyberchondria by proxy': Cyberpsychology and new media: A thematic reader. Editor Power A, Kirwan G. New York, Psycology Press, 2013, pp. 158-69.

32. Morley J, Taddeo M, Floridi L. Google health and the NHS: overcoming the trust deficit. Lancet Digit Health. 2019; :e389. https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30193-1

33. Durak Batıgün A, Gör N, Kömürcü B, Ertürk İŞ. Cyberchondria Scale (CS): Development, validity and reliability study. Dusunen Adam 2018; 31: 148-162.

34. Fergus TA. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria: A replication and extension examining dimensions of each construct. J Affect Disord 2015; 184: 305-309.

35. Fergus TA, Spada MM. Cyberchondria: Examining relations with problematic Internet use and metacognitive beliefs. Clin Psychol Psychother 2017; 24: 1322-30.

36. Starcevic V, Berle D. Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. Expert Rev Neurother 2013; 13: 205-213.

37. Norr AM, Albanese BJ, Oglesby ME, Allan NP, Schmidt NB. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria. J Affect Disord 2015; 174: 64-69.

38. Erdoğan A, Hocaoglu C. Siberkondria: Bir Gözden Geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2020; 12: 435-443.

39. Ormel J, Jeronimus BF, Kotov R, Riese H, Bos EH, Hankin B et al. Neuroticism and common mental disorders: meaning and utility of a complex relationship. Clin Psychol Rev 2013; 33: 686-697.

40. Bajcar B, Babiak J. Neuroticism and cyberchondria: The mediating role of intolerance of uncertainty and defensive pessimism. Pers Individ Dif 2020; 162:110006. https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110006

Internalized stigma in physicians with mental illness

Ruhsal bozukluk tanısı olan hekimlerde içselleştirilmiş damgalanma

Oğuzhan Kılınçel[1], Rukiye Ay[2]
[1]Assis. Prof., Istanbul Gelisim University, Department of Child Development, Istanbul, Turkey https://orcid.org/0000-0003-2988-4631
[2]M.D, Bursa Yüksek İhtisas Training and Research Hospital, Department of Psychiatry, Bursa, Turkey https://orcid.org/0000-0003-2854-5128

SUMMARY

Objective: Internalized stigma means accepting negative statements and stereotypes about the disorder in people with mental disorders and reflecting on their thoughts and behaviors. High levels of internalized stigma negatively affect the recovery process in mental disorders and reduce functionality. In our study, it is aimed to determine the internal stigmatization levels of physicians with mental disorders and the factors affecting stigmatization levels. **Method:** The study was conducted between October 1, 2020-November 30, 2020, using an online cross-sectional self-report survey, and included 156 volunteer physicians who completed the survey questions. A "sociodemographic and clinical characteristics evaluation form" and the "Internalized Stigma of Mental Illness Scale" were applied to all participants. **Results:** It was observed that physicians were most frequently diagnosed with Major Depressive Disorder (54.5%) and Anxiety Disorder (32.1%). It was observed that 62.8% of physicians used psychopharmacological treatment, 12.8% had attempted suicide, and 8.3% received inpatient treatment. There was no statistical difference between the age, gender, professional experience, and departments of the groups considered as high- and low-internalized stigma. Individuals with Bipolar Disorder, ADHD, and Substance Use Disorder were observed to be in the high internal stigma group. In addition, a higher rate of family history of psychiatric illness was observed in the high-internalized stigma group. **Discussion:** Our study demonstrated that physicians with a mental illness had internalized stigma as in individuals with mental illness. Considering that internalized stigma affects attitudes and behaviors towards these patients, determining these differences will be a guide in struggles to prevent stigma against mental illnesses.

Key Words: Mental illnesses, internalized stigma, physicians

ÖZET

Amaç: İçselleştirilmiş damgalanma, ruhsal bozukluğu olan kişilerde bozuklukla ilgili olumsuz söylemleri ve stereotipleri kabul etmesi ve düşünce ve davranışlarına yansıtması anlamına gelmektedir. Yüksek içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri, ruhsal bozukluklarda sağlatım sürecini olumsuz etkilemektedir ve işlevselliği düşürmektedir. Çalışmamızda ruhsal bozukluklara sahip hekimlerin içsel damgalanma düzeylerini ve bu düzeylere etki eden faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. **Yöntem:** 1 Ekim 2020-30 Kasım 2020 tarihleri arasında çevrimiçi kesitsel öz bildirim anketi kullanılarak yapılmıştır ve Anket sorularını tamamlayan 156 gönüllü hekim çalışmaya dahil edildi. Tüm katılımcılara 'Sosyodemografik ve klinik özellikler değerlendirme formu' ve "Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği" uygulanmıştır. **Bulgular:** Hekimlerin en sık oranda Major Depresif Bozukluk (%54,5) ve Anksiyete Bozukluğu (%32,1) tanılarının olduğu gözlendi. Hekimlerin %62,8'sinin psikofarmakolojik tedavi kullandığı, %12,8'inin intihar girişimi olduğu ve %8,3'ünün yatarak tedavi gördüğü gözlendi. Yüksek ve düşük içsel damgalanma olarak kabul edilen grupların yaş, cinsiyet, mesleki tecrübe ve bölümleri arasında istatistiksel fark saptanmamıştır. Bipolar Bozukluk, DEHB ve Madde Kullanım Bozukluğu olan bireylerin daha yüksek oranlarda yüksek içsel damgalanma grubunda olduğu gözlenmiştir. Ayrıca yüksek içsel damgalanma grubunda ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün daha yüksek oranda olduğu gözlendi. **Sonuç:** Çalışmamızda ruhsal hastalığa sahip bireylerde olduğu gibi ruhsal bir hastalığa sahip hekimlerde de içselleştirilmiş damgalanmanın olduğu gösterilmiştir. İçselleştirilmiş damgalanmanın, bu hastalara yönelik tutum ve davranışları etkilediği göz önüne alındığında bu farklılıkların belirlenmesinin ruhsal hastalıklara yönelik damgalanmayı önlemeye yönelik yapılan mücadelelerde yol gösterici olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Ruhsal hastalık, içsel damgalanma, hekimler

(Turkish J Clinical Psychiatry 2021;24:459-466)
DOI:10.5505/kpd.2021.48642

The arrival date of article: 30.01.2021, Acceptance date publication: 02.08.2021

INTRODUCTION

Stigma is defined as disgracing, devaluing, and disparaging an individual in a way to distinguish him/her from other individuals in society. It occurs when the values of an individual and the values accepted by the society lived in do not match (1). Unfortunately, stigmatization, discrimination or exclusion for mental illnesses are common in many societies, although their severity varies. The most important determinants of stigma are the norms and characteristics of the culture lived in. Other factors include different belief systems, cultures, mental and historical reasons, descriptive characteristics such as age, gender, educational level, profession, marital status, socioeconomic status, level of knowledge of the disease, mental illness perception and label, characteristics of the disease, poor prognosis and mass communication tools (2).

Among the many types of stigma, the internalized stigma causes the greatest harm to the individual (3). Internalized stigma begins with the perception of stigma that rises in individual's mind when s/he needs help. The most important source of stigma perception is the individual himself/herself. The perception of stigma emerges when an individuals is diagnosed with a mental illness and starts to think that many people will also refuse and devalue him/her in the direction of his/her own perceptions, independent of concrete stigma and exclusion experiences (4). While individuals are trying to cope with the symptoms caused by mental disorders on the one hand, on the other hand, they are labeled due to their mental disorders and may be exposed to discrimination, negative emotional reactions, and prejudices of the society. As a result of all these factors, the individual accepts the negative judgments of the society about himself/herself and begins to withdraw himself/herself from the society due to negative feelings and thoughts such as worthlessness and shame (5). They often live alone and in isolation from society (6).

In mental illnesses, the length of hospital stay, the prolongation of the illness, the increase in the severity of the illness, the high level of disability and receiving electroconvulsive therapy (ECT) increase the level of internalized stigma. In addition, the perception of stigma is higher in patients who have impaired social and professional skills due to an illness compared to the past (7). On the other hand, it is known that patients who have more information about their illness and post-illness treatment have a lower perception of stigma (2).

Physicians are much more likely to encounter individuals with mental illness due to their profession in almost all fields of medicine. For this reason, their thoughts about mental illnesses and people with mental illnesses significantly affect their approach, attitude and behavior towards these patients(8). When the literature is reviewed, it is notable that the majority of studies focus on the attitudes of psychiatrists, general practitioners, non-psychiatric specialists, medical school students, nurses and nursing students. On the other hand, there are a limited number of studies on internalized stigma and perception of stigma, which is one of the important factors affecting the attitudes of health professionals.

Our study aimed to determine the internalized stigma levels of physicians with similar diseases, who have a profession more likely to encounter individuals with mental illnesses, and the influencing factors.

METHODS

Universe of the Study

This study was conducted between October 1, 2020 and November 30, 2020, using an online cross-sectional self-report survey.The universe of the study consisted of physicians working in 27 different medical specialties. The sampling was determined using the easy sampling and snowball method according to the accessibility-availability principle. The data were obtained via Google Forms surveys and mail. The study included 156 volunteer physicians who completed the survey questions.

Data Collection Tools

1. Sociodemographic and clinical characteristics evaluation form: It waspreparedby the researchers. It questions the physicians' age, gender, marital sta-

tus, professional experience, and knowledge of psychiatric disorders. It includes clinical information such as diagnosis of the illness, duration of illness, treatments used, family history of psychiatric illness, hospitalization and suicide.

2. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: It was developed by Ritsher et al. to evaluate internal stigma in mental illnesses, (9) and the Turkish validity and reliability study of the scale was performed by Ersoy and Varan (10). ISMI is a four-point Likert-type self-report scale consisting of 29 items. The scale has five subscales: Alienation, Stereotype Endorsement, Perceived Discrimination, Social Withdrawal, and Stigma Resistance(10).

Alienation (6 items): This subscale aims to measure the subjective experience of the individual such as being ashamed of his/her illness, feeling like a stranger and not understood in society, feeling inferior to other people due to his/her illness, and dissatisfaction with himself/herself.

Stereotype Endorsement (7 items): This subscale aims to measure the extent to which an individual agrees with the stereotypes of society related to individuals with mental illness. This section questions stereotypes such as people with mental illness are violent, they should not get married, they cannot live a good, satisfying life, mental illnesses can be noticed when looking from outside, people with mental illness cannot decide on their own, they need help, they do not contribute to society, and society's negative judgments about my illness.

Perceived Discrimination (5 items): It aims to determine the perceptions the individual is discriminated by others due to his/her illness, they are often told what to do, they are ignored or not taken seriously, other people hesitate to get close, and they will not be successful.

Social Withdrawal (6 items): It aims to evaluate the thoughts that prevent the person from interacting with other people. Conditions such as not being afraid of rejection, not being socialized because of thinking that s/he looks weird, avoiding talking about himself/herself because of thinking that other people will be bored, not feeling belonging to the environment while being with other people, staying away from social environments because of being afraid of embarrassing his/her family and friends are evaluated.

Stigma Resistance (5 items): It aims to measure the experience of being affected by internalized stigma. As the individual's stigma resistance score increases, the level of being affected by stigma increases. Here, it is used to measure the thoughts that people with mental illness cannot contribute to society, being seen with someone with a mental illness will bother, living does not make a struggling individual, the individual does not live his/her life as s/he wishes, and the individual does not have a good and satisfying life due to his/her mental illness. The items of this subscale are reverse scored. A high ISMI score means that the individual negatively experiences a higher level of internalized stigma.

The total ISMI score obtained by summing the scores of the five subscales ranges between 29 and 116 points, with an average score ranging between 1-4 points. A score of 2 points or less on ISMI indicates a minimum level of stigma, a score of 2-2.49 points indicates mild, a score between 2.5 and 3 points indicates a severe level of internal stigma experienced. In the validity and reliability study of the scale, the internal consistency coefficient obtained for the whole scale was.93, if the the split-half reliability of the scale was.89 (10).

Statistical Analysis

The study data were uploaded to the computer environment with SPSS version 21 (Chicago, IL). Descriptive statistics were presented as median (Q1-Q3), frequency distribution, and percentage for non-parametric evaluations. Group comparisons were performed using Fisher's exact test and the chi-squared tests. The level of statistical significance was set $p < 0.05$.

Ethical Approval: The study was approved by the Non-Invasive Trial Ethics Committee of Sakarya University with the date of 22/09/2020 and the number of 71522473/050.01.04/512.

Table 1. Sociodemographic data of the study group

Study parameters		%	(n:156)
Age	18-35	46.2	72
	36-45	42.9	67
	46-55	9.6	15
	>55	1.3	5
Gender	Male	9.0	14
	Female	91.0	142
Professional experience	1-10	49.4	77
	11-20	39.7	62
	21-30	9.6	15
	>30	1.3	2
Department	General practitioner	17.9	28
	Family medicine	12.2	19
	Pediatrics	10.9	17
	Psychiatry	10.9	17
	Emergency medicine	6.4	10
	Anesthesia	5.1	8
	Internal medicine	4.5	7
	Infectious diseases	4.5	7
	Other	27.6	43

RESULTS

The data of 156 physicians from 27 different medical specialties were analyzed in our study. It was observed that most of the physicians participating in the study were female (91.0%) and were between 18-35 years of age (46.2%). The sociodemographic data of the study group are shown in Table 1.

The analysis of the clinical data showed that physicians were most frequently diagnosed with Major Depressive Disorder (54.5%) and Anxiety Disorder (32.1%), 62.8% used psychopharmacological therapy, 12.8% had suicide attempt, and 8.3% received inpatient treatment. Table 2 shows the clinical data of the study group.

The analysis of the study group data on internalized stigma showed that the highest scores were obtained from the alienation and stereotype endorsement subscales. Table 3 shows the data on internalized stigma.

The analysis of the data on total stigma showed that there were 35 physicians above the Q3 level and were recorded as the high-internalized stigma group. There was no statistical difference between the age, gender, professional experience and departments of the groups considered as high- and low-internalized stigma. Table 4 shows the comparison of the sociodemographic data of the participants with high- and low-internalized stigma.

The comparison of the clinical data of the participants with high- and low-internalized stigma showed that a higher proportion of individuals with Bipolar Disorder, ADHD and Substance Use Disorder were in the high-internalized stigma group. In addition, a higher rate of family history of

Table 2. Clinical data of the study group

Study Parameter		%	(n:156)
Psychiatric diagnosis	Major Depressive Disorder	54.5	85
	Anxiety Disorder	32.1	50
	Obsessive Compulsive Disorder	5.8	9
	Bipolar Disorder	3.2	5
	Attention Deficit Hyperactivity Disorder	2.6	4
	Substance Use Disorder	1.3	2
	Psychotic Disorder	0.6	1
Disease Duration	0-1	11.5	18
	2-10	63.5	99
	11-20	17.3	27
	>20	7.7	12
		62.8	98
Family history of psychiatric illness		59.0	92
Suicide attempt		12.8	20
Inpatient treatment		8.3	13

Table 3. Data on internalized stigma

Study Parameter	Median	Q1-Q3
Alienation	13	10-16
Stereotype endorsement	12	9-15
Perceived discrimination	8	6-11
Social Withdrawal	11	8-14
Stigma resistance	7	5-8
Total internalized stigma	49	38-61

psychiatric illness was observed in the high-internalized stigma group. Table 4 shows the comparison of the clinical data of the participants with high- and low-internalized stigma.

DISCUSSION

Our study included 156 physicians from 27 different departments, most of whom consisted of general practitioners. Most of the physicians participated in the study were female and were between the ages of 18-35 years. It was observed that the most common diagnoses of the physicians were Major Depressive Disorder and Anxiety Disorder.

Considering the data of the physicians on internal stigma, it was observed that the highest scores were obtained from the alienation and stereotype endorsement subscales. A study by the Mood Disorders Scientific Unit of the Psychiatric Association of Turkey reported that 46% of patients felt themselves complete, partially inadequate or incomplete, and 40% were perceived by those around them as complete, partially inadequate or incomplete. In the same study, it was stated that 60% of patients thought that their illness would negatively affect marriage, and 55% of patients thought that their illness might cause them to have difficulty in finding a job (10).

When the study population was grouped based on having high- and low-internalized stigma, there was no significant difference between the groups in terms of age, gender, professional experience, and their departments. Most sociodemographic characteristics are believed to have no significant effect on internalized stigma (11). Studies have reported conflicting results on the effects of age. Some studies have shown that younger patients experience less stigma, suggesting that this is related to the more tolerant of young individuals. Some studies have reported that young individuals have a higher perception of stigma. A study conducted in Turkey showed that an early onset of illness increased the perception of stigma (2).

It has been shown in the literature that the perception of stigma is higher in patients who cannot return to their previous functionality after illness (12). According to many authors, patients cannot take or avoid taking their former roles both socially and professionally due to the perception of stigma regardless of their symptoms, even if they are in

Table 4. Comparison of the sociodemographic data of the participants with high- and low-internalized stigma

Study Parameter		Low-internalized stigma (n:121)	High-internalized stigma (n:35)	Statistics	p
Age	18-35	45.5% (n:55)	48.6% (n:17)	2.639*	0.475
	36-45	41.3% (n:50)	48.6% (n:17)		
	46-55	11.6% (n:14)	2.9% (n:1)		
	>55	1.7% (n:2)	0.0% (n:0)		
Gender	Male	9.1% (n:11)	8.6% (n:3)	1.000*	0.614
	Female	90.9% (n:110)	91.4% (n:32)		
Professional experience	1-10	47.1% (n:57)	42.9% (n:15)	5.870*	0.103
	11-20	38.8% (n:47)	57.1% (n:20)		
	21-30	12.4% (n:159)	0.0% (n:0)		
	>30	1.7% (n:2)	0.0% (n:0)		
Department	General practitioner	16.5% (n:20)	22.9% (n:8)	10.283*	0.210
	Family medicine	11.6% (n:14)	14.3% (n:5)		
	Pediatrics	12.4% (n:15)	5.7% (n:2)		
	Psychiatry	12.4% (n:15)	5.7% (n:2)		
	Emergency medicine	7.4% (n:9)	2.9% (n:1)		
	Anesthesia	4.5% (n:6)	5.7% (n:2)		
	Internal medicine	5.8% (n:7)	0.0% (n:0)		
	Infectious Diseases	5.8% (n:7)	0.0% (n:0)		
	Other	23.1% (n:28)	42.9% (n:15)		

Note: * Fisher's exact test was used.

Table 5. Comparison of the clinical data of the participants with high- and low-internalized stigma

Study Parameter		Low-internalized stigma (n:121)	High-internalized stigma (n:35)	Statistics	p
Psychiatric disorder	Major Depressive Disorder	52.9% (n:64)[a]	60.0% (n:21)[a]	31.717*	**0.001**
	Anxiety Disorder	39.7% (n:48)[a]	5.7% (n:2)[b]		
	OCD	5.0% (n:6)[a]	8.6% (n:3)[a]		
	Bipolar Disorder	0.8% (n:1)[a]	11.4% (n:4)[b]		
	ADHD	0.8% (n:1)[a]	8.6% (n:3)[b]		
	Substance Use Disorder	0.0% (n:0)[a]	5.7% (n:2)[b]		
	Psychotic Disorder	0.8% (n:1)[a]	0.0% (n:0)[a]		
Disease Duration	0-1	13.2% (n:16)	5.7% (n:2)	4.265*	0.233
	2-10	65.3% (n:79)	57.1% (n:20)		
	11-20	14.9% (n:18)	25.7% (n: 9)		
	>20	6.6% (n:8)	11.4% (n:4)		
Psychopharmacological therapy		35.5% (n:43)	42.9% (n:15)		
Family history of psychiatric illness		54.5% (n:65)	74.3% (n:27)	6.156**	0.013
Suicide attempt		11.6% (n:14)	17.1% (n:6)	0.396**	0.272
Inpatient treatment		7.4% (n:9)	11.4% (n:4)	0.490*	0.327

Note: [a, b]The same letters show that there is no difference between the columns. *Fisher's exact test was used. **The chi-squared test was used.

remission (13). It is seen that these two situations turn into a vicious cycle, affecting each other. The physicians that make up the study group are still actively working. The fact that they are still serving as physicians and taking part in work life suggests that they have broken the vicious cycle and prevented patients from staying away from the society. Though our results were not statistically significant, there were more individuals in the low-internalized stigma group. It has been reported that patients who are more knowledgeable about their illness, characteristics, and treatments have a lower perception of stigma (2). For this reason, it is believed that the reason for the absence of a significant difference between departments is that physicians have attended at least one training or seminar on mental illnesses in some part of their medical education and expertise.

Individuals with Anxiety Disorder, Bipolar Disorder, ADHD and Substance Use Disorder as a diagnosis of mental illness were observed to be in the high-internalized stigma group. A study conducted abroad investigating the internalized stigma levels of 280 patients diagnosed with Schizophrenia, Depression, Anxiety and OCD showed that 43.6% of all patients had a high rate of internalized stigma and that 34% of schizophrenia patients, 21% of anxiety disorder patients, 38% of depression patients, and 29% of OCD patients had a higher level of internalized stigma (14). Stigma perception begins with the patient's diagnosis. Receiving a diagnosis creates a sense of labeling in patients. The label of a mental illness is usually sufficient alone to experience the feeling of stigma. In addition, the type of psychopathology affects the level of perception of stigma regardless of the label. The higher the stigma content of the diagnosis, the greater the stigma perception of patients (15). Studies have shown that patients diagnosed with substance use disorder have a higher perception of stigma than other patient groups (16). Diseases requiring continuous use of drugs, especially in patients diagnosed with schizophrenia and bipolar disorder, have been shown to increase the perception of stigma (17). The necessaity of continuous drug use disrupts the adaptation process of patients. Studies have shown that the disruption of adherence to medication is due to fear of internal stigma rather than drug-related side effects (18). A study found that the internalized stigma scores of bipolar patients who did not work and who irregularly used medication were higher (19). Another study conducted on patients diagnosed with bipolar disorder reported that patients had thoughts that they would not be accepted as friends by the society, they would be considered less intelligent and unreliable, employers would not pay them enough and would not behave as they did to other employees, and their opinions would be taken less seriously because they were hospitalized in a psychiatric clinic (20).

It was found that the family history of psychiatric illness was higher in the physicians in the high-internalized stigma group. One of the important factors determining the feeling of stigma is the person's immediate environment. Internalized stigma

is also activated in the individual's immediate environment, and as a result, people in the patient's immediate surroundings experience the perception of stigma and stigmatize and exclude the patient (21). Some studies have reported that the patient relatives feel ashamed of the presence of an individual with mental illness in their family and try to hide this (22). With all these processes, the stigma perception of the patient, who is already sensitive to stigmatization, increases more.

Limitations of the study

Our study has some limitations. In general, the feeling of internal stigma is experienced more in individuals with more severe mental illness and in people with more severe form of the same mental illness. In our study, the level of internal stigma was evaluated only at the diagnostic level, and its severity was not examined. It is notable that the majority of studies on internalized stigma in the literature are conducted on a specific disease. Some differences between our results and the literature may be due to this limitation of our study. In addition, it is known that the level of mental disorder and the disease duration are associated with the level of stigma perception, the greater disability and the longer disease duration causes the individual to feel a higher level of stigma. When we look at the physicians participated in our study, the small number of individuals with long disease duration may have affected our results.

CONCLUSION

Despite all these limitations, we obtained valuable data on the presence of internalized stigma in physicians with a mental illness as with individuals with mental illness. Considering that internalized stigma affects attitudes and behaviors towards these patients, interventions for internalized stigma in physicians with mental illness can provide significant progress in strengthening the mental health of both the individual and the community they provide healthcare services.

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

Correspondence address: Assis. Prof. Oguhan Kılıncel, Istanbul Gelisim University, Department of Child Development, Istanbul, Turkey okilincel@gmail.com

REFERENCES

1. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity: Simon and Schuster; 2009.

2. Taşkın EO. İçselleştirilmiş damga ve damgalanma algısı. In: Taşkın EO, editor. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama 1ed: Meta Basım ve Matbaacılık; 2007. p. 31-40.

3. Kök H, Demir S. Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. Cukurova Medical Journal. 2018;43(1):99-106.

4. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. Psychiatry research. 2004;129(3):257-65.

5. Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. Cognitive and behavioral practice. 1998;5(2):201-22.

6. Fırat M, Gökmen BD, Cengiz M. Orjinal Makale Psikiyatri servisinde yatan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve yalnızlık ilişkisinin incelenmesi.

7. Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. Narrative enhancement and cognitive therapy: a new group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. International journal of group psychotherapy. 2011;61(4):576-95.

8. Bağ B, Ekinci M. Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi (elektronik). 2005;3(11):107-27.

9. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. Psychiatry Res. 2003;121(1):31-49.

10. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007;18(2):163-71.

11. Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. Acta Psychiatr Scand. 2003;108(4):304-9.

12. Stuart H. Stigma and work. Healthc Pap. 2004;5(2):100-11.

13. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. Am J Public Health. 1999;89(9):1328-33.

14. Picco L, Pang S, Lau YW, Jeyagurunathan A, Satghare P, Abdin E, Vaingankar JA, Lim S, Poh CL, Chong SA, Subramaniam M. Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. Psychiatry Res. 2016;246:500-6.

15. Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S, King M. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. Br J Psychiatry. 2004;184:176-81.

16. Fortney J, Mukherjee S, Curran G, Fortney S, Han X, Booth BM. Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. J Behav Health Serv Res. 2004;31(4):418-29.

17. Kocadere M. Bipolar bozukluğu olan hastaların ve gençlerin gözünden damgalanma. 10. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi, Ankara. 2003:49-50.

18. Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Sirey JA, Salahi J, Struening EL, Link BG. Stigma as a barrier to recovery: adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. Psychiatric services. 2001;52(12):1627-32.

19. Hançer NG, ÖzdemIr N, Şahin Ş. Bipolar bozukluğu olan evli kadın hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin evlilik uyumu ve aile içi süreçler ile ilişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry. 2020;21(3).

20. Hayward P, Wong G, Bright JA, Lam D. Stigma and self-esteem in manic depression: an exploratory study. J Affect Disord. 2002;69(1-3):61-7.

21. Shibre T, Negash A, Kullgren G, Kebede D, Alem A, Fekadu A, Madhin G, Jacobsson L.. Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2001;36(6):299-303.

22. Polat A, Üçok A, Genç A, Aksüt D. Ruhsal hastalığı olan kişilerin ailelerinde stigma. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya. 2000:339-40.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

COVID-19 Pandemisinin nörogelişimsel bozukluğu olan çocuklar üzerine etkisi

The impacts of COVID-19 pandemic on children with neurodevelopmental disorder

Sezen Köse[1], Gamze Yüksel[2], Birsen Şenturk Pilan[3], Elif Tortop[2], Gökçe Anılır[2], Reyhan Çalışan[2], Begüm Yuluğ[2], Sibel Helin Tokmak[2], Burcu Özbaran[4], Zeki Yüncü[4], Serpil Erermiş[4], Tezan Bildik[4]

[1]Doç.Dr., [2]Araş.Gör., [3]Dr. Öğr. Üyesi, [4]Prof. Dr.,Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
https://orcid.org/0000-0001-6631-9549-https://orcid.org/0000-0003-3246-6801-https://orcid.org/0000-0002-4580-7655-
https://orcid.org/0000-0002-3470-6656-https://orcid.org/0000-0003-2619-1071-https://orcid.org/0000-0002-3453-2940-
https://orcid.org/0000-0001-7289-4355-https://orcid.org/0000-0003-4258-3454-https://orcid.org/0000-0002-4938-4346-
https://orcid.org/0000-0002-8893-6449-https://orcid.org/0000-0001-6242-7876-https://orcid.org/0000-0002-0032-7025

ÖZET

Amaç: COVID19 pandemisinin, nörogelişimsel bozukluğu olan çocuklar üzerine olan etkisinin Tele-Tıp uygulaması ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmada, nörogelişimsel bozukluk tanısı olan 7-18 yaş aralığındaki çocuk ve gençler değerlendirilmiştir. Randevu tarihlerinde Tele-Tıp Sistemi kapsamında telefonla aranıp kendileri ve ebeveynleriyle görüşülmüş, pandemiye uyum sürecini değerlendirmek amacıyla araştırmacıların hazırladığı anket uygulanmıştır. Pandemi öncesi ve sonrası hastalık şiddeti Klinik Global İzlenim Ölçeği ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Değerlendirilen 51 olgunun %17.6'sı kız, %82.4'ü erkektir. Yaş ortalaması 11.66±3.46 yıldır. Çalışmaya alınan olguların %51'i Otizm Spektrum Bozukluğu; %47.1'i Zihinsel Yetersizlik; %17.6'sı Özel Öğrenme Bozukluğu tanısı ile izlenmektedir. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu komorbiditesi %49 olarak saptanmıştır. Olguların %25.5'i kaygı artışı, %37.3'ü iştah ve beslenme düzeni değişikliği, %62.7'si uyku değişikliği bildirmiştir. Olguların pandemi öncesi Klinik Global İzlenim Ölçeği puanı 3.82±0.81, pandemi sürecindeki puanı 4.09±0.87 olarak değerlendirilmiştir. **Sonuç:** Covid-19 pandemisinin erken döneminde, nörogelişimsel bozukluk tanısı ile izlemde olan çocuk ve gençlerin en sık uyku düzeni değişiklikleri, iştah ve beslenme sorunları ve kaygı artışı saptanmıştır. Bulgularımızın pandemi sürecinde gelişimsel sorunları olan çocuk ve gençlere yönelik geliştirilecek psikososyal destek müdahalelerine yol gösterici olacağı düşünülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Pandemi, COVID-19, çocuk psikiyatrisi, ergen psikiyatrisi, ruh sağlığı, nörogelişimsel bozukluklar

SUMMARY

Objective: In this study, we aimed to evaluate the impact of Covid-19 pandemic on children with neurodevelopmental disorders through Tele-Medicine system. **Method:** Children aged between 7-18 years old with neurodevelopmental disorders were evaluated. On the routine control visit day, they and their parents were called by phone via the Tele-Medicine system and a questionnaire prepared by the researchers was applied to evaluate the compliance process to the pandemic. The disease severity of the cases was evaluated by the Clinical Global Impression Scale. **Results:** In our study, 17.6% of the cases were girls and 82.4% were boys. The average age is 11.66±3.46 years. In this study 51% of the cases were diagnosed with Autism Spectrum Disorder; 47.1% with Intellectual Disability and 17.6% with Special Learning Disorder. The comorbidity of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder was found to be 49%. Increased anxiety is reported by 25.5% of the cases, appetite and nutritional problems by %37.3 and sleep pattern changes by 62.7%. Pre-pandemic score of Clinical Global Impression Scale was evaluated as 3.82±0.81, and the score during the pandemic as 4.09±0.87. **Discussion:** It was found that, in the early period of the Covid-19 pandemic, the most common problems of the cases with neurodevelopmental disorder were the sleep pattern changes, appetite and nutritional problems and increased anxiety. It is thought that our findings will guide psychosocial support interventions for children and adolescents with developmental problems during the pandemic.

Key Words: Pandemic, COVID-19, child psychiatry, adolescent psychiatry, mental health, neurodevelopmental disorders

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2021;24:467-474)
DOI: 10.5505/kpd.2021.05579

Makalenin geliş tarihi: 20.11.2020, Yayına kabul tarihi: 24.04.2021

GİRİŞ

Coronavirus ailesinden SARS-CoV 2 (Ağır Akut Solunum Sendromu Virüsü) ilk olarak 31 Aralık 2019 tarihinde Çin'in Wuhan şehrinde ortaya çıkmıştır (1). Etiyolojisi 7 Ocak 2020'de aydınlatılmış ve ardından Dünya Sağlık Örgütü tarafından COVID-19 olarak isimlendirilmiştir (2). COVID-19 salgını 11.03.2020 tarihinde pandemi olarak ilan edilmiştir (3).

Pandemi dönemiyle birlikte hem çocukların hem ailelerin günlük rutinlerinde, okul ve iş hayatlarında değişiklikler başlamıştır. Çocuklar için evde eğitim süreci başlarken, bazı ebeveynler işlerini evden yönetmekte, bazıları esnek mesai düzeniyle çalışmakta, bazıları işlerini kaybedebilmektedir. Bazı aile bireyleri ise hastalık/karantina/ölüm gibi sebeplerle evden ayrılmak durumunda kalmakta ve tüm bunlar ailelerin günlük rutinlerini değiştirmektedir. Bu durum çocuklarda belirsizlik duygularını artırabilmektedir. Akranlarıyla geçirdikleri vakitle birlikte sosyal desteğin azalması da durumu zorlaştırabilmektedir. Hastalık/karantina/ölüm gibi durumlarda bakım vereninden uzak kalan çocuklar daha fazla enfeksiyon riski taşımaktadır. Ayrılıktan kaynaklanan üzüntü ve korku nedeniyle de ruh sağlığı problemlerine daha duyarlı olabilmektedirler (4). Uzun dönemli çalışmalar emosyonel ve davranışsal problemlerinin yanı sıra içselleştirme ve dışsallaştırma problemleri olan okul öncesi çocukların; ilerleyen çocukluk ve ergenlik dönemlerinde ruh sağlığı problemleri açısından daha fazla risk altında olduklarını göstermiştir (5). Sprang ve arkadaşları pandemik hastalıklar sırasında izole edilen veya karantina altına alınan çocukların akut stres bozukluğu, uyum bozukluğu ve yas geliştirebildiklerini, bu çocukların %30 'unun travma sonrası stres bozukluğu için klinik kriterleri karşıladıklarını bildirmişlerdir (6). Salgın dönemlerinde aile üyelerinden birinde etkilenme olması ve buna bağlı kayıplar da bireylerde travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon tanılarına neden olabilmektedir (7). COVID-19 pandemisi sırasında Çin'de yapılan bir çalışmaya katılanların %54'ünde ruhsal sağlığın orta-ağır düzeyde etkilendiği, genelde depresyon ve anksiyete bozukluğunun görüldüğü saptanmıştır (8).

Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO) Mart 2020'de yaptığı toplantıda okul ve üniversitelerin kapanmasından etkilenen öğrenci sayısını yaklaşık 1.37 milyar (dünya üzerinde her 4 çocuk ve gençten 3'ünü temsil etmekte) olarak bildirmiştir (9). Okulların kapanmasıyla çocuk ve gençler grup aktivitelerine, takım sporlarına, oyun alanlarına erişim sağlayamamaktadır. Birçok kişi için çocukları sadece evde güvende tutup onları meşgul etmek bile zorlayıcı bir durumdur. Düşük gelirli ve kalabalık hanelerde yaşayanlar için bu zorluklar daha da artmaktadır (10). Çalışmalar acil sağlık durumlarıyla ilişkili okul kapanma dönemlerinde çocuklara yönelik şiddetin arttığını ve çocukların daha savunmasız olup tehlikeye açık bir hale geldiğini de göstermektedir (11).

Ruh sağlığı alanındaki risklerin ve çalışmaların ön plana çıktığı bu süreçte; nörogelişimsel bozukluğu olan çocuk ve gençlerin değerlendirilmesi ayrıca önem taşımaktadır. Nörogelişimsel bozukluklarım kapsamı altında Zihinsel Yetersizlik, Otizm Spektrum Bozukluğu, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Özgül Öğrenme Bozukluğu, İletişim Bozuklukları, Motor Bozukluklar ve Tik Bozuklukları yer almaktadır (12). Nörogelişimsel bozukluklar giderek artan bir şekilde çocuklardaki morbiditenin başta gelen nedeni olarak görülmektedir. Bu durum hastalar ve aileleri için büyük acılara ve toplum için büyük maliyetlere neden olmaktadır (13). Nörogelişimsel bozukluğu olan çocukların tedavilerinde psikofarmakolojik yaklaşımların yanı sıra egzersiz programlarının (14,15) ve alanında eğitimli kişiler tarafından verilen özel eğitimin (16,17) rolü büyüktür. Bu hastalıkların hem doğası hem de bütünsel yaklaşım gerektiren tedavileri bu grubu pandemi sürecinde riskli bir grup haline getirmektedir.

Salgının yayılmasını önlemek amacıyla birçok hükümetin katı önlemler aldığı bu dönemde ebeveynler ve çocukların evde kalması da bu önlemlerin bir parçasıdır. Bu durumda nörogelişimsel bozukluklar sebebiyle özel ihtiyaçları olan küçük çocukların ele alınması aileleri ve bakıcıları için zor olabilmektedir. Genellikle bu çocuklar evde özel terapistler veya özel hastaneler ve özel eğitim merkezleri ile haftada birkaç saat özel eğitim almaktadırlar. Ancak

pandeminin başladığı dönemde, bulaşmayı önleme tedbirleri nedeniyle, hem aileler hem de nörogelişimsel bozukluğu olan çocuklar terapistleri tarafından fiziksel olarak desteklenememiş ve dışarıdaki etkinliklere katılamamışlardır (18). Ülkemizde de bu tedbirler kapsamında 16.03.2020-15.06.2020 tarihleri arasında özel eğitim kurumları 3 ay kapalı kalmıştır. Ebeveynlerin sosyal desteğinin de azalmış olması, bu süreci yönetmedeki yetkinliklerini etkileyebilmektedir (19). Hem ebeveynin hem de nörogelişimsel bozukluğu olan çocuk ve gençlerin aldığı desteğin alınan COVID-19 önlemleri kapsamında azalması, hastalık belirtilerinde de değişiklik olmasını ön gördürmektedir.

Ülke genelinde alınan önlemler gereğince; 23.03.2020 tarihinde okullar kapatılarak uzaktan eğitim sistemine geçilmiştir. Sokağa çıkma yasağı 20 yaş altı için 04.04.2020 tarihi itibariyle uygulamaya geçirilmiştir. Bu süreçte üniversitemizde de poliklinik hizmeti Teletıp şeklinde uygulanmaya başlanmıştır. Hasta ve hasta yakınları ile telefon görüşmesi aracılığıyla psikiyatrik görüşmeler yapılmıştır. Hastaların acil durum değerlendirilmeleri yapılarak tedavileri telefon aracılığıyla düzenlenmiştir. Teletıp çerçevesinde yapılan görüşmeler sırasında karantina nedeniyle hastaların bulgularında değişiklikler gözlemlenmiştir. Bu dönemde nörogelişimsel bozukluğu olan çocuk ve gençlerin özel eğitim imkanlarından, ebeveynlerinin ise sosyal destekten uzak kalması her iki tarafı da olumsuz etkileyebilmekte, ruh sağlığında bozulma riskini de beraberinde getirmektedir.

Bu çalışmada nörogelişimsel bozukluğu olan çocukların Covid-19 pandemisinin erken dönemindeki uyum sürecinin Tele-Tıp uygulaması ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışmada Üniversite hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Gelişim Polikliniği'nde takip edilen, 7-18 yaş aralığında, Haziran 2020 – Ağustos 2020 tarihleri arasında randevuları olan, çalışmaya katılmayı kabul eden 51 olgu değerlendirilmiştir. Üniversite hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları-Gelişim Polikliniği'nde 7-18 yaş aralığında nörogelişimsel bozukluk tanısı olan çocuk ve gençler takip edilmektedir. Pandemi döneminde olgular, randevu tarihlerinde Tele Tıp Sistemi kapsamında telefonla aranıp kendileri ve ebeveynleriyle görüşülerek psikiyatrik değerlendirmeleri yapılmıştır. Değerlendirme sonrası psikososyal destek verilmiş, tedavileri düzenlenmiştir. Sonrasında çalışmaya katılmayı kabul eden olgu ve ailelerine pandemi ile ilgili uyum sürecini değerlendirmek amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan anket soruları sorulmuş ve cevapları olgu veri formuna kaydedilmiştir. Klinik Global İzlenim (KGİ) ölçeği puanları kaydedilirken, pandemi öncesi dönem için mevcut hasta dosyalarındaki eski klinik değerlendirmeler, pandemi dönemi için ise Tele Tıp kapsamında yapılan psikiyatrik değerlendirme göz önüne alınmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden olgu ve ebeveyni çalışma hakkında bilgilendirilerek online olarak (whatsapp ya da mail yolu ile) çalışma için onam alınmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Kurulu'nun 10.05.2020 tarihli onayı sonrasında, Üniversite Hastanesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu tarafından da onay alınmıştır. (Karar no: 20-6T/46, Tarih:10.06.2020)

Değerlendirme Araçları

Anket: Araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. İçeriğinde hastanın yaşı, tanısı, kullandığı ilaçlar, online özel eğitim alıp almadığı, Engelli Sağlık Kurulu Raporu ile sokağa çıkıp çıkamadığı, evde kimlerle yaşadığı , evde sağlık çalışanı olup olmadığı , evde ya da yakın çevrede salgından etkilenen (COVID-19 tanısı alan aile/akraba/arkadaş) olup olmadığı , günlük rutinleri, gün içi etkinlikleri, salgınla ilgili haberleri izleme ve etkilenme düzeyi, psikiyatrik belirtilerdeki değişiklikler, uyku ve beslenme düzeni değişiklikleri, imkan olsa yapmak istediği 3 şey vb. bilgiler sorgulanarak hem sosyodemografik veriler hem de pandemi dönemine özgü veriler elde edilmiştir.

Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİ): Bir hastalığın şiddeti ile hastalık belirtilerindeki düzelmenin kli-

nisyenin klinik bilgi ve tecrübeleri doğrultusunda yaptığı derecelendirme ile değerlendirildiği bir ölçüm aracıdır. Hastalığın şiddeti ile belirtilerdeki düzelmenin derecesi, 1'den 7'ye kadar giden likert tipi bir derecelendirme üzerinde (1- normal, hasta değil, 2- sınırda hasta, 3- hafif derecede hasta, 4- orta derecede hasta, 5- belirgin derecede hasta, 6- ileri derecede hasta, 7- en ileri derecede hasta) değerlendirilir (20).

İstatistiksel Analiz

Elde edilen verilerin istatiksel analizinde SPSS 25 paket programı kullanılmıştır. Olguların sosyodemografik verileri, psikiyatrik tanıları, tedavileri anket soruları tanımlayıcı istatistiksel analiz yöntemleri-frekans analizleri ile değerlendirilmiştir. Veriler sayı ve yüzde şeklinde sunulmuştur. İstatistiksel analizler yapılmadan önce numerik değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığını değerlendirmek için Shapiro-Wilks Testi kullanılmıştır. Geçmiş ve şimdiki işlevsellik değerlendirmesinde Bağımlı Örneklem T Testi, yakın çevresinde COVID-19 geçiren birey olmasıyla şimdiki işlevsellik arasındaki ilişki için Bağımsız Örneklem T Testi kullanılmıştır. Tüm analizler için p değerinin 0.05'in altında olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Bu çalışmada değerlendirilen 51 olgunun %17.6'sı (n=9) kız, %82.4'ü (n=42) erkek cinsiyettedir. Olguların ortalama yaşı 11.66±3.46 yıldır. Olguların %70.6'sı (n=36) çekirdek ailesiyle, %23.5'i (n=12) geniş aileyle, %5.9'u (n=3) ise tek ebeveyn ile yaşamaktadır. Evde sağlık çalışanı ile birlikte yaşayan olgular tüm katılımcıların %5.9'unu (n=3) oluşturmaktadır. Olguların %5.9'unun (n=3) yakın çevresinde salgından etkilenen birey (COVID-19 tanısı alan aile/akraba/arkadaş) bulunmaktadır. Sosyodemografik veriler Tablo 1'de özetlenmiştir.

Çalışmaya alınan olgulardaki primer psikiyatrik tanılar; %51 (n=26) ile Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), %31.4 (n=16) ile Zihinsel Yetersizlikler (ZY), %15.6 (n=8) ile Özgül Öğrenme Bozukluğu (ÖÖB), %2 (n=1) ile İletişim Bozukluğudur. Olguların primer psikiyatrik tanıları ve eşlik eden komorbid tanıları Tablo 2'de özetlenmiştir.

Olguların %70.6'sı (n=36) medikal tedavi alırken, %82.4 'ünün (n=42) buna ek olarak pandemi öncesinde özel eğitim imkanlarından faydalandığı, ve sadece %3.9 (n=2) olgunun pandemi sonrasında online özel eğitim almaya devam edebildiği öğrenilmiştir. Olguların kullandığı psikotroplar, online özel eğitim imkanlarına erişim durumu, psikiyatrik tanılarını içeren engelli sağlık kurulu raporu varlığı ve bu raporla yasak sırasında sokağa çıkabilme imkanları Tablo-2'de özetlenmiştir.

Pandemi sürecinde olguların nasıl vakit geçirdiği sorgulandığında, %86.3'ünün (n=44) televizyon izlediği, %78.4'ünün (n=40) internette vakit geçirdiği, %68.6'sının (n=35) ailece yapılan etkinliklere katıldığı, %60.8'inin (n=31) bilgisayar oyunu oynadığı, %52.9'unun (n=27) ders çalıştığı, %33.3'ünün (n=17) kitap okuduğu, %31.4'ünün (n=16) hobileriyle ilgilendiği, %19.6'sının (n=10) spor yaptığı öğrenilmiştir. Sayı ve yüzdeler her etkinlik için ayrı hesaplanmıştır. Pandemi nedeniyle uygulanan kısıtlamalar sürecindeki günlük yaşam aktiviteleri, imkanları olsa en çok yapmak istedikleri etkinlikler, salgınla ilgili haberleri takip etme durumları ve ebeveynlerine göre bu haberlerden etkilenme düzeyleri Tablo 3'te özetlenmiştir.

Psikiyatrik belirtilerdeki değişikliklere bakıldığında %33.3 (n=17) belirtilerde artış, %3.9 (n=2) belir-

Tablo 1. Sosyodemografik veriler

Olgu Yaşı (Yıl)	11.66±3.46
Kız	11.22±3.80
Erkek	11.76±3.43
Olguların Cinsiyeti	N (%)
Kız	9 (17.6)
Erkek	42 (82.4)
Aile özelliği	N (%)
Çekirdek aile	36 (70.6)
Geniş aile	12 (23.5)
Tek ebeveyn	3 (5.9)
Evde Sağlık Çalışanı	N (%)
Var	3 (5.9)
Yok	48 (94.1)
Salgından Etkilenen Yakını	N (%)
Var	3 (5.9)
Yok	48 (94.1)

Tablo 2. Katılımcıların psikiyatrik tanıları ve klinik özellikleri

Primer psikiyatrik tanı	**N**	**%**
Otizm Spektrum Bozukluğu	26	51
Zihinsel Yetersizlikler	16	31.4
>Hafif Düzey Zihinsel Yetersizlik	10	19.6
>Orta Düzey Zihinsel Yetersizlik	5	9.8
>Ağır Düzey Zihinsel Yetersizlik	1	2
Özgül Öğrenme Bozukluğu	8	15.6
İletişim Bozukluğu	1	2
Komorbid tanılar		
Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu	25	49
Davranım Bozukluğu	2	3.9
Anksiyete Bozukluğu	2	3.9
Komorbid tanı yok	22	43.2
Psikotrop ilaç kullanımı		
Var	36	70.6
Yok	15	29.4
Kullanılan psikotrop ilaçlar		
Antipsikotik	12	23.5
Psikostimulan	10	19.6
Antipsikotik+Psikostimulan	9	17.6
Antipsikotik+SSRI	2	3.9
Antipsikotik+SSRI+Psikostimülan	2	3.9
Diğer	1	2.1
Özel eğitime devam oranı		
Pandemi öncesi	42	82.4
Pandemi kısıtlamaları sürecinde on-line	2	3.9
Engelli sağlık kurulu raporu		
Var	45	88.2
Yok	6	11.8
Rapor ile sokağa çıkabilme durumu		
Çıkabiliyor	24	47.1
Çıkamıyor	12	23.5
Bilgisi yok	9	17.6

*Bazı olgularda birden fazla eş tanı bulunmaktadır. Sayı ve yüzdeler her tanı için ayrı ayrı hesaplanmıştır.

tilerde azalma, %2 (n=1) daha önce olmayan belirti ortaya çıkışı bildirmiş, %60.8'i (n=31) mevcut psikiyatrik bulgularında bir farklılık bildirmemiştir.

Olgularda pandemi döneminde görülen en belirgin değişiklik sorgulandığında en çok %25.5 (n=13) ile kaygı artışı bildirilmiştir. Beslenme ve uyku alışkanlıkları ayrıca sorgulandığında %37.3 (n=19) oranında iştah ve beslenme düzeni değişikliği, %62.7 (n=32) oranında uyku değişikliği tespit edilmiştir. Olgularda pandemi döneminde gözlenen en belirgin değişiklikler ile beslenme ve uyku alışkanlıkları Tablo 4'te özetlenmiştir.

Klinisyenler tarafından Klinik Global İzlenim (KGİ) Ölçeği değerlendirilmiş olup pandemi öncesi KGİ-Şiddet puanı 3.82±0.81, pandemi sürecindeki KGİ-Şiddet puanı 4.09±0.87 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4). Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$). Hastalıktan etkilenen yakınının (COVID-19 tanısı alan aile/akraba/arkadaş) olup olmaması ve evde sağlık çalışanı olup olmaması ile KGİ puanı arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. ($p=0.12$).

TARTIŞMA

Nörogelişimsel bozukluğu olan çocuk ve gençler, uzun süreli izolasyon veya karantina etkilerine karşı daha savunmasızdırlar ve özellikle OSB'de olduğu gibi esnekliğe uyum sağlayamama ve aynılık ısrarının ayırt edici özellik olarak gözlendiği durumlarda bu yeni norma uyum sağlamakta güçlük çekebilmektedirler (12,21). Bu çalışmada, gelişimsel bozukluklar polikliniğimizde OSB, ZY ve ÖÖG tanıları ile izlenen çocukların pandemi sürecinde yaşadıkları anket aracığı ile değerlendirilmiştir.

Pandeminin kendisi ve bu süreçte bulaşı azaltma amaçlı alınan önlemler, nörogelişimsel bozukluğu olan çocuk ve gençleri, kardeşleri de dahil olmak üzere ailelerini olumsuz etkileme potansiyeline sahiptir. İş kaybı, ekonomik belirsizlik, sağlık tesislerine erişimde kısıtlılık ve erken müdahale programları için bekleme listelerinin uzatılması ile ilgili ebeveyn kaygısı, bakıcının veya ebeveynin COVID-19 salgınıyla baş etme becerisini zayıflatabilmektedir (21).

Çalışmamıza katılan olguların %51'ini (n=26)

Tablo 3. Pandemi nedeniyle uygulanan kısıtlamalar sürecinde günlük yaşam

Yapılan Etkinlikler	N	%
Televizyon izleme	44	86.3
İnternet kullanımı	40	78.4
Aile etkinliği	35	68.6
Bilgisayar oyunu	31	60.8
Ders çalışma	27	52.9
Kitap okuma	17	33.3
Hobilerle ilgilenme	16	31.4
Spor yapma	10	19.6
İmkan Olsa Yapılmak İstenen Etkinlikler		
Sokağa çıkmak	28	54.9
Okula gitmek	16	31.4
Arkadaşlarıyla vakit geçirmek	2	3.9
Diğer	4	7.8
İstek belirtmeyenler	1	2
Salgınla ilgili haber izleme		
Var	39	76.5
Yok	12	23.5
Salgınla ilgili haberlerden etkilenme düzeyi		
Hafif	13	25.5
Orta	16	31.4
Ağır	3	5.9
Etkilenmedi	7	13.7

* Sayı ve yüzdeler her etkinlik için ayrı hesaplanmıştır.

OSB, %31.4'ünü (n=16) ZY, %15.6'sını (n=8) ÖÖB, %2'sini (n=1) İletişim Bozukluğu oluşturmakta idi. DEHB %49 oranında en sık eşlik eden komorbid tanı olarak saptanmıştır. Anksiyete Bozukluğu komorbiditesi ise %3.9 olarak saptanmıştır. Literatürde de bildirildiği üzere OSB olan olguların birçoğunun eşlik eden ek psikiyatrik hastalığı vardır. Bunlar içinde en yaygın olanı Anksiyete Bozukluğu ve DEHB'dir (22). Bu olgularda iletişim yetersizliği, duyguların dile getirilmesini sınırlayabilmekte ve kaygılarının tespit edilmesini zorlaştırabilmektedir. Pandemi ortamında anksiyetenin şiddetlenmesi muhtemeldir (23). Bu çocuklarda anksiyete kendisini öfke nöbetleri ve davranım bozuklukları şeklinde gösterebilmektedir (24). Ayrıca çalışmamıza katılan olguların yaklaşık yarısında komorbid olarak görülen DEHB'de, pandeminin yarattığı günlük rutinin kaybının, kişilerarası ve sosyal etkileşim eksikliğinin ruh sağlığı sorunları için potansiyel risk faktörleri olduğu ve DEHB semptomlarını tetikleyebildiği bildirilmektedir (25). Pandeminin erken döneminde çalışmamıza katılan olgularda gözlenen değişiklikler sorgulandığında, en sık tespit edilen uyku düzeni değişikliği (%62.7), iştah ve beslenme düzeni değişiklikleri (%37.3), kaygı artışı (%25) ve sinirlilik artışıdır (%17.6). İngiltere'de COVID-19'un özel eğitim ihtiyaçları ve engelleri olan çocukların ruh sağlığını nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla 241 olgunun ailesiyle yapılan bir çalışmada ailelerden pandeminin kendileri ve çocuklarının ruh sağlığını nasıl etkilediğini kendi kelimeleriyle açıklamaları istenmiş ve sonuçlar çocuklar ve aileleri için ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Olguların %82'sini OSB olan olguların oluşturduğu çalışmada olguların %60'ında anksiyete, %44'ünde davranım problemi, %31'inde korku, %22'sinde üzüntü, %11'inde stres, %10'unda uyku değişikliği tarif edilmiştir. (Yüzdeler her bir yakınma için ayrı ayrı değerlendirilmiştir). Kayıp sözcüğünün de aileler tarafından sıkça dile getirildiği çalışmada ekonomik kaybın yanı sıra sosyal destek kaybı ve günlük rutinlerin kaybı da öne çıkmıştır (26). Çin'de yapılan bir çalışmada ebeveynlerin %53.94'ü çocuklarının odaklanma becerilerinde kötüleşme, %67.22'si sinirlilik artışı, %56.02'si günlük rutinde bozulma bildirmiştir (25). Bizim bulgularımız arasında yer alan sinirlilik artışı, uyku/beslenme alışkanlıkları gibi günlük rutinlerdeki değişiklikler de yazınla uyum göstermektedir (25).

Ülkemizde bulaşı önleme amaçlı alınan tedbirler kapsamında 16.03.2020-15.06.2020 tarihleri arasında özel eğitim kurumları 3 ay kapalı kalmıştır. Bizim çalışmamızın yürütüldüğü Haziran 2020 - Ağustos 2020 tarih aralığı, hemen öncesinde bu kurumların kapalı olduğu sürecin etkilerini değerlendirme fırsatı sunmuştur. Özel eğitim

Tablo 4. Pandemi dönemi değişiklikleri

Görülen en belirgin değişiklik	**N (%)**
Kaygı artışı	13 (25.5)
Sinirlilikte artış	9 (17.6)
İştahta artış	9 (17.6)
Uykuda azalma	2 (3.9)
Diğer	12 (23.5)
Değişiklik yok	6 (11.8)
İştah	**N (%)**
Artma	10 (19.6)
Azalma	8 (15.7)
Beslenme düzeninde değişiklik	1 (2)
Değişiklik yok	32 (62.7)
Uyku	**n (%)**
Artış	3 (5.9)
Azalma	7 (13.7)
Uyku düzeninde değişiklik	22 (43.1)
Değişiklik yok	19 (37.3)
KGİ-Şiddet	**Puan**
Pandemi öncesi	3.82±0.81
Pandemi sürecinde	4.09±0.87

* Ailelere öncelikle olgularda pandemi sürecinde gözlenen en belirgin değişiklik sorulmuştur. Sonrasında uyku ve iştah değişiklikleri ayrıntılı olarak sorulduğunda daha fazla olguda bu rutinlerde değişiklik olduğu saptanmıştır.

imkanlarına erişimin azalması nörogelişimsel bozukluğa sahip çocuk ve ailelerini zorlayan önemli etkenler arasındadır. Bu merkezler genellikle güvenlik, aşinalık, istikrar ve yapılandırılmış bir rutin sağlamakta; iletişim ve toplumsal becerileri içeren adaptif becerilerin gelişimini desteklemektedir (27,28). Bu hizmetlere erişimin kısıtlanmasının sonucu olarak, nörogelişimsel bozukluğa sahip çocukların gelişimi duraksayabilmekte hatta regresyon gösterebilmektedir (29). İtalya'da İletişim ve Öğrenme Bozuklukları Merkezi'nde pandemi sürecinde online konuşma ve öğrenme terapisi uygulanan olguların iletişim ve öğrenme becerilerinde iyileşme bildirilmiştir (30). Ancak bu online özel eğitim imkanlarına erişebilirlik tüm popülasyon için aynı olmamaktadır. Bizim olgularımızın %82.4'ü pandemi öncesi özel eğitimden faydalanabiliyorken, pandemi sonrasında özel eğitim kurumlarının kapalı olduğu 3 aylık süre zarfında yalnızca %3.9'unun online olarak özel eğitim alabildiği öğrenilmiştir.

Pandeminin beraberinde getirdiği zorluklar ve olumsuzluklar literatürün odağı durumundadır. Ancak 8.000 OSB'li çocuk ebeveyni ve 600 OSB'li yetişkinin katıldığı ABD merkezli bir anket çalışması ise, yoğun stres ve karışıklığa rağmen pandemiyle başa çıkma konusunda bazı olumlu deneyimlerin yaşandığını ortaya koymaktadır: kaliteli vakit geçirme, hobilere ve aileye daha fazla zaman ayırma, sosyal medya ve haberlerde sınırlama, sakinleştirici faaliyetlerin keşfi, yavaş bir tempoda sanal sosyal bağlantı, eğitim ve sağlık hizmetlerine uyum. Bununla birlikte, bu anketleri yanıtlayanların daha iyi kaynaklara sahip olma olasılığı ve genel olarak OSB nüfusunu temsil etmediği de belirtilmiştir (31,32). Bizim çalışmamızda olguların pandemi sürecinde evde nasıl vakit geçirdiği sorgulandığında %86.3'ünün televizyon izlediği, %78.4'ünün internette vakit geçirdiği, %68.6'sının ailece yapılan etkinliklere katıldığı, %60.8'inin bilgisayar oyunu oynadığı, %52.9'unun ders çalıştığı, %33.3'ünün kitap okuduğu, %31.4'ünün hobileriyle ilgilendiği, %19.6'sının spor yaptığı öğrenilmiştir. (Sayı ve yüzdeler her etkinlik için ayrı hesaplanmıştır)

Çalışmanın kısıtlılığı, çalışmanın Teletıp aracılığıyla pandemi şartlarında yapılması nedeniyle verilere erişimin sınırlı olmasıdır. Görüşmenin telefonda olmasından kaynaklı çalışmaya katılma motivasyonu azalmış ve bu nedenle verilerin toplanması aşamasında güçlükler yaşanmıştır. Ancak Teletıp sistemi, hem pandemi sebebiyle getirilen kısıtlamalar hem de ailelerin bu dönemde hastaneye gelmeye çekinmeleri sebebiyle çocukların izleminin durmasının önüne geçmiştir. Ruh sağlığı hizmetlerinin bu hastalara ulaştırılmasını sağlamış ve pandemi döneminde artan ruh sağlığı problemlerine erken müdahale imkanı tanımıştır.

Literatür tarandığında pandemi döneminde nörogelişimsel bozukluğu olan çocuk ve gençlerin Teletıp aracılığıyla değerlendirildiği az sayıda çalışma olduğu dikkat çekmiştir. Çalışmamızda nörogelişimsel bozukluğu olan çocuk ve gençler bütüncül bir yaklaşımla ele alınmış olup, ruh sağlıklarının olumsuz etkilendiği, kısıtlamanın uygulandığı ilk 3 aylık dönemde özel eğitim imkanlarından yeterince faydalanamadıkları, günlük rutinlerinin bozulduğu, uyku ve beslenme düzenlerinin değiştiği tespit edilmiştir. Çalışmamızın nörogelişimsel bozukluğu olan çocuk ve gençlerin pandemi dönemindeki ruhsal sorunlarına ve bu dönemdeki ek psikososyal müdahale ihtiyacına ışık tutacağı ve bu alanda literatüre katkı sağlayacağı ön görülmektedir.

Çalışmamız kesitsel bir çalışma olup Teletıp görüşmelerinin etkinliğini değerlendirmemiştir. İlerideki çalışmalarda Teletıp etkinliğinin de değerlendirilebileceği izlem çalışmalarının yapılmasının alana katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Yazışma Adresi: Doç. Dr. Sezen Köse, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye sezengokcen@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Lu H, Stratton CW, Tang Y-W. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. J Med Virol 2020; 92(4):401-2.

2. World Health Organization. WHO Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020. https://www.who.int/directorgeneral/speeches/detail/ who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020. Erişim tarihi: 24 Mart, 2021

3. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the Mission briefing on COVID-19 - 12 March 2020. https://www.who.int/directorgeneral/speeches/detail/ who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mission-briefing-on-

covid-19---12-march-2020. Erişim tarihi: 24 Mart, 2021

4. Liu JJ, Bao Y, Huang X, Shi J, Lu L. Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. Lancet Child Adolesc Health 2020; 4(5):347-9.

5. Bornstein MH, Hahn C-S, Suwalsky JTD. Developmental Pathways among Adaptive Functioning and Externalizing and Internalizing Behavioral Problems: Cascades from Childhood into Adolescence. Appl Dev Sci. 2013; 17(2):76-87.

6. Sprang G, Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. Disaster Med Public Health Prep 2013; 7(1):105-10.

7. Stikkelbroek Y, Bodden DHM, Reitz E, Vollebergh WAM, van Baar AL. Mental health of adolescents before and after the death of a parent or sibling. Eur Child Adolesc Psychiatry 2016; 25(1):49-59.

8. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, vd. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. Int J Environ Res Public Health 2020; 17(5).

9. UNESCO. 1.37 billionstudentsnow home as COVID-19 school closures expand, ministers scale up multimedia approaches to ensure learning continuity. https://en.unesco.org/news/137-billion-students-now-home-covid-19-school-closures-expand-ministers-scale-multimedia. Erişim tarihi: 29 Mart, 2021

10. Cluver L, Lachman JM, Sherr L, Wessels I, Krug E, Rakotomalala S, vd. Parenting in a time of COVID-19. Lancet Lond Engl 2020; 395(10231):e64.

11. Ebola: Beyond the Health Emergency Plan International. https://planinternational.org/publications/ebola-beyond-health%C2%A0emergency. Erişim tarihi: 24 Mart, 2021

12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th. Arlington VA. American Psychiatric Association; 2013.

13. Jeste SS. Neurodevelopmental behavioral and cognitive disorders. Contin Minneap Minn 2015; 21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry):690-714.

14. Tomporowski P. Cognitive and Behavioral Responses to Acute Exercise in Youths: A Review. Pediatr Exerc Sci 2003; 15:348-59.

15. Baranek GT. Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism. J Autism Dev Disord 2002; 32(5): 397-422.

16. Kaufman J, Landrum T. Educational service interventions and reforms, in Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities. Editör Jacobson JW, Mulick JA, Rojahn J. Springer US; 2007, pp. 173-88.

17. Kaufman J, Mock D, Tankersley M, Landrum T. Effective service delivery models, in Evidence-Based Interventions for Students with Learning and Behavioral Challenges. Editör Morris RJ, Mather N. 1st edition. New York: Routledge; 2007. pp. 359-78.

18. Narzisi A. Handle the Autism Spectrum Condition During Coronavirus (COVID-19) Stay At Home period: Ten Tips for Helping Parents and Caregivers of Young Children. Brain Sci 2020; 10(4):207.

19. Drogomyretska K, Fox R, Colbert D. Brief Report: Stress and Perceived Social Support in Parents of Children with ASD. J Autism Dev Disord 2020; 50(11):4176-82.

20. Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. Rev. 1976. Rockville, Md: U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs; 1976, pp. 218-222

21. Smile SC. Supporting children with autism spectrum disorder in the face of the COVID-19 pandemic. CMAJ 2020; 192(21):E587-E587.

22. Psychiatric Times. Recognizing and Treating Comorbid Psychiatric Disorders in People With Autism. https://www.psychiatrictimes.com/view/recognizing-and-treating-comorbid-psychiatric-disorders-people-autism. Erişim tarihi: 24 Mart, 2021

23. Taha S, Matheson K, Cronin T, Anisman H. Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety: the case of the 2009 H1N1 pandemic. Br J Health Psychol 2014; 19(3):592-605.

24. Lim T, Tan MY, Aishworiya R, Kang YQ. Autism Spectrum Disorder and COVID-19: Helping Caregivers Navigate the Pandemic. Ann Acad Med Singapore 2020; 49(6):384-6.

25. Zhang J, Shuai L, Yu H, Wang Z, Qiu M, Lu L, vd. Acute stress, behavioural symptoms and mood states among school-age children with attention-deficit/hyperactive disorder during the COVID-19 outbreak. Asian J Psychiatry 2020; 51:102077.

26. Asbury K, Fox L, Deniz E, Code A, Toseeb U. How is COVID-19 Affecting the Mental Health of Children with Special Educational Needs and Disabilities and Their Families? J Autism Dev Disord 2020; doi: 10.1007/s10803-020-04577-2 [Epub ahead of print]

27. Lee J. Mental health effects of school closures during COVID-19. Lancet Child Adolesc Health 2020; 4(6):421.

28. Yahya AS, Khawaja S. Supporting Patients With Autism During COVID-19. Prim Care Companion CNS Disord 2020; 22(4).

29. Kong M. What COVID-19 means for non-neurotypical children and their families. Pediatr Res 2021; 89(3):396-7.

30. Sarti D, De Salvatore M, Gazzola S, Pantaleoni C, Granocchio E. So far so close: an insight into smart working and telehealth reorganization of a Language and Learning Disorders Service in Milan during COVID-19 pandemic. Neurol Sci Off J Ital Neurol Soc Ital Soc Clin Neurophysiol 2020; 41(7):1659-62.

31. SPARK for Autism. COVID-19 and its Impact on the SPARK ASD Community. http://sparkforautism.org/discover/covid-19-impact-asd. Erişim tarihi: 24 Mart, 2021

32. Ameis SH, Lai M-C, Mulsant BH, Szatmari P. Coping, fostering resilience, and driving care innovation for autistic people and their families during the COVID-19 pandemic and beyond. Mol Autism 2020; 11(1):61.

The levels of anxiety, depression and alexithymia ın ındividuals diagnosed with diabetes and the affecting factors

Diyabet tanılı bireylerin anksiyete, depresyon, aleksitimi düzeyleri ve etkileyen faktörler

Arife Zühal Değirmencioğlu[1], Leyla Baysan Arabacı[2], Nalan Gordeles Beser[3]
[1]Assis. Prof., Niğde Ömer Halisdemir University Faculty of Medicine, Nigde, Turkey https://orcid.org/0000-0003-4900-1699
[2]Prof., İzmir Katip Çelebi University Faculty of Health Sciences Department of Psychiatric Nursing, Izmir, Turkey https://orcid.org/0000-0002-0314-6350
[3]Assoc. Prof., Niğde Ömer Halisdemir University Niğde Zübeyde Hanım School of Health Department of Psychiatric Nursing, Nigde, Turkey https://orcid.org/0000-0001-6054-0437

SUMMARY

Objective: This study aims to determine the levels of anxiety, depression and alexithymia in individuals diagnosed with diabetes and the affecting factors. **Method:** The study consisted of 208 patients aged 18 and over diagnosed with diabetes that have been receiving relevant treatment for at least 6 months and had no other chronic diseases. The patients had been registered in the internal medicine outpatient department of a training and research hospital for follow-up between January 15 and June 30, 2018 and had agreed to participate in the study. **Results:** In the study 61.1% of the patients were females, 57.7% were between 45-64 years old and 81.3% were married. A moderate-level of anxiety and alexithymia as well as a low-level of depression were found in the patients who reported adverse changes in their lives following the diagnosis of diabetes. A statistically significant relationship was found between the levels of anxiety, depression and alexithymia in the patients ($p<0.001$). **Discussion:** Patients diagnosed with diabetes should be regularly assessed for psychological distress such as anxiety, depression and alexithymia, as well as physical symptoms. Health professionals, especially nurses should support diabetic patients in developing strategies to cope with and manage these health problems.

Key Words: Anxiety, Alexithymia, Depression, Diabetes

ÖZET

Amaç: Diyabet tanısı alan bireylerin, anksiyete, depresyon ve aleksitimi düzeyleri ile bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı nitelikteki araştırma örneklemi evreni bilinmeyen örneklem belirleme yöntemi ile 195 olarak hesaplanmış ve buna göre,15 Ocak-30 Haziran 2018 tarihleri arasında, bir eğitim araştırma hastanesinin iki dahiliye polikliniğine kontrol amacıyla başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden, en az 6 aydır diyabet tanısıyla tedavi olan ve başka kronik bir hastalığı olmayan, 18 yaş üstü 208 diyabet tanılı hastaya ulaşılmıştır. **Bulgular:** Hastaların %61.1'inin kadın, %57.7'sinin 45-64 yaş arasında ve %81.3'ünün evli olduğu bulunmuştur. Diyabet tanısı sonrası yaşamlarında olumsuz yönde değişiklikler yaşadığını belirten hastalarda orta düzeyde anksiyete ve aleksitimi, düşük düzeyde de depresyon belirtileri tespit edilmiştir. Hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile aleksitimi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) **Sonuç:** Diyabet tanılı hastalarda, fiziksel semptomlar ve bunların yönetimi kadar anksiyete, depresyon, aleksitimi gibi ruhsal sıkıntılar da düzenli olarak değerlendirilmeli ve hastalar bu sorunlarla başetme stratejileri geliştirebilmeleri için sağlık çalışanları özellikle hemşireler tarafından desteklenmelidir.

Anahtar Sözcükler: Diyabet, Anksiyete, Depresyon, Aleksitimi

(Turkish J Clinical Psychiatry 2021;24:475-480)
DOI:10.5505/kpd.2021.39259

The arrival date of article: 03.12.2020, Acceptance date publication: 22.05.2021

INTRODUCTION

Diabetes mellitus (diabetes) is a systemic, chronic, metabolic disease (1,2). Disability, weakness, and stress in the work and home environment negatively affect the health of diabetic patients, causing furt-her increases in blood glucose levels accelerating tissue and organ damage (1,2,3). Individuals diagnosed with diabetes do not only experience physical problems. Studies report that individuals diagnosed with diabetes also have psychological problems which increase the physical symptoms of diabetes (4,5,6,8,9). A study conducted to determine the levels of anxiety and depression in diabetic patients found that 30.8% and 51.1% of the patients obtained scores above the threshold of anxiety and depression subscales, respectively (7). Therefore, it is necessary to assess patients diagnosed with diabetes using a holistic approach. Existing and potential physical, psychological and social problems in patients should be evaluated starting from the onset of the disease with individual care plans and treatment program specific for each patient initiated. Psychosocial problems patients experience can only be determined by interviewing them. However, individuals with chronic illnesses, especially those with diabetes, often cannot identify their feelings because of the physical symptoms they experience. This is explained by the concept of "alexithymia" in the literature (10). Studies report that alexithymic individuals call for help using physical symptoms, because they cannot describe their feelings (10,11,12,13). Studies show that difficulty in understanding and expressing feelings by patients with alexithymia also makes it difficult to manage chronic diseases and increases psycho-social problems. It is important for patients with diabetes to manage the physical symptoms and to cope with the emotions and disability caused by the disease. Therefore, an evaluation of alexithymia and its relation to depression-anxiety level in chronic diseases will guide health professionals in holistic care and treatment of individuals, especially in diabetes where psychosocial variables are known to affect the disease prognosis. This study was conducted to evaluate the presence of alexithymia in adult patients diagnosed with diabetes and its relationship to depression-anxiety level as well as the affecting factors.

METHODS

The sample of this cross-sectional, correlational and descriptive study consisted of 208 adult patients diagnosed with diabetes. These patients were registered in eight internal medicine outpatient units of a training and research hospital in a province in Central Anatolia region of Turkey between January 15 and June 30, 2018. The study sample size was calculated using the sampling method for an unknown population. Considering possible absentees, the study consisted of 208 patients aged 18 and over diagnosed with diabetes that have been receiving relevant treatment for at least 6 months and had no other chronic diseases. The University's Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee approved the study (Decision No. 2017/12-03, dated: November 30, 2017). The hospital where the research was conducted gave permission.

Data were collected using the following four data collection tools.

Personal Information Form (PIF): This form was consisted of 17 questions to determine the patients' socio-demographic characteristics and the effects of the chronic disease on the patients.

Beck Depression Inventory (BDI): The BDI was developed by Beck et al. (1961), and the Turkish validity and reliability of the scale was developed by Nesrin Hisli Şahin (14). This 21 item self-report scale evaluated the effects of depression on an individual. The reliability coefficient of the scale for this sample was found to be 0.906.

Beck Anxiety Inventory (BAI): The BAI was developed by Beck et al. (1988), and the Turkish validity and reliability of the scale was developed by Ulusoy et al. (1998) (14). This was a self-assessment scale used to determine the frequency of anxiety symptoms experienced by individuals. The reliability coefficient of the scale for this sample was found to be 0.923.

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): The TAS-20 was developed by Taylor et al. (1992), and the

Table 1: Distribution of Anxiety, Depression and Alexithymia Point Averages of Patients

	X–sd	Median	Minimum	Maximum
Depression	16.95–10.7	16.00	0.00	42.00
Anxiety	35.83–10.7	33.00	21.00	70.00
Difficulty Identifying Feelings	16.18– 5.2	16.00	7.00	30.00
Difficulty Describing Feelings	14.55– 3.0	15.00	5.00	23.00
Externally-Oriented Thinking	24.55– 5.4	25.00	8.00	36.00
Alexithymia	55.26– 9.2	56.00	20.00	79.00

Turkish validity and reliability of the scale was developed by Güleç et al. (2009) (11,15). The cutoff score of the scale was found to be 61. High scores on the scale indicate high level of alexithymia. The reliability coefficient of the scale for this sample was found to be 0.679.

The descriptive statistics, Kruskal Wallis, Mann Whitney U and Pearson Correlation tests and regression were used in the statistical analysis of the data.

RESULTS

Among the participants, 61.1% were females, 57.7% were between 45-64 years old and 81.3% were married. In addition, 55.8% were living in city centers, and 45.2% were primary school graduates. Twenty-six percent of the participants were employed and 60.5% were of a middle-income status. Moreover, 93.3% were diagnosed with Type II diabetes.

The patients' mean depression, anxiety and alexithymia scores were 16.95±10.7, 35.83±10.7, and 55.26±9.2 respectively (Table 1).

A strong positive relationship was found between the patients' anxiety mean score and the mean scores on the subscales of "difficulty identifying feelings" and "difficulty describing feelings"($p<0.001$). In addition, a strong positive relationship was found between the patients' depression mean score and the mean scores on the subscales of "difficulty identifying feelings" and "difficulty describing feelings"($p<0.001$) (Table 2).

Female diabetic patients were found to experience significantly more anxiety symptoms and have a higher level of alexithymia, whereas male diabetic patients were found to experience significantly more depression symptoms. The following patients were found to experience significantly more anxiety and depression symptoms ($p<0.05$): illiterate and divorced patients, housewives, and Type I diabetics, patients who received support from relatives (sibling, mother and father), patients who reported lower job performance, patients who quit their jobs, patients who had financial difficulty, patients who had communication problems with their family, patients who could not fulfill their responsibilities within the family, and patients who had poor mental health and quality of life. When the anxiety and depression level of the patients and the variables compared; the marital status (VIF = 3,025) and disease due to illness (VIF = 1,327) was found to be major variables affecting the level of anxiety ($p < 0.05$) and type of diabetes (VIF = 1.325), who giving the patient care (VIF = 2,894), had to quit the job (VIF = 1,327) (VIF = 1,361), and the problem of communicating with his wife (VIF = 1.361)

Table 2: The Relationship between Patient's Anxiety Scale,Depression Scale, and Alexithymia Subscale Averages

		Anxiety	Depression	Alexithymia	*Difficulty Identifying Feelings*	*Difficulty Describing Feelings*	*Externally-Oriented Thinking*
Anxiety	Pearson Correlation		.543**	.186**	.490**	.087	-.208**
	Sig. (2-tailed)		.000	.007	.000	.213	.003
	N		208	208	208	208	208
Depression	Pearson Correlation	.543**		.188**	.461**	.148*	-.215**
	Sig. (2-tailed)	.000		.007	.000	.033	.002
	N	208		208	208	208	208

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

were found to be major variables affecting depression level ($p<0.05$)

The following patients were found to have higher alexithymia mean scores, but these differences were not statistically significant ($p>0.05$): illiterate patients, patients working in the private sector, single patients, patients diagnosed with Type I diabetes, patients who received support from their spouses, patients who reported lower job performance, patients who quit their jobs, patients who had financial difficulties, patients who had communication problems with their family, patients who could not fulfill their responsibilities within the family, and patients who had poor mental health and quality of life.

however, these point differences were found to be statistically significant only in patients who had a partial economic distress, who had difficulty communicating with their spouses and children, and partially fulfilled their responsibilities in the family ($p>0.05$). In the regression analysis; profession (VIF = 2,853), where he lived (VIF = 1,191), family type (VIF = 1,180) and fulfill the responsibility in the family status (VIF = 1.599) was found to be major variables affecting alexithymia ($p <0.05$).

DISCUSSION

According the results; the participants diagnosed with diabetes had low depression mean score, but moderate anxiety mean score. Their alexithymia mean score was slightly below the cut-off point (61), which indicated a moderate level of alexithymia. Similarly, Chatziet al. (2009) conducted a study on patients with and without diabetes, and found that diabetic patients' depression mean score (8.5 ± 11.9) was below the average, their alexithymia total score (48.3 ± 11.9) was slightly below the cut-off score (6). According to this finding, depression symptoms are not common in diabetic patients, but they may have alexithymia characteristics. However, there are study results that are in conflict with these findings. Some studies report that individuals diagnosed with diabetes have diabetes-induced psychological distress, anxiety, alexithymia, and depression symptoms (16,17).

The presence of different results in different studies may be due to individual characteristics of patients and cultural factors in different populations. Although the findings from various studies are different, all study results show that diabetic patients have moderate anxiety and alexithymia symptoms, and low levels of depression. In support of this idea, Nichols and Brown (2003) found the prevalence of depression to be 11.2% in diabetic patients (17). Gülseren et al. (2002) determined that the rate of having depression and anxiety was higher in Type I diabetic patients than Type II patients (5). Zenteno and Cardiel (2002) found that 33% of individuals with Type II diabetes had depression (18). Avcı and Kelleci (2016) reported that the alexithymia mean score of patients with Type II diabetes was 56.92 ± 9.05 (13).

A strong positive relationship was found between the diabetic patients' BAI and BDI mean scores and mean scores on TAS-20 total scale and the subscales of "difficulty identifying feelings (TAS-1)" and "difficulty describing feelings (TAS-2)"($p<0.001$). Accordingly, as the levels of anxiety and depression increased, the difficulty in identifying and describing feelings increased and the ability of externally-oriented thinking decreased. Studies also report that as the anxiety and depression mean scores increase, the mean scores on alexithymia total scale and two subscales (difficulty identifying feelings and difficulty describing feelings) increase, whereas the mean score on alexithymia scale (externally-oriented thinking) decreases (6,15).

Avcı and Kelleci (2016) found a significant association between alexithymia, anxiety and depression (13). Topsever el al (2006) state that diabetes is associated with alexithymia and alexithymic diabetic individuals lose their ability to regulate body signals and feelings which makes them prone to perceive stress (19). Alexithymic individuals have difficulty in identifying and describing their feelings and are less able to perceive and cope with stress, consequently they are also known to have increased levels of alexithymia in case of a disease (20). Accordingly, there may be a vicious cycle between anxiety, diabetes and alexithymia. If a diabetic patient fails to cope with stress, they perceive a high level of stress causing anxiety, have difficulty in identifying, distinguishing and describing their

feelings, and therefore cannot regulate blood glucose levels. As a result, the functionality of the individual with an increased blood glucose level is impaired and they suffer from loss of power, causing the individual to have more stress resulting in a vicious cycle.

Female diabetic patients were found to experience significantly more anxiety symptoms and have higher levels of alexithymia, whereas male diabetic patients were found to experience significantly more depression symptoms. However, other studies in this area indicate that female diabetic patients are more likely to experience both anxiety and depression symptoms. Sönmez and Kasım (2013) found that women with diabetes had higher anxiety and depression mean scores (21). Gülseren et al (2001) determined that the incidence of anxiety and depression was higher in women with diabetes (21). Similar to the present study, Topsever et al (2006) reported that female diabetic patients had significantly higher alexithymia mean scores(19).

On the other hand, diabetic patients who are illiterate, housewives, divorced, Type I diabetics and those who received support from relatives were found to experience significantly more anxiety and depression symptoms ($p<0.05$). Additionally, diabetic patients who reported lower job performance, quit their jobs, experienced financial difficulty or communication problems were found to experience significantly more anxiety and depression symptoms ($p<0.05$), as well as patients who could not fulfill family responsibilities and had poor mental health and quality of life. In regression analysis, it has been found that for the anxiety of the marital status due to the disease, the type of diabetes, who takes care of the patient, the state of cessation and the problem of communication with his wife are the major variable for depression. This result indicates that the loss of spouse and job, inability to fulfill responsibilities and economic difficulties during the disease process cause diabetic patients to experience more stress, more inability to cope with problems, more anxiety and depression due desperation and other disease-induced problems. Some studies also report that the disability and possible loss in work and domestic life adversely affects the quality of life and mental health in patients with diabetes and other chronic diseases (7,8,12). Similarly, Adakan et al (2017) found a higher anxiety mean score in patients with low income level and a higher depression mean score in patients with low education levels (1). Sönmez et al. (2013) conducted a study on diabetic patients, and reported that as the education level of patients increased their depression scores decreased (21).

In addition, diabetic patients who were illiterate, working in private sector, single, Type I diabetic, receiving support from their spouses, and who reported lower job performance were found to have higher alexithymia mean scores. Additionally, diabetic patients who quit their jobs, had financial difficulties, communication problems or could not fulfill responsibilities within their family, who had poor mental health and quality of life were found to have higher alexithymia mean scores, but these differences were not statistically significant ($p>0.05$). In the regression analysis; it was found that the profession, the place where he lived, the type of family and the fulfillment of responsibility within the family were the major variables affecting alexithymia. Studies emphasize the importance of cognitive functions in alexithymia, which is defined as emotional blindness. They also stated that psychological distress due to low levels of education, lack of social support, disability and disease-induced negative changes in individuals' lives negatively affects cognitive functions. Therefore, it is more likely that alexithymia symptoms are observed in illiterate patients, single patients who try to cope alone with disease-induced problems, and patients who lose their financial and moral support or experience economic losses due to the disease. Similarly, Stingl et al. (2018) compared diabetic patients with normal populations, and found a higher level of alexithymia in patients with diabetes (22). In addition, Yiğitbaş (2017) reported that as the level of general, physical, mental and emotional health perception decreased in the elderly, their alexithymia mean scores increased (23). Similarly, Mattila et al. (2006) found that individuals with low level of general health perception had a higher alexithymia mean score (20).

CONCLUSION

As a result of study; statistically significant relation-

ship was found between the levels of anxiety, depression and alexithymia in diabetic patients. Diabetic patients who were female, illiterate, Type I diabetics, who reported lower job performance or quit their jobs were found to have higher anxiety, depression and alexithymia symptoms. Additionally, diabetic patients who had financial difficulty, communication problems or could not fulfill responsibilities with family members, had poor mental health and quality of life were found to have higher anxiety, depression and alexithymia symptoms.

Correspondence address: Assis. Prof. Arife Zuhal Degirmencioglu, Niğde Ömer Halisdemir University Faculty of Medicine, Nigde, Turkey nalanbeser@hotmail.com

REFERENCES

1. Adakan F, Vural R, Şahintürk Y, Boylubay ŞM, Yılmaz Ü, Kulaksızoğlu B, Yeşil B, Ünal A. Diyabetik ve non-diyabetik kişilerde sosyo-demografik ve klinik faktörlerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisi. Konuralp Tıp Dergisi 2017; 9(2):96-105. DOI: 10.18521/ktd.289610

2. Uygur MM, Gogas Yavuz D. Diyabet tanısı ve sınıflandırılması. Turkiye Klinikleri J NutrDiet-Special Topics 2017;3(3):120-9.

3. Eren İ, Erdi Ö, Özcankaya R. Tip 2 diyabetik hastalarda kan şekeri ve psikiyatrik bozuklukların ilişkisi. Türk Psikiyatri Derg 2003; 14:184–191

4. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren F, Bodur Z, Kültür S. Diyabetes mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yeti yitimi ve yaşam kalitesi. Türk Psikiyatri Derg 2001; 12:89-98.

5. Gülseren Ş, Böncü B, Aydemir Ö, Kültür S. Tip I ve Tip II diabetes mellituslu hastalarda anksiyete ve depresyon. 3P Dergisi 2002; 10:59-64.

6. Chatz L, Bitsios P, Solidaki E, Christou I, Kyrlaki E, Sfakianaki M, Kogevinas,M, Kefalogiannis N, Pappas A. Type 1 diabetes is associated with alexithymia in nondepressed, non-mentally ill diabetic patients: A case-control study. Journal of Psychosomatic Research 2009; 67.307–313. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.04.011

7. Bahar A, Sertbaş G, Sönmez A. Diyabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. Anatolian Journal of Psychiatry 2006; 7:18-26

8. Kızıltaş Ö, Arslan İ, Tekin O, Fidancı İ, Kızıltaş B, Kuzulu A, Çelik M, Çiğdem E. Tip 2 Diyabet Hastalarında psikolojik belirtilerin incelenmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2016; 8(3) 187-194.https://doi.org/10.18521/ktd.284654

9. Buzlu S. Diyabetin psikososyal yönü. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2009; 12(45).

10. Ira M, Lesser E.M. A review of the alexithymia concept. Psychosom Med. 1981; 43:531-543.

11. Taylor GJ, Bagby RM, Parker J D A. The revised Toronto alexithymia scale: some reliability, validity, and normative data. Psychother Psychosom 1992; 57:34-41.DOI: 10.1159/000288571 ,

12. Asi Karakaş S, Yılmaz Karabulutlu E, Çevik Akyıl R, Erdem N, Bahçecioğlu Turan G. Hipertansiyon ve astım hastalarında aleksitimi ve sosyal desteğin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi .2016; 7(2):68–74.Doi: 10.5505/phd.2016.40085.

13. Avcı M, Kelleci M. Alexithymia in patients with type 2 diabetes mellitus: the role of anxiety, depression, and glycemic control. Patient Preference and Adherence . 2016;1271–1277.doi.org/10.2147%2FPPA.S110903

14. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Hekimler Yayın Birliği. 2009;93-335

15. Güleç H, Köse S, Güleç MY, Çıtak S, Evren C, Borckardt J, Sayar S. Reliability and factorial validity of theTurkish version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2009; 19:214-220

16. Motan İ, Gençöz T. Aleksitimi boyutlarının depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilişkileri. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007;18(4):333-343

17. Nichols GA, Brown JB. Unadjusted and adjusted prevalence of diagnosed depression in Type 2 diabetes. DiabetesCare 2003; 26:744-749. DOI:10.2337/diacare.26.3.744

18. Zenteno J.FT, Cardiel M.H. Risk factors associated with depression in patients with Type 2 diabetes mellitus. Arch Med Res. 2002; 33:53-60.

19. Topsever P, Filiz TM, Salman S., Sengül A, Saraç E, Topallı R, Gorpelioğlu S, Yılmaz T. Alexithymia in diabetes mellitus. Scottish Medical Journal. 51 (3): 15-20. https://doi.org/10.1258%2FRSMSMJ.51.3.15

20. Mattila A K, Salminen J K, Nummi T, Joukamaa M. Age is strongly associated with alexithymia in the general population. J Psychosom Res. 2006; 629-35. http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.04.013

21. Sönmez B, Kasım İ. Diabetes mellitus'lu hastaların anksiyete, depresyon durumları ve yaşam kalitesi düzeyleri. Türk Aile Hek Derg. 2013;(3):119-124.

22. Stingl M, Naoundorf K, Felde, L, Hanewal B. Alexithmia in type I and type II diabetes. Intervention in Obesity&Diabetes 2018; 1(3). 3DOI:10.31031/IOD.2018.01.000512.

23. Yiğitbaş Ç. Altmışbeş yaş üstü kadınlarda aleksitimi. Fırat Med J. 2017;22 (4): 181-186

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanılı hastalarda komorbidite ve işlevsellik ile ilişkili faktörler

The related factors with functionality and the comorbidity in the patients with adult seperation anxiety disorder

Mahmut Onur Karaytuğ[1], Lut Tamam[2], Mehmet Emin Demirkol[3], Zeynep Namlı[1], Mahmut Gürbüz[4]
[1]Öğr. Gör..Dr., [2]Prof. Dr., [3]Doç.Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-6338-2195-https://orcid.org/0000-0002-9750-7531-https://orcid.org/0000-0003-3965-7360-https://orcid.org/0000-0001-8954-5901
[4]Uzm.Dr., St. Elisabeth Krankenhaus Klinik Fur Psychiatrie Und Psychotherapie, Hattingen, Almanya
https://orcid.org/0000-0002-2686-2501

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (YAAB) tanılı hastalarda psikiyatrik ek tanı sıklığını tespit etmek ve intihar düşüncesi ile işlevsellik üzerine etkisini araştırmaktır. **Yöntem:** Çalışmanın örneklemini YAAB tanısı konulan 107 kişi oluşturuyordu. Hastalarla DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV) temelli görüşme yapıldı. Sosyodemografik veri formu, SCL-90-R Belirti Kontrol Listesi, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA), Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG), Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE), Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS-2) uygulandı. **Bulgular:** Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 20,1 ± 6'idi. Hastaların 87'sinde (%81.3) psikiyatrik ek tanı belirlendi (major depresyon %29, panik bozukluk %17.8, obsesif kompulsif bozukluk-OKB %16.8, agorafobi %11.2, bipolar bozukluk %6.5). Hastaların 54'nün (%50.4) yaşamın herhangi bir döneminde intihar düşüncesi olduğu belirlendi. Ek tanı belirlenen hastaların belirlenmeyenlere göre; yetişkin ayrılma anksiyetesi anketi puanı ve WHODAS-2 işlevsellik kaybı puan ortancaları yüksekti (p<0,001). Ek tanısı olan hastaların olmayanlara göre, intihar düşüncesi oranı daha yüksekti (p<0,001). **Sonuç:** Ek psikiyatrik hastalık varlığında YAAB tanılı hastaların yetişkin ayrılma anksiyetesi anketi puanı, yaşam boyunca intihar düşüncesi oranı ve işlevsellikte kayıp oranları artmaktadır. Çalışma sonuçlarımızı destekleyecek, daha geniş örneklemde ve birden fazla ek psikiyatrik hastalığın da değerlendirildiği gelecek çalışmalar yararlı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu, komorbidite, işlevsellik

SUMMARY

Objective: This study aims to determine the frequency of psychiatric comorbidity in patients with Adult Separation Anxiety Disorder (ASAD) and investigate its effect on suicidal ideation and functionality. **Method:** We included 107 participants diagnosed with ASAD. The patients were interviewed based on the Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV). We applied sociodemographic data form, SCL-90-R Symptom Checklist, Adult Separation Anxiety Questionnaire (ASAQ), Structured Clinical Interview for Separation Anxiety Symptoms (SCI-SAA), Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI), World Health Organization Disability Assessment Scale (WHODAS) to all participants. **Results:** The mean age of onset of the disorder was 20.1 ± 6. Eighty-seven (81.3%) of the patients had psychiatric comorbidity (29% had major depression, 17.8% panic disorder, 16.8% obsessive-compulsive disorder, 11.2% agoraphobia, 6.5% bipolar disorder). Fifty-four (50.4%) of the patients had suicidal thoughts in any period of their lives. Patients with psychiatric comorbidity had a higher ASAQ score, WHODAS-2 loss of functionality score, and suicidal ideation rate than those who were not (p <0.001 for each). **Discussion:** Suicidal ideation, ASAQ score, and loss of functionality rates increase in patients with ASAD in the presence of comorbid psychiatric disorders. Future stdies in larger samples and evaluating more than one additional psychiatric disorder will be helpful to support our study results.

Key Words: Adult separation anxiety disorder, comorbidity, functionality

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2021;24:481-490)
DOI: 10.5505/kpd.2021.82957

Makalenin geliş tarihi: 21.02.2021, Yayına kabul tarihi: 09.06.2021

GİRİŞ

Ayrılma anksiyetesi; bireyin bağlanma figürlerinden ayrıldığında veya ayrılma beklentisi ortaya çıktığında hissedilen anksiyetenin aşırı olması durumudur (1). Bu anksiyetenin kısa sürede azalmaması, gelişim bakımından uygun olmaması ya da bireyin mesleki ve sosyal işlevselliğini önemli ölçüde olumsuz etkilemesi halinde ayrılma anksiyetesi bozukluğu teşhisi konulmaktadır (2). Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın (DSM) önceki baskılarında (3,4) çocukluk dönemi için tanımlanmış bir bozukluk iken yetişkinler için, psikiyatri literatüründe yakın zamanlarda yer bulmuştur (5).

Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu (YAAB), DSM-5'te "Anksiyete bozuklukları" bölümünde sınıflandırılmaktadır. YAAB'de ayrılma kaygısı aşırı ve gelişimsel açıdan uygun olmayan düzeydedir. Ayrılma beklentisi ya da ayrılma durumu ortaya çıktığında gerginlik hissedilmektedir. Bağlandığı nesneleri kaybetmeye, bulunduğu ortamlarda yalnız kalmaya veya bağlanmış olduğu şeylerle bir arada bulunamamaya yönelik sürekli ve yüksek seviyede kaygı duyulmaktadır. Kaygıdan dolayı evin dışına çıkmak istememe gibi belirtiler görülebilmektedir. Ayrıca ayrılma içerikli rüyalar görme ve bağlanmış olduğu şeylerden uzak kalacak gibi olma durumunda tekrarlayıcı somatik yakınmalar eşlik edebilmektedir. Belirtilerin 6 ay veya daha uzun sürmesi ile YAAB tanısı konulmaktadır (6). Küçük belirti farklılıklarıyla birlikte yetişkin modeli, çocukluk çağı ayrılma anksiyetesi bozukluğu (ÇÇAAB) kategorisine benzer görünmektedir. Başlangıcı yetişkinlikte olabilse de, çoğu vakada belirtiler çocuklukta ilk kez ortaya çıkar ve sonraki yıllarda da devam etmektedir (7,8).

Birleşik Devletlerde yapılan ulusal komorbidite anketi, yaşam boyu YAAB yaygınlık oranını % 6,6 oranında tespit etmiş olup, bu araştırma ilk büyük ölçekli epidemiyolojik çalışmadır. Aynı çalışmada erişkin başlangıçlı YAAB'ın yaşam boyu prevelansının %1.5 olduğu tespit edilmiştir (9). Başka bir çalışmada 18-44 yaş aralığında tahmini yaşam boyu YAAB görülme oranı %5.2, bir yıllık prevalans oranı %0.9 olarak bildirilmiştir (10). Bir çalışmada YAAB ile yaşam boyu ek tanı oranları; major depresyon için %69, agorafobi ve panik bozukluk için %67 olarak belirlenmiştir (7). Ruhsal hastalıklarda ek tanı varlığı, ruhsal-toplumsal işlevselliğin yitimine, özkıyım riskinin artmasına, hastalığın gidiş ve tedavisinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (11). YAAB önemli ölçüde yetiyitimine sebep olmaktadır ve ek tanı varlığı yetiyitimini şiddetlendirmektedir (2). Bildiğimiz kadarıyla Türkiye'de yapılan, YAAB ve eşlik eden ruhsal hastalıkları inceleyen çalışma bulunmamaktadır.

Klinik pratiğimizde azımsanmayacak düzeyde karşımıza çıkan bu hastalığı daha ayrıntılı bir şekilde tanımlamak için yeni ve kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada YAAB tanısı almış olan hastalarda psikiyatrik ek tanı sıklığının araştırılması ve intihar düşüncesi ile işlevsellik üzerine etkisini araştırmak amaçlanmıştır. Bu değerlendirme ile tanıda ve tedavide gözden kaçan ayrıntılar tanımlanıp hastaların işlevselliğine katkı sunabilmek amaçlanmaktadır.

YÖNTEM

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (ÇÜTF) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı anksiyete bozukluğu polikliniğine; kaygı, çarpıntı, endişeli olma gibi yakınmalarla başvuran, ayaktan tedavi gören 486 hasta ile görüşme yapıldı. Hastalar arasından Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG) ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre YAAB tanısı saptanan, okur yazar olan kişiler çalışmaya dahil edildi. Mental retardasyon, nörobilişsel bozukluk bulunan ve ölçekleri uygulamaya engel oluşturacak düzeyde psikotik ve manik belirtileri olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Katılımcılara tarafımızca oluşturulan sosyodemografik veri formuna ek olarak, Ruhsal Belirti Tarama listesi (SCL-90-R), Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envarteri (AABE), Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA) ve Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi 12 soruluk formu (WHODAS-2) uygulandı. Her hastaya "Bugüne kadar hiç intihar düşünceniz oldu mu?" sorusu sorularak yaşamboyu intihar

düşüncesi değerlendirildi. Her hastaya klinik görüşme ve ölçekleri doldurmak için yaklaşık 60-90 dakika verildi. Görüşmeci, katılımcıların anlamadığı noktaları açıkladı. SCL-90-R ölçeği değerlendirildikten sonra, hastalar ile en yüksek anlamlı alt ölçek referans alınarak tekrar görüşme yapıldı. Bu görüşmede DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu'na göre (SCID-5-CV) eşlik eden psikiyatrik hastalıklar belirlendi. Birden fazla psikiyatrik ek tanı belirlenen hastalar çalışmadan çıkartıldı.

YAAB tanılı hastalar eşlik eden psikiyatrik hastalığın bulunup bulunmamasına göre ikili gruplara ayrılıp, kendi aralarında ölçek skorları üzerinden karşılaştırmalar yapıldı. 116 YAAB tanılı hastanın 9'u gerekli psikometrik testleri veya görüşmeleri tamamlamadığı için çalışmadan çıkartıldı. Sonuçta elde edilen örneklem boyutu 107 (55 kadın, 52 erkek) hasta ile sınırlıydı.

Araştırmanın etik kurul onayı; ÇÜTF Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verildi. (10.01.2020 tarihli, 95 no'lu toplantı, 31 sayılı karar) Tüm katılımcılar tarafından görüşme öncesinde bilgilendirilmiş onam formu imzalandı. Çalışma Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak yürütüldü.

Ölçekler

SCL-90-R Belirti Kontrol Listesi: SCL-90-R, bireyin yaşadığı stres düzeyini tanımlayan psikiyatrik semptom tarama aracı olarak tanımlanır (12). Ölçek Türkçe'ye uyarlanmıştır (13). SCL-90-R 90 soru ve 9 farklı belirti grubundan oluşur. Ortalama semptom skoru; 9 alt semptom grubunun (somatizasyon, obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, hostilite, fobik kaygı, paranoyak düşünce ve psikotizm) skorları ve ek ölçek puanı ile elde edilir. Pozitif belirti indeksi (PSI), Pozitif belirti distres indeksi (PSDI) ve Genel belirti indeksi (GSI) puanı olmak üzere ölçekten üç genel puan hesaplanır. GSI puanlarına göre Cronbach alfa iç tutarlılığı 0,97 olarak hesaplanmıştır (13).

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA): 27 maddelik, kendini değerlendirme aracıdır. 18 yaşından sonra yaşanan ayrılma anksiyetesi belirtilerini ölçmektedir (14). Yüksek puanlar (maksimum 81) daha yüksek ayrılma anksiyetesi olasılığını göstermektedir. Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği yapılmıştır. Türkçe versiyonda YAAB tanısı koymak için 25 veya daha fazla puan alma yeterli bulunmuştur. Cronbach alfa değeri 0,93 olarak hesaplanmıştır (15).

Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG): Geliştirilme sebebi ayrılma anksiyetesi belirtilerini incelemek ve tespit etmektir. 8 madde içerir. İki bölümden oluşur. İlk olarak geçmiş yıllar ile ilgili çocukluk ayrılma anksiyetesi belirtileri sorgulanır, ikinci kısımda ise; mevcut yetişkinlik dönemi semptomları incelenir. 8 maddeden en az 3'ünün olması, çocukluk ya da yetişkinlik AAB tanısı konulması için yeterlidir. Birinci bölümü için; Cronbach Alfa değeri 0.56, ikinci bölümü için; Cronbach Alfa değeri 0.57'dir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılmıştır (16).

Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envarteri (AABE): Ölçek 15 maddeden oluşur. Likert tipte, kişinin kendisini değerlendirdiği bir ankettir (17). Çocukluk dönemine ait olası ayrılma anksiyetesi belirtilerini sorgulamaktadır. Orijinal ve Türkçe versiyonlarında toplam puanların karekökü alınarak hesaplanmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (15). Cronbach alfa değeri 0,89 olarak hesaplanmıştır (15).

Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS-2): WHODAS, etkinlik ve sosyal katılımla ilgili bireyin sınırlılıklarını tespit etmek için geliştirilmiştir. WHODAS 2.0, 6 alandan oluşur: kognisyon, mobilite, öz bakım, geçinme, yaşam aktiviteleri ve katılım. Her madde, son 30 gün içinde, bireyin bir işlevsellik alanında sorun yaşayıp yaşamamasına göre beşli Likert tipte puanlanır (18). Çalışmalarda farklı kesme noktaları tespit edilmiştir. Andrews ve ark.(2009) WHODAS 2.0, 12 maddelik kısa formunda 10 puan üzerinde bir skorun klinik olarak anlamlı olduğunu bildirmiştir(19). Cronbach alfa değeri 0,76-0,93 arasında bulunmuştur (20).

İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için

Tablo 1. Sosyodemografik veriler

Yaş,Ort ± SS		31,1 ± 9,9
Cinsiyet n (%)	Kadın	55 (51,4)
	Erkek	52 (48,6)
Eğitim durumu n (%)	İlköğretim	57 (53,3)
	Ortaöğretim	30 (28)
	Yüksekokul	20 (18,7)
Medeni durum n (%)	Bekar	43 (40,2)
	Evli	64 (59,8)
Meslek n (%)	Çalışıyor	38 (35,5)
	Çalışmıyor	69 (64,5)
Yaşadığı yer n (%)	İl merkezinden küçük	60 (56,1)
	İl merkezinden büyük	47 (43,9)
Tıbbi hastalık öyküsü, var n (%)		28 (26,2)
yok		79 (73,8)
Ailede ruhsal hastalık, var n (%)		33 (30,8)
Yok		74 (69,2)
Sigara kullanımı, var n (%)		50 (46,7)
yok		57 (53,3)
Alkol kullanımı, var n (%)		19 (17,8)
yok		88 (82,2)
Madde kullanımı, var n (%)		9 (8,4)
Yok		98 (91,6)
Sosyal destek, var n (%)		68 (63,6)
yok		39 (36,4)
Çocukluk çağında ebeveyn kaybı, var n (%)		59 (55,1)
Yok		48 (44,9)
Erişkin dönemde ebeveyn kaybı, var n (%)		49 (45,8)
Aile tipi,n (%)	Çekirdek aile	71 (66,4)
	Geniş aile	36 (33,6)
Anne ve babasının çalışma durumu,n (%)	Çalışıyor	56 (52,3)
	Çalışmıyor	51 (47,7)
AAB başlangıç yaşı,Ort ± SS		20,1 ± 6
İntihar düşüncesi, var n (%)		54 (50,5)
yok		53 (49,5)

AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı (%), sayısal değişkenler için ortalama ± standart sapma şeklinde (ort. ± ss) verildi.

dağılıma bağlı olarak ortalama ± standart sapma ve medyan ile çeyreklikler arası genişlik olarak tablo halinde verildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak özetlendi. Sayısal değişkenlerin normallik durumları; Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov ve Anderson-Darling testleri ile kontrol edildi.

Bağımsız iki grup karşılaştırılmalarında sayısal değişkenlerin normal dağılım göstermediği durumlarda ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırmalarında, sayısal değişkenlerin normal dağılım göstermediği durumlarda ise Kruskall Wallis H testi kullanıldı. Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılıklar Dwass-Steel-Critchlow-Fligner testi ile değerlendirildi.

Ölçeklerden elde edilen puanlar arasındaki ilişki Spearman Rho korelasyon katsayısı ile incelendi. Kategorik değişkenler arasındaki farklılık karşılaştırmalarında 2x2 tablolarda Pearson Chi-Square test kullanıldı.

İstatistiksel analizler "Jamovi project (2020), Jamovi (Version 1.6.9.0) [Computer Software] (Retrieved from https://www.jamovi.org) ve JASP (Version 0.14.1.0) (Retrieved from https://jasp-stats.org) programları ile yapılmış olup ve istatistik analizlerde anlamlılık düzeyi 0.05 (p-value) olarak dikkate alındı.

BULGULAR

Çalışmamızda 486 anksiyete bozukluğu tanılı hasta

Tablo 2. SCID-5-CV 'ye göre ek tanılar

	n (%)
SCID-5-CV 'ye göre ek tanı	
Var	87 (81,3)
Yok	20 (18,7)
SCID-5-CV 'ye göre ek tanı	
Yok	20 (18,7)
Bipolar bozukluk	7 (6,5)
Major depresif bozukluk	31 (29)
Panik bozukluk	19 (17,8)
Agorafobi	12 (11,2)
OKB	18 (16,8)

Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı (%) şeklinde verildi. SCID-5-CV:DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu OKB:Obsesif-Kompulsif Bozukluk

ile görüşme yapılmış olup 107 hastada YAAB tanısı tespit edilmiştir. Yaş ortalaması 31,1 ± 9,9 yıl olan ve 55'i kadın, 52'si erkek olduğu gözlenen YAAB tanılı hastaların sosyodemografik bilgileri Tablo 1' de yer almaktadır (Tablo-1).

YAAB tanılı hastaların SCID-5-CV 'ye göre 87'sinde ek tanı var iken 20'sinde ek tanının olmadığı belirlendi. Ek tanısı olanların 7'sinin bipolar bozukluk, 31'inin major depresyon bozukluğu, 19'unun panik bozukluk, 12'sinin agorafobi ve 18'inin ise Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) tanılı olduğu tespit edildi (Tablo-2).

YAAB+Depresyon grubunda bulunan hastaların intihar düşüncesi oranı, sadece YAAB ve YAAB+Panik bozukluk grubundaki hastaların intihar düşüncesi oranına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo-3 ve $p<0,001$); aynı zamanda YAAB+OKB ve YAAB+Agorafobi gruplarında bulunan hastaların intihar düşüncesi varlığı oranı, sadece YAAB

Tablo 3. Hastaların intihar düşüncesi, hastalık başlangıç yaşı ve ölçek puanlarının karşılaştırılması

	YAAB (n=20)	YAAB + OKB (n=18)	YAAB + Depresyon (n=31)	YAAB + Panik bozukluk (n=19)	YAAB + Agorafobi (n=12)	p*
İntihar düşüncesi						
Var	2 (10,0)	12 (66,7)	22 (71,0)	7 (36,8)	5 (41,7)	<0,001
Yok	18 (90,0)	6 (33,3)	9 (29,0)	12 (63,2)	7 (58,3)	
AAB başlangıç yaşı	18,5 [14,8 – 25,0]	22,5 [18,0 – 25,0]	17,0 [14,5 – 20,0]	22,0 [18,0 – 26,0]	21,5 [16,8 – 23,5]	0,010
Yetişkin ayrılma anksiyetesi anketi puanı	26,5 [25,0 – 32,0]	51,5 [46,2 – 56,5]	36,0 [28,5 – 44,0]	32,0 [28,0 – 36,5]	32,5 [25,0 – 50,5]	<0,001
SCL-90 Somatizasyon	1,9 [0,8 – 2,7]	2,9 [1,6 – 3,1]	1,7 [1,0 – 2,3]	2,2 [1,2 – 2,5]	1,5 [0,7 – 2,8]	0,076
SCL-90 Anksiyete	1,6 [1,2 – 2,5]	2,2 [1,7 – 2,6]	1,5 [1,2 – 2,0]	1,8 [1,2 – 2,3]	1,4 [0,8 – 2,4]	0,128
SCL-90 Obsesif kompulsif belirtiler	1,8 [1,3 – 2,5]	2,1 [1,8 – 2,5]	2,0 [1,4 – 2,3]	1,9 [1,5 – 2,3]	1,5 [0,5 – 2,1]	0,419
SCL-90 Depresyon	2,2 [1,4 – 2,7]	1,8 [1,5 – 2,8]	2,3 [1,4 – 2,8]	2,2 [1,2 – 2,7]	1,7 [0,7 – 2,4]	0,677
SCL-90 Kişiler arası duyarlılık	1,8 [1,0 – 2,6]	2,1 [1,2 – 2,7]	1,9 [1,3 – 2,6]	2,1 [1,3 – 3,0]	1,2 [0,4 – 2,1]	0,228
SCL-90 Psikotizm	1,1 [0,4 – 1,6]	1,4 [1,0 – 1,5]	0,9 [0,7 – 1,6]	1,3 [0,7 – 1,8]	0,9 [0,2 – 1,3]	0,274
SCL-90 Paranoid düşünce	1,2 [0,8 – 2,0]	1,6 [1,2 – 2,3]	1,7 [1,2 – 2,5]	1,8 [0,8 – 2,4]	1,0 [0,2 – 1,9]	0,141
SCL-90 Hostilite	1,4 [0,8 – 2,4]	2,1 [1,3 – 2,9]	1,7 [1,0 – 2,0]	2,3 [1,4 – 2,8]	0,8 [0,3 – 1,3]	0,022
SCL-90 Fobik anksiyete	0,9 [0,3 – 2,1]	1,1 [0,7 – 1,6]	0,9 [0,6 – 1,4]	0,9 [0,5 – 1,6]	0,9 [0,5 – 2,4]	0,755
SCL-90 Ek skala	1,6 [1,0 – 2,6]	2,1 [1,7 – 2,4]	1,7 [1,4 – 2,3]	2,0 [1,2 – 2,3]	1,1 [0,7 – 1,8]	0,091
SCL-90R Genel semptom indeksi	1,9 [1,1 – 2,2]	1,9 [1,5 – 2,4]	1,6 [1,4 – 2,1]	2,0 [1,2 – 2,3]	1,3 [0,8 – 2,0]	0,332
SCL-90R Pozitif semptom indeksi	66,0 [50,0 – 74,2]	74,5 [67,8 – 82,8]	68,0 [56,5 – 71,5]	72,0 [55,0 – 74,0]	50,5 [32,8 – 71,5]	0,028
SCL-90R Pozitif semptom düzey indeksi	2,4 [1,9 – 2,9]	2,5 [1,9 – 2,9]	2,3 [2,0 – 2,7]	2,6 [2,2 – 2,8]	2,3 [1,9 – 2,8]	0,950
WHODAS 2.0 işlevsellik kaybı	9,0 [7,8 – 12,0]	28,0 [25,5 – 32,0]	26,0 [18,5 – 31,5]	13,0 [11,5 – 16,0]	17,0 [12,8 – 19,0]	<0,001

Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı (%), sayısal değişkenler için medyan [Q1 – Q3] şeklinde verildi. Kalın olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p<0,05$). *. Kruskal-Wallis H test kullanıldı.
**. PearsonChi-Square test kullanıldı. AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, YAAB:Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, OKB:Obsesif Kompulsif Bozukluk SCL-90R:Ruhsal Belirti Tarama Listesi 90 soruluk revize form WHODAS 2.0:Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Cizelgesi 12 soruluk formu

Tablo 3.1 Bazı klinik parametreler açısından eşlik eden psikiyatrik hastalıkların karşılaştırılması

		p
AAB başlangıç yaşı		
YAAB + OKB	YAAB + Depresyon	0,021
YAAB + Depresyon	YAAB + Panik bozukluk	0,034
Yetişkin ayrılma anksiyetesi anketi puanı		
YAAB	YAAB + OKB	<0,001
YAAB	YAAB + Depresyon	0,028
YAAB + OKB	YAAB + Depresyon	<0,001
YAAB + OKB	YAAB + Panik bozukluk	<0,001
YAAB + OKB	YAAB + Agorafobi	0,028
Hostilite		
YAAB + Panik bozukluk	YAAB + Agorafobi	0,023
SCL-90R pozitif semptom indeksi		
YAAB + OKB	YAAB + Agorafobi	0,017
WHODAS 2.0 işlevsellik kaybı		
YAAB	YAAB + OKB	<0,001
YAAB	YAAB + Depresyon	<0,001
YAAB	YAAB + Panik bozukluk	0,005
YAAB	YAAB + Agorafobi	<0,001
YAAB + OKB	YAAB + Panik bozukluk	<0,001
YAAB + OKB	YAAB + Agorafobi	<0,001
YAAB + Depresyon	YAAB + Panik bozukluk	<0,001
YAAB + Depresyon	YAAB + Agorafobi	0,014

Dwass-Steel-Critchlow-Fligner test kullanıldı. AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, YAAB:Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, OKB:Obsesif-Kompulsif Bozukluk SCL-90R:Ruhsal Belirti Tarama Listesi 90 soruluk revize form WHODAS 2:Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi 12 soruluk formu

grubundaki hastaların intihar düşüncesi oranına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo-3 ve p<0,001).

YAAB+OKB ve YAAB+Depresyon grubunda bulunan hastaların yetişkin ayrılma anksiyete anketi puanı ortancaları, YAAB grubundaki hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı; aynı zamanda YAAB+OKB grubunda bulunan hastaların yetişkin ayrılma anksiyete anketi puanı ortancaları, YAAB+Depresyon, YAAB+Panik bozukluk ve YAAB+Agorafobi grubundaki hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (p<0,001 ve çoklu karşılaştırmalar için bkz. Tablo 3.1).

Gruplara göre hostilite ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edildi (tablo 1 ve p=0,022). Bu farkın ise; YAAB+Panik bozukluk–YAAB+Agorafobi ikililerinden kaynaklandığı görüldü; YAAB+Panik bozukluk grubundaki olguların "Hostilite" puan ortancası, YAAB+Agorafobi grubunda bulunan olgulara göre anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo 3.1 ve p=0,023).

Diğer yandan gruplara göre WHODAS 2.0 işlevsellik kaybı puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (Tablo-3.1 ve p<0,001). Buna göre YAAB+OKB, YAAB+Depresyon, YAAB+Panik bozukluk ve YAAB+Agorafobi grubunda bulunan hastaların WHODAS 2.0 işlevsellik kaybı puan ortancaları, YAAB grubundaki hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo 3.1 ve p<0,001).

Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde ise istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı farklılık bulunamadı (Tablo 3, her biri için p>0,05).

SCID-5-CV 'ye göre ek tanısı olan hastaların intihar düşüncesi oranı, ek tanısı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo-4 ve p<0,001).

SCID-5-CV 'ye göre ek tanısı olan hastaların yetişkin ayrılma anksiyete anketi puanı ve WHODAS 2.0 işlevsellik kaybı puan ortancaları, ek tanısı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo-4 ve sırasıyla p<0,001, p<0,001).

Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı (Tablo 4, her biri için p>0,05).

TARTIŞMA

Son zamanlarda bu alanda birçok çalışma yapılmasına rağmen, bildiğimiz kadarıyla YAAB tanılı hastalara eşlik eden psikiyatrik hastalıkların yaygınlığını ve ek tanının işlevsellik ile intihar düşüncesi üzerine etkisini inceleyen ilk çalışmadır.

Tablo 4. Ek tanı varlığının bazı değişkenler ile karşılaştırılması

	SCID-5-CV 'ye göre ek tanı		
	Var (n=87)	Yok (n=20)	p
İntihar düşüncesi			
Var	52 (59,8)	2 (10,0)	<0,001**
Yok	35 (40,2)	18 (90,0)	
AAB başlangıç yaşı	18,0 [16,0 – 23,0]	18,5 [14,8 – 25,0]	0,686*
Yetişkin ayrılma anksiyetesi anketi puanı	38,0 [29,0 – 49,0]	26,5 [25,0 – 32,0]	<0,001*
SCL-90 Somatizasyon	1,9 [1,1 – 2,8]	1,9 [0,8 – 2,7]	0,538*
SCL-90 Anksiyete	1,8 [1,3 – 2,4]	1,6 [1,2 – 2,5]	0,740*
SCL-90 Obsesif kompulsif belirtiler	2,0 [1,4 – 2,4]	1,8 [1,3 – 2,5]	0,660*
SCL-90 Depresyon	2,1 [1,4 – 2,8]	2,2 [1,4 – 2,7]	0,873*
SCL-90 Kişiler arası duyarlılık	2,0 [1,2 – 2,6]	1,8 [1,0 – 2,6]	0,740*
SCL-90 Psikotizm	1,2 [0,7 – 1,7]	1,1 [0,4 – 1,6]	0,707*
SCL-90 Paranoid düşünce	1,8 [1,0 – 2,3]	1,2 [0,8 – 2,0]	0,160*
SCL-90 Hostilite	1,8 [1,0 – 2,7]	1,4 [0,8 – 2,4]	0,517*
SCL-90 Fobik anksiyete	1,0 [0,6 – 1,7]	0,9 [0,3 – 2,1]	0,494*
SCL-90 Ek skala	1,9 [1,3 – 2,3]	1,6 [1,0 – 2,6]	0,901*
SCL-90R Genel semptom indeksi	1,8 [1,4 – 2,3]	1,9 [1,1 – 2,2]	0,675*
SCL-90R Pozitif semptom indeksi	70,0 [54,5 – 77,5]	66,0 [50,0 – 74,2]	0,422*
SCL-90R Pozitif semptom düzey indeksi	2,4 [2,1 – 2,8]	2,4 [1,9 – 2,9]	0,870*
WHODAS 2.0 işlevsellik kaybı	21,0 [15,0 – 30,0]	9,0 [7,8 – 12,0]	<0,001*

Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı (%), sayısal değişkenler için medyan [Q1 – Q3] şeklinde verildi. Kalın olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi (p<0.05). *. Mann-Whitney U test kullanıldı. **. Pearson Chi-Square test kullanıldı. AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, SCID-5-CV:DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu WHODAS 2:Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi 12 soruluk formu SCL-90R:Semptom Tarama listesi 90 soruluk revize form

Çalışmamızda ek tanı oranları; major depresif bozukluk için % 29, panik bozukluk %17.8, OKB %16.8, agorafobi %11.2, bipolar bozukluk %6.5 olarak tespit edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, yapmış olduğu araştırmada; YAAB'nin kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğünü saptanmış; kadın cinsiyet, eğitim düzeyinin düşük olması, çocukluk çağında ailede uyumsuzluk ve travmatik yaşantı YAAB'nin öngörücüleri olarak raporlanmıştır (21). Araştırmamız cinsiyet, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özellikler açısından literatür ile uyumlu görünmektedir. Ayrılma anksiyetesi bozukluğunun kadınlarda daha çok görülmesi güvenli bağlanma stilinin kadınlarda daha az görülmesiyle ilişkili olabilir (22). Ayrılma anksiyetesi bozukluğu hem yetişkinlik hem de çocukluk dönemlerinde kadınlarda daha fazla görülmekle birlikte, yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğunun erkeklerde görülme oranı çocukluk dönemine göre daha yüksektir (9). Bu artış ayrılma anksiyetesinin çocukluktan yetişkinliğe devam etmesinin erkekler için kadınlardan daha yüksek olduğu anlamına gelebileceği gibi, yetişkinlik döneminde erkeklerde kadınlara göre başlama olasılığının daha yüksek olduğu anlamına da gelebilir (9).

Pini ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada; yetişkin dönemde tespit edilen ayrılma anksiyetesi bozukluğunun % 51.2'sinin çocukluktan bu yana devam ettiği, % 48,8'inin ise yetişkin dönemde başladığı tespit edilmiştir (23). Bizim çalışmamızda ise; YAAB, hastaların % 60,74'ünde çocukluk döneminden yetişkinliğe devam ederken, % 39,26'sında ise yetişkinlik döneminde başlamıştır. Her iki çalışmada da çocukluk başlangıçlı yetişkin ayrılma anksiyetesi oranının yetişkin dönem başlangıcına göre yüksek olduğu görülmektedir.

Anksiyete polikliniğimize başvuran hastalar arasında YAAB tanısı geçmiş çalışmalarla uyumlu olarak yaklaşık % 20 oranında tespit edilmiştir (24). Geçmiş çalışmalarda ayrılma anksiyetesi bozukluğunun süreç içerisinde ek tanı olarak ruhsal hastalıkların gelişimini kolaylaştırdığı belirtilmektedir (25). Bu nedenle çalışmamızda YAAB tanısına eşlik eden ruhsal hastalıkların belirlenmesi ve ek tanı varlığında işlevselliğin ve bazı klinik özelliklerin nasıl değişkenlik gösterdiğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızda görülme sıklıklarına göre tespit edilen ek tanılar; major depresif bozukluk, panik bozukluk, OKB, agorafobi ve bipolar bozukluk olarak sıralanmaktadır. Ek ruhsal hastalık varlığı, araştırmamızda işlevsellik düzeylerini şaşırtıcı olmayacak şekilde olumsuz etkilemiştir.

Çalışmamızda tespit edilen tüm ek tanıların işlevsellik kaybını belirgin olarak arttırdığı görülmüştür. Araştırmamızla benzer olarak geçmiş çalışmalar da YAAB'nin işlevselliğin önemli ölçüde azalmasına sebep olduğunu ve ek tanı varlığının işlevsellik kaybını şiddetlendirdiğini göstermektedir (2,5,24). Bu veriler, yetişkin ayrılma anksiyetesinin, iş ve sosyal aktivitelerde bireyin yetersizliğinden önemli oranda sorumlu olabileceğini düşündürmektedir (23).

Türkiye'de bipolar bozukluk (BB) tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada; YAAB oranı %54 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada; BB hastalarında YAAB ek tanısının intihar girişimlerinin sayısını arttırdığı ve işlevsellik üzerinde olumsuz etkilere sahip olduğu tespit edilmiştir (26). Başka bir çalışmada; YAAB hastalarının herhangi bir duygudurum bozukluğu için ek tanı oranı %62 olarak bulunmuştur (7). Çalışmamızda ise; YAAB hastalarına BB eşlik etme oranı %6,5 olarak tespit edilmiştir. Taşdemir ve ark.'nın yapmış olduğu araştırmadan (26) farklı olarak intihar düşüncesi ve işlevsellik ile ilgili iki grup arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Bu durum çalışmaya dahil edilen BB tanılı hastaların ötimik dönemde olması ve örneklem sayısının yetersiz olması ile açıklanabilir. BB ve YAAB birlikteliğiyle ilgili araştırmalar BB tanılı hastalarda YAAB ek tanısına odaklanmıştır. Literatür taramasında tespit edebildiğimiz kadarıyla araştırmamız YAAB tanılı hastalarda BB yaygınlığını ölçen ilk çalışmadır. Bu alanda yapılan ilk çalışma olmasının araştırmanın önemini arttırdığını düşünmekteyiz.

Yakın dönemde yapılan bir çalışmada; YAAB ve major depresyon birlikteliği %41 oranında tespit edilmiştir (27). Çalışmamızda ise bu oran %29 olarak saptanmıştır. Bu birliktelik bağlanma kaygısı ve depresyon arasındaki ilişki ile açıklanabilir. Bağlanma kaygısı olan kişilerde düşük benlik saygısı ve olumsuz benlik modellerinin olması depresyona yatkınlığı açıklayabilir (28,29). Bu durum YAAB tanılı bireylerde depresyonun ortaya çıkmasında rol oynayan mekanizma olabilir. Çalışmamızda YAAB tanılı hastalarda depresyon birlikteliği, sadece YAAB tanılı hastalara göre intihar düşüncesi ve işlevsellikteki kayıp oranını arttırmaktadır. Bu durum major depresyonun klinik özellikleriyle ilişkili olabilir. Ayrıca çalışmamızda depresif bozukluk ek tanısı varlığında, sadece YAAB tanılı hastalara göre YAAA puanı belirgin olarak yüksek saptanmıştır. Bu sonuç, depresif bozukluk varlığında yalnız kalmaktan korkma ve kaçınma davranışında belirgin bir artışın olduğunu ifade eden çalışmalarla uyumlu görünmektedir (2). Önceki araştırma major depresif bozukluk tanılı hastalarda YAAB ek tanısını incelemiş olup, çalışmamız ise YAAB tanılı hastalarda major depresif bozukluk varlığını incelemiştir. Bu yönüyle diğer çalışmadan ayrışmaktadır. Ayrıca, bildiğimiz kadarıyla bu özellikteki ilk çalışmadır.

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, OKB'ye eşlik eden en yaygın psikiyatrik hastalıklardan biridir (30). Kesitsel bir çalışmada OKB'li hastalarda YAAB ek tanısı %4,4 oranında bulunmuştur (31). Çalışmamızda ise; YAAB tanılı hastalarda OKB ek tanısı %16,8 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca araştırmamıza göre YAAB tanılı hastalarda OKB birlikteliği sadece YAAB tanılı hastalara göre intihar düşüncesini ve işlevsellikteki kayıp oranını arttırmaktadır. Geçmişte yapılan iki çalışma; OKB hastalarında YAAB birlikteliğini incelemiş olup, ek tanı ile intihar düşüncesi ilişkisinde; intihar düşüncesini arttırdığı ve değişiklik olmadığı gibi farklı sonuçlar bulmuştur (31,32). YAAB-OKB birlikteliğinin intihar düşünceleri ile ilişkisini açıklayacak yeni araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

YAAB, bağlanma kuramı ile açıklanmaktadır. Saplantılı, korkulu ve kayıtsız bağlanma stiline sahip olan kişilerde intihar düşüncesi oranının güvenli bağlanma stili olan kişilere göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (33). Çalışmamıza dahil edilen hastaların yaklaşık olarak yarısında yaşam boyunca herhangi bir dönem intihar düşüncesinin mevcut olduğu görülmektedir. Bu yüksek intihar düşüncesi oranının bağlanma stilleri ile ilgili olabileceği düşünülebilir. Bu açıdan sonraki çalışmalarda YAAB, bağlanma stilleri ve intihar arasındaki ilişkiyi incelemek yararlı olacaktır. Ayrıca çalışmamızda depresif bozukluk, OKB, agorafobi ek tanıları varlığında intihar düşüncesi oranında belirgin bir yükseklik tespit edilmiştir ve ruhsal hastalıklarda ek tanının intihar düşüncesini arttırdığı bilinmektedir (11).

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Kısıtlılıklardan ilki, örneklemin küçük olmasıdır. İkincisi; SCL-90R değerlendirmesi sonucu en belirgin belirtiye yönelik psikiyatrik muayene yapılması ve bu yüzden her bir hasta için en fazla bir ek ruhsal hastalık tespit edilmesidir. Bu yöntemin ek tanı oranlarında karıştırıcı etkisi göz ardı edilmemelidir. Üçüncüsü; eşlik eden intihar düşüncesinin ve işlevselliğin değerlendirilmesinde bağlanma stilleri, kişilik özellikleri gibi verilerin eksik olmasıdır. Bu durum bulguların daha kapsamlı açıklanmasını engellemektedir. Çalışmamızın güçlü yönü, her YAAB tanılı hasta ile 2 ayrı psikiyatrik görüşme yapılmış olması ve konulan tüm kesin tanıların sadece ölçeklere bağlı kalmaksızın SCID-5-CV gibi güncel psikiyatrik görüşme algoritmalarına dayalı olmasıdır.

SONUÇ

Çalışma sonuçlarına göre, ek psikiyatrik hastalık varlığında YAAB tanılı hastaların yetişkin ayrılma anksiyetesi anketi puanı, yaşam boyunca intihar düşüncesi oranı ve işlevsellikte bozulma düzeyi artmaktadır. İşlevsellikteki kaybın ek psikiyatrik tanı ile artması rahatsızlıkla baş etmedeki sorunlara bağlı olarak beklenen bir sonuçtur. Literatür taramasında gördüğümüz kadarıyla özellikle ülkemizde, birincil olarak YAAB tanılı hastalarda ek tanı çalışması bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışma sonuçlarımızı destekleyecek, daha geniş örneklemde ve birden fazla ek psikiyatrik hastalığın değerlendirildiği gelecek çalışmalar yararlı olacaktır.

Yazışma Adresi: Öğr. Gör. Dr. Mahmut Onur Karaytuğ, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana, Türkiye mokaraytug@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Manicavasagar V, Marnane C, Pini S, Abelli M, Rees S, Eapen V, Silove D. Adult separation anxiety disorder: A disorder comes of age. Curr psychiatry rep 2010; 12(4):290-297.

2. Bögels SM, Knappe S, Clark LA. Adult separation anxiety disorder in DSM-5. Clin Psychol Rev 2013; 33(5):663-674.

3. American Psychiatric Association. DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. revised. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.

4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.

5. Manicavasagar V, Silove D, Curtis J, Wagner R. Continuities of separation anxiety from early life onto adulthood. J Anxiety Disord 2000; 14(1):1-18.

6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

7. Manicavasagar V, Silove D, Curtis J. Separation anxiety in adulthood: A phenomenological investigation. Compr Psychiatry 1997; 38(5):274-282.

8. Silove D, Slade T, Marnane C, Wagner R, Brooks R, Manicavasagar V. Separation anxiety in adulthood: dimensional or categorical? Compr Psychiatry 2007; 48(6):546-553.

9. Shear K, Jin R, Ruscio AM, Walters EE, Kessler RC. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry 2006; 163(6):1074-1083.

10. Kessler RC, Wang PS. The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. In: Annual Review of Public Health 2008; 29:115-129.

11. Thibodeau MA, Welch PG, Sareen J, Asmundson GJG. Anxiety disorders are independently associated with suicide ideation and attempts: Propensity score matching in two epidemiological samples. Depress Anxiety 2013; 30(10):947-954.

12. Derogatis L. The SCL-90-R Symptom Checklist 90-R Administration, Scoring, and Procedures Manual. National Computer Systems. Inc.Minneapolis, 1994 .

13. Dağ I. Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için güvenirliği ve geçerliği. Türk Psikiyatr Derg 1991; 2(1):5-12.

14. Manicavasagar V, Silove D, Wagner R, Drobny J. A self-report questionnaire for measuring separation anxiety in adulthood. Compr Psychiatry 2003; 44(2):146-153.

15. Diriöz M, Alkin T, Yemez B, Onur E, Eminağaoğlu N. The validity and reliability of Turkish version of separation anxiety symptom inventory and adult separation anxiety questionnaire. Turk Psikiyatr Derg 2012; 23(2):108-116.

16. Diriöz M, Alkin T, Yemez B, Eminağaoğlu N, Onur E. Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özellikleri. Noropsikiatri Ars 2012; 49(1):6-13.

17. Silove D, Manicavasagar V, O'connell D, Blaszczynski A, Wagner R, Henry J. The development of the separation anxiety symptom inventory (SASI). Australas Psychiatry 1993; 27(3):477-488

18. Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J. Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment

Schedule WHODAS 2.0. World Heal Organ 2010; 88:815-823.

19. Andrews G, Kemp A, Sunderland M, von Korff M, Ustun TB. Normative data for the 12 item WHO disability assessment schedule 2.0. PLoS One 2009; 4(12):e8343.

20. Aslan Kunt D, Dereboy F. Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi'nin (WHODAS 2.0) Türkçe Çevirisinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Psikiyatri Hastaları ve Sağlıklı Kontrollerde İncelenmesi. Turk Psikiyatri Derg 2018; 29(4):248-257.

21. Silove D, Alonso J, Bromet E, Gruber M, Sampson N, Scott K, Andrade L, Benjet C, Almeida JMC, De Girolamo G, De Jonge P, Demyttenaere K, Fiestas F, Florescu S, Gureje O, He Y, Karam E, Lepine JP, Murphy S, Posada JV, Zarkov Z, Kessler RC. Pediatric-onset and adult-onset separation anxiety disorder across countries in the World Mental Health Survey. Am J Psychiatry 2015;172(7): 647-656.

22. Özden Yıldırım MS, Yaşa C. Ebeveynleri boşanmış yetişkin bireylerin kişilerarası ilişkilerinde bağlanma modelleri ile ayrılma kaygısının ilişkisi. Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sos Bilim Derg 2019; 7(4):267-278.

23. Pini S, Abelli M, Shear KM, Cardini A, Lari L, Gesi C, Muti M, Calugi S, Galderisi S, Troisi A, Bertolino A, Cassano GB. Frequency and clinical correlates of adult separation anxiety in a sample of 508 outpatients with mood and anxiety disorders. Acta Psychiatr Scand 2010; 122(1):40-46.

24. Silove DM, Marnane CL, Wagner R, Manicavasagar VL, Rees S. The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. BMC Psychiatry 2010; 10(1):1-7.

25. Coldur EO, Cokmus FP, Dikici DS, Aydemir O. The validity and reliability of DSM-5 separation anxiety disorder severity scale-adult form. Neurol Sci 2020; 33:237-243.

26. Tasdemir A, Tamam L, Keskin N, Evlice YE. Assessment of co-morbidity of adult separation anxiety in patients with bipolar disorder. Nord J Psychiatry 2016; 70(2):93-102.

27. Elbay RY, Görmez A, Kılıç A, Avcı SH. Separation anxiety disorder among outpatients with major depressive disorder: Prevalence and clinical correlates. Compr Psychiatry 2021; 105:152219.

28. Baldwin DS, Gordon R, Abelli M, Pini S. The separation of adult separation anxiety disorder. CNS Spectr 2016; 21(4):289-294.

29. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model childhood attachment and internal models. J Pers Soc Psychol 1991; 61(2):226-244.

30. de Mathis MA, Diniz JB, Hounie AG, Shavitt RG, Fossaluza V, Ferrao Y, Leckman JF, de Bragança Pereira C, do Rosario MC, Miguel EC. Trajectory in obsessive-compulsive disorder comorbidities. Eur Neuropsychopharmacol 2013; 23(7):594-601.

31. Franz AP, Rateke L, Hartmann T, McLaughlin N, Torres AR, do Rosario MC, Filho ECM, Ferrao YA. Separation anxiety disorder in adult patients with obsessive-compulsive disorder: Prevalence and clinical correlates. Eur Psychiatry 2015; 30(1):145-151.

32. Torres AR, Cerqueiara ATA, Ferraeo YA, Fontenelle LF, do Rosario MC, Euripedes CM. Suicidality in obsessive-compulsive disorder: Prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. J Clin Psychiatry 2011; 72(1):17-26.

33. Lessard JC, Moretti MM. Suicidal ideation in an adolescent clinical sample: Attachment patterns and clinical implications. J Adolesc 1998; 21(4):383-395.

Adli psikiyatri hastalarının şiddet davranışlarının tedaviye uyum ve umut düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

Investigation of the relationship between forensic psychiatry patients' violent behaviors and levels of treatment adherence and hope

Hatice Polat[1], Kerim Uğur[2]
[1]Dr. Öğr. Üyesi, Bingol Universitesi, Saglik Bilimleri Fakultesi, Hemsirelik Bolumu, Psikiyatri Hemsireligi Anabilim Dali, Bingol/ Turkiye
https://orcid.org/0000-0003-0444-3717
[2]Dr. Öğr. Üyesi, Malatya Turgut Özal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-3131-6564

ÖZET

Amaç: Bu çalışma adli psikiyatri hastalarının şiddet davranışlarının tedaviye uyum ve umut düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Bu çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri Temmuz 2020–Ekim 2020 tarihleri arasında toplanmış olup, toplam 134 hasta çalışmaya katılmıştır. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Morisky Uyum Ölçeği, Taylor Suç Şiddet Derecelendirme Skalası ve Herth Umut Ölçeği kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan hastaların %40.3'ünün orta derecede şiddet davranışı sergilediği, %63.4'ünün tedaviye uyumlarının düşük düzeyde olduğu ve umut düzeylerinin 40.14±21.80 olduğu belirlenmiştir. Hastaların şiddet davranışlarının umut düzeyleri ve tedaviye uyumları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). **Sonuç:** Adli psikiyatri hastalarının çoğunun tedavi uyumunun düşük olduğu ve orta derecede şiddet davranışı sergilediği ve hastaların şiddet davranışı ile umut düzeyleri ve tedaviye uyumları arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Adli psikiyatri, şiddet, tedaviye uyum, umut

SUMMARY

Objective: This study was conducted to examine the relationship between violent behaviors of forensic psychiatry patients and their adherence to treatment and level of hope. **Method:** This study used a descriptive and correlational research design. July 2020 October 2020 data of the study was collected and a total of 134 patients participated in the study. A personal information form, Morisky Adherence Scale, Taylor crime violence Rating Scale and Herth Hope Scale were used for data collection. **Results:** It was determined that 40.3% of the patients participating in the study exhibited moderate violent behavior, 63.4% had low levels of adherence to treatment and hope levels were 40.14±21.80. It was determined that there was a negative significant relationship between the levels of hope and treatment adherence of violent behavior of patients ($p<0.05$).**Discussion:** It was determined that most forensic psychiatry patients had low adherence treatment and moderate violent behavior, and that there was a negative association between patients violent behavior and their level of hope and adherence to treatment.

Key Words: Forensic psychiatry, violence, adherence treatment, hope

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2021;24:491-498)
DOI: 10.5505/kpd.2021.84704

Makalenin geliş tarihi: 19.02.2021, Yayına kabul tarihi: 17.04.2021

GİRİŞ

Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü (1) tarafından önemli bir sağlık sorunu kabul edilmiş ve bireyin kendisine, başkasına, belirli bir topluluk veya gruba yönelik olarak uyguladığı yaralama, ölüm, fiziksel zarar, bazı gelişim bozuklukları veya yoksunluk ile sonuçlanabilen, tehdit ya da fiziksel zor kullanma olarak tanımlanmıştır (1). Şiddet davranışı DSM-5 tanı kriterlerine göre bazı psikiyatrik hastalıkların bir belirtisi olarak kabul edilmiştir (2). Psikiyatrik hastalıkların şiddet davranışı ile ilişkisi yıllar boyunca araştırılmış, özellikle son yıllarda yapılan çalışmalarda ciddi ruhsal hastalığı olanlarda şiddet davranışı riskinin arttığı belirtilmiştir (3,4). Psikiyatrik hastalığı olanların, olmayanlarla karşılaştırıldığı bir çalışmada şiddet davranışı sıklığının ciddi psikiyatrik hastalığı olanlarda (şizofreni, duygudurum bozukluğu) 5 kez daha yüksek olduğu saptanmıştır (5) İsveç'te 1988-2001 yılları arasında tüm öldürme ve öldürmeye teşebbüs suçu işleyen mahkumların incelendiği bir çalışmada, insana yönelik şiddet suçu işlemiş kişiler içinde kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları da dahil tüm psikiyatrik bozuklukların oranının %90 olduğu belirlenmiştir (6). İngiltere, İskoçya ve Galler'de özel evlerde (private household) yaşayan 16–74 yaş arası 8886 kişide son 5 yıl içindeki şiddet davranışlarının incelendiği bir çalışmada, çalışmaya katılan kişilerin %12'sinin son 5 yıl içinde şiddet davranışında bulunduğu, şiddet davranışı sergileyen kişilerin %66'sında bir psikiyatrik bozukluk saptandığı bildirilmiştir (7). Bu çalışmalardan da anlaşıldığı üzere şiddet, ruhsal hastalığı olan kişilerde görülebilen sorunlu davranışlardan biri ve belki de en önemlisi olmakla birlikte psikiyatrik bozuklukların hepsinde şiddet davranışı riski aynı değildir (8,9). Psikiyatrik hastalığı olanların genel popülasyondan daha tehlikeli olmadıkları, ancak bu grubun içinde tehlikeli bir alt grubun olduğu ve bu grubun geçmiş suç öyküsü ve tedaviye uyumsuzluk gibi belirleyici özellikleri oldukları bulunmuştur (10,11). Şiddet davranışının başarılı bir şekilde yönetilmesi için tedaviye uyum çok önemlidir (4).

Dünya Sağlık Örgütü uyumu, 'tedavi gören, diyet uygulayan ve/veya yaşam biçimi değişiklikleri yapan bir kişinin davranışlarının bir sağlık profesyonelinin kabul görmüş önerilerine uyma derecesi' olarak tanımlamaktadır (12). Tedaviye uyumsuzluk birçok kronik hastalıkta görülmesine rağmen ruhsal bozukluklarda görülme oranı daha yüksektir (13). Psikiyatrik hasta gruplarında tedaviyi sürdürmeme, kontrol randevularına gelmeme gibi tedaviye uyumsuz davranış oranı %20-50 olarak bildirilmiştir (14). Ciddi ruhsal hastalıkların tedavisinde önemli bir rol oynayan tedaviye uyum, hasta ve hastanın çevresi, sağlık personeli ve sağlık hizmetlerinin sunumu gibi faktörlerden etkilenen, kompleks ve dinamik bir davranış sürecidir (15). Tedaviye uyumsuzluk; hastaneye yeniden yatış sayısını, morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır (16). Tedaviye uyumsuzluk, hastalıkların şiddetini ve tedavi masraflarını arttırmakta ve kişilerin psikiyatrik tedavilere olan inancını azaltmaktadır (16) Tedaviye olan inancın azalmasının hastalarda umutsuzluk düşüncesini tetikleyeceği düşünülmektedir. Umutsuzluk, hastaların tedaviye uyumlarını, çaba göstermelerini, motivasyonlarını ve hastalıkla baş etmelerini etkilemektedir (17). İyileşmeyi olumlu yönde etkileyen faktörlerden biri olan umut, düşünce ve davranışları etkilediğinden hastalığa uyumda ve iyilik halinin devam etmesinde önemli bir bileşendir (18). Umutsuzluk bireyleri, önce şiddete, daha sonra iyileşme olasılığı konusunda nihilist bir duruşa iter (19). Bir hedefe ulaşma beklentisi olan umut, adli hastaların iyileşmesine yardımcı olan iyileştirici etkiler arasında belirgin bir şekilde yer almaktadır (19).

Ülkemizde ruhsal hastalığı nedeniyle işlediği iddia edilen suça yönelik ceza sorumluluğu bulunmayan kişiler, toplum güvenliği için yargı kararıyla zorunlu klinik tedavi amacıyla hastaneye gönderilirler. Zorunlu klinik tedavi sürecinin sona ermesi için kişinin psikiyatrik hastalığı nedeniyle toplum için tehlikeliliğinin önemli ölçüde azalmış olması ya da ortadan kalkması gerekmektedir. Tedaviye uyumsuzluk ya da hastalığın gidişinin kötüleşmesi halinde hastalar yeniden hastaneye gönderilirler (11). Adli psikiyatrik bakımın genel hedeflerinden biri, yeni suçları önlemek ve hastalar tarafından uygulanan şiddet eylemlerini en aza indirmektir (20,21). Ruhsal hastalığı olan kişilerde şiddet davranışını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, hem hastayı hem toplumu korumak açısından önemlidir. Hastaların şiddet davranışlarının tedaviye uyum ve umut düzeyleri ile arasındaki ilişkinin belirlenmesi yaşanan şiddet ve suç olaylarını azalt-

maya yönelik olası müdahalelerin planlanması açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle bu çalışma adli psikiyatri hastalarının şiddet davranışlarının tedaviye uyum ve umut düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir. Araştırma, Türkiye'de bir Şehir Hastanesinde bulunan Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri(YGAP) Hastanesi'nde Temmuz 2020 – Ekim 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, YGAP hastanesindeki servislerde yatırılarak koruma ve tedavi altında bulunan hastalar oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmanın evreni içerisinden araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 134 hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışmanın yapıldığı YGAP hastanesinde sadece erkek hastalar olduğu için çalışmanın örneklemini erkek hastalar oluşturmuştur. Çalışmamızın, araştırmaya alınma kriterlerini; koruma ve tedavi amaçlı yatan hasta olması, hastanın remisyonda olması, araştırma formlarının doldurulmasına engel olacak düzeyde fiziksel (konuşma, işitme bozukluğu vb.) ve nörolojik bozuklukların olmaması, 18-65 yaş arasında olması, iletişim problemlerinin bulunmaması ve iş birliğine açık olması, araştırmaya katılmak için gönüllü olması oluşturmaktadır. Çalışmamızın, araştırmadan dışlama ölçütlerini ise; zekâ geriliği olması, hastalarda psikotik bozukluğa bağlı yeti yitimi oluşması, 18-65 yaş aralığında olmaması, hastanın çalışmaya katılmaya gönüllü olmaması oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan ve katılımcıların demografik özelliklerinin yer aldığı Kişisel Bilgi Formu ile Morisky Uyum Ölçeği, Taylor Suç Şiddet Derecelendirme Skalası ve Herth Umut Ölçeği kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Kişisel bilgi formu, araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı bilgilerini içeren, araştırmacı tarafından hazırlanan formdur.

Morisky Uyum Ölçeği: Morısky ve arkadaşları (1986) tarafından geliştirilen tedaviye uyum ölçeğinin, Yılmaz (2004) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek, ilaç uyumunu ölçen dört sorudan oluşmaktadır. Sorular "evet/hayır" şeklinde yanıtlanmaktadır. Soruların tümüne "hayır" denmişse ilaç uyumu yüksek, bir veya iki soruya "evet" denmişse ilaç uyumu orta, üç veya dört soruya evet denmişse ilaç uyumu düşük olarak değerlendirilir (23,23).

Taylor Suç Şiddet Derecelendirme Skalası: Taylor tarafından 1985'te geliştirilmiştir (24). 5 maddeden oluşan Suç Şiddet Derecelendirme Skalası, Suç şiddetini (0) Şiddet dışı, (1) Minimal şiddet, (2) Orta derecede şiddet, (3) Orta derecede ciddi şiddet ve (4) Ciddi derecede şiddet şeklinde derecelendirilmiştir.

Herth Umut Ölçeği: Herth Umut Ölçeği, Minnesota Üniversitesi Sağlık ve Hemşirelik Koleji Dekanı Dr. Herth tarafından 1991 yılında bireylerin umut düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (25). Dr. Herth, ölçeği uyguladığı örneklemler için yaptığı güvenirlik analizlerinde iç tutarlılık katsayılarını kanserli hastalar için 0.89, yaşlı bireyler için 0.94, sağlıklı yetişkinler için 0.92 olarak bulmuştur. Aslan ve ark.(2006) tarafından ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılarak iç tutarlılık katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur (26). Bu değerler, ölçeğin "Yüksek" güvenirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin kapsamında 30 madde bulunmaktadır. Ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar "Gelecek" (1, 4, 6, 11, 20, 23, 25, 27, 28, 30), "Olumlu hazır oluşluk ve beklenti" (5, 7, 9, 13, 15, 17, 19, 21, 26, 29) ve "Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar" (2, 3, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 22, 24) alt boyutlarıdır. Olumsuzluk ifade eden maddeler, puanlama sırasında ters çevrilmektedir. Bu maddeler şunlardır: 6, 10, 13, 17, 22, 26. Alınan yüksek puanlar, umudun yüksek olduğunu göstermektedir. Dr.Herth, ölçeği uyguladığı örneklemler için yaptığı güvenirlik analizlerinde Cronbach ∝ katsayılarını kanserli hastalar için 0.89, yaşlı bireyler için 0.94, sağlıklı

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (n)	Y üzde (%)
Yaş		
30 ve altı yaş	43	32.1
31- 40 yaş	53	39.6
41 ve üzeri	38	28.4
Medeni Durum		
Bekar	90	67.2
Evli	32	23.9
Boşanmış	12	9
Eğitim Durumu		
Okur- yazar değil	4	3.0
Okur- yazar	18	13.4
İlköğretim	71	53.0
Lise	32	23.9
Üniversite	9	6.7
Yaşanılan yer		
Şehir	63	47.0
İlçe- Kasaba	55	41.0
Köy	16	11.9
Kiminle yaşıyor		
Aile	112	83.6
Yalnız	22	16.4
Mesleği		
Çalışıyor	40	29.9
Çalışmıyor	94	70.1
Gelir durumu		
Düşük	62	46.3
Orta	47	35.1
İyi	25	18.7
Alkol – Madde kullanma öyküsü		
Evet	33	24.6
Hayır	101	75.4
Çocuklukta aile içi şiddet öyküsü		
Evet	64	47.8
Hayır	70	52.2
Hastalık Tanısı		
Psikotik Bozukluklar	101	75.4
Duygu durum bozuklukları	28	20.9
Kişilik Bozuklukları	5	3.7
Hastalık Süresi		
0-5 yıl	30	22.4
6- 10 yıl	44	32.8
11 yıl ve üzeri	60	44.8
Akrabada Psikiyatrik Hastalık Öyküsü		
Evet	33	24.6
Hayır	101	75.4

yetişkinler için 0.92 olarak bulmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri ise 0.95 olarak saptanmıştır.

Verilerin Toplanması

Çalışmanın verileri araştırmacı tarafından Adli Psikiyatri servislerinde bulunan rehabilitasyon odalarında yaklaşık 10-15 dakika yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Hastalar ile görüşme öncesi, araştırmanın amacı ve hedefleri, araştırmadan sağlanacak yararlar, görüşme için harcayacağı zaman konusunda açıklamalar yapılmış, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Toplanan veriler bilgisayar ortamına aktarılarak istatistik paket programları ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzdelik dağılımlar, ortalama, standart sapma, cronbach alpha katsayısı ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için İnönü Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Belge no:2020/121) ve araştırmanın gerçekleştirileceği hastaneden yazılı izinler alınmıştır. Bilgi edinilen tüm araştırmalarda cevapların gönüllü olarak verilmesi gözetilmiş, araştırmanın amacı ve elde edilen sonuçların hangi amaçlarla kullanılacağı katılımcılara açıklandıktan sonra onayları (bilgilendirilmiş onay ilkesi) sözlü ve yazılı olarak

Tablo 2. Hastaların ilaç uyumu ve şiddet davranışlarının dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Şiddet Davranışı	Tamamen Şiddet Dışı	1	0.7
	Minimal Şiddet	12	9.0
	Orta Derecede Şiddet	54	40.3
	Orta Derecede Ciddi Şiddet	23	17.2
	Ciddi Şiddet	44	32.8
Tedaviye Uyum	İlaç uyumu Düşük	85	63.4
	İlaç Uyumu Orta	42	31.3
	İlaç Uyumu Yüksek	7	5.2

alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere, kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapılmış ve "gizlilik ilkesine" uyulmuştur. Araştırma, Helsinki Bildirgesi Prensipleri'ne uygun olarak yürütülmüştür.

BULGULAR

Adli psikiyatri hastalarının sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların 53'ünün (%39.6) 31-40 yaş aralığında olduğu, 90'ının (%67.2) bekâr olduğu, 71'inin (%53.0) ilköğretim mezunu olduğu, 63'ünün (%47.0) şehirde yaşadığı, 112'sinin (%83.6) ailesi ile yaşadığı ve 94'ünün (%70.1) çalışmadığı, 62'sinin (%46.3) gelir düzeyinin düşük olduğu, 101'inin (%75.4) alkol-madde kullanım öyküsünün olmadığı, 64'ünün (%47.8) aile içi şiddet öyküsünün olduğu, 60'ının (%44.8) 11 yıldan daha fazla süredir psikiyatrik hastalığının olduğu ve 101'inin (%75.4) ailelerinde psikiyatrik hastalık olmadığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların 101'inin (%75.4) psikotik bozukluk, 28'inin (%20.9) duygu durum bozukluğu ve 5'inin (%3.7) ise kişilik bozukluğu tanısı ile takip edildiği belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların 1'nin (%0.7) tamamen şiddet dışı kaldığı, 12'sinin (%9.0) minimal şiddet, 54'ünün (%40.3) orta derecede şiddet, 23'ünün (%17.2) orta derecede ciddi şiddet, 44'ünün (%32.8) ise ciddi şiddet davranışı sergilediği belirlenmiştir (Tablo 2).

Çalışmaya katılan hastaların 85'inin (%63.4) ilaç uyumunun düşük, 42'sinin (%31.3) ilaç uyumunun orta, 7'sinin (%5.2) ise ilaç uyumunun yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan hastaların HUÖ ve alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 3), ölçek toplam puan ortalamasının 40.14±21.80, gelecek alt boyutu puan ortalamasının 12.90±7.57, olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyutu puan ortalamasının 13.50±7.56, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt boyutu puan ortalamasının 13.74±7.85 olduğu belirlenmiştir.

Hastaların HUÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamaları ile şiddet davranışları ve tedaviye uyumlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 4); HUÖ toplam puanı ve tüm alt boyutları ile şiddet davranışları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hastaların HUÖ toplam puanı, olumlu hazır oluşluk ve beklenti ve kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt boyutları ile tedaviye uyumları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hastaların HUÖ ölçeğinin gelecek alt boyutu ile tedaviye uyumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların şiddet davranışları ile tedaviye uyumlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 5), hastaların şiddet davranışları ile tedaviye uyumları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$).

TARTIŞMA

Çalışmamızda elde edilen önemli bulgulardan bir tanesi adli psikiyatri hastalarının tedavi uyumlarının azaldıkça şiddet davranışlarının arttığının saptanmasıdır. Örneklemimizin tanı dağılımı incelendiğinde, hastaların 101'nin psikotik bozukluk, 28'inin bipolar bozukluk, 5'inin ise ise

Tablo 3. Hastaların Herth Umut ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Ölçekler		Min -Max	Mean ± Std. Deviation
Herth Umut Ölçeği	Gelecek	0-30	12.90±7.57
	Olumlu hazır oluşluk ve beklenti	0-30	13.50±7.56
	Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar	0-30	13.74±7.85
	Toplam	0-90	40.14±21.80

Ortalama±Standart sapma.

Tablo 4. Hastaların Herth Umut Ölçeği puan ortalaması ile şiddet davranışları ve tedaviye uyumları arasındaki ilişki

Ölçekler	Şiddet Davranışı	Tedaviye Uyum
Gelecek	-.199*	.165
Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	-.210*	.171*
Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki Bağ	-.224**	.204*
Toplam	-.223**	.190*

* p<0.05 anlamlı ** p<0.01 anlamlı Pearson kolerasyon analizi

kişilik bozukluğu tanısı ile takip edildiği görülmektedir. Psikotik bozukluk tanılı hastalarda tedavi uyumsuzluğu yaygın görülen bir durumdur (16,27,28). Bunun yanında bipolar bozuklukta da tedavi uyumsuzluğu sık karşılaşılan ve hastalığın seyrini olumsuz etkileyen önemli faktörlerdendir (29). Şiddet eyleminin psikotik belirtilerle yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (30). Özellikle psikotik bozukluklarda tedavi uyumsuzluğu durumunda şiddet davranışı ile ilişkili bulunan psikotik belirtiler alevlenebilir. Bipolar bozuklukta şiddet davranışı en sık akut hastalık döneminde görülmektedir. 2016 yılında bipolar bozukluk tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada ilaç tedavisine uyumsuzluğun ve bazı diğer faktörlerin şiddet davranışı ile ilgili olduğu gösterilmiştir (31). Şiddet davranışının değişkenlerinden biri olan tedavi uyumunun artırılmasının psikiyatrik hastalarda şiddet davranışının önüne geçmek için önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda, hastaların umut düzeylerinin düştükçe şiddet davranışı sergileme olasılıklarının arttığı ve gelecek alt boyutu dışında tüm alt boyutlarıyla umut düzeyi arttıkça tedavi uyumlarının arttığı saptanmıştır. Umut mental hastalığı olan bireylerin, hastalıklarının üstesinden gelmelerine yardım eder (32). Bunun yanında umut olumlu ve iyi bir gelecek beklentisi ile özdeşleşir (33). Umut düzeyinin yüksek olmasının hastalıklarda tedavi yolları arama, olumsuz durumlarda çözüm yolu arayabilme ve etkili baş etme davranışları sergileme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (34). Şizofreni hastalarında umut düzeylerinin fonksiyonel iyileşmeye olumlu katkısı olduğu gösterilmiştir (35). Bunun yanında yine şizofreni hastalarında kendine yönelik şiddetin en ağır tablosu olan intihar ile umut düzeyleri arasında negatif ilişki olduğu gösterilmiştir (36). Ayrıca şizofreni hastalarında umut ile içgörü arasında önemli bir ilişki olduğu gösterilmiştir (37). Hem kişilerin sorunlarla baş etme mekanizmalarını olumlu etkilemesiyle hem de tedavi uyumuna olumlu katkıları nedeniyle umut düzeyinin artması ile şiddet davranışının azalması ve tedavi uyumunun artmasını saptamamızın literatüre önemli bir katkı sağlayacağını ve psikiyatrik hastalıklarda umut düzeyini artıracak yöntemlerin uygulanmasının şiddet davranışının önüne geçilmesinde etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızın sosyodemografik verileri incelendiğinde suç işleyen hastalarda çoğunluğu psikotik bozukluk ve bipolar bozukluk hastalarının oluşturduğu görülmektedir. Şiddet davranışı için önemli bir değişken olan psikotik semptomların sıkça görüldüğü bu iki grupta şiddet davranışının fazla olması literatür ile uyumludur (38-41). Kişilik bozuklukları da şiddet davranışının yaygın olduğu bir gruptur. Adli psikiyatri servislerinde daha çok akut alevlenme halinde suç işleyen psikiyatrik hastalıklara daha sıklıkla tedavi edildiği için kişilik bozuklukları görece daha az tedaviye alınıyor olabilir. Ayrıca 'kişilik bozukluğu' tanısı işlenen fiilin hukuki sonuçlarını algılama yeteneğini daha az bozar, bu olası nedenle de bu kişiler psikiyatri servisine değil cezaevine gönderilir. Örneklemimizde şiddet davranışının 40 yaş altı grupta daha sık olduğu belirlenmiştir. Çoğunluğunu psikotik bozukluğun oluşturduğu örneklemimizde belirtilen yaş grubu yeti yıkımının henüz gelişmediği ve şiddet davranışı ile yakından ilişkili pozitif belirtilerin daha sık olduğu bir yaş grubudur. Çalışmaya katılan hastaların çoğunun çalışmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç literatürle uyumludur (42). Bu durumun umut düzeyi azalan hastaların, tedavi uyumlarının azalmasıyla birlikte olası iş edinememe ve/veya iş kaybının artmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Literatür ile uyumlu biçimde düşük sosyoekonomik duruma sahip olan hastalarda şiddet davranışının daha fazla oranda olduğu saptanmıştır.

Tablo 5. Hastaların şiddet davranışları ve tedaviye uyumları arasındaki ilişki

Ölçekler	Tedaviye Uyum
Şiddet Davranışı	-.260**

**p<0.01 anlamlı Pearson kolerasyon analizi

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir merkezde yapılması, araştırmanın belli zaman aralığında başvuran hastaları kapsaması bu araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

SONUÇ

Çalışmamızda Adli psikiyatri hastalarının çoğunun ilaç uyumunun düşük olduğu, orta derecede şiddet davranışı sergilediği ve hastaların şiddet davranışı ile umut düzeyleri ve tedaviye uyumları arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın şiddet davranışını ve suçu önlemeye yönelik oluşturulabilecek psikiyatrik rehabilitasyon çalışmaları için yönlendirici olacağı düşünülmektedir.

Yazışma Adresi: Dr. Öğr. Üyesi Hatice Polat, Bingol Universitesi, Saglik Bilimleri Fakultesi, Hemsirelik Bolumu, Psikiyatri Hemsireligi Anabilim Dali, Bingol/ Turkiye
hatice_ce.polat@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. (2002). National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators. Geneva: WHO.

2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Çeviri Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 5. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2014.

3. Schanda H, Stompe T, Ortwein-Swoboda G. Increasing criminality in patients with schizophrenia: Fiction, logical consequence or avoidable side effect of the mental health reforms? Neuropsychiatr 2010; 24: 170-81.

4. Volavka J. Violence schizophrenia and bipolar disorder. Psychiatria Danubina 2013; 25: 24–33.

5. Brennan P, Mednick S, Hodgins S. Major mental disorder and criminal violence in a Danish birth cohort. Arc Gen Psychiatry 2000; 57: 494-500.

6. Fazel S, Grann M. Psychiatric Morbidity Among Homicide Offenders: A Swedish Population Study. Am J Psychiatry 2004; 161:2129-31.

7. Coid J, Yang M, Roberts A, Ullrich S, Moran P, Bebbington P, Brugha, T, Jenkins R, Farrell M, Lewis G, Singleton N. Violence and psychiatric morbidity in anational household population-a report from the itish household survey. Am J Epidemiol 2006; 164: 1199-1208.

8. Öncü F, Sercan M, Ger C, Bilici R, Ural C, Uygur N. Sosyoekonomik Etmenlerin ve Sosyodemografik Özelliklerin Psikotik Olguların Suç İşlemesinde Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(1):4-12

9. Almvik R, Woods P. Short-term risk prediction: The Brøset Violence Checklist. Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing 2003; 10: 2, 236-238.

10. Yee N, Large M, Kemp R ve ark. Severe non-lethal violence during psychotic illness. Aust N Z J Psychiatry 2011; 45:466-72.

11. İnan S, Yıldızhan E, Öncü F. İnsana yönelik ciddi suç işleyen adli psikiyatri olgularının hastalık öyküleri, sosyodemografik ve suç özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2018; 29: 258-268.

12. World Health Organization. Adherence to Long Term Therapy: Evidence for Action. 2003. http:// www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/ 18.11.2020

13. Dikeç G, Kutlu Y. Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: tedaviye uyum programı. Journal of Psychiatric Nursing 2015; 6:40-46.

14. Bahar G, Savaş HA, Ünal A, Savaş E, Kaya H, Bahar A. Morisky Tedavi Uyum Ölçeğinin iki uçlu duygudurum bozukluğu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2014; 15:141-149.

15. Kelleci M, Ata EE. Psikiyatri kliniği'nde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing 2011; 2(3):105-110.

16. Demirkol ME, Tamam L, Evlice YE, Karaytuğ MO. Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. Çukurova Medical Journal 2015; 40 (3):555-568.

17. Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D. Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. İ.Ü.F.N. Hem. Derg. 2010; 18(2): 87-97.

18. McCann TV. Uncovering hope with clients who have psychotic illness. Journal of Holistic Nursing 2002; 20: 81-99.

19. Hillbrand M, Young JL. Instilling Hope Into Forensic Treatment: The Antidote to Despair and Desperation. J Am Acad Psychiatry Law 2008; 36:90–4.

20. Horberg U, Sjogren R, Dahlberg K. To be strategically struggling against resignation: The lived experience of being cared for in forensic psychiatric care. Issues in Mental Health Nursing 2012; 33: 743−751.

21. Askola R, Nikkonen M, Paavilainen E, Soininen P, Putkonen H, Louheranta O. Forensic psychiatric patients' perspectives on their care: A narrative View. Perspectives in Psychiatric Care 2016; 54: 1–10.

22. Morısky DE, Green LW, Levıne DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of mdication adherence. Medicine Care 1986; 24, 67–74.

23. Yılmaz S. Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi 2004.

24. Taylor PJ. Motives for Offending Among Violent and Psychotic Men. Br J Psychiatry 1985; 147: 491-498.

25. Herth K. Development and refinement of an ınstrument to measure hope, Scholarly Inquiry for Nursing Practice 1991; 5(1):39-51.

26. Aslan Ö, Sekman K, Vural H. Öğrenci hemşirelerde umut, Hospital Life; 2006, 1(2)61-63.

27. Dencker SJ, Liberman RP. From compliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. Int Clin Psychopharmacol 1995; 9(Suppl) 5:75-78.

28. Dilbaz N, Karamustafalıoğlu O, Oral T, Önder E, Çetin M. Evaluation of compliance to treatment and factors affecting compliance for schizophrenia outpatients. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni 2006; 16:223-232.

29. Soykan A. İki uçlu bozuklukta tedavi uyumunu arttırma stratejileri. Journal of Mood Disorders 2013; 3(Suppl. 1):9-10.

30. Krakowski M, Czobar P, Chou JC. Course of violence in patients with schizophrenia: Relationship to clinical symptoms. Schizoph Bull 1999; 25(3):505- 17.

31. Belete H, Mulat H, Fanta T, Yimer S, Shimelash T, Ali T, ve Tewabe T. Magnitudeandas sociated factors of aggressive behaviour among patients with bipolar disorder at amanual mental specialized hospital, out patient department, addis ababa, ethiopia:cross-sectional study. BMC Psychiatry 2016; 16(1), 443.

32. Fitzgerald R. The sources of hope. New York: Pergamon 1979; p.224-254.

33. Landeen J, Pawlick J, Woodside H, Kirkpatrick H, Byrne C. Hope, quality of life, and symptom severity in individuals with schizophrenia. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2000; 23(4):364-369.

34. Schrank B, Hayward M, Stanghellini G, Davidson L. Hope in psychiatry. Advances in Psychiatric Treatment 2011 ;17(3):227-235.

35. Coşkun E, Altun ÖŞ. The Relationship between the hope levels of patients with schizophrenia and functional recovery. Archives of psychiatric nursing 2017; Baskıda.

36. Lyu J, Zhang J. Characteristics of schizophrenia suicides compared with suicides by other diagnosed psychiatric disorders and those without a psychiatric disorder. Schizophrenia Research 2014; 155(1):59-65.

37. Lysaker PH, Campbell K, Johannesen JK. Hope, awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders. Journal of Nervous and Mental Disease 2005 ;193(5):287–292.

38. Violence and Psychiatric Disorders: Results from an Epidemiological Study of Young Adults in Israel Psychiatric Quarterly Ann Stueve & Bruce G. Link 1997; 68, pages 327–342.

39. Elkington KS, Teplin LA, Abram KM, Jakubowski JA, Dulcan MK, Welty LJ. Psychiatric Disorders and Violence: A Study of Delinquent Youth After Detention. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2015; 54(4), 302–312.e5. doi:10.1016/j.jaac.2015.01.002.

40. Schanda H, Stompe T, Ortwein-Swoboda G. Increasing criminality in patients with schizophrenia: Fiction, logical consequence or avoidable side effect of the mental health reforms? Neuropsychiatr 2010; 24(3):170-81.

41. Theodore B, Feldmann MD. Bipolar disorder and violence. Psychiatric Quarterly 2001; Vol. 72, No. 2.

42. Dilbaz N. Şiddet riskinin değerlendirilmesi ve saldırgan hastaya yaklaşım. Klinik Psikiyatri. 1999; 2:179-188.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Psikiyatri kliniklerinde hemşire/hekim, hasta ve hasta yakınlarının damgalamaya yönelik inanç ve tutumlarının değerlendirilmesi

Evaluation of belief and attitudes towards stigma of nurses/physician, patients and patients' relatives in psychiatric clinics

Feride Ercan[1], Mehmet Karakaş[2], Nermin Gürhan[3], Ümran Demircan[4], Haydar Mehmet Kaya[5]
[1]Dr.,Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-3239-9058
[2]Öğr. Gör. Dr., Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-0150-6930
[3]Prof.Dr., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-3472-7115
[4]Öğr. Gör., Sinop Üniversitesi Durağan Meslek Yüksekokulu İlk ve Acil Yardım Bölümü, Sinop, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-2975-4581
[5]Dr., Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi, Ankara, Türkiye https://orcid.org/0000-0001-7818-9331

ÖZET

Amaç: Bu çalışma psikiyatri kliniklerinde hemşire/hekim, hasta ve hasta yakınlarının damgalamaya yönelik inanç ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Çalışma, tanımlayıcı-kesitsel araştırma yöntemi kullanılarak yapılmıştır. İki devlet üniversitesi eğitim araştırma hastanesinin psikiyatri kliniği ile bir devlet üniversitesinin ruh sağlığı ve hastalıkları eğitim araştırma hastanesinde Ekim-Aralık 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Örneklemi 43 hemşire/hekim, 76 hasta ve 37 hasta yakını oluşturmaktadır. Veriler Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ), Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ) ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ) kullanılarak toplanmıştır. Hemşire/hekim, hasta ve hasta yakınlarının ruhsal bozukluğa ilişkin inanç ve tutum puan ortalamaları karşılaştırılmış, ruhsal bozukluğa sahip hastaların içselleştirilmiş damgalama yaşama düzeyleri değerlendirilmiş ve bazı değişkenler açısından parametreler incelenmiştir. **Bulgular:** Çalışmaya katılanların %27,6'sı hemşire/hekim, %48,7'si hasta ve %23,7'si hasta yakınıdır. Gruplara göre RHYİÖ tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve utanma alt boyutları ve ölçek toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gruplara göre RSTTÖ korku/dışlama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). **Sonuç:** Ruhsal hastalığa/hastalara yönelik en olumsuz inanca sahip olanların hastalar olduğu, hemşire/hekimlerin ise daha fazla korku ve dışlama tutumu sergiledikleri saptanmıştır. Ayrıca gruplara göre farklılık gösterse de inanç, tutum ve damgalamanın ekonomik durum, eğitim düzeyi, cinsiyet, hastane yatış sayısı gibi değişkenlerden etkilendiği belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Psikiyatri, hemşire, hekim, hasta, hasta yakını, damgalama

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2021;24:499-512)

DOI: 10.5505/kpd.2021.82653

SUMMARY

Objective: This study was conducted to evaluate the beliefs and attitudes of nurses/physicians, patients and patients' relatives towards stigma in psychiatry clinics. **Method:** The study was undertaken using descriptive-sectional study method. It was conducted between October-December 2017 at the psychiatry clinic of two state university training and research hospitals and at the mental health and diseases training and research hospital of a state university. The sample consists of 43 nurses/physicians, 76 patients and 37 patient relatives. The data were collected using Beliefs towards Mental Illness Scale (BMI), scale of The Community Attitudes towards the Mentally Ill (CAMI) and İnternalized Stigma of Mental İllness Scale (ISMI). The beliefs and attitudes scores of nurses/physicians, patients, and patient relatives were compared, the internalized stigmatization levels of patients with mental disorders were evaluated, and the stigma belief and attitude levels were examined for some variables. **Results:** Participants in the study were 27.6% nurses/physicians, 48.7% patients and 23.7% patient relatives. A statistically significant difference was found between the groups in terms of the BMI subscales of dangerousness, poor social and interpersonal skills and incurability and shame, and the scale total score ($p<0.05$). A statistically significant difference was found between the groups in terms of CAMI fear/exclusion score ($p<0.05$). **Discussion:** It was determined that patients have the most negative beliefs towards to mental disorders/patients, also nurses/physicians were found to exhibit more fear and exclusion attitudes. Although it varies according to the groups it was determined that beliefs, attitudes and internalized stigmatization were affected by variables such as economic status, education level, gender, and number of hospitalizations.

Key Words: Psychiatry, nurse, physician, patient, patient relative, stigma

Makalenin geliş tarihi: 04.02.2021, Yayına kabul tarihi: 26.05.2021

GİRİŞ

Damgalama (Stigma), "ruhsal bozukluğu olan bireylere korku, reddetme, kaçınma ve ayrımcılık yapma olarak kendini gösteren bir dizi olumsuz tutum ve inanç" olarak tanımlanmaktadır (1). Damgalama, bilişsel, duygusal ve davranışsal süreçlerde gerçekleşir. İlk olarak, ruhsal bozukluklarla ile ilgili stereotipler ortaya çıkar (örneğin hastalar tehlikelidir, kendilerine bakamazlar vb.), sonrasında bu olumsuz stereotipler güçlenir ve önyargılı davranışlara ve olumsuz duygulara (korku, iğrenme vb.) dönüşür. Sonuç olarak, ruhsal bozukluklarda toplumdan dışlanma gerçekleşir (2,3). Damgalama, sosyal mesafe, statü kaybı ve ayrımcılık gibi öğelerin birlikte ortaya çıkmasıyla da sonuçlanır (4). Dünya çapında ruhsal bozukluğu olan hastalara yönelik damgalama oranı gelişmiş ülkelerde %7-8 iken, gelişmekte olan ülkelerde %15-16 olduğu belirtilmiştir (5).

Damgalamanın ruhsal bozuklukları şiddetlendirdiği, ruhsal hastalıktan iyileşmeyi olumsuz yönde etkilediği, hastalığa karşı olumsuz tutumları güçlendirdiği bilinmektedir (6). Damgalamanın ruhsal bozukluğu olan kişilerin aldıkları bakım kalitesini, tedavi seçeneklerini ve iyileşme potansiyellerini olumsuz etkilediği bildirilmiştir (4). Sağlık sistemi içinde ve sağlık çalışanları arasında ruhsal bozukluklar ile ilişkili damgalama, tedavi ve iyileşme için büyük bir engel olarak tanımlanmıştır (7,8). Ruh sağlığı çalışanlarının damgalayıcı tutum ve davranışlarının, hastaların tıbbi ihtiyaçlarına odaklanılmamasına ve hastalarda sosyalleşme sorunlarına neden olduğu bildirilmiştir (9). Damgalamanın karmaşık doğası ile hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaç ve beklentilerini anlama gereksinimi göz önüne alındığında onlarla yakın temasta bulunan klinisyenlerin, özellikle de hemşirelerin önemli bir rolü vardır (4). Sağlık profesyonellerinin ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı olumlu, şefkatli ve destekleyici tutumlar geliştirmesi beklenmektedir (10). Ancak, bazı sağlık profesyonelleri ruhsal bozukluğu olan kişiler için iyileşme konusunda daha az destekleyici algılara sahip olabilmektedir (11). Sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarının hasta veya hasta yakınlarına damgalayıcı tutumları onların tedavi almalarını olumsuz etkileyebilmektedir (12).

Ruhsal bozukluklarda hastalar sadece var olan durumun getirdiği zorluklarla değil aynı zamanda bu durumdan kaynaklanan içselleştirilmiş damgalama ile de yaşamaya çalışmaktadırlar (13). Ruhsal bozukluğa sahip bireylerde damgalamaya yönelik tutum ve tepkileri kendilerine döndürmeleri sonucunda içselleştirilmiş damgalama ortaya çıkabilmektedir (14,15). Sürekli kendini damgalama düşüncesi otomatik hale geldiğinde ise hastaların öznel yaşam kalitelerini ve yaşam doyumlarını olumsuz yönde etkilemektedir (16).

Ruhsal bozukluğu olan bireyler toplum tarafından tehlikeli, tutarsız davranışları olan ve iletişim sorunu yaşayan kişiler olarak düşünülmektedir (17). Toplumun ve ailenin hastalığa, tedavisine ve etiyolojisine ilişkin bakışı hastaların toplum içindeki konumları, kabul görmeleri, tedaviye uyumu açısından önemlidir (18). Damgalama; ruhsal bozuklukların tedavisine, hastaya olan yaklaşıma ve hastanın rehabilitasyon sürecine zarar veren ana engellerden birisi olarak görülmektedir. Sağlık personeli, sağlık bölümünde okuyan öğrenciler, hasta, hasta yakınları ya da halkın ruhsal hasta/hastalıklara yönelik inanç, tutum ve damgalamayı içeren birçok çalışma yapılmıştır (4,19-28). Ancak ruhsal hastalıklarda en fazla damgalama yaşayan gruplar olan hasta ve hasta yakınlarını ve bu gruplara bakım veren sağlık personelinin beraber ele alındığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu üç grubun ortak ele alındığı bir çalışmanın olması oldukça önemlidir. Bu çalışma psikiyatri kliniklerinde hemşire/hekim, hasta ve hasta yakınlarının damgalamaya yönelik inanç ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. Hemşire/hekim, hasta ve hasta yakınlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları arasında fark var mıdır?

2. Hemşire/hekim, hasta ve hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları arasında ilişki var mıdır?

3. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile içselleştirilmiş damgalanma arasında ilişki var mıdır?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma psikiyatri kliniklerinde hemşire/hekim, hasta ve hasta yakınlarının damgalamaya yönelik inanç ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı-kesitsel tipte bir çalışma olarak yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışma, iki devlet üniversitesi eğitim araştırma hastanesinin psikiyatri kliniği ile bir devlet üniversitesinin ruh sağlığı ve hastalıkları eğitim araştırma hastanesinde yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini Ekim – Aralık 2017 tarihleri arasında psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşire ve hekimler ile o tarihlerde yatarak tedavi gören veya kontrol için polikliniğe başvuran hastalar ve bu hastaların yakınları oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiştir ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hemşire ve hekimler ile çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan tüm hasta ve hasta yakınları örnekleme dahil edilmiştir. Çalışmada alınma kriterleri, çalışmaya katılmaya gönüllü olma, hasta ve hasta yakınları için veri toplama araçlarını anlayabilecek bilişsel yetiye sahip olma ve okur-yazar olma, dışlama kriterleri ise hastalar için akut dönemde olma olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Uygulanması

Bu çalışmada veri toplama araçları çalışmaya katılan hemşire, hekim, hasta ve hasta yakınlarına mesai saatleri içerisinde araştırmacılar tarafından yüz yüze olarak uygulanmıştır. Tüm katılımcılardan çalışmaya başlamadan önce bilgilendirilmiş gönüllü onam formu aracılığı ile yazılı onam alınmıştır. Araştırmada tüm katılımcılara (hemşire, hekim, hasta ve hasta yakınları) Kişisel Bilgi Formu, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği, Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği ve hasta grubuna ayrıca Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği uygulanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması hemşire, hekim ve hasta yakınları ile 10-15 dakika ve hastalar ile 15-20 dakika sürmüştür. Uygulama Ekim – Aralık 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından oluşturulan form sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu) ve ruhsal hastalığa ilişkin (ailede psikiyatrik tanı bulunma durumu, hastaneye yatarak tedavi görme ve hastaneye yatış sayısı) toplam 9 sorudan oluşmaktadır.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ): Hirai ve Clum tarafından 2000 yılında geliştirilmiş olan ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. RHYİÖ, tehlikelilik "ruhsal hasta ve hastalıkların tehlikeli olduğu ile ilgili maddeler", çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma "ruhsal hastalıklarda kişiler arası ilişki ve bu duruma bağlı çaresizlik ile ilgili maddeler" ve utanma "ruhsal hastalıkların utanılacak bir durum olduğu ile ilgili maddeler" alt boyutlarından oluşmaktadır. RHYİÖ, 6'lı Likert tipi bir ölçek olup; ölçek puanları "tamamen katılmıyorum" (0), ile "tamamen katılıyorum" (5) arasında değişmektedir. Ölçekten toplamda 0-105 arasında puan alınabilmektedir. Ölçekten ve alt ölçeklerden elde edilen puanın yüksekliği ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz inanç düzeyini göstermektedir (29). Türkiye'deki geçerlik ve güvenirlik çalışması Bilge ve Çam (2008) tarafından yapılan çalışmanın iç tutarlık Cronbach Alpha katsayısı 0.82 olarak bulunmuştur (29). Bu araştırmada ise Cronbach Alpha değeri Hemşire/Hekim grubu için 0.91; hasta grubu için 0.81 ve hasta yakını grubu için 0.90 olarak belirlenmiştir.

Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ): Taylor ve Dear tarafından 1981 yılında geliştirilen ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. RSTTÖ, iyi niyet "toplumun ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik görevini yerine getirmesi ve diğer bireylerin bu tür insanların duygularını anlayıp paylaşmaya istekli olması ile ilgili maddeler", toplum ruh sağlığı ideolojisi "ruhsal sorunlu bireylerin toplum içinde tedavi ve bakımlarının sürdürülmesi ile ilgili maddeler" ve korku-dışlanma "ruhsal sorunu olan bireylerin toplumdan uzaklaştırılması, bu bireylerden

korkulması ve bu bireylerin dışlanması gerektiği ile ilgili maddeler" alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Ölçek 5'li Likert tiptedir ve ölçek puanları "tamamen katılıyorum" (1), ile "kesinlikle katılmıyorum" (5) arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puan 21-105 arasındadır. Ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen yüksek puanlar ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz tutum düzeyini göstermektedir (30). Türkiye için geçerlik güvenirlik çalışması Bağ ve Ekinci (2006) tarafından yapılmıştır ve ölçek için Cronbach alpha katsayısı 0.72 olarak bulunmuştur (30). Bu araştırmada ise Cronbach alpha değerleri hemşire/hekim grubu için 0.87; hasta grubu için 0.79 ve hasta yakını grubu için 0.84 olarak belirlenmiştir.

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ): Ritsher ve ark. tarafından 2003 yılında geliştirilmiş olan ölçek, içselleştirilmiş damgalanmayı değerlendirmekte olup 29 maddeden oluşan bir özbildirim ölçeğidir. Ölçeğin Yabancılaşma, Kalıp Yargıların Onaylanması, Algılanan Ayrımcılık, Sosyal Geri Çekilme ve Damgalanmaya Karşı Direnç olmak üzere beş alt boyutu bulunmaktadır. RHİDÖ'nde yer alan maddeler "kesinlikle aynı fikirde değilim" (1 puan), "aynı fikirde değilim" (2 puan), "aynı fikirdeyim" (3 puan), "kesinlikle aynı fikirdeyim" (4 puan) şeklinde dörtlü bir Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. Toplam RHİDÖ puanı 29-116 puan arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz ve şiddetli olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Ersoy ve Varan (2007) tarafından yapılmıştır. Türkçe ölçek için elde edilen iç tutarlık Cronbach alpha katsayısı 0.93 ve ölçeğin iki-yarım güvenirliği 0.89 olarak belirtilmiştir (31). Bu araştırmada ise Cronbach alpha değerleri 0.90 olarak belirlenmiştir.

Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen verilerin analizi SPSS (IBM SPSS Statistics 24) programı kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler "Independent-Sample t test, ANOVA test, Tukey/Tamhane test" kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler "Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H test, Bonferroni düzeltmesi" kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde Pearson korelasyon ve Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Anlamlılık değeri $p<0.05$ olarak alınmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışma Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak yapılmış ve araştırmaya başlamadan önce çalışmanın yürütüldüğü üniversitenin etik komisyonundan etik onay (Sayı: 77082166-302.08.01; Araştırma kod no: 2017- 83), çalışmanın yürütüldüğü kurumlardan yazılı izin ve katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hemşire, hekim, hasta ve hasta yakınlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik durumu ve çalışma durumuna ilişkin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Ayrıca çalışmaya katılan hemşire/hekim grubunun %20,9'unun ailesinde psikiyatrik tanı alan bir birey bulunmaktadır. Hasta grubunda ise %39,5'inin kendisi haricinde ailesinde başka bir bireyin psikiyatrik bir bozukluğa sahip olduğu belirlenmiştir. Hastaların %44,3'ünün psikiyatri kliniğinde üç veya daha fazla kez yatarak tedavi gördüğü, hasta yakınlarından yatarak tedavi görenlerin %75'inin ise sadece bir kez yatarak tedavi gördüğü belirlenmiştir (Tablo 1).

Gruplara göre ölçek puan ortalamaları ve aralarındaki ilişkisi

Gruplara göre RHYİÖ tehlikelilik ($x^2=19.279$, $p<0.001$), çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($x^2=7.783$, $p=0.005$) ve utanma ($x^2=5.597$, $p=0.018$) alt boyutları ve ölçek toplam puanı ($F=7.839$, $p=0.001$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hastaların tehlikelilik ve utanma alt boyut puanları,

Tablo 1. Hemşire/hekim, hasta ve hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri

Değişken	Hemşire/hekim (n=43)		Hasta (n=76)		Hasta yakını (n=37)	
	n	%	n	%	n	%
Grup katılım oranları	43	27,6	76	48,7	37	23,7
Yaş						
30 yaş altı	17	39,5	22	28,9	9	24,3
30-39 yaş	17	39,5	23	30,3	9	24,3
40-49 yaş	7	16,3	14	18,4	8	21,7
50 yaş ve üzeri	2	4,7	17	22,4	11	29,7
Cinsiyet						
Kadın	29	67,4	26	34,2	17	45,9
Erkek	14	32,6	50	65,8	20	54,1
Medeni durum						
Evli	31	72,1	30	39,5	23	62,2
Bekar	10	23,3	34	44,7	12	32,4
Boşanmış	2	4,6	12	15,8	2	5,4
Eğitim düzeyi						
Okuryazar	-	-	4	5,3	1	2,7
İlköğretim	-	-	33	43,4	13	35,2
Lise	2	4,7	26	34,2	16	43,2
Lisans	29	67,4	11	14,5	6	16,2
Yüksek lisans/doktora	12	27,9	2	2,6	1	2,7
Çalışma durumu						
Çalışıyor	43	100,0	24	31,5	23	62,2
Emekli	-	-	12	15,8	2	5,4
İşsiz	-	-	36	47,4	5	13,5
Ev hanımı	-	-	4	5,3	7	18,9
Ekonomik durum						
Çok kötü	-	-	3	3,9	1	2,7
Kötü	2	4,7	7	9,2	2	5,4
Orta	21	48,8	46	60,5	22	59,5
İyi	17	39,5	15	19,7	10	27,0
Çok iyi	3	7,0	5	6,6	2	5,4
Ailede psikiyatrik tanı						
Evet	9	20,9	30	39,5	37	100,0
Hayır	34	79,1	46	60,5	-	-
Hastaneye yatarak tedavi görme						
Evet						
Hayır	-	-	70	92,1	4	10,8
	43	100,0	6	7,9	33	89,2
Hastane yatış sayısı						
1	-	-	20	28,6	3	75,0
2	-	-	19	27,1	-	-
3 ve üzeri	-	-	31	44,3	1	25,0

hemşire/hekimlere ve hasta yakınlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Hastaların çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma puanı ve RHYİÖ ölçek toplam puanı hemşire/hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 2).

Gruplara göre RSTTÖ korku/dışlama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi 2=19.041$, $p<0.05$). Hastaların ve hasta yakınlarının RSTTÖ korku/dışlama alt boyut puanı, hemşire/hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür (Tablo 2).

Grupların bazı değişkenleri açısından RHYİÖ puanlarının karşılaştırılması

Hemşire/hekimlerin eğitim düzeylerine ve ekonomik durumlarına göre RHYİÖ tehlikelilik ($t=3.232$, $p=0.002$; $t=2.532$, $p=0.015$), çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($t=3.560$, $p=0.001$; $Z=2.534$, $p=0.011$) ve toplam puan ($Z=2.899$, $p=0.004$; $t=2.737$, $p=0.009$) açısından

Tablo 2. Gruplara göre ölçek puan ortalamaları ve aralarındaki ilişki

Ölçekler	Hemşire/hekim (1) $\bar{X} \pm SS$ (Min-Max)	Hasta (2) $\bar{X} \pm SS$ (Min-Max)	Hasta yakını (3) $\bar{X} \pm SS$ (Min-Max)	İstatistiksel analiz* Olasılık
RHYİÖ				
Toplam puan	40.86±17.29 (14.0-80.0)	54.34±17.87 (6.0-105.0)	45.78±21.05 (12.0-104.0)	F=7.839 p=0.001 [1-2]
Tehlikelilik	18.63±7.05 (5.0-35.0)	25.08±8.11 (1.0-40.0)	21.73±7.17 (7.0-40.0)	χ^2=19.279 p<0.001 [2-1,3]
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	21.62±10.80 (5.0-40.0)	27.61±10.97 (2.0-55.0)	23.11±13.92 (2.0-54.0)	χ^2=7.783 p=0.005 [1-2]
Utanma	0.60±1.16 (0.0-4.0)	1.66±2.45 (0.0-10.0)	0.95±2.44 (0.0-10.0)	χ^2=5.597 p=0.018 [2-1,3]
RSTTÖ				
Toplam puan	45.65±12.31 (13.0-90.0)	47.47±12.86 (26.0-83.0)	46.24±14.31 (26.0-91.0)	χ^2=1.564 p=0.457
Toplum ruh sağlığı ideolojisi	18.63±7.81 (10.0-47.0)	21.07±7.99 (10.0-46.0)	19.59±9.61 (10.0-50.0)	χ^2=4.455 p=0.108
İyi niyet	19.47±5.58 (14.0-38.0)	20.46±5.45 (9.0-35.0)	21.00±5.45 (13.0-37.0)	χ^2=3.762 p=0.152
Korku/dışlama	7.55±1.62 (4.0-10.0)	5.95±2.24 (2.0-10.0)	5.65±2.29 (2.0-10.0)	χ^2=19.041 p<0.001 [1-2,3]
RHİDÖ*				
Toplum puan	-	67.88±15.83 (32.0-103.0)	-	-
Yabancılaşma	-	14.39±4.61 (6.0-24.0)	-	-
Kalp yargıların onaylanması	-	15.18±4.49 (7.0-28.0)	-	-
Algılanan ayrımcılık	-	12.75±3.77 (5.0-20.0)	-	-
Sosyal geri çekilme	-	15.07±4.61 (6.0-24.0)	-	-
Damgalanmaya karşı direnç	-	10.48±2.86 (5.0-17.0)	-	-

*RHİDÖ ölçeği sadece hasta grubuna uygulanmıştır; **RHİYÖ ve RSTTÖ puan ortalamaları gruplar arası ilişki için Normal dağılım gösteren değişkenlerde Pearson Korelasyon katsayısı, Normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Spearman Korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi lisans ve altı mezunu olan hemşireler ile lisans mezunu hekimlerin RHYİÖ tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve toplam puanları, mastır/doktora mezunu olanlara göre daha yüksektir. Ekonomik durumu orta düzeyde olan hemşire/hekimlerin RHYİÖ tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve toplam puanları, iyi/çok iyi olanlara göre daha yüksektir (Tablo 3).

Hasta yakınlarının ekonomik durumlarına göre RHYİÖ tehlikelilik alt boyutu (t=2.884, p=0.007) ve eğitim düzeyine göre RHYİÖ tehlikelilik (F=3.494, p=0.042) ve utanma alt boyut (χ2=6.570, p=0.037) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olan hasta yakınlarının RHYİÖ tehlikelilik puanı, lisans ve üzeri olanlara göre daha yüksektir. Eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olan hasta yakınlarının RHYİÖ utanma puanı, lise olanlara göre daha yüksektir. Ekonomik durumu orta olan hasta yakınlarının RHYİÖ tehlikelilik puanları, iyi/çok iyi olanlara göre daha yüksektir (Tablo 3).

Tablo 3. Grupların bazı değişkenler açısından RHYİÖ puanlarının karşılaştırılması

Hemşire/hekim Değişken (N=43)		n	Tehlikelilik	Çaresizlik ve kişilerarası ilişki	Utanma	Toplam RHYİÖ
			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet	Kadın	29	18.66±6.84	21.86±10.23	0.52±0.99	41.03±16.29
	Erkek	14	18.57±7.73	21.14±12.29	0.79±1.47	40.50±19.87
	Analiz*		t=0.036[a]	Z=-0.234[c]	Z=-0.246[c]	t=0.094[a]
	Olasılık		p=0.971	p=0.815	p=0.805	p=0.926
Eğitim düzeyi	Lisans ve altı	31	20.58±6.42	24.29±11.09	0.74±1.29	45.61±17.12
	Master/doktora	12	13.58±6.23	17.75±6.21	0.25±0.62	28.58±10.70
	Analiz*		t=3.232[a]	t=3.560[a]	Z=-1.115[c]	Z=-2.899[c]
	Olasılık		p=0.002	p=0.001	p=0.265	p=0.004
Ekonomik durum	Orta	21	21.14±6.58	25.24±10.42	1.00±1.45	47.38±16.39
	İyi/çok iyi	20	15.85±6.80	17.75±9.19	0.25±0.64	33.85±15.20
	Analiz*		t=2.532[a]	Z=-2.534[c]	Z=-2.000[c]	t=2.737[a]
	Olasılık		p=0.015	p=0.011	p=0.046	p=0.009
Hasta yakını Değişken (N=37)		n	Tehlikelilik	Çaresizlik ve kişilerarası ilişki	Utanma	Toplam RHYİÖ
			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet	Kadın	17	19.41±6.44	18.88±12.45	0.53±1.33	38.82±17.32
	Erkek	20	23.70±7.33	26.70±14.38	1.30±3.08	51.70±22.50
	Analiz*		t=-1.874[a]	t=-1.751[a]	Z=-0.571[c]	t=-1.923[a]
	Olasılık		p=0.069	p=0.089	p=0.568	p=0.063
Eğitim düzeyi	İlköğretim/↓ (1)	14	23.50±7.19	27.36±14.89	2.21±3.59	53.07±23.17
	Lise (2)	16	22.81±5.67	22.56±12.98	0.19±0.75	45.56±17.11
	Lisans/↑ (3)	7	15.71±87.99	15.88±12.51	0.84±0.38	31.71±20.19
	Analiz*		F=3.494[b]	F=1.676[b]	χ^2=6.570[d]	F=2.621[b]
	Olasılık		p=0.042	p=0.202	p=0.037	p=0.087
	Fark		[1-3]		[1-2]	
Ekonomik durum	Orta	22	24.18±6.24	24.77±13.28	1.40±3.03	50.36±18.50
	İyi/çok iyi	13	17.25±7.48	21.75±15.45	0.33±0.89	39.33±23.17
	Analiz*		t=2.884[a]	t=0.599[a]	Z=-0.848[c]	Z=-1.136[c]
	Olasılık		p=0.007	p=0.553	p=0.396	p=0.256
Hasta Değişken (N=76)		n	Tehlikelilik	Çaresizlik ve kişilerarası ilişki	Utanma	Toplam RHYİÖ
			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet	Kadın	26	25.77±8.25	24.19±10.10	1.58±2.00	51.54±16.69
	Erkek	50	24.72±8.11	29.38±11.08	1.70±2.67	55.80±18.44
	Analiz*		Z=-0.477[c]	t=-1.994[a]	Z=-0.179[c]	t=-0.986[a]
	Olasılık		p=0.633	p=0.049	p=0.858	p=0.327
Eğitim düzeyi	İlköğretim/↓ (1)	37	26.54±7.38	29.59±10.81	1.65±2.57	57.78±17.11
	Lise (2)	26	24.11±9.91	25.88±12.69	1.84±2.72	51.85±21.10
	Lisans/↑ (3)	13	22.85±5.44	25.38±6.52	1.31±1.38	49.54±10.70
	Analiz*		χ^2=3.642[d]	F=1.200[b]	χ^2=0.101[d]	F=1.426[b]
	Olasılık		p=0.162	p=0.307	p=0.951	p=0.247
Ekonomik durum	Kötü	10	25.40±8.54	28.40±12.84	2.60±3.03	56.40±21.47
	Orta	46	25.54±7.84	26.04±9.85	1.57±2.17	53.15±16.05
	İyi/ç. iyi	20	23.85±8.82	30.80±12.27	1.40±2.74	56.05±20.56
	Analiz*		F=0.307[b]	F=1.352[b]	χ^2=3.308[d]	F=0.255[b]
	Olasılık		p=0.737	p=0.265	p=0.191	p=0.776

*[a] Independent Sample-t; [b] ANOVA; [c] Mann-Whitney U; [d] Kruskal-Wallis H

Hastaların cinsiyete göre RHYİÖ çaresizlik ve kişilerarası ilişki alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (t=1.994, p=0.049). Erkek olan hastaların çaresizlik ve kişilerarası ilişki alt boyut puanı kadınlara göre daha yüksektir (Tablo 3).

Grupların bazı değişkenler açısından RSTTÖ puanlarının karşılaştırılması (Tablo 4)

Hemşire/hekimlerin eğitim düzeylerine göre RSTTÖ toplum ruh salığı ideolojisi (Z=2.375, p=0.018), iyi niyet (Z=2.580, p=0.010), korku/dışlama (t=3.050, p=0.004) ve toplam puan (Z=2.184, p=0.029) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Lisans ve altı mezunu olan hemşireler ile lisans mezunu hekimlerin RSTTÖ toplum ruh salığı ideolojisi, iyi niyet ve toplam puanları, Master/doktora mezunu olanlara göre daha yüksektir. Ancak lisans ve altı

Tablo 4. Grupların bazı değişkenler açısından RSTTÖ puanlarının karşılaştırılması

Hemşire/hekim Değişken (N=43)		n	Toplum ruh sağlığı ideolojisi	İyi niyet	Korku/ dışlama	Toplam RSTTÖ
			X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS
Cinsiyet	Kadın	29	17.00±4.34	18.31±3.51	7.69±1.60	43.00±6.28
	Erkek	14	22.00±11.77	21.86±8.06	7.29±1.68	51.14±18.87
	Analiz*		Z=-0.662 [c]	Z=-1.333 [c]	Z=-0.646 [c]	Z=-0.506 [c]
	Olasılık		p=0.508	p=0.183	p=0.518	p=0.613
Eğitim düzeyi	Lisans ve altı	31	20.19±8.45	20.48±6.06	7.13±1.59	47.80±13.51
	Master/doktora	12	14.58±3.70	16.83±2.86	8.67±1.15	40.08±5.79
	Analiz*		Z=-2.375 [c]	Z=-2.580 [c]	t=-3.050 [a]	Z=-2.184 [c]
	Olasılık		p=0.018	p=0.010	p=0.004	p=0.029
Ekonomik durum	Orta	21	20.90±7.44	20.42±6.05	7.19±1.44	48.52±12.49
	İyi/çok iyi	20	16.60±7.97	18.75±5.26	8.00±1.69	43.35±12.26
	Analiz*		Z=-2.523 [c]	Z=-1.104 [c]	Z=-1.712 [c]	Z=-2.222 [c]
	Olasılık		p=0.012	p=0.270	p=0.087	p=0.026
Hasta yakını Değişken (N=37)		n	Toplum ruh sağlığı ideolojisi	İyi niyet	Korku/ dışlama	Toplam RSTTÖ
			X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS
Cinsiyet	Kadın	17	18.35±8.33	21.00±4.82	5.94±2.59	45.29±12.00
	Erkek	20	20.65±10.68	21.00±6.05	5.40±2.04	47.05±16.29
	Analiz*		Z=-0.719 [c]	Z=-0.322 [c]	t=0.712 [a]	Z=-0.672 [c]
	Olasılık		p=0.482	p=0.748	p=0.481	p=0.502
Eğitim düzeyi	İlköğretim/↓ [(1)]	14	16.14±3.92	20.57±3.61	4.50±2.78	41.21±7.60
	Lise [(2)]	16	19.68±9.14	19.63±5.40	6.38±1.96	45.69±13.11
	Lisans/↑ [(3)]	7	26.28±15.23	25.00±7.26	6.29±2.36	57.57±21.57
	Analiz*		χ^2=1.764 [d]	χ^2=5.012 [d]	F=3.188 [b]	χ^2=3.673 [d]
	Olasılık		p=0.414	p=0.082	p=0.054	p=0.159
Ekonomik durum	Orta	22	17.18±5.07	19.59±3.70	5.77±2.33	42.54±6.81
	İyi/çok iyi	13	24.58±14.47	24.00±7.18	6.25±1.81	54.83±21.34
	Analiz*		Z=-1.104 [c]	Z=-1.649 [c]	t=-0.614 [a]	Z=-1.083 [c]
	Olasılık		p=0.269	p=0.099	p=0.544	p=0.279
Hasta Değişken (N=76)		n	Toplum ruh sağlığı ideolojisi	İyi niyet	Korku/ dışlama	Toplam RSTTÖ
			X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS
Cinsiyet	Kadın	26	19.23±6.67	19.65±5.66	6.19±2.23	45.07±11.34
	Erkek	50	22.02±8.50	20.88±5.34	5.82±2.27	48.72±13.52
	Analiz*		Z=-1.335 [c]	t=-0.930 [a]	Z=-0.537 [c]	t=-1.174 [a]
	Olasılık		p=0.182	p=0.355	p=0.591	p=0.244
Eğitim düzeyi	İlköğretim/↓ [(1)]	37	22.51±9.31	21.19±5.45	5.59±2.35	49.29±14.77
	Lise [(2)]	26	20.12±6.61	20.23±5.60	6.04±2.09	46.38±10.98
	Lisans/↑ [(3)]	13	18.85±5.80	18.85±5.14	6.77±2.17	44.46±10.27
	Analiz*		χ^2=1.796 [d]	F=0.923 [b]	χ^2=2.548 [d]	F=0.817 [b]
	Olasılık		p=0.407	p=0.402	p=0.280	p=0.446
Ekonomik durum	Kötü	10	19.70±6.30	20.60±5.40	5.10±2.28	45.40±11.83
	Orta	46	22.83±8.71	21.00±6.10	6.30±2.21	50.13±14.09
	İyi/ç. iyi	20	17.70±5.73	19.15±3.53	5.55±2.24	42.40±8.36
	Analiz*		χ^2=5.030 [d]	F=0.804 [b]	F=1.635 [b]	F=2.795 [b]
	Olasılık		p=0.081	p=0.452	p=0.202	p=0.068
Hastane yatış sayısı	1 [(1)]	20	21.20±6.99	19.85±4.73	5.65±2.28	46.70±11.95
	2 [(2)]	19	25.36±10.14	22.53±6.60	6.58±1.71	54.47±15.32
	3 ve üzeri [(3)]	31	18.54±6.19	19.26±4.31	5.35±2.42	43.16±9.84
	Analiz*		F=4.669 [b]	χ^2=4.592 [d]	χ^2=4.340 [d]	F=5.159 [b]
	Olasılık		p=0.013	p=0.101	p=0.114	p=0.008
	Fark		[2-3]			[2-3]

*[a]Independent Sample-t; [b] ANOVA; [c] Mann-Whitney U; [d] Kruskal-Wallis H

mezunu olan hemşireler ile lisans mezunu hekimlerin RSTTÖ korku/dışlama puanı, mastır/doktora mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Hemşire/hekimlerin ekonomik durumlarına göre RSTTÖ toplum ruh salığı ideolojisi (Z=2.523, p=0.012) ve toplam puan (Z=2.222, p=0.026) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ekonomik durumu orta düzeyde olan hemşire/hekimlerin RSTTÖ toplum ruh salığı ideolojisi ve toplam puanları, ekonomik durumu iyi/çok iyi düzeyde olanlara göre daha yüksektir (Tablo 4).

Hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri açısında RSTTÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05). Ancak, hastaların psikiyatri servisinde yatış sayısına göre RSTTÖ toplum ruh sağlığı ideolojisi (F=4.669, p=0.013) ve toplam puan (F=5.159, p=0.008)

açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Psikiyatri servisinde yatarak 2 kez tedavi alan hastaların RSTTÖ toplum ruh sağlığı ideolojisi ve toplam puanları, 3 veya daha fazla kez yatarak tedavi alan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4).

Hastaların bazı değişkenler açısından RHİDÖ puanlarının karşılaştırılması (Tablo 5)

Hastaların eğitim düzeylerine göre RHİDÖ kalıp yargıların onaylanması (F=3.456, p=0.037), sosyal geri çekilme (F=3.199, p=0.047) ve toplam puan (F=3.528, p=0.034) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İlkokul veya altı mezun olan hastaların RHİDÖ kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme ve toplam puan açısından, lisans mezunu hastalara göre içselleştirilmiş damgalanmasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

TARTIŞMA

Bu çalışmada psikiyatri kliniklerinde hemşire/hekim, hasta ve hasta yakınlarının damgalamaya yönelik inanç ve tutumları değerlendirilmiştir. Çalışmamızın verileri grupların ruhsal bozukluklara yönelik inanç ve tutumlarının karşılaştırılması, grupların bazı değişkenler açısından ruhsal bozukluklara yönelik inanç ve tutumlarının karşılaştırılması, hastaların bazı değişkenler açısından içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin karşılaştırılması başlıkları altında tartışılmıştır.

Gruplar arasındaki ruhsal bozukluklara yönelik inanç ve tutum ilişkisinin karşılaştırılması

Çalışmamızda hastaların hemşire/hekim ya da hasta yakınları ile karşılaştırıldığında ruhsal bozukluğa sahip bireylerin tehlikeli olduğuna ve ruhsal bozukluğa sahip olmanın utanılacak bir durum olduğuna inandıkları belirlenmiştir. Ayrıca hastaların ruhsal bozukluğa sahip bireylerin daha fazla çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma yaşadıklarına inandıkları saptanmıştır. Bu durumun ruhsal bozukluğu deneyimleyen bireyler olarak hastaların kendi yaşantılarını göz önüne almaları, yaşadıkları içselleştirilmiş damgalama ve toplumdaki olumsuz inançlardan etkilenme durumları ile açıklanabilir. Ayrıca bu bulgu, çalışmamızda hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin düşük olmaması bulgusu ile paralellik göstermektedir. Literatürde ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerin psikiyatrik bozukluğu olan bireyleri damgalama düzeylerinin incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır.

Bu çalışmada hemşire/hekimlerin ruhsal bozukluğu olan bireylerin toplumdan uzaklaştırılması ve bu bireylerin dışlanmasına yönelik hastaneye yatırılmalarına dair korku/dışlanma tutumunun hasta ve hasta yakınları ile karşılaştırıldığında ön planda olduğu görülmektedir. Literatürde hasta tutumları ile sağlık profesyoneli tutumlarının birbirine benzer ve çok olumlu olmadığı (32) veya ruh sağlığı profesyonellerinin genel nüfusa kıyasla ruhsal hastalığa karşı daha olumlu tutumlara sahip olduğu saptanmıştır (33,34). Çalışmamızda hemşire/hekimlerin hasta ve hasta yakınlarına göre

Tablo 5. Hastaların bazı değişkenler açısından RHİDÖ puanlarının karşılaştırılması

RHİDÖ (N=76)		n	Yabancılaşma	Kalıp yargı onayı	Algılanan ayrımcılık	Sosyal geri çekilme	Damgalanma direnç	Toplam RHİDÖ
			X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS
Cinsiyet	Kadın	26	14.42±5.14	14.19±4.20	12.65±3.93	15.81±5.09	10.42±2.66	67.50±17.04
	Erkek	50	14.38±4.36	15.70±4.60	12.80±3.71	14.68±4.34	10.52±2.99	68.08±15.34
	Analiz*		t=0.038[a]	Z=-1.188[c]	t=-0.159[a]	t=1.012[a]	t=-0.139[a]	t=-0.151[a]
	Olasılık		p=0.969	p=0.235	p=0.874	p=0.315	p=0.890	p=0.881
Eğitim Durumu	İlkokul/↓ (1)	37	15.40±4.32	16.41±4.78	13.49±3.52	16.35±4.38	10.41±3.12	72.06±15.51
	Lise (2)	26	14.12±5.01	14.58±4.38	12.46±4.40	14.19±5.24	10.85±2.59	66.19±17.03
	Lisans/↑ (3)	13	12.08±3.90	12.92±2.63	11.23±2.59	13.15±2.73	10.00±2.74	59.38±10.16
	Analiz*		F=2.696[b]	F=3.456[b]	F=1.884[b]	F=3.199[b]	χ^2=1.431[d]	F=3.528[b]
	Olasılık		p=0.074	p=0.037	p=0.159	p=0.047	p=0.489	p=0.034
	Fark			[1-3]		[1-3]		[1-3]
Ekonomik Durum	Kötü	10	17.30±4.76	16.50±5.40	14.50±4.40	16.70±4.95	11.70±3.43	76.70±16.72
	Orta	46	13.93±4.57	15.04±4.54	12.52±3.57	14.87±4.66	10.37±2.86	66.74±15.94
	İyi/ç. iyi	20	14.00±4.30	14.85±4.03	12.40±3.84	14.70±4.40	10.15±2.56	66.10±14.41
	Analiz*		F=2.371[b]	χ^2=4.114[d]	F=1.259[b]	F=0.727[b]	F=1.077[b]	F=1.838[b]
	Olasılık		p=0.101	p=0.128	p=0.290	p=0.487	p=0.346	p=0.166

*[a]Independent Sample-t; [b] ANOVA; [c] Mann-Whitney U; [d] Kruskal-Wallis H

ruhsal hastalıklara yönelik daha olumlu inançlara sahip olsalar da korku/dışlama tutumlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu durum tutumların inançlara göre daha zor değişmesinden kaynaklı olabilir. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin tanı, tedavi ve özellikle rehabilitasyon, topluma yeniden kazandırılma sürecinde ruh sağlığı profesyonellerinin ruhsal hastalıklara yönelik olumlu inanç ve tutumlara sahip olmasının önemi göz ardı edilmemelidir. Bu anlamda alan yazında psikiyatri hastaları ile temas veya sosyal teması birleştiren eğitimin (24,35-37), psikiyatri hemşireliği dersi veya stajının (21,37-38), tıp eğitiminin (22) veya psikoeğitim gibi sosyal müdahalelerin (28, 39) ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları geliştirmede etkili olduğu ve bu yöntemlerin kullanılmasının önemi vurgulanabilir.

Bu çalışmada hastaların RHİDÖ toplam puanlarının 67.88±15.83 olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan göz önüne alındığında hastaların içselleşmiş damgalama düzeylerinin düşük olmadığı söylenebilir. Literatürde de hastaların içselleşmiş damgalama puanlarının çalışmamıza yakın seviyede olduğu saptanmıştır (40-42). Bu durum tüm hastaların benzer şekilde içselleştirilmiş damgalama yaşadıklarının bir göstergesi olabilir.

Grupların bazı değişkenler açısından ruhsal bozukluklara yönelik inançlarının karşılaştırılması

Çalışmamızda eğitim düzeyi yüksek olan hemşire/hekim ve hasta yakınlarının ruhsal bozukluklara yönelik daha olumlu inanca sahip oldukları saptanmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin ruhsal hastalığa/hastalara yönelik inançlarının daha olumlu olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (25,26). Ancak literatürde bunun aksine eğitim seviyesinin ruhsal hastalığa/hastalara yönelik inançlar üzerinde etkisinin olmadığını gösteren bir çalışmaya da rastlanmıştır (43).

Bu çalışmada ekonomik düzeyi daha düşük olan hemşire/hekim ve hasta yakınlarının ruhsal hastalığa/hastalara yönelik inançlarının daha olumsuz olduğu saptanmıştır. Literatürde çalışmamıza benzer şekilde ekonomik düzeyi düşük olan bireylerin daha olumsuz inanca sahip oldukları belirlenmiştir (20, 43-44).

Çalışmamızda erkek hastaların ruhsal hastalığa/hastalara yönelik inançlarının daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir. Arslantaş, Koyak ve Sarı'nın (2019) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada da erkeklerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının daha olumsuz olduğu saptanmıştır (27). Alan yazında cinsiyetin ruhsal hastalığa/hastalara yönelik inançlara etkisinin olmadığı (45) ya da erkeklerin daha olumlu inanca sahip olduğu (43,46) gibi farklı sonuçları olan çalışmalar bulunmaktadır.

Literatürde medeni durum (44), yaş ve eğitim durumu (47), yaş, cinsiyet, eğitim durumu (48) ailesinde ve çevresinde tanılanmış psikiyatrik hastalığı bulunma durumu (44,45,49) gibi bazı değişkenlerin ruhsal hastalığa/hastalara yönelik inançlar üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Ancak, Günay ve ark.'nın (2016) hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında yaş, cinsiyet, kendisinde tanılanmış psikiyatrik bozukluk olma durumunun ruhsal hastalığa/hastalara yönelik inançlar üzerine etkisinin olmadığını saptamışlardır (45). Gallego ve arkadaşlarının (2020) üç farklı ülkede üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada damgalama puanları açısından kültürlerarası farklılıklar olduğu tespit edilmiştir (50). Çalışmamızda ise ruhsal hastalığa/hastalara yönelik inançların hemşire/hekim ve hasta yakınlarına göre yaş, cinsiyet, medeni durum ve ailede psikiyatrik hastalık durumu açısından, hastalara göre ise yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik durum, hastane yatış sayısı ve ailede psikiyatrik hastalık durumu değişkenleri açısından farklılık oluşturmadığı saptanmıştır. Tüm bu veriler göz önüne alındığında sosyodemografik özelliklerin katılımcı özellikleri çerçevesinde değişkenlik gösterse de ruhsal hastalığa/hastalara yönelik inançlar üzerine etkileri olduğu sonucuna varılabilir.

Grupların bazı değişkenler açısından ruhsal bozukluklara yönelik tutumlarının karşılaştırılması

Çalışmamızda hemşire/hekimlerde eğitim düzeyi

lisansüstü olanların ruhsal hastalığa/hastalara yönelik daha pozitif bir tutuma sahip olduğu bulunmuştur. Literatürde bizim çalışmamız ile benzer olarak eğitim düzeyi arttıkça ruhsal hastalığa/hastalara yönelik tutumların daha pozitif olduğunu (51,52) ya da aksine daha olumsuz olduğunu belirten (26) çalışmalar mevcuttur. Toplumdaki önyargılar ya da yanlış bilgiler olumsuz tutumların artmasına neden olabilir (53,54). Çalışmamızda hasta ve hasta yakınlarında eğitim düzeyi ile ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumları arasında herhangi bir farklılık saptanmamıştır. Hasta ve hasta yakınlarında bu durum eğitim düzeylerinin hastalık hakkında bilgiyi kapsamamasından kaynaklanabilir. Hemşire/hekimlerde ise özellikle lisansüstü eğitimin ruhsal hastalıklara yönelik daha özellikli ve spesifik bilgi içermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda ekonomik durumu iyi/çok iyi düzeyde olan hemşire/hekimlerin ruhsal hasta/hastalıklara yönelik daha olumlu tutumlara sahip olduğu tespit edilmiştir. Ancak hasta ve hasta yakınlarında ekonomik durum ile ilgili herhangi bir farklılık saptanmamıştır. Literatürde ise ekonomik durumu iyi olanların ruhsal hasta/hastalıklara yönelik tutumlarının daha olumlu olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (19,55).

Çalışmamızda psikiyatri servisinde iki kez yatarak tedavi alan hastaların, üç veya daha fazla kez yatarak tedavi alan hastalar ile karşılaştırıldığında ruhsal hatalıklara yönelik daha yüksek düzeyde olumsuz inanca sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu durum yatış sayısı fazla olan hastaların hastalıklarına yönelik içgörü geliştirme açısından daha iyi düzeyde olmaları ile açıklanabilir. Diğer yandan yatış sayısı fazla olan hastaların ruhsal bozukluğu olan bireylerin toplum içinde tedavi ve bakımlarının sürdürülmesine yönelik daha olumlu inançlara sahip olması, rehabilitasyon sürecinde kendilerini toplumun bir parçası olarak hissetme ihtiyaçları olduğunu göstermektedir (17).

Çalışmamızda ruhsal hasta/hastalıklara yönelik tutumlar açısından sadece hemşire/hekimlerde eğitim düzeyi ve ekonomik durumda bir farklılık saptanmıştır. Sosyodemografik verilerin ruhsal hasta/hastalıklara yönelik tutumlar üzerine etkilerini inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Yaş, cinsiyet, medeni durum ve psikiyatrik hastalıkla yakın çevresinde tanışık olma (23,55), yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, kişisel teması (35) gibi durumların tutumlar üzerine etkili olduğu ya da yaş, cinsiyet ve çalışma yılı (19), yaş, cinsiyet, medeni durum ve çalışma sürelerinin (56) ruhsal sorunu olan bireylere yönelik tutumları etkilemediği gibi farklı sonuçlara sahip çalışmalar mevcuttur. Chambers ve ark.'nın (2010) beş Avrupa ülkesinde, hemşirelerle yaptığı çalışmada da hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının ülkelere göre farklılıklar gösterdiği saptanmıştır (57). Bu sonuçlardan da anlaşıldığı üzere sosyodemografik değişkenlerle ruhsal hasta/hastalıklara yönelik tutumlar arasında ilişki için kesin bir yargı söz konusu değildir. Ancak ruhsal hasta/hastalıklara yönelik tutumlar üzerine sosyodemografik değişkenlerin etkili olduğuna dair daha fazla çalışmaya rastlanmıştır.

Hastaların bazı değişkenler açısından içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin karşılaştırılması

Çalışmamızda ruhsal bozukluğa sahip hastalarda sosyodemografik özellikler açısından sadece yüksek eğitim düzeyine sahip olmanın içselleştirilmiş damgalamayı olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Eğitim durumunun bireyin kendisini daha yeterli hissetmesine, daha sosyal olmasına ve toplumun olumsuz kalıp yargılarından daha az etkilenmesine katkı sağlayacağından eğitim düzeyi yüksek olanların daha az içselleştirilmiş damgalama yaşadıkları düşünülmektedir. Literatürde çalışmamızla benzer şekilde eğitim düzeyi arttıkça içselleştirilmiş damgalama düzeyinin azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (58,59). Yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, ekonomik durum, ailede psikiyatrik tanı, yatarak tedavi görme ve yatış sayısı değişkenleri ile ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalama arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Literatürde ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalamanın sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisi açısından farklı sonuçlar mevcuttur. Bazı çalışmalarda içselleştirilmiş damgalamanın cin-

siyet, medeni durum, sosyo ekonomik düzey, yaşanılan yer, eğitim durumu gibi bazı sosyodemografik değişkenlerden etkilendiği (42,60) bazı çalışmalarda ise yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma durumu gibi değişkenlerden etkilenmediği (40,41,61) bulunmuştur. Tesfaw, Kibru ve Ayano (2020) ise şizofreni hastaları ile yaptığı çalışmada birden fazla hastaneye yatışı olanların daha yüksek damgalanma algıladıklarını bulmuştur (62).

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmada hemşire/hekim, hasta ve hasta yakını gruplarının kendi içerisinde yer alan katılımcı sayısının düşük olması evreni temsil etmesi ve çalışma sonuçlarının genellenebilirliği açısından araştırmanın bir sınırlılığıdır. Araştırmada hemşire ve hekimlerin aynı grup içerisinde değerlendirilmesi de çalışmanın bir sınırlılığı olarak gösterilebilir. Ayrıca araştırmada hastaların ruhsal bozukluklara yönelik inanç ve tutumlarının, içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin ruhsal bozukluk tanı grupları açısından ele alınmaması araştırmanın sınırlılıkları olarak belirtilebilir.

SONUÇ

Çalışmamızda hastaların, hemşire/hekim ve hasta yakınlarına göre ruhsal hastalığı daha tehlikeli ve utanılacak bir durum olarak gördükleri, daha fazla çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma yaşadıkları saptanmıştır. Ayrıca hemşire/hekimlerin, hasta ve hasta yakınları ile karşılaştırıldığında ruhsal bozukluğa sahip bireylere ilişkin korku/dışlama tutumunun ön planda olduğu görülmektedir. Hastalarda ise erkeklerin ruhsal hastalığa yönelik çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma inancı daha yüksek bulunmuştur.

Eğitim düzeyi ve ekonomik durumu arttıkça hemşire/hekimlerin ruhsal bozukluğa sahip bireylere ilişkin toplum içerisinde bakım ve tedavilerinin sürdürülmesine yönelik tutumları ve genel tutumları olumlu yönde değişmektedir. Ayrıca eğitim durumu yükseldikçe ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik iyi niyet gösterme tutumları artmakta ve korku/dışlama tutumu gösterme eğilimi azalmaktadır. Hastanede yatış sayısı daha az olan hastalar, ruhsal bozukluğu olan diğer bireylere karşı daha yüksek düzeyde olumsuz tutuma sahiptir. Ayrıca ruhsal bozukluğu olan hastalarda eğitim düzeyi azaldıkça içselleştirilmiş damgalanmanın arttığı sonucuna varılmıştır.

Ruh sağlığı profesyoneli olarak hemşire ve hekimler hem toplumsal damgalamayı hem de hastalarda içselleştirilmiş damgalamayı azaltmada önemli bir yere sahiptir. Bu yüzden hemşire ve hekimlerde ruhsal bozukluklara yönelik damgalamayı önlemede hastaya yaklaşım, tedavi ve rehabilitasyonunda yer alma konusunda öğrenci hemşire ve hekimlerin klinik uygulama ortamlarında deneyim kazanmasına önem verilmesi gerekmektedir. Ayrıca hasta ve hasta yakınları için baş etme düzeylerini destekleyecek müdahaleler ve programların planlanması hem toplumsal önyargıyı engelleme hem de hastaların içgörü kazanması açısından önerilebilir. Ayrıca yapılan çalışmalarda damgalama ile baş etme açısından mevcut durumu ortaya koymada sosyodemografik değişkenlerin yanı sıra hastalık psikopatolojisi ve medya gibi diğer faktörlerinde değerlendirilmesi önerilebilir.

Yazışma Adresi: Dr. Feride Ercan, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye ferideercan@gazi.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. Clinical Psychology: Science and Practice 2002; 9(1):35-53.

2. Alexander L, Link B. The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. Journal of Mental Health 2003; 12(3):271-289.

3. Yıldız M, İncedere A, Kiras F, Abut FB, Kırcalı A, İpçi K. Development of Self-Stigma Inventory for families of the patients with schizophrenia (SSI-F): Validity and reliability study. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology 2019; 29(4):463-471.

4. Carrara B, Ventura C, Bobbili S, Jacobina O, Khenti A, Mendes I. Stigma in health professionals towards people with mental illness: An integrative review. Arch Psychiatr Nurs 2019; 33(4):311-318.

5. Seeman N, Tang S, Brown AD, Ing A. World survey of mental illness stigma. J Affect Disord 2016; 190:115-121.

6. Sartorius N. Stigma and mental health. Lancet 2007; 370(9590):810-811.

7. Knaak S, Patten S, Ungar T. Mental illness stigma as a quality-of-care problem. The Lancet Psychiatry 2015; 2(10):863-864.

8. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, Schulze B, Druss B, Thornicroft G. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. The Lancet Psychiatry 2014; 1(6):467-482.

9. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. Healthc Manage Forum 2017; 30(2):111-116.

10. Kassam A, Papish A, Modgill G, Patten S. The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: The opening minds scale for health care providers (OMS-HC). BMC Psychiatry 2012; 12(1):62.

11. Hodges B, Inch C, Silver I. Improving the psychiatric knowledge, skills, and attitudes of primary care physicians, 1950–2000: A review. Am J Psychiatry 2001; 158(10):1579-1586.

12. Bostancı N, Aştı N. Hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Düşünen Adam 2004; 17(2):87-93.

13. Doumit CA, Haddad C, Sacre H, Salameh P, Akel M, Obeid S, Akiki M, Mattar E, Hilal N, Hallit S, Soufia M. Knowledge, attitude and behaviors towards patients with mental illness: Results from a national Lebanese study. PloS One 2019; 14(9).

14. Avcil C, Bulut H, Sayar GH. Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2016; (2):175-202.

15. Corrigan PW, Morris S, Larson J, Rafacz J, Wassel A, Michaels P, Michaels SW, Batia K, Rüsch N. Self-stigma and coming out about one's mental illness. J Community Psychol 2010; 38(3):259-275.

16. Chio FH, Mak WW, Chan RC, Tong AC. Unraveling the insight paradox: One-year longitudinal study on the relationships between insight, self-stigma, and life satisfaction among people with schizophrenia spectrum disorders. Schizophr Res 2018; 197:124-130.

17. Bilge A, Çam O. Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. TAF Preventive Medicine Bulletin 2010; 9(1).

18. Bostancı N. Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. Düşünen Adam 2005; 18:32-38.

19. Bağ B, Ekinci M. Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 2005; 3(11):107-127.

20. Çam O, Bilge A. Türkiye'nin batısında yaşayan halkın ruhsal hastalığa ve hastalara yönelik inanç ve tutumlarının belirlenmesi. New/Yeni Symposium Journal 2011; 49(3):131-140.

21. Çingöl N, Karakaş M, Zengin S, Çelebi E. The effect of psychiatric nursing students' internships on their beliefs about and attitudes toward mental health problems: A single-group experimental study. Nurse Educ Today 2020; 84:104243.

22. Danacı AE, Balıkçı K, Aydın O, Cengisiz C, Uykur AB. Tıp eğitiminin şizofreniye yönelik tutumlar üzerine etkisi; 5 yıllık izlem çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2016; 27(3):176-84.

23. Ewalds-Kvist B, Högberg T, Lützen K. Impact of gender and age on attitudes towards mental illness in Sweden. Nord J Psychiatry 2013; 67(5):360-368.

24. Lien YY, Lin HS, Lien YJ, Tsai CH, Wu TT, Li H, Tu YK. Challenging mental illness stigma in healthcare professionals and students: A systematic review and network meta-analysis. Psychology & Health 2020;1-16.

25. Öksüz E, Vural H, Oflaz F. Aile bireylerinin psikiyatrik hastalara ilişkin tutumları. Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Dergisi 2005; 1(3):11-20.

26. Özbaş D, Küçük L, Buzlu S. Ruhsal bozukluğu olan bireye sahip ailelerin hastalığa karşı tutumları. Düşünen Adam 2008; 21(1-4):14-23.

27. Arslantaş H, Koyak HÇ, Sarı E. Lise öğrencisi ergenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafelerini etkileyen faktörler. Cukurova Med J 2019; 44(4):1272-1283.

28. Koyak HÇ, Arslantaş H. Lise öğrencilerine verilen ruhsal hastalıklara yönelik eğitimin ruhsal hastalıklara yönelik inanca ve sosyal mesafeye etkisi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2020; 9(1):7-18.

29. Bilge A, Çam O. Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9:91-96.

30. Bağ B, Ekinci M. Ruhsal sorunlu bireylere yönelik toplum tutumları ölçeğinin (RSTTÖ) Türk toplumunda geçerlilik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 2006; 15(15):63-83.

31. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formunun güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(2):163-171.

32. Hansson L, Jormfeldt H, Svedberg P, Svensson B. Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness?. International Journal of Social Psychiatry 2013;

59(1):48-54.

33. Stuber JP, Rocha A, Christian A, Link BG. Conceptions of mental illness: Attitudes of mental health professionals and the general public. Psychiatric Services 2014; 65(4):490-497.

34. Yuan Q, Picco L, Chang S, Abdin E, Chua BY, Ong S, Low KL, Chong SA, Subramaniam M. Attitudes to mental illness among mental health professionals in Singapore and comparisons with the general population. PloS One 2017;12(11): e0187593.

35. Martensson G, Jacobsson JW, Engström M. Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: An analysis of related factors. J Psychiatr Ment Health Nurs 2014; 21(14):782–788.

36. Martinez-Martinez C, Sanchez-Martinez V, Sales-Orts R, Dinca A, Richart-Martínez M, Ramos-Pichardo JD. Effectiveness of direct contact intervention with people with mental illness to reduce stigma in nursing students. Int J Ment Health Nurs 2019; 28(3):735-743.

37. Duman ZÇ, Günüşen NP. Effects of the psychiatric nursing course on students' attitudes towards mental illnesses, perceptions of psychiatric nursing and career choices. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri 2017;9(4).

38. İnan FŞ, Günüşen N, Duman ZÇ, Ertem MY. The ımpact of mental health nursing module, clinical practice and an anti-stigma program on nursing students' attitudes toward mental ıllness: A quasi-experimental study. J Prof Nurs 2018; 5(3):201-208.

39. Cakır S, Ozerdem A. Psychotherapeutic and psychosocial approaches in bipolar disorder: A systematic literature review. Turkish Journal of Psychiatry 2010; 21:143-54.

40. Gökmen BD, Cengiz M, Fırat M. Psikiyatri servisinde yatan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve öfke ilişkisinin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Derg 2020; 21(5):491-498.

41. Koçak Z, Taylan HH. Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi üzerindeki etkisi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi 2018; 6 (78):621-640.

42. Beyazyüz M, Beyazyüz E, Albayrak Y, Baykal S, Göka E. Bir eğitim araştırma hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin bazı tanı grupları, sosyodemografik özellikler ve benlik saygısı ile ilişkisi. Yeni Symposium 2015; 53(2):1-13.

43. Tümer A, Örs SH, Akpınar H. Yetişkinlerin ruhsal hastalığa/hastalara yönelik tutumları. Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi 2019; 3(6):139-147.

44. Ünal S, Hisar F, Özgüven Z. Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010; 23(3):145-150.

45. Günay S, Bekitkol T, Ekitli BG, Yıldırım S. Bir hemşirelik fakültesindeki öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2016; 7(3):129-134.

46. Kösger F, Altınöz AE. Bir tıp fakültesinde öğrenim görmekte olan öğrencilerin ruhsal bozukluklara yönelik tutumları. Klinik Psikiyatri 2019; 22(1):57-62.

47. Akıncı E, Sönmez BS. Beliefs and attitudes of psychiatric outpatients toward mental disorders and antidepressants. Fam Pract Palliat Care 2019; 4(3):96-101.

48. Çam O, Arabacı LB. Bölge psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2014; 6(1):13-25.

49. Büyükbayram A, Arabacı LB, Arabacıoğlu İ, Ayyıldız C, Acar K. Psikiyatri kliniğinde çalışan X ve Y kuşağındaki hemşirelerin alkol-madde bağımlılığı ve ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumları. Bağımlılık Dergisi 2017; 18(4):122-134.

50. Gallego J, Cangas AJ, Aguilar JM, Trigueros R, Navarro N, Galvan B, Smyshnov K, Gregg M. Education students' stigma toward mental health problems: A cross-cultural comparison. Front Psychiatry 2020; 11.

51. Gür K, Küçük L. Females' attitudes toward mental illness: A sample from rural Istanbul, Turkey. Iran Red Crescent Med J 2016; 18(5):e22267.

52. Yuan Q, Abdin E, Picco L, Vaingankar JA, Shahwan S, Jeyagurunathan A, Sagayadevan V, Shafie S, Tay J, Chong SA, Mythily S. Attitudes to mental illness and its demographic correlates among general population in Singapore. PloS One 2016; 11(11):1-13.

53. Alsubaie S, Almathami M, Alkhalaf H, Aboulyazid A, Abuhegazy H. A survey on public attitudes toward mental ıllness and mental health services among four cities in Saudi Arabia. Neuropsychiatr Dis Treat 2020; 16:2467.

54. Çam O, Bilge A. Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8(3):215.

55. Arkan B, Bademli K, Duman ZÇ. Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: Son 10 yılda Türkiye'de yapılan çalışmalar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011; 3(2):214-231.

56. Jombo HE, Idung AU, Iyanam VE. Attitudes, beliefs and social distances towards persons with mental illness among health workers in two tertiary healthcare ınstitutions in Akwa Ibom State, South-South Nigeria. Int J Health Sci Res 2019; 9(6):252-259.

57. Chambers M, Guise V, Välimäki M, Botelho MAR, Scott A, Staniuliene V, Zanotti R. Nurses' attitudes to mental illness: A comparison of a sample of nurses from five European countries. Int J Nurs Stud 2010; 47(3):350-362.

58. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G, GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. Schizophr Res 2010; 122(1-3):232-238.

59. Cerit C, Filizer A, Tural Ü, Tufan AE. Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. Compr Psychiatry 2012; 53(5):484-489.

60. Kök H, Demir S. Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. Cukurova Med J 2018; 43(1): 99-106.

61. Yeşil B, Almış BH. Bir ruh sağlığı hastanesinin bir eğitim ve araştırma hastanesinden içselleştirilmiş damgalanma düzeyi açısından farklılıkları. FÜ Sağ Bil Tıp Derg 2016; 30(3):125-129.

62. Tesfaw G, Kibru B, Ayano G. Prevalence and factors associated with higher levels of perceived stigma among people with schizophrenia Addis Ababa, Ethiopia. Int J Ment Health Syst 2020; 14(1):1-8.

Üniversite öğrencilerine yönelik uyum sorunları ölçeğinin geliştirilmesi

Developing an assessment scale for adjusment problems in university students

Ahmet Topuzoğlu[1], Furkan Özel[2], Zeynep Meva Altaş[2], Can Ilgın[2], Cihad Kaya[2], Seyhan Hıdıroğlu[1]

[1]Prof.Dr., [2]Araş.Gör., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-7497-548X-https://orcid.org/0000-0003-2856-9525-https://orcid.org/0000-0003-0475-8946-
https://orcid.org/0000-0003-1751-8546-https://orcid.org/0000-0002-5592-8741-https://orcid.org/0000-0001-8656-4613

ÖZET

Amaç: Üniversite öğrencilerinde uyum sorunlarını değerlendirmek ve uyumu etkileyen faktörleri ortaya koymak için bir ölçeğin geliştirilmesi amaçlandı. **Yöntem:** Üniversite öğrencilerinde uyumu bozabilecek erteleme, mükemmeliyetçilik, odaklanma güçlüğü, iletişim, kaygı, kayıp yas ve kendine güven alanlarında toplam 34 soru oluşturuldu. Çalışma, Üniversite Sağlık Kampüsü öğrencileri evreninde yapıldı. Öğrencilere sosyodemografik özelliklerini sorgulayan bir anket, sınanmak üzere hazırlanmış 34 soruluk Uyum Sorunları Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) uygulandı. Eksik yanıtlı ölçekler dışlandığında 754 öğrencinin yanıtları tüm ölçeklerde tam olduğu için istatistiksel değerlendirmeye alındı. **Bulgular:** Ölçek sorularından yedisi korelasyon katsayılarında düşüklük (<0,30) ve faktör içerik yükü (<0,50) düşüklüğü nedeniyle ölçekten çıkarıldı.Toplam 26 soruluk bir ölçek oluştu. Ölçek 26 soruluk 6 alt alandan oluşan bir yapı kazandı. Alt alanlar odaklanma güçlüğü, erteleme, iletişim sorunları, özgüvensizlik, mükemmeliyetçilik, sosyal kaygı alt başlıklarını içeriyordu. Ölçekte yer alan 26 soru için Cronbach alfa değeri 0,87'ydi. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına dayanarak iletişimde kaçınma davranışları soruları da çıkartılarak 21 soruluk bir ölçek oluşturulmuş oldu. **Sonuç:** Bu çalışma sonucunda üniversite öğrencileri için bir uyum sorunları ölçeği elde edilmiştir. Böyle bir ölçek alan çalışmalarında riskli grupları tanımlamak için kullanılabilir. Koruyucu ruh sağlığı alanında bilgi üretimini kolaylaştırabilir. Üniversite öğrencilerine yönelik terapilerin başlangıcında "Uyum Sorunları Ölçeği" sorun alanlarını belirlemede kullanılabilir.

Anahtar Sözcükler: Sosyal uyum, yürütücü işlevler, ruh sağlığı

SUMMARY

Objective: We aimed to develop a scale to evaluate adjustment problems in university students and to reveal the factors affecting compliance. **Method:** A total of 34 questions were created in the areas of procrastination, perfectionism, difficulty in focusing, communication, anxiety, lost mourning and self-confidence, which may disrupt harmony among university students. The study was conducted on the University Health Campus students population. A questionnaire questioning the sociodemographic characteristics, the 34-item Adjusment Problems Scale and the Brief Symptom Inventory (BSI) were applied to the students. When scales with missing responses were excluded, 754 students' responses were included in statistical evaluation because they were complete in all scales. **Results:** Seven of the scale questions were excluded from the scale due to low correlation coefficients (<0.30) and factor content load (<0.50). A total of 26 questions was formed. The scale has a structure consisting of 6 sub-fields with 26 questions. Sub-areas Difficulty focusing, procrastination, communication problems, insecurity, perfectionism, social anxiety. The Cronbach alpha value for 26 questions in the scale was 0.87.Based on the confirmatory factor analysis results, a 21-question scale was created by removing avoidance behaviors in communication. **Discussion:** As a result of this study, an adjustment problems scale for university students was obtained. Such a scale can be used to identify risky groups in field studies. It can facilitate the production of knowledge in the field of preventive mental health. At the beginning of the therapy for university students, "Adjusment Problems Scale" can be used to determine problem areas.

Key Words: Social adjustment, executive function, mental health

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2021;24:513-522)
DOI: 10.5505/kpd.2021.94032

Makalenin geliş tarihi: 07.09.2020, Yayına kabul tarihi: 11.05.2021

GİRİŞ

Gençlerde ruh sağlığı tüm ülkeler ve politika yapıcılar için gelişen bir ilgi odağı olmaktadır (1). Bunda ruhsal rahatsızlıkların %75'inin 24 yaşına gelmeden ortaya çıkması büyük önem taşımaktadır (2) . Türkiye'de bir vakıf üniversitesinde yapılan çalışmada Genel Sağlık Anketi-12'ye göre öğrencilerin %38.9'unda, yine bir başka vakıf üniversitesinde Genel Sağlık Anketi-28'e göre öğrencilerin %52,4'ünde ruhsal belirtiler gözlenmektedir (3,4).

Önleme ve erken yakalama fırsatları bu yaşlarda oluşmaktadır. Üniversite öğrencileri kampüste hizmet sunumu için ulaşılabilir olmaları nedeniyle tarama ile erken tanı ve müdahalenin hedef grubunu oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra genç yaş grubunda yardım arayışı oldukça azdır (5). Gençlere yönelik hizmet veren ruh sağlığı organizasyonları da sayıca ve nitelik olarak yeterli değildir (5).

Üniversite dönemi, öğrenciler için daha bağımsız oldukları ve yeniliklerle karşılaştıkları yetişkinliğe geçiş sürecinde oldukları ama öte taraftan ekonomik olarak destek almak zorunda kaldıkları ve bu yüzden özellikle ülkemizde aileye bağımlılıklarının sürdüğü bir dönem olmaktadır. Üniversite eğitimi sırasında hem psikolojik gelişim hem de akademik performans birlikte ilerler. Üniversite yaşamına uyum, akademik başarımla da ilişkilidir. Uyumla ilgili yaygın sorunlar, erteleme, iletişim zorlukları, kaygı, kayıplara verilen tepkiler, özgüven, odaklanma güçlüğü, mükemmeliyetçilik, uyku güçlükleri gibi özelliklerin altta yattığı biliş, duygu ve davranışlarla ilişkilidir (6,7,8,9,10). Çalışmalar özgüvenin depresyonda önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Özgüven net bir tutum ve kendilik algısından oluşur. Kendilik ve ötekiler arasındaki ilişkilerin belirleyicisidir. Özgüven sosyal destekle de ilişkilidir ve tüm bunlar özellikle genç erişkinlerde dayanıklılığın belirleyicisidirler (11,12,13,14). Düşük kendilik etkililiği mükemmeliyetçilikle ilişkili bulunmuştur. Sağlıklı geliştirici mükemmeliyetçilik iyi hedeflere ulaşmayı sağlayabilir, ancak adaptasyonu bozan sağlıksız nörotik bir mükemmeliyetçilik, mükemmelden biraz azını bile kabul etmemek zarar verici ve depresyonu tetikleyici bir tutum olabilir (15). Erteleme gençler arasında yaygın bir olgudur. Erteleme davranışı, öğrenim görenlerin bilişsel sağlığı ve öğrenme süreçlerinde önemlidir. Erteleme bir duygu olarak, can sıkıntısı ve sabır ve iş disiplini eksikliği ile ilişkilidir. Geleneksel olarak erteleme, olumsuz sonuçlara dair bir beklentiye rağmen, amaçlanan görevlerin gönüllü bir gecikmesi olarak anlaşılmıştır. Pek çok çalışma erteleme sonuçlarını, kendi kendine yeterlilik düzeyini düşüren, daha az öz düzenlemeli öğrenme ve daha düşük akademik performansla ilişkilendiren sonuçları belgelemiştir (16). Erteleme davranışı, gelecekteki sonuçların dikkate alınması ve epizodik gelecek düşüncesi ile ilişkili erteleme ve özellikle erteleme ile ilgili karar verme yetenekleri ile motivasyonel eğilimlerle ilişkilidir (17,18).

Uluslararası alanda ve Türkiye'de üniversite öğrencilerinin uyum sorunları yaşamasına yol açabilecek bilişsel sorunların taranmasına yönelik birden fazla sorun alanını kapsayan bir ölçek yoktur.

Genç bireyde eğitim ortamına uyumu bozan özelliklerin saptanması, danışmanlık sürecinde üzerinde durulacak konularla ilgili yol gösterici olabilir. Yanı sıra bu özelliklerin olumlu yönde geliştirilmesi psikiyatrik rahatsızlıkların önlenmesi için bir olanak sağlayabilir. Üniversitede akademik başarıyı etkileyebilecek özelliklerin yaygınlığının saptanmasına yönelik alan araştırmalarının yapılması bir uyum alanları ölçeği ile mümkün olabilir. Bu çalışmanın amacı, odaklanma güçlüğü, uyku, erteleme, iletişim, özgüven, mükemmeliyetçilik, kaygı ve kayıp alanlarını sorgulayan bir ölçek geliştirilmesidir.

YÖNTEM

Çalışma örneklemi

Ölçek geçerliliği ve güvenilirliği çalışması için etik kurul izni alındı. Katılımcılardan aydınlatılmış onam alındıktan sonra çalışmaya katılımları sağlandı. Çalışma, Sağlık Kampüsü öğrencileri evreninde yapıldı. Çalışmaya katılmaya gönüllü öğrencilere, kampüsteki sınıflarında, gözlem altında anket ve ölçekler uygulandı. Minimum

örneklem büyüklüğü 34 soruluk ölçek için her sorunun 5 alt başlığına en az beş kişi düşmesi durumunda 850 kişi olarak belirlendi. Kampüste 814 öğrenciye ulaşıldı. Eksik yanıtlı ölçekler dışlandığında 754 öğrencinin yanıtları tüm ölçeklerde tam olduğu için istatistiksel değerlendirmeye alındı. Katılımcıların %71,2'si kadındı (n=537), %38,1'i (n=287) aile ile birlikte yaşıyordu, % 34,3'ü (n=238) yurtta yaşıyordu. Katılımcıların %18,2'sinin (n=136) gelir durumu yetersizdi, %7,6'sı (n=57) geçmişte psikiyatrik bozukluk tanısı almıştı (Tablo 1).

Veri toplama araçları

Öğrencilere, sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik bir anket, sınanmak üzere hazırlanmış 34 soruluk Uyum Sorunları Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) uygulandı.

Uyum Sorunları Ölçeği soruları, araştırmacılar arasında sorular bireysel ve grup halinde iki kez gözden geçirilerek uzlaşı ile oluşturuldu. Üniversite öğrencilerinde yaygın olarak uyumu bozabilecek bilişsel sorun alanlarını oluşturan erteleme, mükemmeliyetçilik, odaklanma güçlüğü, iletişim, kaygı, kayıp yas ve kendine güven alanlarını inceleyen toplam 34 soru ile Uyum Sorunları Ölçeği oluşturuldu. Ölçek öz bildirim ölçeği olarak tasarlandı. Ölçek sorularına yanıtlar 1'den 5'e kadar puanlanarak verilecek şekilde hazırlandı.

KSE, üniversite öğrencilerinde psikolojik sorunları kapsamlı şekilde sorgulayan bir ölçek olduğu için ölçek dış geçerliliğinin sınanması amacıyla seçildi. Kısa Semptom Envanteri, Derogotis (1992) tarafından geliştirilen, SCL-90-R ile yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkan SCL-90-R'nin kısa formudur. KSE'nin Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılan Türkçe uyarlamasında; 53 sorudan oluşmakta olan ölçeğin "Anksiyete", "Depresyon", "Olumsuz Benlik", "Bedenselleştirme" ve "Karşıtlık" olmak üzere beş alt faktörü bulunmaktadır. Bedenselleştirme, psiko-sosyal strese bir yanıt olarak bedensel yakınma ve bulgularla giden bir bozukluk olarak tanımlanır. Karşıtlık, kişiyi öfkeye daha yatkın bir birey yaparak, saldırgan davranışlara yöneltebilen davranış şeklidir (19). KSE ayrıca "Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCİ)- (Global Severity Index)", "Belirti Toplamı İndeksi (BTİ)- (Positive Symptom Total)", ve "Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRİ)- (Positive Symptom Distress Index)" olmak üzere 3 indeksten oluşmaktadır. "Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCİ)" stres seviyesini gösterir. Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi sonucu elde edilen puanlamadır. RCİ 0-4 arası değişen değer almaktadır. "Belirti Toplamı İndeksi (BTİ)" 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm pozitif değerlerin 1 olarak kabul edilmesi ile hesaplanan puandır. BTİ 0-53 puan arası değişmektedir. "Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRİ)" ise alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesiyle elde edilir . KSE'deki maddeler, "hiç yok" ile "çok fazla var" ifadelerine karşılık gelen 0-4 değerleri arasında derecelendirilmektedir. Her bir alt ölçeğin toplam puanının, ilgili alt ölçeğin madde sayısına bölünmesiyle o boyut için bir puan elde edilmektedir. Alt ölçek puanlarının ve genel belirti puanının yüksekliği kişide psikolojik belirti düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (19). Ölçeğin psikolojik belirti düzeyinin patolojik düzeyde olduğunu belirten bir kesim noktası bulunmamaktadır. Çalışmamızda psikolojik belirti düzeyinin yoğunlaştığı grubu belirlemek için en yüksek skoru alan katılımcılar, üst çeyreklikte yer alan katılımcılar, (75. Persantilin üzerinde KSE toplam skoru alanlar) psikolojik belirti düzeyi yüksek katılımcılar olarak değerlendirilmiştir.

İstatistiksel Analiz

Test, yeniden test uygulaması 30 kişilik bir gruba bir hafta arayla yapıldı ve iki ölçüm arasında güvenilirlik analizleri yapıldı. Açımlayıcı faktör analizine uygunluk Kaiser-Meier Olkin testi ve Barlett'in sferisite testi ile incelendi. Açımlayıcı faktör analizinde özdeğeri birin üzerinde saptanan faktörler ölçek alt alanları olarak tanımlandı. Kısa semptom envanteri ile karşılaştırmalar yapıldı ve ölçeğin dış geçerliliği bu yolla test edildi. Spearman korelasyon katsayısı bu karşılaştırmalarda hesap edildi. Yanı sıra ölçek toplam skoru ile alt başlık skorları uyumu yine Spearman Korelasyon analizi ile incelendi. Ruh sağlığı sorunları öyküsü olanların olmayanlarla karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, kullanıldı. Ölçek soruları ayrı ayrı değerlendirildiğinde, Spearman korelasyon katsayısı 0,30, faktör analizinde faktör yükü

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik tanı varlığına göre dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kadın	537	71,2
	Erkek	217	28,8
Yaşadığı yer	Tek	74	9,8
	Aile ile	287	38,1
	Arkadaş ile	122	16,2
	Yurt	258	34,3
	Diğer	12	1,6
Gelir durumu	Yetersiz	136	18,2
	Yeterli	549	73,3
	Gelir fazla	64	8,5
Psikiyatrik tanı	Evet	57	7,6
	Hayır	696	92,4

0,50'den küçükse soru ölçekten çıkarıldı. Doğrulayıcı faktör analizi ile ölçeğin bütünü test edildi. KSE toplam skoru 75. Persantil üzerinde olanlar yoğun psikiyatrik semptom gösteren grup olarak belirlendi ve daha çok psikiyatrik belirti puanının, daha çok uyum bozukluğu anlamına geldiği kabul edildi. Bu grubun uyum ölçeği tarafından saptanmasına yönelik toplam skor ve alt alan skorlarının kesim noktaları ROC eğrisi yöntemi ile saptandı ve duyarlılık, seçicilik oranları hesaplandı.

BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması 21,4±1,6'ıydı, %71,2'si kadındı (n=537). Öğrencilerin %38,1'i aile ile (n=287), %34,3'ü (n=258) yurtta kalıyordu. Öğrencilerin %18,2'si (n=136) gelir durumunu yetersiz olarak tarif ediyordu. Psikiyatrik tanı öyküsü olanlar öğrencilerin %7,6'sıydı (n=57) (Tablo 1).

İç Geçerlilik Sonuçları

Test-yeniden test güvenilirlik analizlerinde Cronbach Alfa değerleri, sırasıyla ilk denemede 0,91, bir hafta sonraki denemede 0,91 olarak elde edildi. Her iki değerlendirme arasında korelasyon katsayısı 0,96 olarak bulundu. Test-Yeniden test uyumu yüksekti. Açımlayıcı faktör analizine hazırlık aşamasında, Kaiser-Meyer-Olkin test sonucu 0,892'olarak bulundu. Bartlett'in sferisite test sonucu anlamlıydı (p<0,001). Buna göre açımlayıcı faktör analizi yapılmasına uygun bir veri setine sahip olunduğu doğrulandı. Ölçek sorularından

Tablo 2. Açıklayıcı faktör yüklerine göre ölçek alt başlıklarının faktör yüklerine göre dağılımı

	1	2	3	4	5	6
Erteleme						
1.Yapılması gereken bir işi yapmaktan kaçınırım ya da geciktiririm	0,857					
4.Yapacağım işlere son anda başlar, kısa zamanda bitirmeye çalışırım	0,842					
2.Ertelediğim işler birikir ve içinden çıkılamaz bir hal alır	0,803					
3.Yapacağım işlere başlamakta zorluk çekerim	0,772					
İletişimde kaçınma davranışları						
15Akıcı bir dille ve karşıdaki kişiyle göz teması kurarak konuşamam		0,852				
14.Anlatmak istediklerimi anlaşılır bir biçimde aktaramam		0,842				
16.Verdiğim mesajların alınıp alınmadığını fark edemem		0,827				
25.Kendimi değerli ve önemli hissetmem		0,629				
28. Olumlu ve olumsuz yönlerim olduğunu kabul edemem		0,578				
Odaklanma güçlüğü						
11.Çoğu zaman dalgınım			0,756			
12.Anlatılanları takip etmekte zorlanırım			0,745			
13.Öğrenmede ve hatırlamada güçlük çekerim			0,716			
34.Ders calisirken ya da birseye odaklanmam gerekirken uykusuz olmadigim halde uykum gelir			0,558			
32.Ders çalışırken hoşa gitmeyen düşünceler aklıma gelir ve kendimi bu düşüncelere dalmış bir şekilde bulurum			0,509			
Kendine güven						
26. Eleştirilere karşı tahammülsüzüm.				0,811		
9. Eleştirilmek beni çok incitir				0,782		
29.İyi hissetmek için diğerlerinin beni onaylamasına ihtiyacım vardır				0,604		
27. Bana bir hediye alındığında buna kayıtsız kalırım, sevinemem				0,749		
30. Başarısız olma olasılığı varsa bir işi hiç yapmam.				0,595		
Mükemmeliyetçilik						
5. Yaptığım hiçbir şey bana yeterince iyi görünmüyor					0,739	
6. Yaptığım iş eksiksiz olursa başarılıyımdır					0,668	
8. Başarısız olma ihtimali beni çok korkutur					0,579	
7. Bir başarısızlık yaşarsam bu değersiz olduğum anlamına gelir					0,557	
Sosyal kaygı						
20. Topluluk içinde sürekli diğerlerinin gözünün üstümde olduğunu hissederim						0,756
19. Topluluk önünde konuşmak beni son derece endişelendirir						0,713
21. Kendimi çok sık terleme, çarpıntı, titreme ve korku içinde bulurum						0,592

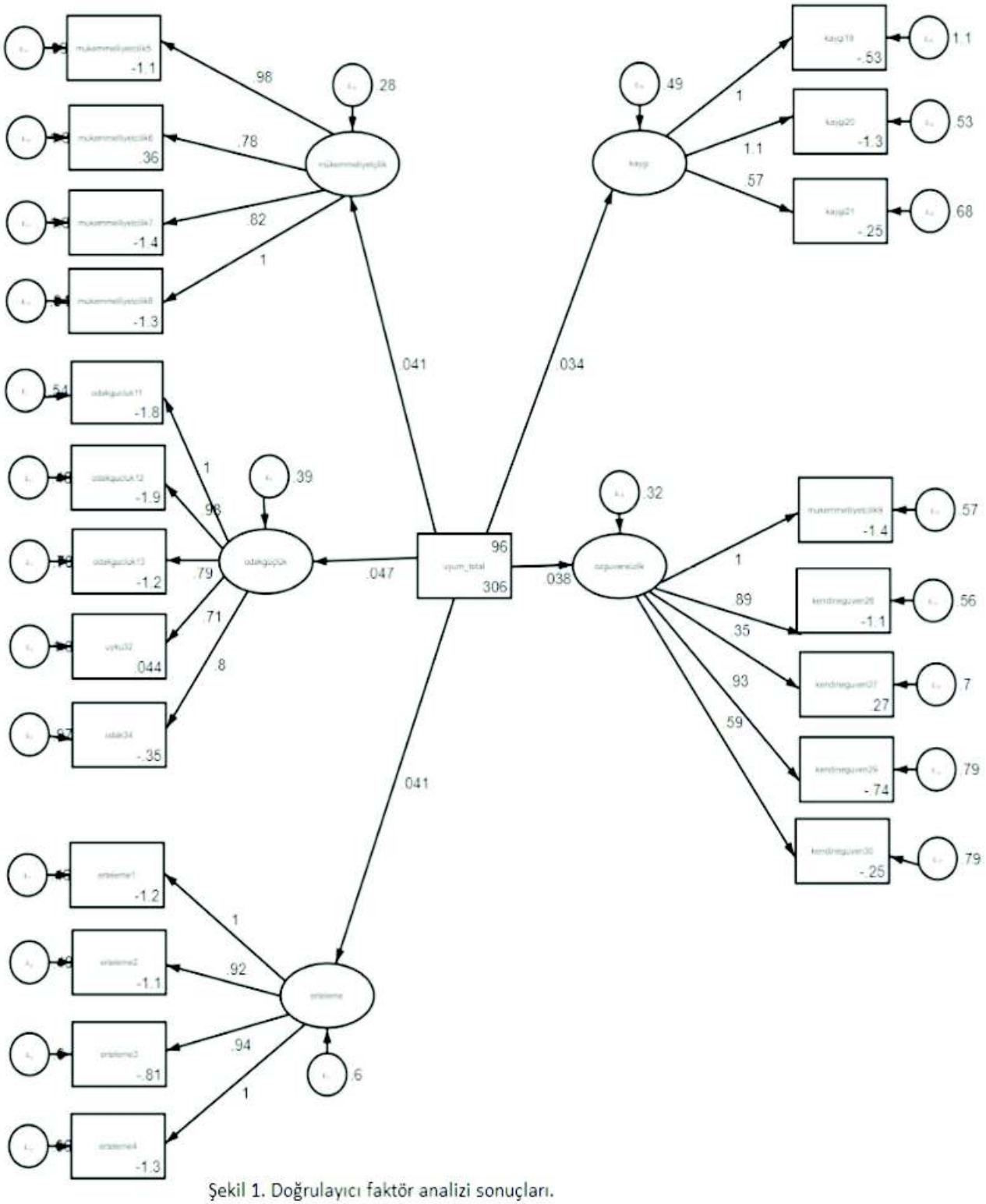
10,18,22,23,24,31,33. Sorular ölçekte korelasyon katsayısında düşüklük (<0,30) ve faktör içerik yükü (<0,50) düşüklüğü nedeniyle ölçekten çıkarıldı. Böylelikle kayıpla ilgili tüm soruları içermekte olan üç soru, üç adet kaygı ile ilgili soru, mükemmeliyetçilik ve uyku ile ilgili birer soru dışlanmış oldu. Ölçek 26 soruluk yedi alt alandan oluşan bir yapıdaydı. Yedinci alt alan 27. ve 30. sorudan oluşmaktaydı ve kendine güven sorunlarına işaret etmekteydi bu nedenle diğer kendine güven alt alan sorularıyla birleştirildi. Ölçek altı alt alandan oluşan bir yapı kazandı. Bu altı alt alan varyansın %62,8'ini açıklamaktaydı. Alt alanlar odaklanma güçlüğü (çoğu zaman dalgınım, anlatılanları takip etmekte zorlanırım, öğrenmede ve hatırlamada güçlük çekerim, ders çalışırken hoşa gitmeyen düşünceler aklıma gelir ve kendimi bu düşüncelere dalmış şekilde bulurum), erteleme (yapılması gereken bir işi yapmaktan kaçınırım ya da geciktiririm, yapacağım işlere son anda başlar, kısa zamanda bitirmeye çalışırım, ertelediğim işler birikir ve içinden çıkılmaz bir hal alır, yapacağım işlere başlamakta zorluk çekerim), iletişimden kaçınma sorunları (akıcı bir dille ve karşıdaki kişiyle göz teması kurarak konuşamam, anlatmak istediklerimi anlaşılır bir biçimde aktaramam, verdiğim mesajların alınıp alınmadığını fark edemem, kendimi değerli ve önemli hissetmem, olumlu ve olumsuz yönlerim olduğunu kabul edemem), özgüvensizlik (eleştirilmek beni çok incitir, eleştirilere karşı tahammülsüzüm, iyi hissetmek için diğerlerinin beni onaylamasına ihtiyacım vardır, başarısız olma ihtimali beni çok korkutur, bana bir hediye alındığında buna kayıtsız kalırım sevinemem, başarısız olma olasılığı varsa bir işi hiç yapmam), mükemmeliyetçilik (yaptığım hiçbir şey bana yeterince iyi görünmüyor, yaptığım iş eksiksiz olursa başarılıyımdır, bir başarısızlık yaşarsam bu değersiz olduğum anlamına gelir), sosyal kaygı (topluluk içinde sürekli diğerlerinin gözümün üstünde olduğunu hissederim, topluluk önünde konuşmak beni son derece endişelendirir, kendimi çok sık terleme, çarpıntı, titreme ve korku içinde bulurum) alt başlıklarını içeriyordu (Tablo 2). Ölçekte yer alan 26 soru için Cronbach alfa değeri 0,87'ydi. Uyum sorunları toplam skoru için her alt alandan alınan toplam puanlar o alt alandaki soru sayısına bölünerek alt alan indeks skorları oluşturuldu ve alt alanların indeks skorları toplanarak uyum sorunları ölçeği toplam puanı hesaplandı. Uyum sorunları ölçeği toplam skoru tanımlayıcı açıdan değerlendirildiğinde, ortalama=14,7±3,7 (En az=6,3-En çok=26,8), ortanca=14,4 Çeyreklikler arası mesafe=5,2 puan olarak saptandı. İletişimde kaçınma davranışları alt alanı ölçekten çıkartıldığında uyum sorunları-21 soruluk ölçeği, tanımlayıcı özellikler açısından incelendiğinde ortalama=12,4±3,4 (En az=5,0-En çok=24,6), ortanca=12,4 Çeyreklikler arası mesafe=5,9 puan olarak saptandı.

Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları; 26 sorulu ölçek için RMSEA değeri 0,092 olarak bulundu. CFI=0,790, TLI=0,770 olarak bulundu. İletişimden kaçınma davranışları ölçekten çıkartıldığında RMSEA değeri 0,076, olarak iyileşti yine CFI=0,885 ve TLI=0,871 ölçek uygunluk indeksleri gelişti (Şekil 1).

Dış Geçerlilik Sonuçları

Uyum ölçeği alt ölçekleri ve Kısa Semptom Envanteri indeksleri ile anlamlı iyi ve orta düzeyde korelasyonlar gösteriyordu. Uyum Sorunları Ölçeği toplam skoru en yüksek korelasyonu odaklanma alt skoru ile gösterirken, en düşük korelasyon skorunu iletişim alt ölçek skoru ile göstermekteydi. Yine Uyum Sorunları Ölçeği toplam skoru KSE indeks skorları ile iyi düzeyde korelasyon göstermekteydi (Tablo 3). Ölçek skorlarının kesim noktaları hesap edilirken, ROC eğrisinin altında kalan alanın yorumlanmasında kullanılan sınırlar 0,90-1,00 arası mükemmel, 0.80-0.90 arası için iyi, 0.70-0.80 için uygun, 0.60-0,70 aralığı için zayıf, 0,50-0,60 için başarısızdır. Buna göre, KSE envanterinden yüksek skorlar alanlar yani 75. Persantilin üzerindekilerin öngörülmesi için uyum sorunları ölçeği toplam skor ve alt ölçek skorlarının doğruluğu ve ayırıcılık kapasitesi eğrinin altında kalan alan hesabına göre incelendiğinde; toplam skor ayırıcılığı 0,85 (%95 GA; 0,82-0,89) iyi düzeydedir. Alt ölçeklerden Odaklanma için ayırıcılık iyi düzeydedir (0,81, %95 GA; 0,77-0,84). Erteleme için ayırıcılık zayıftır (0,69, %95 GA; 0,65-0,73). Yine iletişimde kaçınma davranışları indeks için de ayırıcılık zayıf bulunmuştur (0,64, %95 GA; =0,60-0,67). Özgüvensizlik alt ölçeğinin ayırıcılık düzeyi uygundur (0,76, %95 GA; 0,73-0,80). Mükemmeliyetçilik ayırıcılık düzeyi uygundur (0,73, %95 GA; 0,70-0,77). Sosyal kaygı ayırıcılık düzeyi uygundur (0,78, %95 GA; 0,74-0,82) (Tablo 4).

KSE toplam puanı için 75 persantilin üzerinde alanların öngörülmesinde kesim noktaları



Şekil 1. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları.

hesaplandığında ise sırasıyla kesim noktaları seçicilik ve duyarlılık 26 soruluk toplam uyum sorunları ölçeği puanı için 16 puan, (Duyarlılık;%76,7-Seçicilik;%76,8) iletişim kaçınma davranışları çıkarıldığında 21 soruluk toplam uyum sorunları ölçeği kesim noktası 13 (Duyarlılık; %81,6-Seçicilik; %70,1) , odaklanma için 3 puan (Duyarlılık; %80,8-Seçicilik; %68,5), erteleme için 2,9 puan (Duyarlılık; %67,4-Seçicilik; %62.7), iletişim için 2,0 puan (Duyarlılık; %78,2-

Tablo 3. Kısa semptom envanteri ile uyum alanları ölçek skorlarının korelasyonları.

			Toplam Uyum Sorunları Ölçeği Skoru
Spearman Rho	Sosyal kaygı	Korelasyon katsayısı	0,718
		p	<0,001
	Mükemmeliyetçilik	Korelasyon katsayısı	0,640
		p	<0,001
	Özgüvensizlik	Korelasyon katsayısı	0,740
		p	<0,001
	İletişimde kaçınma davranışları	Korelasyon katsayısı	0,471
		p	<0,001
	Erteleme	Korelasyon katsayısı	0,696
		p	<0,001
	Odaklanma	Korelasyon katsayısı	0,756
		p	<0,001
	KSE belirti toplam indeksi	Korelasyon katsayısı	0,620
		p	<0,001
	KSE semptom rahatsızlık indeksi	Korelasyon katsayısı	0,447
		p	<0,001
	Rahatsızlık ciddiyeti	Korelasyon katsayısı	0,656
		p	<0,001

Seçicilik;%42,4), özgüvensizlik 2,3 puan (Duyarlılık; %65,8-Seçicilik; %73,3), mükemmeliyetçilik 2,6 puan (Duyarlılık; %73,6-Seçicilik; %58,5), sosyal kaygı 2,2 puan (Duyarlılık; %78,8-Seçicilik; %63,4) olarak saptanmıştır. Bu puanların üzerinde alınan puanlar toplamda uyum sorunlarını ve uyum alanlarının alt alanlarında sorunları işaret eder. Bu kesim noktalarından yüksek puan alanlarda uyum sorunları açısından derinlemesine değerlendirme yapmak ve çözüme yönelik girişimlerde bulunmak gerekebilir.

Önceden psikiyatrik tanı varlığına göre ölçek alt skorları karşılaştırıldığında iletişim dışında (p=0,69) tüm alt skorlarda istatistiksel olarak anlamlı fark gözlendi (p<0,05). Uyum sorunları ölçeği toplam skoru, erteleme, özgüven, mükemmeliyetçilik, sosyal kaygı puanları geçmişte psikiyatrik tanı almış olgularda istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha yüksekti (Tablo 5).

TARTIŞMA

Uyum sorunları ölçeği KSE ölçeği ile geniş bir üniversite öğrencisi popülasyonunda sınanmıştır. Buradan elde edilen bulgularda test re-test geçerliliği, iç tutarlılığı ve bir dış ölçeğe göre geçerliliği olduğu gözlenmiştir. Toplam skorların KSE'de alınan yüksek skorları öngörme başarısı ve ayırıcılığı yüksektir.

Alt başlıkların ölçtüğü uyumu bozabilecek farklı işlev alanları incelendiğinde odaklanma güçlüklerinin hastalığa dönüştüğü düzeylerde gözlenen dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan bireylerde (DEHB), dikkat kontrolünü içeren ağların, işleri zamanında başarıyla tamamlama yeteneğini etkilediğine dair kanıtlar vardır (20). Son nörogörüntüleme çalışmaları, erteleme işleminin muhtemelen anterior insula/operkulum'u içeren çoklu ağlar, dorsal anterior singulat korteks, talamus ve diğer subkortikal yapılar ile ilişkili olabileceğini göstermektedir (20). DEHB'nin incelendiği çalışmalarda yürütücü işlevler ve diğer nöropsikolojik alanlar yetersiz değerlendirilebilmektedir. Uyum sorunları ölçeği alt alanlarından biri olan odaklanma güçlüğü

Tablo 4. Eğrinin altında kalan alanın KSE envanteri 75. Persantilin üzerindeki olgular için Uyum Sorunları Ölçeği toplam ve başlık puanları açısından değerlendirilmesi.

	Eğrinin altında kalan			%95 Güven aralığı	
Ölçek puanları	alan	Std. Hata	p	Alt sınır	Üst sınır
Uyum sorunları-26 toplam puan	0,85	0,015	<0,001	0,82	0,88
Uyum sorunları-21 toplam puan	0,85	0,015	<0,001	0,82	0,88
Erteleme	0,69	0,021	<0,001	0,65	0,73
İletişimde kaçınma davranışları	0,64	0,022	<0,001	0,60	0,69
Odaklanma	0,81	0,017	<0,001	0,77	0,84
Özgüvensizlik	0,76	0,019	<0,001	0,73	0,80
Mükemmeliyetçilik	0,73	0,020	<0,001	0,69	0,77
Sosyal kaygı	0,78	0,019	<0,001	0,74	0,82

Tablo 5. Katılımcıların psikiyatrik tanı varlığına göre ölçek toplam skorları ve alt ölçek skorlarının ortalama, standart sapmaları ve anlamlı farklılık düzeyleri.

	Psikiyatrik tanı	Ortalama	Standart sapma	p
Odaklanma	Evet	3,2	1,00	0,001
	Hayır	2,7	0,98	
Erteleme	Evet	3,0	1,19	0,026
	Hayır	2,7	1,08	
İletişimde kaçınma davranışları	Evet	2,3	0,83	0,690
	Hayır	2,2	0,84	
Özgüvensizlik	Evet	2,3	0,75	0,017
	Hayır	2,1	0,75	
Mükemmeliyetçilik	Evet	2,9	0,99	0,042
	Hayır	2,6	0,95	
Sosyal kaygı	Evet	2,8	1,23	<0,001
	Hayır	2,2	0,93	
Uyum sorunları toplam	Evet	16,3	4,40	0,005
	Hayır	14,5	3,60	

DEHB'nin genç erişkinde sorgulanması gerektiğine işaret edebileceği gibi odaklanma güçlüğü ve erteleme davranışı (zaman yönetimi açısından), kaygının yönetimi (duygusal düzenleme açısından), çeşitli gündelik işlevlerin incelenmesine de yardımcı olmaktadır. Bununla birlikte gencin yaşam kalitesinde önemli yer tutan akademik başarımı uyum sorunları ölçeği öngörebilir, bu açıdan da yeni çalışmalarda bu veriyle sınanmasına da gereksinim vardır. Tedavi sürecinde akademik başarı açısından zorluk yaşanan alanlar saptanıp geliştirici müdahaleler yapılabilir.

Birçok başka çalışmada, tutarlı olarak kendi işlerini düzenleme davranışı ve erteleme ile onun zıttı olan motivasyon arasında yürütücü işlevler açısından önemli bir bağ rapor edilmektedir (21). Amaca yönelik davranışların sürdürümü ve gerçekleştirilmesinde bir dizi yüksek bilişsel becerinin rolü vardır. Yürütücü işlevlerden inhibisyon, işleyen hafıza, planlama, duygusal ya da motivasyonel düzenleme, strateji geliştirme ve yaşama geçirme, etkinliklerin esnek zamanlamasının yapılması, davranışsal yapının kararlı şekilde sürdürümü, anlam çıkarma, tüm bu süreçlerde döngüsel olarak belirleyicidir. Bizim çalışmamızda da odaklanma, erteleme, mükemmeliyetçilik ve sosyal kaygı arasında bir etkileşim olduğu ölçek skorları arasındaki ilişkiyle gösterilebilmiştir. Yanısıra psikiyatrik semptom düzeyi ile bu bilişsel özelliklerin bir ilişkisi olduğu gözlenmektedir. Çalışmalar çevresel ipuçlarından yararlanmada yetersizlik, amaca yönelik davranışların etkinliğinde düşüş ile ertelemenin ilgisini göstermektedir. Erteleme davranışı, organize olamama, zayıf emosyonel düzenleme ve dürtü kontrolü, hedef yönelimli davranışların modifiye edilmesinde meta kognitif stratejilerden yararlanamama gibi yürütücü işlev bozukluklarıyla ilişkili bulunmuştur. Bunun da ötesinde dikkat eksikliği ve kötü görev yönetimi ile erteleme davranışı bağlantılıdır (22). Uyum sorunları ölçeği erteleme başlığı ile diğer alt başlıkların ilişkisini incelemeyi olanaklı kılmaktadır. Uyum Sorunları Ölçeği-21 bu bilişsel zorlukların kişide tanımlanmasında kullanılabilir gözükmektedir.

Herhangi bir çabada mükemmellik arayışı genellikle onaylanan bir düşünce tarzıdır. Yüksek beklentiler belirlemek ve bu hedeflere ulaşmaya çalışmak genellikle memnuniyet duygusuna yol açar, düşünce yapısı mükemmeliyetçi olduğunda eğer buna aşırı eleştirel öz değerlendirme eklenir ve aşırı yüksek başarım standartları belirlemek eşlik ederse, sorunlu bir mükemmeliyetçilikten bahsedilebilir, bu durum olumsuz duygulanım ve depresyon ile sonuçlanır (23). Uyumu bozan ve nevrotik özellikler taşıyan mükemmeliyetçilik yaşamın her alanında bireyi etkiler. Sonuçları açısından mükemmeliyetçiliğin gençlerde saptanması önemlidir. Uyum sorunları ölçeğinin mükemmeliyetçilik alt başlığı da KSE puanlarında olumsuz skorlarla korelasyon göstermiştir. Mükemmeliyetçilik de yüksek psikiyatrik semptom yoğunluğu ile birliktelik gösteriyor denebilir.

Sosyal kaygının bir bileşeni olarak topluluk önünde konuşma davranışı, iletişim ve psikolojik bileşenlerin bir arada yürütüldüğü dil becerilerini içeren, kültürel kodları da barındıran bir etkinliktir. Bu açıdan gencin birçok yüksek bilişsel işlevinin değerlendirilmesine olanak sağlar (24). Topluluk önünde konuşma korkusu yaygın bir kaygıyı barındırmaktadır ve birçok farklı kültürde de sık

gözlenir. Konuşma pratiklerinin geliştirilmesinin ötesinde bir kaygı bozukluğu olarak ele alınıp tedavi müdahalesine gerek de duyulabilir. Bir iletişim yetersizliği olarak kişinin kişisel yaşamını, sosyal görünürlüğünü, duygusal yaşamını etkiler. Konuşma yapmaktan kaçınma ve olumsuz kendilik tasarımına yol açar (25,26,27). Birçok öğrencide görülen sosyal fobi yaygın bir sorundur. Anksiyetenin belirteci ve bireysel, akademik gelişmenin önünde bir engel oluşturabilmektedir. Ayrıca üniversite öğrencilerinden eğitimleri boyunca ve sonraki meslek yaşantılarında topluluk önünde konuşma yaparak, sosyal ortamlarda görünür olması, geliştirilmesi istenen bir beceridir. Topluluk önünde konuşma korku sosyal fobinin önemli bir alt bileşenini oluşturmaktadır (28). Topluluk karşısında konuşma becerisinin daha fazla konuşma fırsatı yaratılarak ve kişinin bu becerisi üzerinde geliştirme çalışmaları yapılarak aşılması mümkündür. Bu yüzden saptanması sosyal fobi alt faktörlerinden birinin çözümlenmesi açısından da önemli olacaktır (24).

Sosyal kaygı alt başlığındaki bir soru panik bozukluk ve yaygın anksiyete bileşenlerini içermektedir. Bu açıdan sosyal kaygı alt başlığından alınan yüksek puanlar panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğunun ayırıcı tanı amacıyla sorgulanması gereğini doğurmaktadır (29).

Ölçeğin sosyal kaygı bileşeninin yanısıra odaklanma güçlüğü alt bileşeninde kaygılı kişilerde düşük dikkat kontrolü ve ruminatif olumsuz düşünce bileşenlerini sorgulama yetkinliği de her iki alt bileşenlerdeki sorular yoluyla olanaklı olmaktadır. Uyum sorunları ölçeği bu çalışmada KSE ile karşılaştırılmıştır, KSE'nin ölçtüğü semptom sıklığı ve yoğunluğu ile iyi düzeyde bir korelasyon gözlenmektedir. Bu açıdan Uyum Sorunları Ölçeği'nin psikiyatrik semptom yoğunluğunu belirleyen ve zorlanmaların, uyum sorunlarının, psikiyatrik semptomların, başladığı ya da başlamak üzere olduğu gençleri de belirlemede bir rolü olabileceği düşünülebilir. Bununla birlikte ölçeğin spesifik alt alanlarının uygun ölçeklerle karşılaştırılması ve yürütücü işlev ölçekleri ile de sınanması mümkündür. İlerideki çalışmalarda ölçeğin bu yönlerden de incelenmesi planlanmıştır (30).

Etkili iletişim kurma becerileri ile sosyal etkileşime girmek kolaylaşmaktadır. Sosyal ortamlarda etkili iletişim kurabilmenin geliştirilmesi kişinin hayatında stresi ve endişeyi büyük ölçüde azaltabilir. Aslında sosyal desteği iyileştirmek, genel olarak daha iyi bir ruh sağlığı ile bağlantılıdır, iyi arkadaşlara sahip olmak kaygılanma ve kötü duygulanım için bir tampon görevi görebilir. Diğer insanlarla iyi ilişkiler kurmak, kişinin hayatındaki stresi ve endişeyi büyük ölçüde azaltabilir. Bununla birlikte, bazı insanlar için kaygıları, sosyal durumlardan kaçınmalarına katkıda bulunabilir ve ilişki kurmalarını engelleyebilir. Bu, özellikle sosyal olarak endişeliyseniz ve umutsuzca arkadaş edinmek istiyorsanız, ancak ya bunu yapmaktan çok korkuyorsanız ya da başkalarına nasıl ulaşacağınızdan emin değilseniz, özellikle doğrudur. İletişim kuma becerileri, özgüven ve sosyal kaygılar arasında bir etkileşim söz konusudur. Başkaları ile iletişimde olabilmek özgüveni artırır ve sosyal kaygıyı azaltır. Bizim çalışmamızda, iletişimde kaçınma davranışları ile ilgili sorular, ölçek bütünlüğünde genel ölçek uyumunu azaltmaktadır ve geçmişte ruh sağlığı bozukluğu olanlar açısından bir farklılaşma gözlenmemektedir. İç ve dış geçerlilikteki ölçek uyumundaki sorunlar nedeniyle iletişimde kaçınma davranışlarının ölçekten çıkarılarak kullanılması uygun olur. Bu alt başlığın daha fazla incelenmesine gereksinim vardır. Daha geniş bir örneklemde ve sosyal fobi tanısı almış kişilerle de ölçeğin bu alt puanı test edilebilir. Bundan sonraki çalışmalarda KSE'nin yanı sıra uyum alanlarına spesifik diğer ölçeklerle karşılaştırmalar yaparak ölçek geçerliliği test edilebilir.

Bu araştırma sadece bir üniversitenin sağlık bilimleri ile ilgili fakülteleri dahilinde yürütülmüştür. Bu nedenle, araştırma sonuçları sınırlı bir şekilde genellenebilir. Gönüllü katılım ile sınıf ortamında gözlem altında anket ve ölçek uygulanması, ruhsal rahatsızlıklarla ilgili sorularda yanıtlama yan tutmasına yol açmış olabilir. Damgalanma endişesi ile ruhsal sorunlar yaşayan öğrencilerde soruları yanıtlamaktan kaçınma olabilir.

SONUÇ

Bu çalışma sonucunda üniversite öğrencileri için bir uyum sorunları ölçeği elde edilmiştir. Böyle bir ölçek alan çalışmalarında riskli grupları tanımlamak için kullanılabilir. Odaklanma sorunu, özgüven sorunları, mükemmeliyetçilik, sosyal kaygı, iletişim, erteleme ile ruhsal bozuklukların ilişkileri incelenebilir. Koruyucu ruh sağlığı

alanında bilgi üretimini kolaylaştırabilir. Üniversite öğrencilerine yönelik terapilerin başlangıcında "Uyum Sorunları Ölçeği", toplam skor hesaplanması ile uyum sorunlarının varlığını doğrulayabilir ve sorun alanlarını belirlemede kullanılabilir.

Yazışma Adresi: Prof. Dr. Ahmet Topuzoğlu, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hak Sağlığı AD, İstanbul, Türkiye
drtopuzoglu@gmail.com

KAYNAKLAR

1. WHO. Mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organisation; 2013.

2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):593–602.

3. İlhan N., Bahadır S., Toptaner E. N. Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Durumları ile Sağlık Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, MÜSBED 2014;4(4):207-215.

4. İlhan N., Güzlük M., Özmen E. Üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı ile temel ihtiyaçlarının karşılanması arasındaki ilişki, J Psychiatric Nurs 2019;10(4):286-295.

5. Cullinan J, Walsh S, Flannery D. Socioeconomic Disparities in Unmet Need for Student Mental Health Services in Higher Education. Appl Health Econ Health Policy. 2020 Apr;18(2):223-235.

6. Yurtseven N., Akpur U., Perfectionism, Anxiety and Procrastination as Predictors of EFL Academic Achievement: A Mixed Methods Study, Novitas-ROYAL (Research on Youth and Language), 2018, 12(2), 96-115.

7. Hardison, H. G., Neimeyer, R. A., & Lichstein, K. L. Insomnia and complicated grief symptoms in bereaved college students. Behavioral Sleep Medicine, 2005:3 (2), 99–111.

8. Philip M. Ericson & John W. Gardner, Two longitudinal studies of communication apprehension and its effects on college students' success, Communication Quarterly, 1992:40:2, 127-137

9. Abdulghani, H. M., Alrowais, N. A., Bin-Saad, N. S., Al-Subaie, N. M., Haji, A. M. A., & Alhaqwi, A. I. (2012). Sleep disorder among medical students: Relationship to their academic performance. Medical Teacher,2012: 34(sup1), S37–10.

10. Albasheer, O.B. et al. Prevalaence of insomnia and relationship with depression, anxiety and stress among Jazan University students: A cross-sectional study. Cogent Psychology, 2020:7(1).

11. Choi Y, Choi SH, Yun JY, Lim JA, Kwon Y, Lee HY, Jang JH. The relationship between levels of self-esteem and the development of depression in young adults with mild depressive symptoms. Medicine 2019;98:42(e17518).

12. Korrelboom K,MaarsinghM, Huijbrechts I. Competitive memory training (COMET) for treating low self-esteem in patients with depressive disorders: a randomized clinical trial. Depress Anxiety 2012;29:102–10.

13. Mruk CJ. Self-Esteem Research, Theory, and Practice: Toward a Positive Psychology of Self-Esteem. 3rd ed. New York, NY: Springer Publishing Company; 2006.

14. DuBois DL, Burk-Braxton C, Swenson LP, Tevendale HD, Lockerd EM, Moran BL. Getting by with a little help from self and others: Self-esteem and social support as resources during early adolescence. Dev Psychol 02;38:822–39.

15. Lee MK, Kim GH. The effect of perfectionism and self-efficacy on depression and task performance. Kor J Clin Psychol 1998;17:211–22.

16. Zhou M. The role of personality traits and need for cognition inactive procrastination, Acta Psychologica 2019;199.

17. Rebetez M. M. L., Barsics C, Rochat L., D'Argembeau A., Linden M. Van der Procrastination, consideration of future consequences, and episodic future thinking, Consciousness and Cognition, 2016;42:286–292.

18. Rinaldia A. R., Roperb C. L., Mehmc J. Procrastination as evidence of executive functioning impairment in college students, Applied NeuropsychologyAdult, 2019;4:1-10..

19. Şahin, N. H. ve Durak, A., Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi, 1994;9(31): 44-56.

20. Sjöwall D, Thorell LB. Neuropsychological deficits in relation to ADHD symptoms, quality of life, and daily life functioning in young adulthood. Appl Neuropsychol Adult. 2019 Dec 27:1-9.

21. Ryan RM, Deci EL. Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. Contemp Educ Psychol. 2000; 25(1):54–67.

22. Bolden J. Fillauer J. P., "Tomorrow is the busiest day of the week": Executive functions mediate the relation between procrastination and attention problems, Journal of American College Health, 2020;68(8):854-863.

23. Ashby J. S., Rice K. G., Martin J. L., "Perfectionism, shame, and depressive symptoms," Journal of Counseling and Development, 2016; 84: 148–156.

24. Ferreira A. C., Marinho F.C.A., Medeiros M.A., Gama A.C.C., Teixeira L.C., Fear of Public Speaking: Perception of College Students and Correlates, Journal of Voice, 2017;31 (1):127.

25. Graham D. B., A Racing Heart, Rattling Knees, and Ruminative Thoughts: Defining, Explaining, and Treating Public Speaking Anxiety, Communication Education, 2010; 59:1, 70-105.

26. Hofmann S.G., DiBartolo P.M. An instrument to assess self-statements during public speaking: scale development and preliminary psychometric properties. Behav Ther. 2000;31:499–515.

27. Goberman A.M., Hughes S., Haydock T. Acoustic characteristics of public speaking: anxiety and practice effects. Speech Comun. 2011;53:867–876.

28. Kessler RC, Stein MB, Berglund P. Social phobia subtypes in the national comorbidity survey. Am J Psychiatry. 1998;155:613–619.

29. Taylor DL, Espeleta HC, Kraft JD, Grant DM. Early childhood experiences and cognitive risk factors for anxiety symptoms among college students. J Am Coll Health. 2021; 69(3):268-274.

30. Holst Y, Thorell LB. Adult executive functioning inventory (ADEXI): Validity, reliability, and relations to ADHD. Int J Methods Psychiatr Res. 2018;27:e1567.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Ortaöğretim öğretmenlerinde ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafeyi etkileyen faktörler

Factors affecting the belief towards mental illness and social distance in secondary education teachers

Hülya Arslantaş[1], Filiz Abacıgil[2], Rüveyda Yüksel[3], Filiz Adana[4], Ezgi Sarı[3], Duygu Yeşilfidan[5], Selen Gürsoy Turan[6]

[1]Prof.Dr., [3]Araş.Gör., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-3018-2314-https://orcid.org/0000-0002-5997-4155-https://orcid.org/0000-0002-0776-1318-
[2]Prof. Dr., [5]Araş.Gör., [6]Uzm.Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye https://orcid.org/0000-0003-4291-0013-https://orcid.org/0000-0002-0290-1553-https://orcid.org/0000-0002-2948-0103
[4]Doç.Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-7677-0170

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada ortaöğretim öğretmenlerinde ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafeyi etkileyen faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışma kesitsel tipte olup, Aydın ilindeki liselerde gerçekleştirilmiştir. Aydın İl merkezindeki liseler, okul türlerine göre tabakalanmış, her okuldan seçilecek öğretmen sayısı G-Power istatistik programı ile belirlenerek örneklem sayısı 331 olarak hesaplanmıştır. Veriler anket formu, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği ve Sosyal Mesafe Ölçeği ile toplanmıştır. **Bulgular:** Öğretmenlerin %24.3'ü yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip birinin olduğunu belirtmiş; %9.4'ü daha önce psikiyatrik destek almıştır. Öğretmenlerin %65.7'si kalıtsal yatkınlığın, %83.9'u stresli yaşam olaylarının, %44.4'ü kişilerarası ilişkilerin, %72.9'u aile içi şiddetin, %58.9'u aile içi çatışmaların, %55.3'ü kişilik zayıflığının, %68.4'ü travmatik yaşam olaylarının, %14.6'sı enfeksiyon hastalıklarının, %23.4'ü dini inançların, %11.7'si doğa üstü güçlerin ruhsal hastalıklara neden olduğunu belirtmiştir. Araştırmada yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip olanların sosyal mesafe puanının sahip olmayanlara göre (t=-.901;p=0.004) daha düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği puanı ile Sosyal Mesafe Ölçeği puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0.502;p=0.000) saptanmıştır. **Sonuç:** Bu veriler doğrultusunda ruhsal problemi olan bir yakına sahip olmak ruhsal hastalıklara yönelik bakış açısını olumlu olarak etkilemekte, ruhsal hastalığa yönelik inançlar olumsuzlaştıkça hastalara yönelik sosyal mesafede artmaktadır. Ruhsal hastalıkları olan bireylerin damgalanma ve ayrımcılığın olmadığı bir toplumda hayatta kalabilmeleri için akıl hastalıklarına yönelik bilgi ve anlayışı geliştirerek olumlu tutumları geliştirmek önemlidir. Bu bağlamda öğretmenlerin bilgilendirilmesi ve farkındalıklarının artırılması önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Öğretmen, ruhsal hastalık, sosyal mesafe

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2021;24:523-536)

DOI: 10.5505/kpd.2021.43760

SUMMARY

Objective: This study intends to investigate the factors affecting the belief towards mental illness and social distance in secondary education teachers. **Method:** This is a cross-sectional study conducted in high schools in Aydın, Turkey. High schools in Aydın were divided into separate strata according to school types; and the number of teachers to be selected from each school was determined using the G-Power statistics program and the number of teachers in the study sample was calculated to be 331.Data was collected using the Belief Towards Mental Illness Scale and Social Distance Scale. **Results:** 24.3 % of the teachers in the study reported that they know somebody with a mental illness in their immediate circles and 9.4% had psychiatric support in the past. According to the teachers' reports, 65.7% of the teachers believed that genetic predisposition, 73.9% stressful life events, 44.4% interpersonal relationships, 72.9% domestic violence, 58.9% domestic conflicts, 55.3% personal weaknesses, 68.4% traumatic life events, 14.6% infectious diseases, 23.4% religious belief and 11.7 % supernatural powers cause mental illnesses. The study found that the teachers who know people with mental illnesses in their immediate circles had lower social distance scores compared to those who do not know (t=-.901; p=0.004). Additionally a moderate level of positive relationship was found between the Belief Towards Mental Illness Scale score and Social Distance Scale score (r=0.502; p=0.000). **Discussion:** Based on this data, having someone with a mental illness in the immediate circle has a positive effect on the person's perspective for mental illnesses and social distance toward patients increases as the belief towards mental illness become more negative. In order to ensure that people with mental illnesses live in a society with no stigmatization and discrimination, it is important to raise awareness and improve knowledge promoting positive attitude towards mental illnesses in the society. Therefore it is important to increase the knowledge and awareness among teachers.

Key Words: Teacher, mental illness, social distance

Makalenin geliş tarihi: 29.10.2020, Yayına kabul tarihi: 17.04.2021

GİRİŞ

Dünya hastalık yükünün %14'ünü oluşturan ruhsal, davranışsal ya da psikososyal sorunların yaklaşık 450 milyon kişiyi etkilediği (1, 2) ve bu insanların sınırlı tedavi olanaklarına erişme çabalarının yanında (3), toplumun onlara yönelik olumsuz tutumları ile de baş etmeye çalıştığı bilinmektedir. Toplumun ruhsal hastalıklara yönelik tutumu, hastaların çare arama davranışını ve tedaviye uyumunu doğrudan etkilemektedir. Toplumun ve sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığı olan kişilere ve psikiyatrik sağaltımlara yönelik olumsuz tutumları, hastaların sağaltım için başvurmalarını ve sağaltımı sürdürmelerini engelleyici bir etkide bulunmaktadır. Toplumda genel olarak ruhsal bozukluğa karşı yanlış bilgilenme ve olumsuz bir tutum vardır (4). İnsanlar belirli inanç ve tutumlarla doğmamakta, inanç ve tutumlarını gözlem, bilişsel öğrenme olarak sayılabilecek farklı yollarla edinmekte ve sosyal deneyimlerle de şekillendirmektedirler. Sağlığa yönelik inanç ve tutumlar koruyucu, tedavi edici süreçler ve rehabilitasyon süreçlerinde bireylerin davranışlarını etkileyebilmektedir (5,6).

Sosyal mesafe, kişilerin sosyal ilişkilerinde ruhsal hastalığı olanların katılımını ne kadar kabul ettiklerinin derecesidir (7). Önyargı ve damgalama inanç ve tutumla bağlantılı kavramlardır. Önyargılar psikolojik sorunlara sahip kişilere yönelik olumsuz görüşler ya da olumsuz tutumlar olarak tanımlanır ve önyargının nesnesine yönelik sosyal mesafe ile görünür hale gelirler. Olumsuz ön yargılardan etkilenen hastalıkların başında psikiyatrik bozukluklar gelmektedir (8,9).

Toplum liderleri konumunda olan din görevlileri, muhtarlar ve öğretmenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafelerinin belirlenmesi önemlidir (10). Öğretmenler yetiştirdikleri öğrencilere toplumsal değerlerle ve inançlarla ilgili olarak doğru ve sağlıklı bilgileri vermeleri gereken konumdadırlar. Öğretmenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını belirlemek amacı ile yapılan bir çalışmada öğretmenlerin ruhsal hastalıklara karşı olumsuz bir tutum sergiledikleri sonucuna varılmıştır (11). Kanada'da ruh sağlığı ve ruh sağlığı okuryazarlığında hizmet öncesi öğretmen eğitiminin okullarda çocukların ve gençlerin ruh sağlığını desteklemek için gerekli koşulların oluşturulması amacıyla ve bu bilginin normal sınıflarda öğrencilerin ihtiyaçlarını karşılamadaki önemi nedeniyle öğretmenler öğrenme hedefleri doğrultusunda internet ortamında kurslara tabi tutulmuşlardır (12).

Öğretmenlerin yetiştirecekleri öğrenciler geleceğin anne ve babaları, iş sahibi insanları olacaklardır. Öğrenciler ruhsal hastalıklara ilişkin inanç ve sosyal mesafeleri ile ilgili bilgileri; okul ortamında, toplumda, arkadaş ortamında vb. yerlerde gözlem ve bilişsel paylaşımlarla öğrenebilmekte ve bazen bu öğrenilenler önyargıları ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalayıcı bir tarzı içerebilmektedir. Bu nedenle bu inanç ve sosyal mesafenin sağlıklı olması önemlidir. Alanyazın çalışmaları incelendiğinde öğretmenlerin ruhsal hastalıklar ile ilgili inanç ve sosyal mesafelerine ilişkin yapılmış sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır (11,13,14). Bu nedenle planlanmış olan bu çalışma ile literatürde eksik olan bir alana katkı sağlanması planlanmaktadır. Ayrıca bu sayede girişimsel çalışmalara yol gösterici bilgilere de ışık tutulmuş olacaktır. Çalışmanın amacı ortaöğretim öğretmenlerinde ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafeyi etkileyen faktörleri araştırmaktır. Araştırma soruları;

1. Ortaöğretim öğretmenlerinin ruhsal hastalıklara yönelik inancını etkileyen faktörler nelerdir?

2. Ortaöğretim öğretmenlerinin ruhsal hastalıklara yönelik sosyal mesafelerini etkileyen faktörler nelerdir?

3. Ortaöğretim öğretmenlerinin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafeleri arasında ilişki var mıdır? olarak belirlenmiştir.

YÖNTEM

Örneklem

Araştırmanın evrenini batıda bir ilde İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı 20 lisede görev yapmakta olan 1252 öğretmen oluşturmuştur. Örneklem seçi-

minde okul türlerine göre tabakalı örnekleme yöntemi ile altı okul belirlenmiştir. Örneklem hesaplaması G-Power istatistik programı ile yapılmış olup; etki büyüklüğü 0,25, alfa 0,05 ve güç %80 olarak altı farklı okul tipi için cinsiyet faktörü değişken olarak alındığında toplam sayı 128, desen etkisi iki olarak alındığında ise 256 öğretmen belirlenmiş olup %30 yedek ile birlikte ulaşılması gereken örneklem sayısı 331 olarak hesaplanmıştır. Ancak dört öğretmenin anketi eksik doldurması nedeni ile 329 öğretmenin verisi değerlendirilmiştir. Veri toplama işlemi, 20 Eylül 2015 ve 24 Mayıs 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafeyi etkileyeceği düşünülen ve literatür taraması sonucunda oluşturulmuş olan anket formu, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği ve Sosyal Mesafe Ölçeği ile yüz yüze görüşme yoluyla araştırmacılar (RY, ES, DY, STG) tarafından toplanmıştır.

Anket formu: Öğretmenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafelerini etkileyeceği düşünülen ve literatür taraması sonucunda oluşturulmuş olan bir formdur (3,15,16,17).

Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ): Hirai ve Clum tarafından geliştirilmiş ve Bilge ve Çam (2008) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (18). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği; 6'lı Likert tipi bir ölçek olup, üç alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısı 0.82 olup, alt ölçekler için ise bu sayı; "Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma" alt ölçeği için 0.80, "Tehlikeli" alt ölçeği için 0.71 ve "Utanma" alt ölçeği için ise 0.69'dur. Bu ölçek hem alt boyutlara ait puanlar hem de toplam puan üzerinden hesaplanmakta olup ölçekten alınan yüksek puanlar olumsuz inancı ifade etmektedir (18).

Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ): Arkar tarafından 1991 yılında geliştirilmiş olup örnek iki vaka ve bu vakalarla ilişkili soruları içermektedir. Psikiyatrik tanımlaması yapılmamış vakaları, kişilerin ruhsal hastalığı olan birey ile aralarındaki sosyal mesafeyi ölçmek amacıyla geliştirilen sorular takip etmektedir. Ölçek 7'li Likert tipinde 14 soru içermektedir. Arkar tarafından yapılan çalışmada ölçeğe ait Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur. Ölçek değerlendirmesi toplam puan üzerinden yapılmaktır. Ölçekten alınan puanın yükselmesi sosyal mesafenin fazla olduğunu göstermektedir (7).

Etik İlkeler

Çalışma Helsinki Bildirgesi ilkelerine göre gerçekleştirilmiş; araştırma için 29.09.2016 tarihli (Sayı:53043469-050.04.04-17 nolu karar, Protokol No: 2015/653) Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurul onayı ve çalışmanın gerçekleştirileceği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden onay ve çalışmada kullanılan ölçeklerin sahibinden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü öğretmenler araştırmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgilendirilerek yazılı onamları alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Verilerinin analizinde SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin analizinde önce normal dağılıma uygunluk analizleri (Kolmogorov-Smirnov testi) yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerin (Yüzdelik, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılıma uymayan veriler için gruplar arası karşılaştırmalarda Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi, normal dağılıma uyanlarda tek yönlü varyans analizi-ANOVA ve student t testi kullanılmıştır. Ayrıca yaş ve hizmet yılı ile ölçek skorları arasındaki korelasyonlar Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Tip 1 hata yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

BULGULAR

Öğretmenlerin %53.5'i (n=176) erkek, %89.4'ü (n=294) bekar, yaş ortalamaları 43.65±8.52 ve hizmet yılı ortalamaları 20.40±8.24 yıl olarak bulunmuştur. Öğretmenlerin %40.1'inin (n=132)

Tablo 1: Öğretmenlerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=329)

Öğretmenlerin Özellikleri	n	Ort±SS
Yaş	327	43.65±8.52
Hizmet Yılı	324	20.40±8.24
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	153	46.5
Erkek	176	53.5
Medeni Durum		
Bekar	35	10.6
Evli	294	89.4
Anne Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	66	20.1
Okur-yazar	32	9.7
İlkokul	132	40.1
Ortaokul	22	6.7
Lise	41	12.5
Üniversite ve üstü	36	10.9
Baba Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	17	5.2
Okur-yazar	31	9.4
İlkokul	132	10.1
Ortaokul	45	13.7
Lise	59	17.9
Üniversite ve üstü	45	13.7
Aile Tipi		
Çekirdek aile	301	91.5
Geniş aile	22	6.7
Parçalanmış aile	6	1.8
En Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Yeri		
Köy	12	3.6
İlçe	61	18.5
İl	256	77.8
Öğrenim Düzeyi		
Ön lisans	4	1.2
Lisans	290	88.1
Yüksek lisans ve üstü	35	10.6
Gelir Düzeyi		
Gelir giderden az	35	10.6
Gelir gidere denk	247	75.1
Gelir giderden fazla	47	14.3
Okul Türü		
Meslek Lisesi	180	54.7
Anadolu Lisesi	58	17.6
Fen Lisesi	18	5.5
Sosyal Bilimler Lisesi	13	4
Güzel Sanatlar ve Spor Lisesi	21	6.4
İmam Hatip Lisesi	27	8.2
Mesleki Eğitim	12	3.6
İdari Görev		
Yok	242	73.6
Var	87	26.4
Ruhsal Hastalık		
Yok	249	75.7
Var	80	24.3
Psikiyatrik Destek		
Hayır	298	90.6
Evet	31	9.4
Ruhsal sorun yaşadığında ilk başvuracağı kişi		
Psikolog	239	72.6
Psikiyatrist	77	23.4
Psikiyatri Hemşiresi	1	0.3
Aile Danışmanı	4	1.2
Aile Hekimi	7	2.1
Hacı-Hoca	1	0.3

annesi ilkokul mezunuyken, %17.9'unun (n=59) babası lise mezunu, %91.5'inin (n=301) aile tipi çekirdek aile ve %77.8'inin (n=256) en uzun süre yaşadığı yerleşim yeri ildir.

Öğretmenlerin %88.1'i (n=290) lisans mezunu, %75.1'i (n=247) gelir düzeylerini gelir gidere denk olarak değerlendirmektedir. Öğretmenlerin %54.7'si (n=180) meslek lisesinde görev yapmakta ve %26.4'ünün (n=87) idari görevi bulunmaktadır.

Öğretmenlerin %24.3'ü (n=80) yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip birinin olduğunu belirtmiş olup %9.4'ü (n=31) daha önce psikiyatrik destek almıştır. Öğretmenlerin %72.6'sı (n=239) herhangi bir ruhsal sorun yaşadığında ilk olarak psikoloğa başvuracağını belirtmiştir (Tablo 1).

Öğretmenlerin %65.7'si (n=216) kalıtsal yatkınlığın, %83.9'u (n=276) stresli yaşam olaylarının, %44.4'ü (n=146) kişilerarası ilişkilerin,

Tablo 2: Öğretmenlerin ruhsal hastalıkların nedenlerine ilişkin görüşlerinin dağılımı

Öğretmenlerin Ruhsal Hastalıkların Nedenlerine İlişkin Görüşleri	n	%
Kalıtsal yatkınlık		
Nedeni değildir	106	32.2
Bilmiyorum	7	2.1
Nedenidir	216	65.7
Stresli yaşam olayları		
Nedeni değildir	49	14.9
Bilmiyorum	4	1.2
Nedenidir	276	83.9
Kişilerarası İlişkiler		
Nedeni değildir	179	54.4
Bilmiyorum	4	1.2
Nedenidir	146	44.4
Aile içi şiddet		
Nedeni değildir	83	25.2
Bilmiyorum	6	1.8
Nedenidir	240	72.9
Aile içi çatışmalar		
Nedeni değildir	133	40.4
Bilmiyorum	3	0.9
Nedenidir	193	58.9
Kişilik zayıflığı		
Nedeni değildir	141	42.9
Bilmiyorum	6	1.8
Nedenidir	182	55.3
Travmatik yaşam olayları		
Nedeni değildir	98	29.8
Bilmiyorum	6	1.8
Nedenidir	225	68.4
Enfeksiyon hastalıkları		
Nedeni değildir	271	82.4
Bilmiyorum	10	3
Nedenidir	48	14.6
Dini inançlar		
Nedeni değildir	239	72.6
Bilmiyorum	13	4
Nedenidir	17	23.4
Doğaüstü güçler		
Nedeni değildir	278	84.5
Bilmiyorum	13	4
Nedenidir	38	11.7

%72.9'u (n=240) aile içi şiddetin, %58.9'u (n=193) aile içi çatışmaların, %55.3'ü (n=182) kişilik zayıflığının, %68.4'ü (n=225) travmatik yaşam olaylarının, %14.6'sı (n=48) enfeksiyon hastalıklarının, %23.4'ü (n=17) dini inançların, %11.7'si (n=38) doğa üstü güçlerin ruhsal hastalıklara neden olduğunu belirtmiştir (Tablo 2).

Öğretmenlerin %7.0''si (n=23) zeka geriliğini, %7.9'u (n=26) iletişim bozukluklarını, %48.3'ü (n=159) şizofreniyi, %76.0'sı (n=250) duygudurum bozukluklarını, %74.2'si (n=244) depresif bozuklukları, %77.5'i (n=255) anksiyete bozukluklarını, %67.5'i (n=222) kişilik bozukluklarını ruhsal hastalık olarak bildirmişlerdir (Tablo 3).

Öğretmenlerin özellikleri ile RHYİÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; öğretmenlerin cinsiyet, medeni durum, anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi, aile tipi, öğrenim düzeyi, en uzun süre yaşadıkları yerleşim yeri, gelir düzeyi, okul türü, idari görev, yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip bir yakını olma, daha önce psikiyatrik destek alma ve ruhsal bir hastalık durumunda başvurulacak kişinin kim olacağına dair yanıtlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını etkilemediği ($p>0.05$) bulunmuştur. RHYİÖ ile yaş ve hizmet yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4).

Öğretmenlerin özellikleri ile SMÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; baba eğitim

Tablo 3. Öğretmenlerin ruhsal hastalığın ne olduğuna ilişkin görüşlerinin dağılımı

Öğretmenlerin ruhsal hastalığın ne olduğuna ilişkin görüşleri	n	%
Zeka geriliği		
Ruhsal hastalık değildir	306	93.0
Ruhsal hastalıktır	23	7.0
İletişim bozuklukları		
Ruhsal hastalık değildir	303	92.1
Ruhsal hastalıktır	26	7.9
Şizofreni		
Ruhsal hastalık değildir	170	51.7
Ruhsal hastalıktır	159	48.3
Duygudurum bozuklukları		
Ruhsal hastalık değildir	79	24.0
Ruhsal hastalıktır	250	76.0
Depresif bozukluklar		
Ruhsal hastalık değildir	85	25.8
Ruhsal hastalıktır	244	74.2
Anksiyete bozuklukları		
Ruhsal hastalık değildir	74	22.5
Ruhsal hastalıktır	255	77.5
Kişilik bozuklukları		
Ruhsal hastalık değildir	107	32.5
Ruhsal hastalıktır	222	67.5

düzeyi (KW=12.298, p=0.031), okul türü (KW=11.592, p=0.041), yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip bir yakını olmanın (t=-.901, p=0.004) ve daha önce psikiyatrik destek almanın (MWU=3155.500, p=0.004) ruhsal hastalıklara yönelik sosyal mesafeyi etkilediği bulunmuştur. SMÖ ile yaş ve hizmet yılı arasında pozitif yönlü çok zayıf ilişki (Sırasıyla: r=0.156, p=0.005; r=0.153, p=0.006) saptanmıştır. Öğretmenlerin cinsiyet, medeni durum, anne eğitim düzeyi, aile tipi, öğrenim düzeyi, en uzun süre yaşanılan yerleşim yeri, gelir düzeyi, idari görev ve ruhsal bir hastalık durumunda başvurulacak kişinin kim olacağına dair yanıtlarının ruhsal hastalıklara yönelik sosyal mesafelerini etkilemediği (p>0.05) bulunmuştur (Tablo 4).

Öğretmenlerin ruhsal hastalıkların nedenlerine ilişkin görüşleri ile RHYİÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; aile içi şiddeti ruhsal hastalıkların nedeni olarak görmemenin (KW=7.941, p=0.019) ruhsal hastalıklara yönelik inancı etkilediği bulunmuştur. Öğretmenlerin ruhsal hastalıkların nedeni olarak; kalıtsal yatkınlığı, stresli yaşam olaylarını, kişilerarası ilişkileri, aile içi çatışmaları, kişilik zayıflığını, travmatik yaşam olaylarını, enfeksiyon hastalıklarını, dini inançları ve doğaüstü güçleri düşünmelerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını etkilemediği (p>0.05) bulunmuştur (Tablo 5).

Öğretmenlerin ruhsal hastalıkların nedenlerine ilişkin görüşleri ile SMÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kalıtsal yatkınlık, stresli yaşam olayları, kişilerarası ilişkiler, aile içi şiddet, aile içi çatışmalar, kişilik zayıflığı, travmatik yaşam olayları, enfeksiyon hastalıkları, dini inançları ve doğaüstü güçleri ruhsal hastalıkların nedeni olarak görmelerinin ruhsal hastalıklara yönelik sosyal mesafelerini etkilemediği (p>0.05) bulunmuştur.

Öğretmenlerin zeka geriliğini (MWU=2636.000, p= 0.045), depresif bozuklukları (t=-2.587, p=0.010), anksiyete bozukluklarını (t=-3.687, p=0.000) ve kişilik bozukluklarını (t=-3.382, p=0.001) ruhsal hastalık olarak tanımlamalarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını etkilediği bulunmuştur (Tablo 6).

Öğretmenlerin şizofreniyi (MWU=11433.000, p=0.016) ruhsal hastalık olarak tanımlamalarının ruhsal hastalıklara yönelik sosyal mesafelerini etkilediği bulunmuştur (Tablo 6).

Öğretmenlerin RHYİÖ puanı ile SMÖ puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki (r=0.502, p=0.000) saptanmıştır.

TARTIŞMA

İnsanın yaşam biçimini şekillendiren değerler, tutumlar ve davranışlar yaşamın erken dönemlerinde oluşmakla beraber, yaşanılan kazanımlarla, bireye öğretilenlerle şekillenebilmektedir. Bu yüzdendir ki bireylerin yetişmesinde önemli bir rolü

Tablo 4: Öğretmenlerin özellikleri ile ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafe puan ortalamalarının karşılaştırılması

Öğretmenlerin Özellikleri	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği				Sosyal Mesafe Ölçeği			
	n	Ortalama±SS	Test	p	n	Ortalama±SS	Test	p
Cinsiyet								
Kadın	153	52.22±19.04	11.922.000***	0.073	153	70.75±21.51	13441.000***	0.979
Erkek	176	52.17±18.30			176	66.57±22.15		
Medeni Durum								
Bekar	35	48.17±17.76	-1.355*	0.176	35	57.91±18.10	4593.500***	0.300
Evli	294	52.67±18.69			294	69.78±22.02		
Anne Eğitim Düzeyi								
Okur-yazar değil	66	50.16±15.82			66	66.68±20.53		
Okur-yazar	32	46.62±16.63	7.884****		32	65.78±23.99		
İlkokul	132	53.79±18.59		0.163	132	71.29±21.22	4.434****	0.489
Ortaokul	22	56.95±20.76			22	68.86±21.49		
Lise	41	49.58±24.51			41	67.70±23.71		
Üniversite ve üstü	36	55.08±14.97			36	64.86±23.45		
Baba Eğitim Düzeyi								
Okur-yazar değil	17	49.94±13.98			17	65.00±23.94		
Okur-yazar	31	52.96±18.08			31	68.16±21.39		
İlkokul	132	53.67±17.40	3.485****	0.626	132	73.13±20.09	12.298****	0.031
Ortaokul	45	47.95±20.49			45	61.84±26.25		
Lise	59	53.16±20.23			59	68.79±20.38		
Üniversite ve üstü	45	51.15±20.01			45	62.86±21.87		
Aile Tipi								
Çekirdek aile	301	52.25±18.88	0.070****	0.966	301	68.63±21.89	3.074****	0.215
Geniş aile	22	51.86±15.08			22	71.00±21.97		
Parçalanmış aile	6	50.50±19.99			6	53.50±21.36		
Öğrenim Düzeyi								
Ön lisans	4	38.25±10.24			4	52.00±29.20		
Lisans	290	52.63±18.38	3.020****	0.221	290	69.25±21.38	2.830****	0.243
Yüksek lisans ve üstü	35	50.20±17.07			35	64.34±24.93		
Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Yeri								
Köy	12	45.25±12.84	1.215**	0.298	12	45.25±12.84	5.446****	0.066
İlçe	61	54.24±19.89			61	54.24±19.89		
İl	256	52.03±18.51			256	52.03±18.51		
Gelir Düzeyi								
Gelir giderden az	35	45.68±14.73	4.559****	0.102	35	63.51±22.71	4.467****	0.107
Gelir gidere denk	247	53.15±19.07			247	68.36±21.64		
Gelir giderden fazla	47	52.00±18.18			47	73.04±22.39		
Okul Türü								
Meslek Lisesi	180	52.45±18.82			180	68.25±21.08		
Anadolu Lisesi	58	56.13±17.55			58	75.84±19.46		
Fen Lisesi	18	50.44±21.37			18	67.50±25.64		
Sosyal Bilimler Lisesi	13	38.07±19.55	10.831****	0.055	13	51.84±30.84	11.592****	0.041
Güzel Sanatlar ve Spor Lisesi	21	55.42±18.61			21	65.90±22.06		
İmam Hatip Lisesi	27	50.11±15.21			27	67.74±17.45		
Mesleki Eğitim Lisesi	12	46.33±16.88			12	63.00±28.70		
İdari Görev								
Yok	242	52.50±19.47	10200.500***	0.668	242	68.95±22.02	10200.500***	0.668
Var	87	51.35±16.09			87	67.32±21.73		
Ruhsal Hastalık								
Yok	249	52.49±17.96	9113.500***	0.253	249	69.74±20.62	-.901*	0.004
Var	80	51.26±20.63			80	64.71±25.32		
Psikiyatrik Destek								
Hayır	298	53.14±18.79	-1.803*	0.072	298	68.97±21.91	3155.500***	0.004
Evet	31	43.06±14.19			31	64.09±21.96		
Başvuru								
Psikolog	239	52.07±17.54			239	68.43±21.43		
Psikiyatrist	77	52.80±21.35			77	70.57±22.52		
Psikiyatri Hemşiresi	1	68.00±0.00	3.716****	0.446	1	68.00±0.00	5.605****	0.231
Aile Danışmanı	4	59.75±7.1			4	53.75±9.67		
Aile Hekimi	7	41.85±26.9			7	53.28±31.40		
Hacı-Hoca	1	61.00±0.00			1	98.00±0.00		
Yaş	327		0.052*****	0.351	327		0.156*****	0.005
Hizmet Yılı	324		0.014*****	0.805	324		0.153*****	0.006

*t= Student t testi, **F=Tek yönlü varyans analizi, ***MWU= Mann Whitney U testi, ****KW=Kruskal Wallis testi, *****r=Pearson korelasyon analizi

olan öğretmenlerin psikiyatrik hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafelerini etkileyen nedenlere yönelik araştırmalar yapmak gelecek nesillerin psikiyatrik hastalıklara yönelik değer, tutum ve davranışlarının olumlu olması açısından önem arz etmektedir. Bu nedenle bu araştırmada; ortaöğretim öğretmenlerinde ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafeyi etkileyen faktörler incelenmiştir.

Öğretmenlerin özellikleri ile RHYİÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cinsiyet, medeni durum, anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi, aile tipi, öğrenim düzeyi, gelir düzeyi, en uzun süre yaşanılan yerleşim yeri, okul türü, idari görev, yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip bir yakını olma, daha önce psikiyatrik destek alma ve ruhsal bir hastalık durumunda başvurulacak kişinin kim olacağına dair yanıtlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını etkilemediği bulunmuştur. Aynı

Tablo 5: Öğretmenlerin ruhsal hastalıkların nedenlerine ilişkin görüşlerinin RHYİÖ ve SMÖ puan ortalamaları ile karşılaştırılması

Öğretmenlerin ruhsal hastalıkların nedenlerine ilişkin görüşleri	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği				Sosyal Mesafe Ölçeği			
	n	Ortalama±SS	Test	p	n	Ortalama±SS	Test	p
Kalıtsal yatkınlık								
Nedeni değildir	106	53.83±20.56	0.147*	0.929	106	62.89±21.14	0.698*	0.708
Bilmiyorum	7	51.42±11.23			7	68.42±20.50		
Nedenidir	216	51.42±17.80			216	64.27±19.99		
Stresli yaşam olayları								
Nedeni değildir	49	53.06±21.14	0.167*	0.920	49	59.93±19.78	3.720*	0.201
Bilmiyorum	4	49.25±10.71			4	71.75±14.63		
Nedenidir	276	52.08±18.28			276	64.51±20.46		
Kişilerarası İlişkiler								
Nedeni değildir	179	51.55±18.57	1.037*	0.595	179	63.38±19.97	0.401*	0.817
Bilmiyorum	4	49.50±10.63			4	63.00±25.12		
Nedenidir	146	53.05±18.90			146	64.59±20.78		
Aile içi şiddet								
Nedeni değildir	83	58.00±19.33	7.941*	0.019	83	67.32±20.15	3.381*	0.171
Bilmiyorum	6	48.33±18.28			6	62.66±29.45		
Nedenidir	240	50.28±18.02			240	62.77±20.12		
Aile içi çatışmalar								
Nedeni değildir	133	54.34±19.40	4.769*	0.092	133	65.16±19.24	0.674*	0.784
Bilmiyorum	3	34.66±14.57			3	59.00±40.84		
Nedenidir	193	50.98±17.94			193	63.13±20.80		
Kişilik zayıflığı								
Nedeni değildir	141	50.97±18.80	1.190*	0.552	141	62.06±20.82	2.936*	0.272
Bilmiyorum	6	55.16±12.23			6	70.83±23.11		
Nedenidir	182	53.04±18.67			182	65.12±19.84		
Travmatik yaşam olayları								
Nedeni değildir	98	53.25±17.90	0.351*	0.839	98	62.89±20.21	0.375*	0.798
Bilmiyorum	6	49.16±8.40			6	66.16±20.19		
Nedenidir	225	51.81±19.14			225	64.30±20.46		
Enfeksiyon hastalıkları								
Nedeni değildir	271	51.90±18.86	1.352*	0.509	271	62.88±20.06	5.489*	0.074
Bilmiyorum	10	54.70±10.20			10	67.30±18.42		
Nedenidir	48	53.31±18.76			48	69.06±21.73		
Dini inançlar								
Nedeni değildir	239	52.72±19.26	0.701*	0.704	239	64.12±20.08	0.043*	0.969
Bilmiyorum	13	53.53±19.10			13	63.23±24.89		
Nedenidir	17	50.32±16.50			17	63.40±20.57		
Doğaüstü güçler								
Nedeni değildir	278	52.35±19.22	1.755*	0.416	278	63.52±20.50	0.862*	0.703
Bilmiyorum	13	55.53±14.91			13	66.30±25.31		
Nedenidir	38	49.89±15.08			38	66.00±17.39		

*KW=Kruskal Wallis testi

şekilde RHYİÖ ile yaş ve hizmet yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Alanyazın çalışmaları incelendiğinde tanıtıcı özelliklerin ruhsal hastalığa yönelik inançlara etkisine dair sonuçların birbirinden farklı olduğu görülmektedir. Cinsiyet bağlamında alanyazın araştırma sonuçları incelendiğinde çalışma sonucumuza benzer sonuçların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Çıtak ve ark. (2010) ile Ünal ve ark. (2010) üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında; Ersin Ayan (2020) psikiyatri kliniğinde yatan hastaların yakınları ile yaptığı çalışmada; Günay ve ark. (2016) hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında; Oban ve Küçük (2011) lise öğrencisi ergenlerde yaptıkları çalışmalarında, Kütük ve ark. (2016) rehber öğretmenler ile yaptıkları çalışmalarında katılımcıların cinsiyetinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını etkilemediğini bulmuşlardır (14,15,19,20,21,22,). Parikh ve ark. (2016)'da akıl hastalıklarına yönelik tutumda anlamlı bir cinsiyet farkı olmamasına rağmen kadınların akıl hastalığının belirtileri ve tedavisi hakkında erkeklerden nispeten daha fazla bilgiye sahip olduğunu bildirmişlerdir (13). Çalışma bulgularımızın tersine Arslantaş ve ark. (2019) ergenlerle, Yuan ve ark. (2016) Singapur'da toplumda yapmış oldukları çalışmalarında erkeklerde ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inancın daha fazla olduğunu bulgulamışlardır (23,24). Diğer araştırma sonuçları ile çalışma bulgularımızın benzer şekilde olması bireylerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının cinsiyetten bağımsız bir şekilde öğretiler nedeni ile şekillendiğini düşündürmüştür.

Tablo 6: Öğretmenlerin ruhsal hastalığın ne olduğuna ilişkin görüşlerinin RHYİÖ ve SMÖ puan ortalamaları ile karşılaştırılması

Öğretmenlerin ruhsal hastalığın ne olduğu ile ilgili görüşleri	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği				Sosyal Mesafe Ölçeği			
	n	Ortalama±SS	Test	p	n	Ortalama±SS	Test	p
Zeka gerilği								
Ruhsal hastalık değildir	306	51.67±18.63	2636.000**	0.045	306	68.62±22.15	3208.500**	0.480
Ruhsal hastalıktır	23	59.17±17.32			23	67.17±19.13		
İletişim bozuklukları								
Ruhsal hastalık değildir	303	51.92±18.77	3364.000**	0.217	303	68.45±22.30	3870.500**	0.883
Ruhsal hastalıktır	26	55.42±16.77			26	69.23±17.36		
Şizofreni								
Ruhsal hastalık değildir	170	52.07±16.38	13438.000**	0.929	170	66.02±21.65	11433.000**	0.016
Ruhsal hastalıktır	159	52.32±20.80			159	71.18±21.97		
Duygudurum bozuklukları								
Ruhsal hastalık değildir	79	55.06±21.25	-1.572*	0.117	79	71.54±20.90	8989.000**	0.229
Ruhsal hastalıktır	250	51.29±17.66			250	67.56±22.19		
Depresif bozukluklar								
Ruhsal hastalık değildir	85	56.65±19.68	-2.587*	0.010	85	71.57±21.55	9205.000**	0.123
Ruhsal hastalıktır	244	50.64±18.02			244	67.45±22.00		
Anksiyete bozuklukları								
Ruhsal hastalık değildir	74	59.09±22.47	-3.687*	0.000	74	71.08±23.29	8355.000**	0.134
Ruhsal hastalıktır	255	50.19±16.87			255	67.77±21.50		
Kişilik bozuklukları								
Ruhsal hastalık değildir	107	57.12±20.15	-3.382*	0.001	107	69.95±20.83	11464.000**	0.609
Ruhsal hastalıktır	222	49.82±17.39			222	67.82±22.45		

*t: Student t testi, **MWU: Mann Whitney U testi

Alanyazın çalışmalarında medeni durum ile RHYİÖ karşılaştırma sonuçları da farklılıklar göstermektedir. Gür ve Küçük (2016) toplum örnekleminde kadınlarda yapmış oldukları bir çalışmada evli kadınların ruhsal hastalıklara karşı daha olumlu tutum sergilediklerini bildirmişlerdir (25). Ersin Ayan (2020) psikiyatri kliniğinde yatan hastaların yakınları ile yaptığı çalışmada ise evli olan hasta yakınlarının bekar olan hasta yakınlarına göre RHYİÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğunu saptamıştır (21). Çalışma bulgumuz her iki çalışma bulgusu ile de çelişmekte olup Kütük ve ark. (2016)'nın rehber öğretmenler ile yapmış oldukları çalışma sonuçları ile benzeşmektedir (14). Bunun nedeninin Gür ve Küçük' ün (2016) çalışmayı toplum örnekleminde yapmış olmasından, Ersin Ayan'ında (2020) hasta yakınlarında yapmış olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür (14,21). Öğretmenler ruhsal hastalığa sahip bireylerle yaşamadıkları için medeni durumları ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını olumlu ya da olumsuz olarak etkilemiyor olabilir. Aynı ortamda yaşanılması ve bütün gün hastanın sorumluluğunu üstleniyor olmak bakım vericilerin bakım yükünü arttırıyor bu da beraberinde olumsuz inanca neden oluyor olabilir (26,27,28).

Çalışmamızda anne ve baba eğitim durumu ile aile yapısının öğretmenlerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını etkilemediği bulunmuştur. Arslantaş ve ark. (2019)'da ergenlerle yapmış oldukları çalışmada ergenlerin babalarının ve annelerinin eğitim durumlarının ruhsal hastalığa yönelik inançlarını etkilemediğini bildirmişlerdir (23). Ersin Ayan (2020)'da psikiyatri kliniğinde yatan hastaların yakınları ile yaptığı çalışmasında hasta yakınlarının ruhsal hastalığa yönelik inançlarının aile yapısına göre farklılaşmadığını; aynı şekilde Arslantaş ve ark. (2019)'da aile yapısının ergenlerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını etkilemediğini bulmuşlardır (21,23). Çalışma bulgularımız alanyazın çalışma bulguları ile benzer niteliktedir.

Alanyazın çalışma bulguları incelendiğinde bireylerin eğitim seviyesinin ruhsal hastalığa yönelik inanca etkisinin farklı araştırmalarda farklı

şekillerde bildirildiği görülmektedir. Ersin Ayan (2020) psikiyatri kliniğinde yatan hastaların yakınları ile yaptığı çalışmasında ilkokul mezunu hasta yakınlarının üniversite mezunu hasta yakınlarına göre RHYİÖ toplam puan ortalamalarının yüksek olduğunu bildirirken, çalışma bulgumuza benzer şekilde Çam ve Arabacı (2014) çalışmalarında hemşirelerin eğitim durumlarının ruhsal hastalıklara olan inancını etkilemediği sonucuna ulaşmışlardır. Çam ve Arabacı'nın (2014) yapmış olduğu çalışmada olduğu gibi çalışmamıza katılan bireylerin çok benzer bir eğitim seviyesine sahip olması nedeni ile katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançlarının benzer olduğu sonucuna varılmıştır (21,29). Yuan ve ark. (2016) ile Abi Doumit ve ark. (2019)'nın genel nüfusta yapmış oldukları çalışmalarında düşük eğitimi akıl hastalarına karşı daha olumsuz tutumlarla ilişkilendirmişlerdir (24,30). Jang ve ark. (2012)'nın yapmış oldukları çalışmada ise yüksek eğitim seviyesi olan katılımcılarda ruhsal hastalıklara yönelik önyargının arttığı bildirilmiştir (31).

Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda da çalışma sonucumuza benzer şekilde katılımcıların gelir düzeyinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını etkilemediği bulunmuştur (15,19,32,33). Yuan ve ark. (2016) Singapur'da toplumda yapmış oldukları çalışmada ise düşük sosyoekonomik durumu akıl hastalarına karşı daha olumsuz tutumlarla ilişkilendirmişlerdir (24). Aksine Gür ve Küçük (2016) toplum örnekleminde kadınlarda yapmış oldukları bir çalışmada kendilerinin iyi bir ekonomik statüye sahip olduğunu düşünenlerin ekonomik durumlarını zayıf veya orta olarak düşünenlere göre ruhsal hastalıklara karşı daha olumsuz bir tutum sergilediğini bildirmişlerdir (25). Çalışma popülasyonumuzun benzer özellikli bireylerden oluşması ve benzer gelir düzeyine sahip olmaları nedeni ile RHYİÖ puanları etkilenmemiş olabilir.

Alanyazın çalışmaları incelendiğinde en uzun yaşanılan yerin ruhsal hastalıklara yönelik inancı etkilemediği bildirilmektedir (19,21,29). Katılımcıların en uzun yaşadıkları yerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını etkilememesinin nedeni olarak çalışmamızda dahil olmak üzere adı geçen bütün çalışmaların büyük illerde yapılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Çünkü gözlemlerimiz özellikle kırsal bölgelerde yaşayan insanların ruhsal hastalıklara yönelik inancının daha olumsuz olabileceği şeklindedir. Bunun bir başka nedeni insanların ruhsal hastalığın nedenini açıklama şekilleri ile ilgili de olabilir. Bu nedenle özellikle doğu bölgelerinde yaşayan bireylerin herhangi bir ruhsal sorun yaşadıklarında tıp dışı yaklaşımlara yöneliyor olmaları bundan kaynaklanıyor olabilir.

Yapılan çalışmalarda ailesinde ruhsal bir hastalığa sahip bir yakınının olması durumunun bireylerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını etkilemediği bildirilmiştir (23,15). Çalışmamızda birinci derecede yakınında ruhsal hastalığa sahip bireylerin ruhsal hastalıklara yönelik puanları daha düşük ancak anlamlı değildir. Bu sonuç doğrultusunda ailesinde veya birinci derece yakınında ruhsal hastalığı olan bireylerin ruhsal hastalıklara olan ön yargılarının daha az olduğu söylenilebilir. Nitekim Abi Doumit ve ark. (2019)'nın Lübnan'da toplum örnekleminde yapmış oldukları çalışmada da akıl hastalığı olan yakın insanlara aşina olmanın daha az damgalayıcı tutumlar ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (30).

Araştırmamıza katılan bireylerin büyük çoğunluğu psikiyatrik destek almamış olup; destek alanların ruhsal hastalığa yönelik inançlarının her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı sonuç çıkmasa da daha olumlu olduğu görülmektedir. Psikiyatrik destek almanın RHYİÖ etkisi ile ilgili alanyazın çalışma bulgularında farklılıklar görülmektedir. Çalışma bulgumuzla benzer şekilde Arslantaş ve ark. (2019)'nın ergenlerle yaptıkları çalışmalarında da daha önce ruhsal hastalıklara yönelik tedavi almamış olan katılımcıların ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının daha olumsuz olduğunu bildirmişlerdir (23). Günay ve ark. (2016) ise hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında öğrencilerin daha önce tanılanmış herhangi bir psikiyatrik bozukluğunun olma durumunun ruhsal hastalığa yönelik inançlarını etkilemediğini bulgulamışlardır (22).

Çalışmamızda öğretmenlerin yaşının ruhsal hastalığa yönelik inançlarını etkilemediği bulunmuştur. Yaşın ruhsal hastalıklara yönelik

inanca etkisi ile ilgili farklı alanyazın çalışma bulguları bulunmaktadır. Çalışma bulgumuza benzer şekilde Günay ve ark. (2016) hemşirelik öğrencileri, Kütük ve ark. (2016) rehber öğretmenler ile yapmış oldukları çalışmalarında öğretmenlerin yaşının ruhsal hastalığa yönelik inançlarını etkilemediğini bildirmişlerdir (14,22). Aksine Ersin Ayan (2020) psikiyatri kliniğinde yatan hastaların yakınları ile yaptığı çalışmasında yaş azaldıkça RHYİÖ toplam puan ortalamasının azaldığını bulmuş diğer çalışmalarda ise yaş arttıkça RHYİÖ'nün arttığı bildirilmiştir (21,24,30, 31). Gür ve Küçük (2016)'de toplum örnekleminde kadınlarda yapmış oldukları bir çalışmada bireylerin yaşlandıkça ruhsal hastalıklara karşı daha olumlu tutum sergilediklerini bulgulamışlardır (25).

Çam ve Arabacı (2014) hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmalarında, Kütük ve ark. (2016)'da rehber öğretmenler ile yapmış oldukları çalışmalarında çalışma yılının ruhsal hastalıklara yönelik inanç puanını etkilemediğini bildirmişlerdir (14,29). Araştırma bulgumuzla örtüşen bu durumun nedeninin her iki çalışmanın da belirli bir eğitim düzeyine sahip bireyler ile gerçekleştirilmiş olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Öğretmenlerin özellikleri ile SMÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cinsiyet, medeni durum, anne eğitim düzeyi, aile tipi, öğrenim düzeyi, en uzun süre yaşanılan yerleşim yeri, gelir düzeyi, idari görev ve ruhsal bir hastalık durumunda başvurulacak kişinin kim olacağına dair yanıtlarının ruhsal hastalıklara yönelik sosyal mesafelerini etkilemediği, baba eğitim düzeyi, okul türü, yakın çevresinde ruhsal hastalığa sahip bir yakınının olması ve daha önce psikiyatrik destek almanın ise ruhsal hastalıklara yönelik sosyal mesafeyi etkilediği bulunmuştur.

Arslantaş ve ark. (2019) ve Oban ve Küçük (2011) ergenlerde yaptıkları çalışmalarında öğrencilerin cinsiyetleri ile sosyal mesafe ölçeği arasında fark saptamamışlardır (15,23). Çalışma bulgumuz bu sonuçlarla paralellik göstermektedir.

Arslantaş ve ark. (2019) ergenlerle yaptıkları çalışmalarında gelir düzeyini fazla olarak belirten ergenlerin ruhsal hastalıklara yönelik daha fazla sosyal mesafe koyma eğiliminde olduklarını bildirmişlerdir (23). Oban ve Küçük (2011) lise öğrencisi ergenlerde yaptıkları çalışmalarında ise çalışma bulgumuza benzer şekilde öğrencilerin ekonomik durumları ile sosyal mesafe ölçeği arasında fark olmadığını saptamışlardır (15). Çalışmamızda ekonomik durum ile ruhsal hastalıklara yönelik sosyal mesafe arasında farklılığın olmamasının nedeni olarak örneklem grubunu oluşturan öğretmenlerin temelde benzer ekonomik duruma sahip olmalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda ruhsal bir rahatsızlık nedeni ile tedavi alan öğretmenlerin ruhsal hastalıklara yönelik sosyal mesafe koymalarının daha az olduğu sonucuna varılmıştır. Benzer şekilde Arslantaş ve ark. (2019) ergenlerle yaptıkları çalışmalarında ergenlerin daha önce ruhsal hastalıklara yönelik tedavi almamış olanlarının ruhsal hastalıklara daha fazla sosyal mesafe koyma eğiliminde olduklarını bildirmişlerdir (23). Abi Doumit ve ark. (2019) yapmış oldukları çalışmada akıl hastalığı olan yakın insanlara aşina olmayı daha az damgalayıcı tutumlar ve daha yüksek akıl hastalığı bilgisi, daha yüksek olumlu davranışlarla ilişkilendirmişlerdir (30). Bu bulgu şu şekilde yorumlanabilir: İnsanlar kendileri ruhsal bir sorun nedeni ile tedavi aldıklarında ruhsal problemi olan insanlara karşı daha az sosyal mesafe koyma eğiliminde olmaktadırlar.

Öğretmenlerin ruhsal hastalıkların nedenlerine ilişkin görüşleri ile ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; aile içi şiddeti ruhsal hastalıkların nedeni olarak görmemenin ruhsal hastalıklara yönelik inancı etkilediği bulunmuştur. Aile içi şiddetin ruhsal hastalıklara neden olduğunu düşünmeme aynı zamanda öğretmenlerin ruhsal hastalıkların nedeni olarak kalıtsal yatkınlığı, kişilerarası problemleri, çevresel faktörleri de sorumlu tutmamaları belki de öğretmenlerin bu hastalıkların doğuştan geldiğine inanmaları ve tedavisi mümkün olmayan hastalıklar olarak değerlendirmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Bu da eğitimli bireyler bile olsalar öğretmenlerin ruhsal hastalıklara yönelik olarak damgalayıcı bir tutum sergiliyor olmalarına neden oluyor olabilir.

Nitekim benzer şekilde Parikh ve ark. (2016)'da öğretmenlerin akıl hastalığı hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğunu ve akıl hastalarına karşı damgalama yaptıklarını bildirmişlerdir (13).

Öğretmenlerin zeka geriliğini, depresif bozuklukları, anksiyete bozukluklarını ve kişilik bozukluklarını ruhsal hastalık olarak tanımlamalarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını etkilediği bulunmuştur. Bu konular ile ilgili alanyazın çalışma bulgularına rastlanmamıştır. Öğretmenlerin ruhsal hastalıklar konusundaki bilgilerinin yetersiz olmuş olması bu sonuca neden olmuş olabilir. Nitekim yapılan çalışmalarda da öğretmenlerin ruhsal hastalıklara yönelik bilgisinin yetersiz olduğu belirtilmektedir (11, 13).

Çalışmamızda şizofreninin ruhsal hastalık olmadığını düşünen öğretmenlerin sosyal mesafe puanının daha düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda da şizofreni ruhsal hastalıklar içerisinde en çok damgalanan ve sosyal mesafe koyma ihtiyacı duyulan ruhsal hastalıklardan biri olarak bildirilmektedir (34, 35). Bunun nedeni şizofreni hastalarının pozitif ve negatif semptomlarının medyada ve toplumda anlatım şekillerinden kaynaklanıyor olabilir.

Öğretmenlerin RHYİÖ puanı ile SMÖ puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu şu şekilde yorumlanabilir. Bireylerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları olumsuz olduğu zaman ruhsal hastalıklara yönelik olarak daha fazla sosyal mesafe koyma eğilimindedirler. Benzer şekilde Arslantaş ve ark. (2019) ile Oban ve Küçük (2011)'te yapmış oldukları çalışmalarında ruhsal hastalıklara yönelik inanç ile sosyal mesafe arasında pozitif yönde ilişki bildirmişlerdir (15,23). Damgalama, olumsuz tutumların ya da reddetme eğiliminin en önemli nedeni olmasa da, tehlikeli olarak algılanan hastalar için daha fazla sosyal mesafe isteğine neden olmaktadır. Arıkan ve arkadaşları (1999) ruhsal hastalığı olan kişiler ile doğrudan temasın, bu kişilere yönelik olumsuz duygularda azalma yarattığı, ancak bu durumun sosyal mesafe açısından bir fark yaratmadığını bildirmişlerdir (36). Çalışmacılar temasın hastalara yönelik hoşgörüye değil de bir tür duygusal duyarsızlaşmaya yol açtığını ve bu durumun hastaların sosyal kabulü açısından bir avantaj sağlamadığını ileri sürmüşlerdir. Arıkan ve arkadaşlarına (2000) göre ruhsal hastalığı olan birisi ile doğrudan temas her zaman sosyal mesafe açısından olumlu değişime neden olmamaktadır (37). Almanya'da ruh sağlığı farkındalık kampanyasının halkın tutumları üzerindeki etkisini incelemek amacı ile yapılan bir çalışmada halka sırasıyla şizofreniyi düşündüren semptomları olan öyküler sunulmuş ve ardından sosyal mesafe, inançlar ve duygusal tepkiler ile ilgili sorular sorulmuştur. Toplam örneklemle ilgili olarak, tutumlarda küçük değişiklikler olduğu ve depresyonlu bir kişiye daha az sosyal mesafe isteği gösterildiği bulunmuştur. Ruh sağlığı farkındalık kampanyasının farkında olan katılımcıların şizofrenili bir kişinin yardıma ihtiyacı olduğunu daha az ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Araştırma sonucunda ruh sağlığı farkındalık kampanyasının tutumlar üzerinde küçük bir etkisinin olduğu ve genel halkı hedef alan müdahalelerle ruh sağlığı sorunları olan kişilere yönelik kökleşmiş tutumlarda önemli bir değişiklik elde etmenin zor olduğu vurgulanmıştır (38).

Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmamız örneklem grubumuzu temsil eden bireyler ve araştırmada kullanılan ölçekler ile sınırlıdır. Çalışmanın bir başka sınırlılığı ise öğretmenlerde yapılan araştırmaların sınırlı olması nedeni ile özellikle tartışmanın öğretmen grubu dışında gerçekleştirilmiş olan başka araştırma bulguları ile tartışılmış olmasıdır.

SONUÇ

Çalışmamızda ortaya çıkan veriler doğrultusunda ruhsal problemi olan bir yakına sahip olmak ve bireyin kendisinin ruhsal tedavi almış olması ruhsal hastalıklara yönelik bakış açısını olumlu olarak etkilemekte olup ruhsal hastalığa yönelik inançlar olumsuzlaştıkça hastalara yönelik sosyal mesafede artmaktadır. Ruhsal hastalıkları olan bireylerin damgalanma ve ayrımcılığın olmadığı bir toplumda hayatta kalabilmeleri için akıl hastalıklarına yönelik bilgi ve anlayışı geliştirerek olumlu tutumları geliştirmek önemlidir. Bu anlamda ruh sağlığı

hizmetleri söz konusu olduğunda toplumlarının büyük çoğunluğuna ulaşan öğretmenlerin bilgilendirilmesi ve farkındalıklarının artırılması gerekmektedir.

Yazışma Adresi: Prof. Dr. Hülya Arslantaş, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye
hulyaars@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. No health without mental health. Lancet 2007;8:859-77.

2. World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. World Health Organization, Geneva, 2002.

3. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalance, severity, and unmet need fot treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 2004;291:2581-90.

4. Bahar A. Şizofreni ve damgalama. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;2:101-110.

5. Çam O, Bilge A. Türkiye'nin batısında yaşayan halkın ruhsal hastalığa ve hastalara yönelik inanç ve tutumlarının belirlenmesi. New/Yeni Symposium Journal 2011;49:131-140.

6. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. İkinci baskı, Ankara, Nobel Basımevi, 2005.

7. Arkar H. Akıl hastalarının sosyal reddedimi. Düşünen Adam 1991;4:6-9.

8. Aker T, Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Uğuz Ş, Tamar D, Boratav C, Liman O. Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3: 5-13.

9. Erbaydar NP, Çilingiroğlu N. Tıp eğitimi geleceğin hekimlerinin ruh sağlığı sorunu olan bireylere yönelik tutumlarını etkilemekte midir? Türk Psikiyatri Dergisi 2010; 21:114-125.

10. Eker E, Öner Ö, Şahin S. Din görevlilerinin şizofreniye ilişkin bilgi ve tutumları. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010;1:63-70.

11. Gür K, Sener N, Küçük L, Cetindag Z, Basar M. The beliefs of teachers toward mental illness. Procedia Social and Behavioral Sciences 2012;47:1146-52.

12. Atkins M, Rodger S. Pre-service teacher education for mental health and inclusion in schools. Exceptionality Education International 2016;26:93-118.

13. Parikh N, Parikh M, Vankar G, Solanki C, Banwari G, Sharma P. Knowledge and attitudes of secondary and higher secondary school teachers toward mental illness in Ahmedabad. Indian J Soc Psychiatry 2016;32:56-62.

14. Kütük MÖ, Durmuş E, Gökçen C, Toros F, Güler G, Evegü E. Determination of beliefs, attitudes of consulting teachers towards mental diseases and referral reasons of their students to a child and adolescent psychiatrist. Düşünen Adam-Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2016;29:227-236.

15. Oban G, Küçük L. Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2:31-9.

16. Linden M, Kavanagh R. Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. J Adv Nurs 2012;68:1359-68.

17. Leiderman EA, Vazquez G, Berizzo C, Bonifacio A, Bruscoli N, Capria JI, Ehrenhaus B, Guerrero M, Guerrero M, Lolich M, Milev R. Public knowledge, beliefs and attitudes towards patients with schizophrenia: Buenos Aires. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2011;46:281-90.

18. Bilge A, Çam O. Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği'nin geçerliliği ve güvenilirliği. Anadolu Psikiyatri Derg 2008;9:91-6.

19. Çıtak EA, Budak E, Kaya Ö, Öz Ş, Şahin S, Taran N, Türker E. Başkent Üniversitesi'nde öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara karşı inançlarının belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2010;17:68-73.

20. Ünal S, Hisar F, Özgüven Z. Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları. Düşünen Adam-Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010;23:145-150.

21. Ayan E. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların yakınlarının hastalığa ilişkin görüşleri ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Karabük Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. 2020.

22. Günay S, Bekitkol T, Ekitli BG, Yıldırım S. Bir hemşirelik fakültesindeki öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2016;7:129-34.

23. Arslantaş H, Koyak HÇ, Sarı E. Lise öğrencisi ergenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafelerini etkileyen faktörler. Çukurova Medical Journal 2019;44:1272-83.

24. Yuan Q, Abdin E, Picco L, Vaingankar JA, Shahwan S, Jeyagurunathan A, Sagayadevan V, Shafie S, Tay J, Chong SA, Subramaniam M. Attitudes to mental illness and its demographic correlates among general population in Singapore. PLoS One 2016; 28;11(11):e0167297.

25. Gür K, Küçük L. Females' attitudes toward mental ıllness: A sample from rural Istanbul, Turkey. Iran Red Crescent Med J 2016;18(5):e59250.

26. Reine G, Lancon C, Simeoni MC, Duplan S, Auquier P. La charge des aidants naturels de patients schizophrènes: revue critique des instruments d'évaluation [Caregiver burden in rela-

tives of persons with schizophrenia: an overview of measure instruments]. Encephale 2003;29:137-47.

27. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. Pharmacoeconomics 2008;26:149-62.

28. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011;3:251-77.

29. Çam O, Arabacı LB. Bölge psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi 2014;6:13-25.

30. Abi Doumit C, Haddad C, Sacre H, Salameh P, Akel M, Obeid S, Akiki M, Mattar E, Hilal N, Hallit S, Soufia M. Knowledge, attitude and behaviors towards patients with mental illness: Results from a national Lebanese study. PLoS One 2019; 16;14(9):e0222172.

31. Jang H, Lim JT, Oh J, Lee SY, Kim YI, Lee JS. Factors affecting public prejudice and social distance on mental illness: analysis of contextual effect by multi-level analysis. J Prev Med Public Health. 2012;45(2):90-7.

32. Tümer A, Hebcan Örs S, Akpınar H. Yetişkinlerin ruhsal hastalığa/hastalara yönelik tutumları. Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi 2019;3:139-47.

33. Öztürk A, Kaçan Softa H, Ulaş Karaahmetoğlu G. Kastamonu üniversitesinde öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara karşı inançları ve psikiyatri hemşireliği dersinin etkisi. Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi 2015;4:146-66.

34. Taşkın EO, Sen FS, Aydemir O, Demet MM, Özmen E, İçelli I. Public attitudes to schizophrenia in rural Turkey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003 Oct;38(10):586-92.

35. Taşkın EO, Şen FS, Özmen E, Aydemir Ö. Kırsal kesimde depresyonlu hastalara ilişkin tutumlar: sosyal mesafe ve etkileyen etmenler. Türkiye'de Psikiyatri 2006;8:11-7.

36. Arıkan K, Uysal O, Cetin G. Emotional reactions to the mentally ill are positively influenced by personal acquaintance. Isr J Psychiatry Relat Sci 1999;36:100-104.

37. Arıkan K, Çetin G, Uysal Ö, Aydın S. Farklı kültürel ortalama göç stigmatizasyonu etkiler mi? Düşünen Adam 2000;13:222-24.

38. Makowski AC, Mnich EE, Ludwig J, Anne D, Thomas B, Martin L, Martin H, Jörg D, Lisa T, Sarah L, Olaf K. Changes in beliefs and attitudes toward people with depression and schizophrenia - results of a public campaign in Germany. Psychiatry Research. 2016;237:271-78.

COVID-19 salgını sürecinde Türkiye'de endişe, stres, öfke ve korkudaki değişim: Seri-kesitsel takip bulguları

Fluctuations in worry, stress, anger, and fear during the COVID-19 pandemic in Turkey: Findings of a serial cross sectional study

Başar Demir[1], Sıla Demir[2], Ata Cantürk Doğrul[3]
[1]Dr. Öğr. Üyesi, Akdeniz Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-5532-4681
[2]Dr. Öğr. Üyesi, Antalya Bilim Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-6121-6046
[3]Araş. Gör., Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-1699-886X

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, COVID-19 pandemisinin seyrindeki ve alınan önlemlerdeki değişikliklerle ilişkili olarak toplumda ortaya çıkan endişe, stres, öfke ve korku gibi duygusal etkilerin zaman içindeki değişimini takip etmek amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bu çalışma, beş farklı dalgada (28-29 Temmuz 2020, 14-15 Ağustos 2020, 6-7 Eylül 2020, 2-3 Ekim 2020, 11-12 Kasım 2020) COVID-19'a yönelik endişe, stres, öfke ve korkuya ilişkin çevrimiçi veri toplanan seri-kesitsel bir araştırmadır. Analizlere Türkiye'nin farklı bölgelerinde ikamet eden ve yaşları 18-73 arasında değişen 5474 katılımcı dahil edilmiştir. Dalgalar arasındaki duygu değişimleri tüm duygular için dört ayrı tek yönlü ANOVA ile analiz edilmiştir. **Bulgular:** COVID-19'a yönelik endişe, stres, öfke ve korku bakımından dalgalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ($p < .05$). Genel olarak tüm duygularda üçüncü dalgaya kadar yükselmenin ardından öfke dışındaki duygularda azalma eğilimi görülmüştür. **Sonuç:** Salgın yönetimi, belirsizlik, aşılama gibi bağlamsal faktörlerdeki gelişmeler stres unsuru olarak ortaya çıkmakta ve korku ve kaygı ortamı yaratıp bireyleri duygusal yönden etkileyebilmektedir. Bu durumların sonucu olarak önümüzdeki yıllarda duygudurum ve kaygı bozuklukları gibi birçok problemin artış göstermesi olasıdır.

Anahtar Sözcükler: COVID-19, endişe, stres, öfke, korku, duygu.

SUMMARY

Objective: This study aims to follow the fluctuations in affective responses to COVID-19 such as anxiety, stress, anger, and fear of the community parallel to the changes in the regulations and the course of the pandemic. **Method:** In a serial cross-sectional study, online data were collected on COVID-19–related anxiety, stress, anger, and fear. 5474 participants, who were aged between 18-73 and residing in different regions of Turkey, are included in the analyses. Emotional fluctuations across five waves were analyzed with four separate one-way ANOVAs for all emotions. **Results:** Statistically significant differences were observed between waves in terms of COVID-19 related anxiety, stress, anger, and fear ($p < .05$). As all emotions tended to increase up until the third wave, where all emotions tended to decrease except anger after the third wave. **Discussion:** Changes in the contextual factors, such as managing the pandemic, uncertainty, and vaccination, emerge as stressors and create an atmosphere of fear and worry, and affect individuals emotionally. Consequently, psychological problems such as mood and anxiety disorders may increase in the coming years.

Key Words: COVID-19, worry, stress, anger, fear, emotion.

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2021;24:537-546)
DOI: 10.5505/kpd.2021.43760

Makalenin geliş tarihi: 29.10.2020, Yayına kabul tarihi: 17.04.2021

GİRİŞ

COVID-19 virüsü, milyonlarca insanı enfekte etmiş olmakla birlikte, enfekte olmayan diğer birçok kişiyi de beraberinde getirdiği sağlıkla ilişkili kaygılar, yakınları kaybetme korkusu, başkalarını enfekte etme endişesi, ekonomik sıkıntılar, sosyal izolasyonun yarattığı bunalmışlık ve sürecin belirsizliği gibi faktörlerle duygusal olarak etkilemektedir. Hatta, Shultz ve arkadaşları (1), bir sonraki pandeminin psikolojik ayak izinin, tıbbi ayak izinden daha büyük olacağını öngörmüşlerdir. Salgının başlangıcından beri yürütülen birçok çalışma, COVID-19 pandemisiyle ilişki olumsuz duygulanımı ortaya koymaktadır (2,3,4). Salgının seyrindeki değişiklikler de duygulanımda değişimlere neden olabilmektedir. Bu çalışmada, salgın seyrindeki ve alınan önlemlerdeki değişikliklerle ilişkili olarak toplumda ortaya çıkan duygulanımsal (affective) etkilerin zaman içindeki değişimini takip etmek amaçlanmaktadır.

Pandeminin başlamasıyla birlikte, birçok araştırmacı duygusal değişimleri takip etmek amacıyla, gözlemlenen anksiyete ve depresyon semptomlarının sıklığını ve şiddetini bir önceki yılın aynı tarihlerine göre karşılaştırmışlardır. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Birleşik Krallık'ta 2020'nin Nisan ve Mayıs aylarında yürütülen kapsamlı çalışmalarda, 2019 yılına göre anksiyete ve depresyonun yaygınlığının arttığı ve ruh sağlığının kötüleştiği görülmektedir (5,6). Almanya'da da COVID-19 öncesi döneme göre anksiyete ve depresyon semptomlarının artmasına ek olarak, karantina önlemlerinin sıkılaştırılmasının bu olumsuz duygulanımın yükselmesiyle ilişkili olduğu ve önlemler gevşetildikten sonra bile bu etkinin sürdüğü bulgulanmıştır (7). Diğer ülkelerde olduğu gibi, Türkiye'de de COVID-19 pandemisi sürecinde yüksek düzeyde olumsuz duygulanım görülmektedir (8,9). Bu olumsuz duygulanımla ilişkili faktörler arasında kentte yaşamak, COVID-19'a ilişkin önlemlerin yeterli olmadığını düşünmek, sosyal medya üzerinden COVID-19 ile ilişkili olumsuz haberlere maruz kalmak, kronik hastalık ve psikiyatrik hastalık öyküsüne sahip olmak öne çıkmaktadır (9,10,11).

Pandemi döneminde yoğun olarak ortaya çıkan başka bir duygu da korkudur. Taylor (12), pandemi dönemlerinde kişilerin kendi sağlık ve güvenlikleri, aileleri, yakınları ve ekonomik durumlarıyla ilişkili korkuları olabildiğinden bahsetmiştir. Ayrıca bu dönemlerde belirsizliğe tahammül, hastalığa karşı algılanan savunmasızlık ve kaygı eğilimi gibi bireysel ayrılık değişkenlerinin korkuyla ilişkisine dikkat çekmektedir (13). Sevdiklerinin risk altında olduğunu düşünmek, belirsizliğe tahammülün düşük olması, vaka sayısının yüksek olduğu yerlerde yaşamak, toplumda dezavantajlı konumda olmak (kadın, azınlık, başka bir ülkede doğmuş olan vb.), sosyal medya kullanımının yüksek olması yüksek korku ile ilişkilendirilmektedir (15,16,17). Yüksek stres düzeyi COVID-19 pandemisini karakterize eden başka bir duygudur (18,19). Yüksek stres düzeyi ile ilişkili faktörler arasında genç olmak, düzenli bir işe sahip olmamak, toplumda dezavantajlı konumda olmak ve yüksek risk algısı sayılabilir (20,21). Endişe, korku ve strese ek olarak, COVID-19 pandemisi öfkenin yoğun olarak raporlandığı bir dönem olmaktadır (22,23,24). Pandemi ve karantina koşullarının kişilerin hayatlarında, günlük yaşamlarında ve planlarında ciddi kısıtlamalara ve zorunluluklara yol açması nedeniyle öfke kaçınılmazdır.

COVID-19 ile birlikte ortaya çıkan olumsuz duygulanımdaki artışı tutarlı bir şekilde bulgulayan birçok araştırmanın yanında, Hollanda'da yürütülen bir çalışmada, Mart 2020'de bir yıl öncesine göre anksiyete ve depresyon semptomlarının genel olarak artmadığına yönelik bulgular da bulunmaktadır (25). Makalenin yazarları, bu beklenmedik bulguyu, Hollanda hükümetinin salgına müdahale stratejisi ve hâlihazırda sahip olunan sosyal refah ve sağlık sistemlerine atfetmektedirler. İçinde bulunulan koşulların salgın sürecinde verilen duygusal tepkileri etkilediğine işaret eden bu çalışmalar, ülkede değişen önlemler ve koşulların duygusal etkilerini takip etmek gerekliliğini de göstermektedir.

Toplumun duygusal durumunun salgının seyrine etkisini gösteren bir örnek, domuz gribi salgınında, ABD'de salgının yaygın olmadığı Utah eyaletinin acil servislerinde yoğunluk oluşmasıdır. Bu durum, sıklıkla ebeveynlerin, çocuklarının grip benzeri belirtilerini, domuz gribi belirtisi olarak yorumlamasından kaynaklanmıştır (12). Salgında

çok yüksek korku ve kaygı, kişilerin gerekenden abartılı davranışlar göstermesine neden olmakta ve kişileri toplumsal düzeni bozmaya kadar itebilmektedir (örn., panik satın alma vb.) (26,27). Toplumun duygusal tepkilerini takip etmek bunların sonuçlarını öngörüp, salgını yönetmek açısından son derece önemlidir. Kişileri önlem davranışlarını uygulamak üzere harekete geçirmek için ortalama düzeyde korku gibi olumsuz duygulanım gereklidir. Öte yandan, olumsuz duygulanımın çok yüksek olması, kaçınma veya tepkisellik gibi savunmacı tepkilerle sonuçlanabilir (28,29).

Duygulanımdaki değişimleri takip etmek, değişimlerin salgına olası etkilerini öngörmenin yanında psikolojik desteğe veya tedaviye ihtiyacı olacak kişi sayısını öngörmek açısından da önemlidir. Ülkemizde, COVID-19'la ilişkili duygulanımı inceleyen birçok çalışma olmasına rağmen, bildiğimiz kadarıyla bunların tümü belirli bir zaman dilimi ile sınırlı kesitsel çalışmalardır. Ancak duygulanımdaki değişimleri takip etmenin salgın yönetimi için kritik önemi olması nedeniyle boylamsal ve/veya seri-kesitsel çalışmaların yürütülmesi gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı, COVID-19 vaka sayılarında, alınan tedbirlerde ve yapılan açıklamalardaki değişikliklerin toplumdaki duygusal yansımalarını seri-kesitsel yöntemle takip etmektir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Ofisi'nin COVID-19 Anlık Takip (COVID-19 Snapshot MOnitoring; COSMO) (30) protokolü toplumun bilgi, duygulanım, risk algısı, korunma davranışları ve kamusal kurumlara güveninin salgın sürecinde takip edilerek sağlık iletişiminde odaklanılması gereken unsurların belirlenmesini amaçlamaktadır. Bu çalışmada, ilgili çalışma protokolü kullanılarak yapılan daha geniş bir araştırmanın verileri kullanılarak, salgın sürecinde duygulanımdaki değişimler beş farklı zaman diliminde incelenmiştir.

YÖNTEM

Katılımcılar ve İşlem

Bu çalışma, DSÖ Avrupa Ofisi'nin geliştirdiği COSMO isimli araştırma protokolünün kullanıldığı ve ülkemizde COVID-19 virüsüne ilişkin çeşitli davranışların takip edildiği TÜBİTAK destekli bir proje (Proje No: 140K422) çerçevesinde yürütülen seri-kesitsel bir araştırmadır. Bu kapsamda 28-29 Temmuz 2020, 14-15 Ağustos 2020, 6-7 Eylül 2020, 2-3 Ekim 2020, ve 11-12 Kasım 2020 tarihlerinden oluşan beş farklı dönemde veri toplanmıştır. Veri toplama dönemleri dalga olarak adlandırılmış ve her dalgada yalnızca iki gün veri toplanmıştır. Bireylerin duygulanımlarını doğrudan etkileyeceği düşünülen kamu otoritelerinin açıklama ve duyurularının akabindeki günler veri toplama tarihi olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya Türkiye'nin çeşitli şehirlerinde ikamet eden ve yaşları 18-73 arasında değişen toplam 6541 katılımcı dahil olmuş, veriler Qualtrics üzerinden çevrimiçi olarak ve her dalgada farklı katılımcılardan olmak üzere uygunluk örnekleme yöntemi ile toplanmıştır. Katılımcılar anketi yaklaşık 15 dakikada tamamlamıştır. Anket formunda "Anketi dikkatli doldurduğunuzdan emin olmamız için bu soruda aşağıdaki seçeneklerden altıyı [6] işaretleyiniz" şeklinde 3 dikkat sorusu sorulmuştur. Bu 3 dikkat sorusundan en az 2 tanesine yanlış cevap veren 1067 kişi, analizlere dahil edilmemiş ve analizlerde 5474 katılımcıdan elde edilen veri kullanılmıştır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına bağlıdır ve katılımcılara katılım için herhangi bir teşvik verilmemiştir. Çalışma için gerekli etik izin Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan alınmış ve çalışma Helsinki Bildirgesi'nde bildirilen etik ilke ve kurallara uygun olarak yürütülmüştür.

Veri Toplama Araçları

Sosyo-Demografik Değişkenler: Katılımcılardan yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, COVID-19 ile enfekte olup olmadığı, sağlık çalışanı olup olmadığı, kronik hastalığı olup olmadığı, yaşadıkları bölge ve COVID-19 pandemisi sürecinde ekonomik durum değişimleri gibi sosyo-demografik bilgileri sağlamaları istenmiştir.

Duygulanım: Katılımcıların, COVID-19 bağlamında hissettiği endişe, stres, öfke ve korku, DSÖ Avrupa ofisi tarafından geliştirilen COSMO protokolü kapsamında Bradley ve Lang'ın (31)

çalışmasından uyarlanan birer madde ile ölçülmüştür. Alanyazında, tek maddelik ölçümler gittikçe daha yaygın kullanılmakla beraber geçerliği de gösterilmiştir (32). Tüm duygulanım boyutları için yanıtlar "1=Kesinlikle katılmıyorum" ve "7=Kesinlikle katılıyorum" arasında değişen 7'li Likert tipi ölçek ile alınmıştır.

Katılımcıların COVID-19'a yönelik endişeleri "Bence koronavirüs endişe vericidir." maddesine verilen yanıtlar üzerinden ölçülmüştür.

Katılımcıların COVID-19'la ilişkili stres düzeyleri "Bence koronavirüs stres yaratır." maddesine verilen yanıtlar üzerinden ölçülmüştür.

Katılımcıların COVID-19'a yönelik öfke düzeyleri "Bence koronavirüs öfkelendiricidir." maddesine verilen yanıtlar üzerinden ölçülmüştür.

Katılımcıların COVID-19'a yönelik korku düzeyleri "Bence koronavirüs korku uyandırıcıdır." maddesine verilen yanıtlar üzerinden ölçülmüştür.

İstatistiksel Analiz

Beş ayrı dalgada toplanan verinin analizi için JASP (ver. 0.14.1) istatistik programı kullanılmıştır. Duygulanım değişimleri; veri toplama dönemlerinin (dalgaların) bağımsız değişken, duygulanımın ise bağımlı değişken olduğu dört ayrı tek yönlü ANOVA ile analiz edilmiştir. Test sonucunda farkların hangi gruplar arasında olduğunu görmek için dalgalar Tukey post-hoc testi ile karşılaştırılmıştır. Varyansların homojenliği varsayımı Levene testi ile kontrol edilmiş; varyansların homojenliğinin ihlal edildiği ($p < .05$) durumlarda Welch ANOVA testi, post-hoc karşılaştırmalarında ise Games-Howell testi temel alınmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi ise $p < .05$ olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Analizlere yaşları 18-73 arasında değişen (Ort.= 33.68, SS = 13.44) toplam 5474 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların %60,69'u (n=3322) kadın, %39,04'ü (n=2137) erkektir ve eğitim düzeyleri incelendiğinde %57,98 (n = 3174) ile çoğunluğu üniversite mezunu katılımcılar oluşturmaktadır. TÜİK NUT-12 sistemine göre belirlenen 12 bölgeden toplanan verilerin bölge dağılımlarına bakıldığında ise en çok %26,25 (n= 1437) ile Akdeniz Bölgesi'nden; en az %0,84 (n= 46) ile Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'nden katılımcı dahil olmuştur. Katılımcıların yalnızca %6,41'i (n = 351) daha önce COVID-19 ile enfekte olduğunu bildirmiştir ve %16,28'inin (n = 891) kronik hastalığı bulunmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu %31,02 (n = 1698) ile COVID-19'a yönelik tavsiyelere çok fazla uyduklarını bildirmiş ve %51,57'sinin (n = 2823) bu süreçte ekonomik durumları daha kötüye gitmiştir. Katılımcıların beş ayrı dalgada sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 1'de sunulmuştur.

Duygulanım değişkenleri arasındaki ilişkileri incelemek için Pearson korelasyonları hesaplanmıştır (bknz. Tablo 2). Buna göre, 5 dalga için duygulanım değişkenleri arası korelasyonlar .25 ile .74 arasında değişmiştir. En zayıf ilişki, 1. dalgada öfke ve korku arasında görülürken ($r = .24$), en güçlü ilişki yine 1. dalgada endişe ve stres arasında görülmüştür ($r = .74$).

Tek yönlü ANOVA analizlerinin sonuçları incelendiğinde; COVID-19'a yönelik endişe ($F(4, 2158.30) = 10.31$, $p < .001$; $\eta^2 = 0.008$), stres ($F(4, 2178.50) = 15.48$, $p < .001$; $\eta^2 = 0.012$), öfke ($F(4, 2175.77) = 22.05$, $p < .001$; $\eta^2 = 0.016$) ve korku ($F(4, 5257)=9.55$, $p < .001$; $\eta^2= 0.007$) bakımından dalgalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar görülmektedir (Tablo 3.). COVID-19'a yönelik endişe için bu farklar; birinci dalga ($\bar{x} =5.52$) ile ikinci ($\bar{x} =5.79$) ve üçüncü dalgalar ($\bar{x} =5.90$) arasında, üçüncü dalga ($\bar{x} = 5.90$) ile dördüncü ($\bar{x} =5.71$) ve beşinci ($\bar{x} =5.61$) dalgalar arasında bulunmuştur ($p <.05$). Stres için farklar; birinci dalga ($\bar{x} = 5.56$) ile ikinci ($\bar{x} = 5.81$), üçüncü ($\bar{x} = 6.04$) ve dördüncü ($\bar{x} =5.86$) dalgalar arasında, ikinci ($\bar{x} =5.81$) dalga ile üçüncü ($\bar{x} =6.04$) dalga arasında, üçüncü ($\bar{x} =6.04$) dalga ile dördüncü ($\bar{x} = 5.86$) ve beşinci ($\bar{x} =5.77$) dalgalar arasında görülmektedir ($p < .05$). Öfke için; birinci dalga ($\bar{x} =4.00$) ile ikinci ($\bar{x} =4.36$), üçüncü ($\bar{x} =4.75$), dördüncü ($\bar{x} =4.45$) ve beşinci ($\bar{x} =4.53$) dalgalar arasında, ikinci dalga ($\bar{x} =4.36$) ile üçüncü dalga ($\bar{x} =4.75$) arasında, üçüncü dalga ($\bar{x} =4.75$) ile

Tablo 1. *Beş dalgada katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırılması.*

Değişkenler		I.DALGA		II.DALGA		III.DALGA		IV.DALGA		V.DALGA		TOPLAM	
Yaş		$\bar{x}$	*SS*	$\bar{x}$	*SS*	$\bar{x}$	*SS*	$\bar{x}$	*SS*	$\bar{x}$	*SS*	$\bar{x}$	*SS*
		29.00	10.73	33.68	13.44	33.93	12.28	33.38	12.24	31.77	12.17	32.53	12.43
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Erkek	346	30.3	599	40.8	613	44.8	352	36.63	227	42.19	2137	39.04
	Kadın	792	69.4	861	58.7	751	54.9	608	63.27	310	57.62	3322	60.69
	Diğer	3	0.3	6	0.4	3	0.2	1	0.10	1	0.19	15	0.27
	Toplam	1141	100.0	1466	100.0	1368	100.0	961	100.0	538	100.0	5474	100.0
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	1	0.1	6	0.4	5	0.4	2	0.2	2	0.4	16	0.29
	İlkokul	26	2.3	68	4.6	27	1.9	24	2.5	22	4.1	167	3.05
	Ortaokul	18	1.6	49	3.3	32	2.3	27	2.8	16	3.0	142	2.59
	Lise	292	25.6	419	28.5	342	25.0	207	21.5	192	35.7	1452	26.53
	Üniversite	722	63.3	826	56.3	816	59.7	552	57.4	258	47.9	3174	57.98
	Lisansüstü	82	7.2	98	6.6	146	10.7	149	15.5	48	8.9	523	9.55
	Toplam	1141	100.0	1466	100.0	1368	100.0	961	100.0	538	100.0	5474	100.0
Bölge	İstanbul	151	13.2	227	15.4	197	13.2	196	20.39	78	14.49	849	15.51
	Batı Marmara	26	2.3	40	2.7	36	2.3	25	2.60	17	3.16	144	2.63
	Ege	152	13.3	236	16.4	64	13.3	142	14.77	31	5.76	755	13.79
	Doğu Marmara	48	4.2	130	9.0	155	4.2	51	5.30	70	13.01	324	5.92
	Batı Anadolu	225	19.7	228	15.9	252	19.7	119	12.38	80	14.87	904	16.51
	Akdeniz	326	28.7	281	19.6	462	28.7	240	24.97	128	23.79	1437	26.25
	Orta Anadolu	13	1.1	14	0.9	13	1.1	26	2.70	2	0.37	68	1.24
	Batı Karadeniz	36	3.1	48	3.2	18	3.1	29	3.01	23	4.25	154	2.81
	Doğu Karadeniz	8	0.7	46	3.1	13	0.7	13	1.35	18	3.34	98	1.79
	Kuzeydoğu Anadolu	11	1.0	16	1.0	10	1.0	8	0.83	1	0.18	46	0.84
	Ortadoğu Anadolu	19	1.7	27	1.8	33	1.7	12	1.24	12	2.23	103	1.88
	Güneydoğu Anadolu	91	8.0	140	9.5	74	8.0	59	6.13	37	6.87	401	7.33
	Kayıp veri	35	3.1	33	2.2	41	3.0	41	4.26	41	7.62	191	3.49
	Toplam	1141	100.0	1466	100.0	1368	100.0	961	100.0	538	100.0	5474	100.0
Enfekte olma durumu	Evet	74	6.5	67	95.4	79	5.7	63	6.55	68	6.55	351	6.41
	Hayır	1067	93.5	1399	4.5	1287	94.2	898	93.44	469	93.44	5120	93.53
	Kayıp veri	-	-	-	-	2	0.15	-	-	1	0.18	3	0.05
	Toplam	1141	100.0	1466	100.0	1368	100.0	961	100.0	961	100.0	5474	100.0
Kronik Hastalık	Var	154	13.50	259	17.67	228	16.67	159	16.55	91	16.91	891	16.28
	Yok	919	80.54	1127	76.88	1038	75.88	732	76.17	407	75.65	4223	77.15
	Bilmiyorum	68	5.96	79	5.39	100	7.31	69	7.18	40	7.44	356	6.50
	Kayıp veri	-	-	1	0.07	2	0.15	1	0.10	-	-	4	0.07
	Toplam	1141	100.0	1466	100.0	1368	100.0	961	100.0	538	100.0	5474	100.0
Tavsiyelere Uyma	Hiç	7	0.61	14	0.96	9	0.66	9	0.94	3	0.56	42	0.77
	Düşük	20	1.75	24	1.64	9	0.66	11	1.15	2	0.37	66	1.21
	Biraz az	31	2.72	31	2.12	27	1.97	16	1.67	18	3.35	123	2.25
	Orta	212	18.58	231	15.76	188	13.74	129	13.42	87	16.17	847	15.47
	Biraz fazla	246	21.56	271	18.49	253	18.49	167	17.38	84	15.61	1021	18.65
	Fazla	348	30.50	430	29.33	425	31.07	302	31.43	170	31.60	1675	30.60
	Çok fazla	276	24.19	465	31.72	457	33.41	327	34.03	173	32.16	1698	31.02
	Kayıp veri	1	0.09	-	-	-	-	-	-	1	0.19	2	0.04
	Toplam	1141	100.0	1466	100.0	1368	100.0	961	100.0	538	100.0	5474	100.0
Ekonomik durum değişimi	Daha iyiye gitti.	56	4.9	45	3.0	46	3.3	34	3.53	24	4.46	205	3.75
	Aynı seviyede kaldı.	523	45.8	587	40.0	525	38.3	370	38.50	219	40.7	2224	40.63
	Daha kötüye gitti.	511	44.8	769	52.4	755	55.1	528	54.94	260	48.32	2823	51.57
	Bilmiyorum.	51	4.5	65	4.4	39	2.8	29	3.01	35	6.05	219	4.00
	Kayıp veri	-	-	-	-	3	0.22	-	-	-	-	3	0.06
	Toplam	1141	100.0	1466	100.0	1368	100.0	961	100.0	538	100.0	5474	100.0

dördüncü dalga ($\bar{x}$ = 4.45) arasında görülmektedir ($p < .05$). Korku için ise; birinci dalga ($\bar{x}$ =5.17) ile ikinci ($\bar{x}$ =5.37) ve üçüncü ($\bar{x}$ =5.58) dalgalar arasında, ikinci dalga ($\bar{x}$ = 5.37) ile üçüncü dalga ($\bar{x}$ =5.58) arasında, üçüncü dalga ($\bar{x}$ =5.58) ile dördüncü ($\bar{x}$ =5.31) ve beşinci dalga ($\bar{x}$ =5.22) arasında bulunmuştur ($p < .05$). Endişe, stres, öfke ve korku için plot grafikleri Şekil 1'de sunulmuştur.

TARTIŞMA

Bu çalışmada öfke, endişe, stres ve korkunun zaman içindeki değişimleri incelenmiştir. Ulaşılan bulgular hem salgın sürecindeki gelişmeler hem de ilgili alanyazın ile tutarlılık göstermektedir. İncelenen duyguların ortalama değerleri hep yüksek seyretmiş, özellikle üçüncü dalgada katılımcıların stres ve endişe düzeylerinin tavan

Tablo 2. Değişkenler arası korelasyonlar.

Dalga	Değişkenler	1	2	3	4
1	1. Endişe	–			
	2. Stres	.74	–		
	3. Öfke	.30	.41	–	
	4. Korku	.63	.52	.25	–
2	1. Endişe	–			
	2. Stres	.69			
	3. Öfke	.38	.45		
	4. Korku	.60	.54	.37	–
3	1. Endişe	–			
	2. Stres	.60	–		
	3. Öfke	.34	.49	–	
	4. Korku	.59	.49	.36	–
4	1. Endişe	–			
	2. Stres	.67	–		
	3. Öfke	.38	.48	–	
	4. Korku	.66	.59	.40	–
5	1. Endişe	–			
	2. Stres	.52	–		
	3. Öfke	.29	.49	–	
	4. Korku	.54	.47	.29	–

Not. Tüm korelasyon katsayıları $p < .01$'de anlamlıdır. N = 5474.

değere yaklaştığı görülmüştür. Dalgalar arası karşılaştırma bulguları incelenen tüm duyguların genel eğilimlerinin birbirine paralel olduğuna işaret etmektedir. Üçüncü dalgaya kadar, tüm duyguların ortalamaları yükselmiş, dört ve beşinci dalgalarda ise öfke dışındaki tüm duyguların ortalamalarında üçüncü dalgaya kıyasla düşme eğilimi görülmüştür. Bu bulgu üçüncü dalga verilerinin toplandığı 2020 Eylül ayı başına kadar olumsuz duyguların giderek yükseldiğini, sonra ise bir rahatlama eğilimi görüldüğünü göstermektedir.

Bağlamsal faktör olarak ele alınabilecek salgın yönetimi konusunda, Sağlık Bakanı ve Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere kamu otoritelerinin açıklama ve önlem tercihleri ile Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve büyükşehir belediyelerinin açıklamalarının duygulanımdaki değişimler ile örtüştüğü görülmektedir. Özellikle Eylül başında toplanan üçüncü dalga veride gözlemlenen olumsuz duygulanımdaki zirve Sağlık Bakanlığının açıkladığı istatistiklere artan güvensizlik ile ilişkilendirilebilir. Ağustos ayı ortasında toplanan ikinci dalga verisinden sonraki üç haftalık süreçte gerek TTB gerek Ankara ve İstanbul büyükşehir belediye başkanları tarafından yapılan açıklamalarda Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan vaka ve ölüm sayılarının doğru olmadığı duyurulmuştur. TTB, 14 Ağustos'ta gerçek vaka sayısının açıklanan rakamların 10 katı olduğunu belirtmiş, 29 Ağustos'ta ise Ankara ve İstanbul büyükşehir belediye başkanları benzer açıklamalar yapmıştır. Bu durum, bakanlığın vermiş olduğu bilgilerin doğruluğunun toplum tarafından sorgulanmasına yol açarak bakanlığa olan güvenin azalmasına, dolayısıyla olumsuz duygulanımın yükselmesine neden olmuş olabilir.

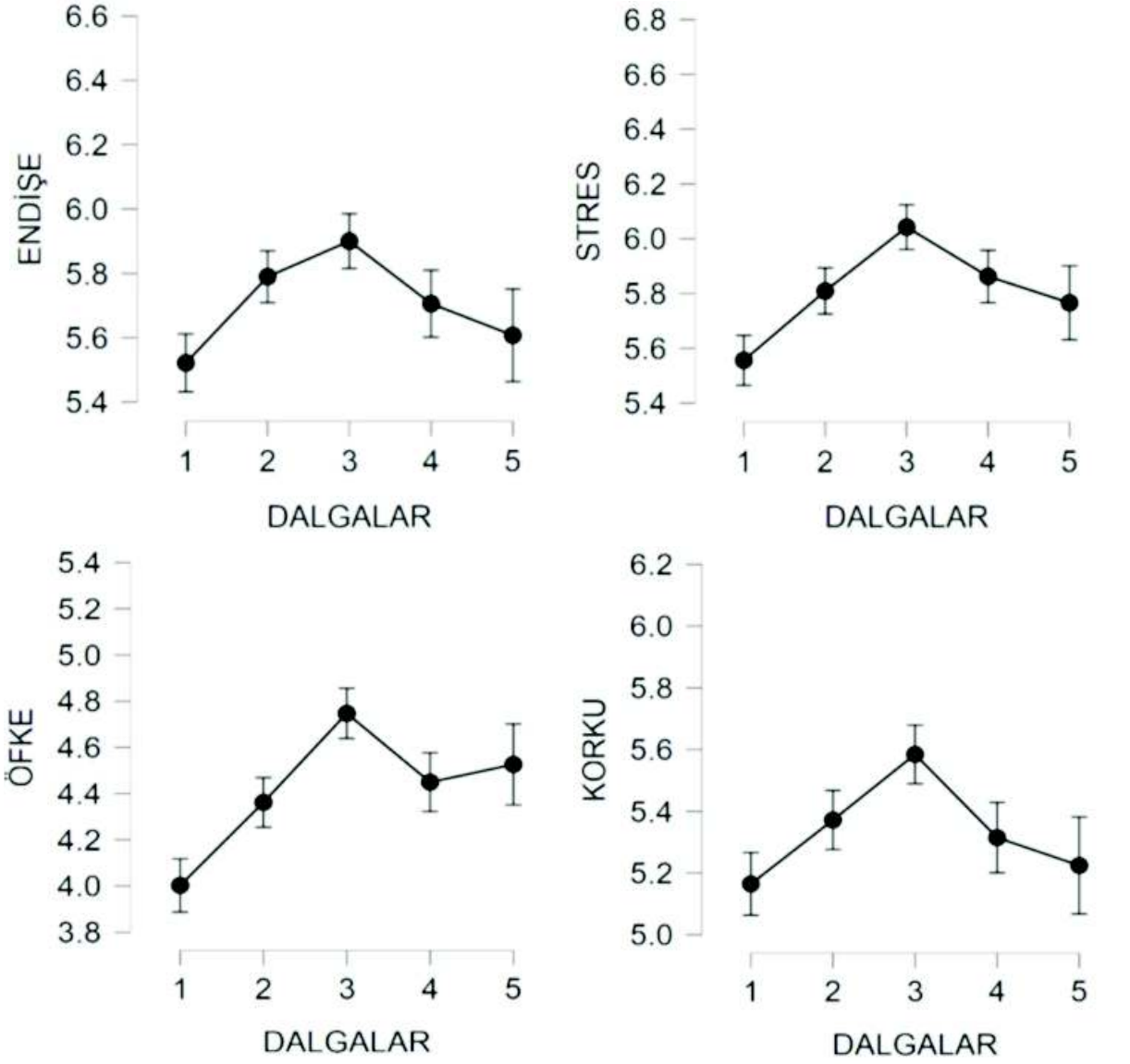
Buna ek olarak, aynı tarihlerde toplumun büyük çoğunluğunu ilgilendiren eğitim-öğretimin nasıl yapılacağı konusundaki belirsizliklerin de olumsuz duygulanımdaki yükselişle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Eğitim-öğretimin yüz yüze mi, uzaktan mı olacağı tartışmalarının yoğun yaşandığı bu dönemde yaşanan belirsizlik, sağlık bakanlığının açıklamalarına ilişkin güvenilirlik sorunuyla birleştiğinde olumsuz duygulanımların özellikle bu dalgada yükselmesini açıklayabilir. Eğitim-öğretim konusundaki tercihlerin belirlenmesinin ardından toplanan verilerde olumsuz duygulanımlardaki düşüş de bu görüşü güçlendirmektedir. Bu durumda, özetlenen bağlamsal gelişmelerin duygulanım üzerinde farklı şekillerde etki gösterdiği anlaşılmaktadır. Endişe, korku ve stres düzeylerinin hareketleri benzeşmekte, öfkenin seyri ise zaman içinde bu duygulardan ayrışmaktadır.

Farklı veri toplama dalgaları arasında duyguların yoğunluğunda gözlemlenen değişimler hem incelenen duyguların doğası hem de salgın seyrinde meydana gelen değişimler göz önüne alındığında oldukça anlamlı bir örüntü çizmektedir. Öfke, endişe, korku ve stresin birleştikleri ortak payda olumsuz değerlik yüklü ve yüksek uyarım içerikli

Tablo 3. *Endişe, stres, öfke ve korku için tek yönlü ANOVA sonuçları ve dalgalar arası grup ortalamaları.*

	I. DALGA	II. DALGA	III. DALGA	IV. DALGA	V. DALGA	Kareler Toplamı	*sd*	Kareler Ort.	*F*	*p*	η^2
Endişe*	5.52±1.54	5.79±1.53	5.90±1.56	5.71±1.63	5.61±1.66	100.08	4.00	25.02	10.314	< .001	0.008
Hata						12966.53	2158.30	6.01			
Stres*	5.56±1.57	5.81±1.59	6.04±1.50	5.86±150	5.77±1.56	146.70	4.00	36.68	15.475	< .001	0.012
Hata						12575.56	2178.50	5.77			
Öfke*	4.00±1.98	4.36±2.03	4.75±1.99	4.45±1.99	4.53±2.03	347.96	4.00	86.99	22.052	< .001	0.016
Hata						21083.30	2175.77	9.69			
Korku	5.17±1.74	5.37±1.81	5.58±1.74	5.31±1.78	5.22±1.82	120.22	4.00	30.05	9.550	< .001	0.007
Hata						16544.36	5257.00	3.15			

*Welch ANOVA ve Games-Howell post-hoc testi kullanılmıştır; sd: Serbestlik derecesi



Şekil 1. Duygulanım için Plot Grafikleri

yapılar olmalarıdır. Salgın gibi belirsizliklerle dolu bir sürecin ve bu süreçte resmi otoritelerin aldıkları kararların bireyler üzerindeki en önemli etkilerinden birinin olumsuz duygulanımlardaki değişimler olması kaçınılmazdır. Bu açıdan bakıldığında, yüksek olumsuz duygu düzeyi salgın sürecinin doğal bir sonucu olarak görülmelidir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmaların bulguları da olumsuz duyguların oldukça yüksek düzeyde olduğuna işaret etmektedir (8,9). Bununla beraber duygulanımda dalgalar arası istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek etki büyüklüğüne sahip iniş-çıkışlar gerek duygu bazında gerek de bu duyguların içinde geliştikleri bağlam açısından değerlendirilmesini gerektirmektedir.

Kaygı ve korku birbirinden farklı duygular olarak kabul edilse de aynı kökten beslenmektedir. Bu iki duyguyu birleştiren en önemli nokta belirli ya da belirsiz bir tehdide ilişkin ortaya çıkan olumsuz duygular olmalarıdır. Temel bir duygu olan korkuda bu tehdit gerçek ya da olası iken, ikincil bir duygu olan kaygıda gelecekte oluşabilecek bir tehdit beklentisi olumsuz duyguya yol açmaktadır (33). Pandemi koşulları ise hem gerçek ya da olası hastalanma, yakınlarını kaybetme, ekonomik zorluk yaşama gibi tehditler hem de oluşturduğu belirsizlik ile gelecekte karşılaşılabilecek birçok farklı tehdidi barındırmaktadır. Kaygı seviyesi yüksek bireyler aynı zamanda tehditleri olduklarından daha büyük değerlendirmektedirler (12). Araştırma verilerinin toplandığı süreç boyunca yüksek düzeylerde seyreden endişe kısa vadede

salgınla mücadele açısından olumlu, uzun vadede ise psikolojik sağlık açısından olumsuz sonuçlara yol açmış olabilir. Kısa vadede, yükselen kaygı beraberinde bireyleri korunma önlemlerini daha yaygın uygulamaya teşvik etmiştir. Öte yandan, tehdidin abartılması klinik düzeyde kaygı ile oldukça yakından ilişkilidir (34). Bu bağlamda, uzun süreli yüksek kaygının toplumda çeşitli kaygı bozukluklarının görülme sıklığının artmasıyla sonuçlanması beklenmektedir.

Öfke belirli bir hedefi incitmeye dönük olarak gelişen, içinde spesifik duygusal, bilişsel ve fizyolojik tepkiler barındıran bir sendrom olarak tanımlanabilir (35). Bu tanım doğrultusunda, araştırma boyunca öfke düzeyinde meydana gelen değişimler salgın yönetimindeki bağlamsal gelişmeler ile yakından ilişkilidir. Salgın sürecinde açıklanmayan bilgilerin ve oluşan belirsizliklerin zaman içinde toplumda öfke seviyesinin yükselmesi ile sonuçlandığı anlaşılmaktadır. Bu yükseliş, son iki dalgada diğer duygulardaki kadar belirgin bir düşüş trendine girmemiştir. Bağlamsal faktörlerle öfkenin ilişkisi benzer araştırmalarda da gözlemlenmektedir. Örneğin, İngilizlerin COVID-19 salgını sürecindeki öfke tepkilerini inceleyen bir araştırmada öfkenin devlete olan güvendeki düşme, önlemlerin erken gevşetilmesi, yüksek risk algısı, yüksek stres ve kaygıya sahip olma ve sosyal medyayı daha yakından takip etme ile ilişkili olduğu görülmüştür (36).

Bu çalışma COVID-19 vaka sayılarında, alınan tedbirlerde ve yapılan açıklamalardaki değişikliklerin toplumdaki duygusal yansımalarını seri-kesitsel yöntemle takip eden bilinen ilk çalışma olması nedeniyle önemlidir. Bununla birlikte çalışmanın bazı kısıtlılıkları da mevcuttur. Bunlardan en önemlisi duygulanım ölçümlerinde her duygu için tek maddelik ölçümlerin kullanılmış olmasıdır. Tek madde ve çok madde kullanılarak yapılan özbildirim (self-report) ölçümleri arasında geçerlik bakımından fark olmadığını gösteren (32,37) çalışmaların artması ile birlikte tek maddelik ölçümler son dönemde sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır. Mevcut çalışmada, alanyazında mutluluk (38) ve stres (39) gibi duygulanımların tek madde ile geçerli olarak ölçülebildiğini gösteren çalışmaların olması ve ani gelişen COVID-19 pandemisi karşısında zamansal pratikliği nedeniyle tek maddeli ölçümler kullanılmıştır. Ek olarak, dört duygu arasındaki korelasyonlar incelendiğinde en yüksek korelasyon .74 olarak görülmektedir. Bu durumda, duygulanımların ilişkili olduğunu ancak katılımcılar tarafından ayrıştırılabildiğini söylememiz mümkün olmaktadır. Ek olarak, COSMO protokolü için herhangi bir adaptasyon çalışmasının bulunmaması da çalışmamızın ikinci kısıtlılığıdır. Öte yandan, COVID-19'la ilişkili psikolojik etmenlerdeki değişikliklerin yakalanmasının önem arz etmesi, kullanılan ölçümlerin görünüş geçerliği olması ve çeviri/geri-çeviri prosedürlerinin alanda uzman bir ekip tarafından tamamlanmış olması ölçümlerin geçerlik ve güvenirliğine destek niteliğindedir. Son olarak, çalışmada cinsiyet, eğitim ve coğrafi bölge bakımından temsili bir örnekleme ulaşmak hedeflenmiştir. Ancak katılımcılara uygunluk örnekleme yöntemi ile ulaşılması ve veri toplama döneminin her dalga için iki gün ile sınırlandırılması nedeniyle bu hedefe ulaşılamamıştır. Bu durum da çalışmanın bir diğer kısıtlılığı olarak görülmektedir.

SONUÇLAR

Sonuç olarak, salgının ne zaman biteceğinin belirsizliğini koruması, aşı geliştirme ve toplum bağışıklığı sağlanması süreçlerinin yavaş ilerlemesi, varyant virüslerle vaka sayılarının katlanarak yükselmesi gibi çevresel stres unsurlarının bireyleri duygusal açıdan etkilediği düşünülmektedir. Buna ek olarak, öfke düzeyindeki belirli dönemlerdeki artış ile o dönemde görülen salgın yönetimindeki aksamalar ve tepki çeken uygulamaların ilişkili olduğu değerlendirilmektedir. Bulgular, salgın sürecinde kurumlar ve kamu otoritelerinin toplumla iletişimde belirsizlik veya şüphe uyandıran mesajlardan kaçınması gerektiğine işaret etmektedir. Ayrıca, bu olumsuz duygulanımın ve pandeminin travma benzeri bir yaşam olayı olarak deneyimlenmesinin ortak sonucu olarak önümüzdeki aylarda ve yıllarda duygudurum ve kaygı bozuklukları gibi birçok problemin artış göstermesi olasıdır. Toplum ruh sağlığı alanında çalışan uzmanların ve bu alandaki karar alıcıların pandemiye karşı psikolojik mücadeleye hazırlıklı olması gerekmektedir.

Tesekkur: Bu calisma, 120K422 numarali TUBITAK 1001 Projesi kapsaminda yurutulmustur.

Yazışma Adresi: Dr. Öğr. Üyesi Başar Demir, Akdeniz Üniverstesi Psikoloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye
basar.demir@yandex.com

KAYNAKLAR

1. Shultz JM, Espinel Z, Flynn W, Hoffmann Y, Cohen RE. Deep Prep: All-Hazards disaster behavioral health training. Miami, FL, DEEP Center, 2008.

2. da Silva ML, Rocha RSB, Buheji M, Jahrami H, Cunha KDC. A systematic review of the prevalence of anxiety symptoms during coronavirus epidemics. J Health Psychol 2021; 26(1):115-125. doi: 10.1177/1359105320951620

3. Şimşir Z, Koç H, Seki T, Griffiths MD. The relationship between fear of COVID-19 and mental health problems: A meta-analysis. Death Stud 2021; 1-9. doi: 10.1080/07481187.2021.1889097

4. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LM, Gill H, Phan L, Chen-Li D, lacobucci M, Ho R, Majeed A, McIntyre RS. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. J Affect Disord 2020; 277:55-64. doi: 10.1016/j.jad.2020.08.001

5. Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A, Kontopantelis E, Webb R, Wessely S,McManus S, Abel KM. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. Lancet Psychiatry 2020; 7(10):883-892. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30308-4

6. Twenge JM, Joiner TE. US Census Bureau-assessed prevalence of anxiety and depressive symptoms in 2019 and during the 2020 COVID-19 pandemic. Depress Anxiety 2020; 37(10):954-956. doi: 10.1002/da.23077

7. Bräscher AK, Benke C, Weismüller BM, Asselmann E, Skoda EM, Teufel M, Jungmann SM, Witthöft M, Pané- Farré CA. Anxiety and depression during the first wave of COVID-19 in Germany – results of repeated cross-sectional surveys. Psychol Med 2021; 1–5. doi: 10.1017/S0033291721000866

8. Kılınçel O, Muratdağı G, Aydın A, Öksüz A, Büyükdereli Y, Atadağ EE, Özen F. The anxiety and loneliness levels of geriatric population in-home quarantine during COVID-19 pandemic in Turkey. Turkish J Clinical Psychiatry 2020; 23(Suppl1):7-14. doi: 10.5505/kpd.2020.04382

9. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. Int J Soc Psychiatry 2020; 66(5):504-511. doi: 10.1177/0020764020927051

10. Erdoğdu Y, Koçoğlu F, Sevim C. COVID-19 pandemisi sürecinde anksiyete ile umutsuzluk düzeylerinin psikososyal ve demografik değişkenlere göre incelenmesi. Klinik Psikiyatri 2020; 23(Suppl1):24-37. doi: 10.5505/kpd.2020.35403

11. Şentürk E, Geniş B, Menkü BE, Cosar B. The effects of social media news that users trusted and verified on anxiety level and disease control perception in COVID-19 pandemic. Turkish J Clinical Psychiatry 2021; 24:23-32. doi: 10.5505/kpd.2020.69772

12. Taylor, S. The Psychology of Pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease. Cambridge Scholars Publishing, 2019.

13. Asmundson GJG, Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. J Anxiety Disord 2020; 70:102196. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102196

14. Watson D, Tellegen A. Toward a consensual structure of mood. Psychol Bull 1985; 98(2):219-35. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.219

15. Deniz ME. Self-compassion, intolerance of uncertainty, fear of COVID-19, and well-being: A serial mediation investigation. Pers Individ Dif 2021; 177,110824:1-5. doi: 10.1016/j.paid.2021.110824

16. Fitzpatrick KM, Harris C, Drawve G. Fear of COVID-19 and the mental health consequences in America. Psychol Trauma 2020; 12(1):17-21. doi: 10.1037/tra0000924

17. Mertens G, Gerritsen L, Duijndam S, Salemink E, Engelhard IM. Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. J Anxiety Disord 2020; 74,102258:1-33. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102258

18. Taylor S, Landry CA, Paluszek MM, Fergus TA, McKay D, Asmundson GJ. COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. Depress Anxiety 2020a; 37(8):706-714. doi: 10.1002/da.23071

19. Taylor S, Landry CA, Paluszek MM, Fergus TA, McKay D, Asmundson GJ. Development and initial validation of the COVID Stress Scales. J Anxiety Disord 2020b; 72,102232:1-7. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102232

20. Kowal M, Coll-Martín T, Ikizer G, Rasmussen J, Eichel K, Studzińska A, Koszalkowska K, Karwowski M, Najmussaqib A, Pankowski D, Lieberoth A, Ahmed O. Who is the most stressed during the covid-19 pandemic? Data from 26 countries and areas. Appl Psychol Health Well Being 2020; 12(4):946-966. doi: 10.1111/aphw.12234

21. Yan S, Xu R, Stratton TD, Kavcic V, Luo D, Hou F, Bi F, Jiao Ri Song K, Jiang Y. Sex differences and psychological stress: responses to the COVID-19 pandemic in China. BMC Public Health 2021; 21(1):1-8. doi: 10.1186/s12889-020-10085-w

22. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet 2020; 395(10227):912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8

23. Shanahan L, Steinhoff A, Bechtiger L, Murray AL, Nivette A, Hepp U, ... Eisner M. Emotional distress in young adults during the COVID-19 pandemic: Evidence of risk and resilience from a longitudinal cohort study. Psychol Med 2020; 1-10. doi: 10.1017/S003329172000241X

24. Trnka R, Lorencova R. Fear, anger, and media-induced trauma during the outbreak of COVID-19 in the Czech Republic. Psychol Trauma 2020; 12(5):546-549. doi: 10.1037/tra0000675

25. van der Velden PG, Contin C, Das M, van Loon P, Bosmans MWG. Anxiety and depression symptoms, and lack of emotional support among the general population before and during the COVID-19 pandemic. A prospective national study on prevalence and risk factors. J Affect Disord 2020; 277:540-548. doi: 10.1016/j.jad.2020.08.026

26. Jin X, Li J, Song W, Zhao T. The impact of COVID-19 and public health emergencies on consumer purchase of scarce products in China. Front Public Health 2020; 8:866. doi: 10.3389/fpubh.2020.617166

27. Taylor S. Understanding and managing pandemic-related panic buying. J Anxiety Disord 2021; 78,102364:1-8. doi:10.1016/j.janxdis.2021.102364

28. Petty RE, Cacioppo JT. The Elaboration Likelihood Model Of Persuasion. Editör Berkowitz L, on dokuzuncu basım. Orlando, FL, Academic Press, 1986, pp. 123-205.

29. Witte K, Allen M. A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns. Health Educ Behav 2000; 27:591-615. doi: 10.1177/109019810002700506

30. PsychArchives. COVID-19 Snapshot MOnitoring (COSMO). https://www.psycharchives.org/handle/20.500.12034/2397. Erişim tarihi: 31 Ocak, 2021.

31. Bradley MM, Lang PJ. Measuring emotion: the Self-Assessment Manikin and the Semantic Differential. J Behav Ther Exp Psychiatry 1994; 25(1):49-59. doi: 10.1016/0005-7916(94)90063-9

32. Bergkvist L, Rossiter JR. The Predictive Validity of Multiple-Item versus Single-Item Measures of the Same Constructs. J Mark Res 2007; 44(2):175-184. doi: 10.1509/jmkr.44.2.175

33. Eldoğan Eken D. Psikoloji Penceresinden Duygular. Editör İnan E ve Yücel E, birinci basım. Ankara, TR, Nobel Akademik Yayıncılık, 2020, pp. 67-118.

34. Abramowitz JS, Blakey SM. Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms. Editör Abramowitz JS, Blakey SM, birinci basım. Washington, DC, American Psychological Association; 2019. doi: 10.1037/0000150-001

35. Berkowitz L, Harmon-Jones E. Toward an understanding of the determinants of anger. Emotion 2004; 4(2):107-30. doi: 10.1037/1528-3542.4.2.107

36. Smith LE, Duffy B, Moxham-Hall V, Strang L, Wessely S, Rubin GJ. Anger and confrontation during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional survey in the UK. J R Soc Med 2021; 114(2):77-90. doi: 10.1177/0141076820962068

37. Gardner DG, Cummings LL, Dunham RB, Pierce JL. Single-Item versus multiple-Item measurement scales: An empirical comparison. Educ Psychol Meas 1998; 58(6):898-915. doi: 10.1177/0013164498058006003

38. Abdel-Khalek AM. Measuring happiness with a single-item scale. Soc Behav Pers 2006; 34(2):139. doi: 10.2224/sbp.2006.34.2.139

39. Elo A-L, Leppänen A, Jahkola A. Validity of a single-item measure of stress symptoms. Scand J Work Environ Health. 2003; 29(6):444-51.

Hollanda yeme davranışı anketinin Türkçe formunun 12-18 yaş arasındaki ergenlerde psikometrik özelliklerinin ve yeme davranışlarının yaş ve cinsiyete göre incelenmesi

Psychometric properties of turkish version of dutch eating behavior questionnaire in adolescents aged between 12 and 18 years and assessment of the effect of age and gender on eating behaviours

Ezgi Şen Demirdöğen[1], Pinar Algedik[2], Dilara Demirpence[1]
[1]Uzm.Dr., Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, İstanbul, Türkiye
https://orcid.org/0000-0003-0120-6652-https://orcid.org/0000-0003-0786-7048
[2]Uzm. Dr., Ümraniyel Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, İstanbul, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-9617-6224

ÖZET

Amaç: Yeme bozukluğu riski taşıyan ergenlerin, patolojik yeme davranışlarının erken teşhis edilmesi ve gerekli önleyici müdahalelerin zamanında yapılması için yeme davranışlarını tespit eden geçerli ve güvenilir bir ölçeğe sahip olmak önemlidir. Bu nedenle çalışmanın amacı problemli yeme davranışlarından duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme davranışlarını değerlendiren Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin (HYDA) Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin 12-18 yaş aralığındaki ergenlerde değerlendirilmesidir. **Yöntem:** Çalışmamıza İstanbul ilinde yaşayan, yaşları 12-18 arasındaki 284 ergen dahil edilmiştir. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ) ve HYDA ölçekleri uygulanmıştır. **Bulgular:** Ölçeğin faktör yapı geçerliliğinin kabul edilebilir nitelikte ve özgün ölçekle uyumlu olduğu saptanmıştır. Faktör geçerlilik analizinde Kısıtlayıcı Yeme, Duygusal Yeme, Dışsal Yeme alt ölçeklerinin güvenirlik katsayıları sırasıyla .89, .96 ve .90 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerin cinsiyete göre karşılaştırılmasında, Kısıtlayıcı Yeme ve Duygusal Yemenin kızlarda erkeklere göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Yaşa göre karşılaştırmada ise Duygusal Yeme ve Dışsal Yemenin 15-18 yaş grubunda daha yüksek olduğu; Kısıtlayıcı Yemenin de 12-15 yaş grubunda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Son olarak kısıtlayıcı yeme alt ölçeğinde 1.95 ve altında puan almanın kız ergenlerde zayıflık riski olan kız ergenleri, 2.05 puan ve üstünde puan almanın erkek ergenlerde aşırı kilolu erkek ergenleri belirleyebildiği gösterilmiştir. **Sonuç:** Çalışmanın sonuçları HYDA'nın Türkçe formunun 12-18 yaş arasındaki ergenlerde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermiştir.

Anahtar Sözcükler: Yeme davranışı, ergen, geçerlik, güvenirlik

SUMMARY

Objective: Having a valid and reliable scale to detect eating disorders in adolescents is important for early diagnosis of individuals at risk of eating disorders and timely preventive interventions. Thus, the aim of the study is to evaluate the psychometric properties of the Turkish form of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (HYDA), which evaluates problematic eating behaviors including emotional eating, restrictive eating and external eating behaviors, in adolescents aged 12-18. **Method:** Three hundred and sixty-four adolescents between ages 12 -18 living in Istanbul province were included in this study. Sociodemographic Data Form, Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and DEBQ were administered to the participants. **Results:** The factorial structure of the questionnaire was acceptable and in accordance with the original questionnaire. Cronbach alpha of Restrictive Eating, Emotional Eating and External Eating were found as .89,.95,.86 respectively. Gender-based comparison of the average scores of subscales showed that, Restrictive and Emotional eating were significantly higher in girls. Aged-based comparison of the average scores of subscales indicated that Emotional and External Eating were significantly higher in adolescents between ages 15-18 while Restrictive Eating was higher in adolescents between ages 12-15. Finally, it was shown that a score of 1.95 and below in the restrictive eating subscale can identify potentially thin female adolescents in female adolescent, and a score of 2.05 and above can determine overweight adolescents in male adolescents. **Discussion:** The results of the study showed that DEBQ was a reliable and valid tool in Turkish adolescents aged 12-18.

Key Words: Eating behavior, adolescent, reliability and validity

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2021;24:547-557)

DOI: 10.5505/kpd.2021.88156

Makalenin geliş tarihi: 20.08.2020, Yayına kabul tarihi: 22.05.2021

GİRİŞ

Yeme bozuklukları, yeme, vücut ağırlığı ve beden şekli ile ilişkili bir dizi sağlıksız tutum ve davranışları içeren, benlik ve özdenetim mücadelelerinin gözlendiği durumlardır (1). Yaygınlığı yaklaşık olarak %5 olan yeme bozukluklarının oluşma riskinin en yüksek olduğu dönemler orta ve geç ergenlik dönemleridir (2,3). Ancak son yıllarda yeme bozukluklarının başlangıç yaşının daha erken yaşlara kaydığı, çocuk ve ergenlerde yeme bozukluğu sıklığı ve yaygınlığında artış olduğu bildirilmektedir (4,5).

Çok sayıda çalışma yapılmış olmasına karşın, yeme bozukluklarının etiyolojisi henüz belirsizliğini korumaktadır (6). Son yıllarda besin alımı ve vücut ağırlığının kontrolüne ilişkin sağlıksız tutumları içinde barındıran ve yeme motivasyonun farklı yönlerini inceleyen çeşitli kuramlar geliştirilmiştir (7). Bu kuramlardan biri olan "psikosomatik kuram" da, duygusal yeme davranışı (öfke, korku veya endişe gibi duygusal uyarılma durumlarına yanıt olarak gelişen yeme davranışı) üzerine odaklanılmıştır (8). Bu kuramda duygusal yeme davranışının erken yaştaki olumsuz deneyimlerin bir sonucu olarak edinildiği ileri sürülmüştür (9). Bu kurama göre, hatalı ve kafa karıştırıcı erken deneyimler, açlık ve doyma hissinin iç içe geçmesine neden olmaktadır. Bu nedenle duygusal yeme davranışı olan kişiler, açlık ve tokluk hislerine yanıt olarak değil de duygularına yanıt olarak yemektedirler (10).

Bir diğer kuram olan "dışsallık kuramı"nda da psikosomatik kurama benzer şekilde, bireylerin içsel uyaranlara kısmen tepkisiz olduğu öne sürülmektedir (11). Ancak dışsallık kuramında psikosomatik kuramdan farklı olarak, yeme davranışında belirleyici olan duygusal etkenler değil, dış çevrenin etkisi vurgulanmaktadır. Dışsal yeme, bireyin dışarıdan gelen uyaranlardan (besinin kokusu, tadı, görüntüsü vb.) etkilenerek normalde yediğinden daha fazla besin tükettiği anlamına gelmektedir ve aşırı yemeye yatkınlık oluşturan bir etken olarak kabul edilmektedir (12).

Son olarak "Kısıtlayıcı yeme kuramı" nda ise, kişinin vücut ağırlığını kontrol altında tutabilmek için besinlerden ne zaman ve ne kadar uzak durduğu ile ilgilenilmektedir. Kısıtlayıcı yeme davranışı gösteren bireylerin, şişman olmaktan kaçınmak için sürekli diyet yapma halinde olan bireyler olduğu ve kısıtlayıcı yeme davranışının bir süre sonra tıkınırcasına yeme dönemlerinin ortaya çıkmasına yatkınlık oluşturan bir etken olduğu öne sürülmekredir (13).

HYDA, bu üç ana ruhsal kuramda vurgulanan Kısıtlayıcı Yeme, Dışsal Yeme ve Duygusal Yeme ile ilgili bilgi veren üç alt ölçekten oluşan bir yeme davranışı değerlendirme ölçeğidir. Van Strien ve ark. (1986) tarafından geliştirilen anket 33 maddeden oluşmaktadır (14). HYDA'nın psikometrik özellikleri yetişkin örnekleminde birçok dilde çalışılmış, geçerlilik ve güvenilirliğinin kabul edilebilir aralıklarda olduğu gösterilmiş (15-20) olmasına rağmen, ergenlik dönemi için geçerlilik ve güvenilirliğini araştıran az sayıda çalışma yapılmıştır (21).

Türk ergen populasyonunda yeme davranışını ve yeme bozukluğunu ölçen çeşitli ölçekler olsa da yeme bozukluğunun, obezite için riskli yeme tutumlarının belirlenmesinde önem taşıyan kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme tutumlarının her üçünü birlikte ölçen bir ölçek bulunmamaktadır (22-25). Bu nedenle çalışmamızda Türk ergen örnekleminde HYDA'nın psikometrik özelliklerinin araştırılması ve yeme davranışlarının yaş ve cinsiyete göre incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

Araştırmamızda örneklem seçimi için küme örnekleme yöntemi tercih edilmiştir. Sosyo-ekonomik düzey değişkenine göre çalışmanın yapılacağı ilçeler Şeker'in (2011) "İstanbul'da Yaşam Kalitesi Araştırması" çalışmasından yararlanılarak yüksek sosyo-ekonomik düzey için Şişli, orta sosyo-ekonomik düzey için Fatih, düşük sosyo-ekonomik düzey için ise Esenyurt olarak belirlenmiştir (26). Uygulamanın yapıldığı 2 özel, 4 devlet okulu elverişlilik ve ulaşılabilirlik ilkelerine göre seçilmiştir. Sınıfların ve öğrencilerin seçimi ise

seçkisiz olarak gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %50'si kız (n=142), %50'si (n=142) erkek, yaş ortalamaları 14.81±1.65'tir. 12-14 yaş grubunda 128 öğrenci, 15-18 yaş grubunda 154 öğrenci bulunmaktadır. Katılımcıların BKİ'lerinin ortanca değeri 20.40'tir (aralık: 14.81-31.22). Katılımcılardan BKİ değeri 18.5 altında olan 75, 18.5-25 arasında olan 182, 25 ve üzeri olan 24 kişi bulunmaktadır.

İşlem

Bu çalışma İstanbul Rumeli Üniversitesi Etik Kurulu tarafından onaylanmış ve Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yapılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce her bir katılımcıdan ve ebeveynlerinden yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Katılımcılara çalışmanın amacı sözel olarak da açıklanarak çalışmadan istedikleri zaman ayrılabilecekleri bilgisi verilmiştir. HYDA'nın bu çalışmada kullanılması için HYDA'nın Türkçe telif hakkına sahip olan Alper Baş'tan izin alınmıştır.

İki aşamalı bir süreçte gerçekleştirilen ölçek geliştirme çalışmasında birinci aşamada ölçeğin dilinin anlaşılır olup olmadığının belirlenmesi amacıyla biri ortaokul, biri lise iki devlet okulunda gönüllü öğrenci grubuna (23'ü kız, 17'si erkek olmak üzere 40 öğrenci) uygulama yapılmıştır. Asıl uygulamanın örneklem grubu ise 182'si kız (%50), 182 'si erkek (%50) ve toplamda ise 364 (%100) öğrenciden oluşmaktadır. Birinci aşamada ergenler soruların hepsinin anlaşılır olduğunu belirtmiştir.

İkinci aşamada ise ulaşılan 463 öğrenciye (%60,7'si kız (n=281), %39,3'ü (n=182) erkek) Sosyodemografik Veri Formu, YEDÖ, HYDA ölçekleri uygulanmıştır. Çalışmada kız ve erkek sayılarının dengelenmesi amacı ile erkek örneklemindeki yaş grubu baz alınarak 99 kız öğrenci rastgele (SPSS programının randomizasyon özelliğinden faydalanılmıştır) seçilerek çıkarılmıştır ve %50'si kız %50'si erkek ergenlerden oluşan 364 katılımcı ile çalışma tamamlanmıştır.

Çalışmamızda yaş grupları, literatürde belirtilen erken, orta ve geç ergenlik dönemi sınıflandırmasına göre belirlenmiştir (27). BKİ sınıflandırması da literatürle uyumlu olacak şekilde; BKİ 18.5 altı olan grup zayıf, BKİ 18.5-25 olan grup normal, BKİ 25 ve üstü grup kilolu ve BKİ 30 ve üstü grup obez olarak sınıflandırılmıştır (28).

Çalışmada İstatiksel Paket ve Program ve Uygulamaları (SPSS) ve SPSS AMOS kullanılmıştır. 364 kişilik örneklemden elde edilen ölçümler kullanılarak dataya önce Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA), ardından Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Elde edilen modeldeki maddelerin ve faktörlerinin güvenilirlik analizi için Cronbach alfa değerleri hesaplanmıştır. HYDA ile BKİ arasındaki ilişki ROC analizi ile araştırılmıştır.

Yaş grupları ve cinsiyet değişkenlerinin HYDA alt faktörleri arasındaki ilişki T-Test ile gösterilmiştir. Uyum geçerliliği için HYDA ile YEDÖ arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile araştırılmıştır.

Veri toplama araçları

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ): Fairburn ve Beglin (1944) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir (25). Yeme bozukluğu psikopatolojisinin şiddetini yansıtan, dört alt ölçekten ve 28 sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçekler Kısıtlama, Yemeyle İlgili Endişeler, Beden Şekliyle İlgili Endişeler ve Kiloyla İlgili Endişelerdir. Ayrıca tıkınırcasına yemeyi sorgulayan açık uçlu soruları da içermektedir. Cevaplar son dört haftadaki yeme bozukluğu şiddetini yansıtan, 0-6 puan arasında işaretlenen yedi ayrı seçenekten oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Yücel ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmıştır. Türkçe uyarlamasının iç tutarlılık katsayısı .93 olarak ve her alt ölçek için .70 ve üstü değerlerde bulunmuştur (22).

Hollanda Yeme Davranışı Anketi (HYDA): HYDA Van Strien ve arkadaşları (1986) tarafından geliştirilmiştir (14). Duygusal Yeme Davranışlarını, Dışsal Yeme Davranışlarını ve Kısıtlanmış Yemeyi ölçen üç alt ölçek ve 33 maddeden oluşmaktadır. Ankette yer alan maddeler, beşli Likert ölçeği ile değerlendirilmektedir (1 = hiçbir zaman, 2 = nadiren, 3 = bazen, 4 = sık, 5 = çok sık). Ayrıca mad-

deler için "ilgisi yok" seçeneği de vardır. Türkçe uyarlaması Türk yetişkin popülasyonunda Bozan ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmıştır (19).

BULGULAR

Açıklayıcı faktör analizi

Açıklayıcı Faktör Analizi Örneklem büyüklüğünün yeterliliğini gösteren Kaiser Maier Olkin (KMO) ölçümü yapılmış ve örneklem büyüklüğü yeterli olarak bulunmuştur (KMO= 0.88). Faktör analizinde varimax döndürme yöntemi kullanılmıştır. ile yapılmıştır. AFA esnasında literatüre uyumlu bir şekilde faktör yüklerinin alt kesme noktası 0.30 olarak belirlenmiş ve bu nedenle 31. madde analizden çıkarılmıştı 29 ve kalan maddelerle faktör analizi tekrarlanmıştır. Faktör analizinde bu modelin varyansının kabul edilebilir değerin üstünde olduğu ve %56.5'unu açıkladığı bulunmuştur (Tablo 1) (30).

Tablo 1. Açımlayıcı Faktör Analizi

	Faktör Yükleri		
Madde Numarası	F1	F2	F3
1.Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?	.73		
2.Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?	.74		
3.Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek ya da içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?	.71		
4.Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?	.41		
5.Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz?	.55		
6.Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?	.81		
7.Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?	.83		
8.Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?	.61		
9.Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?	.60		
10. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?	.61		
11. Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?		.72	
12.Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?		.63	
13.Depresyonda olduğunuzda ya da hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?		.83	
14.Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?		.77	
15. Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?		.88	
16.Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?		.87	
17.İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?		.75	
18.Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?		.81	
19.Bir şeyler ters ya da yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?		.78	
20. Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?		.61	
21.Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?		.81	
22.Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?		.83	
23.Huzursuz olduğunuzda ya da canınız sıkkın olduğunda yemek ister misiniz?		.71	
24. Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?			.76
25.Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?			.78
26. Lezzetli bir şey gördüğünüzde ya da kokladığınızda onu yemek ister misiniz?			.82
27: Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?			.76
28: Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?			.73
29. Eğer bir kafe ya da büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?			.73
30.Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek ister misiniz?			.62
31.Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?			-
32. Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?	.33		.44
33.Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?			.47

Not: .30'un altındaki değerler gösterilmemiştir. F1:Kısıtlayıcı Yeme; F2:Duygusal Yeme;F3:Dışsal Yeme

Doğrulayıcı faktör analizi

Üç faktörlü modelin uygunluğunun değerlendirilmesinde uyum iyiliği indeksi (Goodness of Fit Index-GFI), düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi (Adjusted Goodness of Fit Index-AGFI), standardize edilmiş kök ortalama kare artık (Standardized RMR) ve kök ortalama kare yaklaşım hatası (Root Mean Square Error of Approximation-RMSEA) kullanılmıştır (31). Literatürde x^2/p değeri ne kadar küçükse modelin o kadar iyi olduğu ve x^2/p değerinin 5'in altında kabul edilebilir olduğu (32,33), GFI değeri de 1'e ne kadar yakınsa o kadar iyi olduğu belirtilmiştir (34). DFA'da RMSEA değerinin 0.08'den küçük olması beklenmektedir ve CFI değerinin .95'e yakın olması normal olarak değerlendirilmiştir (31,35). 32 maddelik ölçeğin uyum indekslerinden CFI ve GFI, RMSEA, x^2/df değerleri kabul edilebilir aralıkta bulunmamıştır (GFI=.72, CFI=.81, AGFI=.68 RMSEA=.10, x^2 (461)=1670,51, RMR=.14). Regresyon ağırlığı düşük olan madde 32 ve madde 33 analizden çıkarılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi kalan 30 madde ile tekrar yapılmıştır. İkinci analizde 30 maddelik ölçeğin CFI dışındaki uyum indeks değerleri kabul edilebilir aralıkta çıkmıştır (GFI=.74, CFI=.83, AGFI=.69 RMSEA=.09, x^2 (402)=1453,14, RMR=.13).

Güvenilirlik analizi

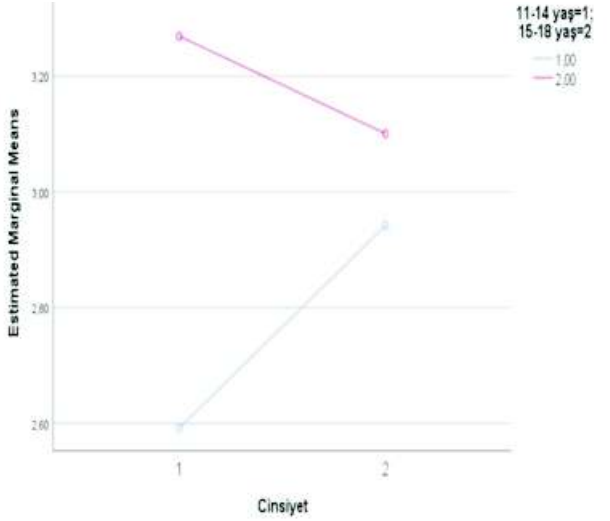
DFA sonucunda ortaya çıkan 30 madde ve 3 faktörden oluşan modele güvenilirlik analizi yapılmıştır. Kısıtlayıcı Yeme (0.89), Duygusal Yeme (0.96) ve Dışsal Yeme (0.90) faktörlerinin güvenilirlik değeri kabul edilebilir değer olan 0.70 değerinin üzerinde olduğu gösterilmiştir (36).

HYDA ile yaş ve cinsiyet arasındaki ilişki

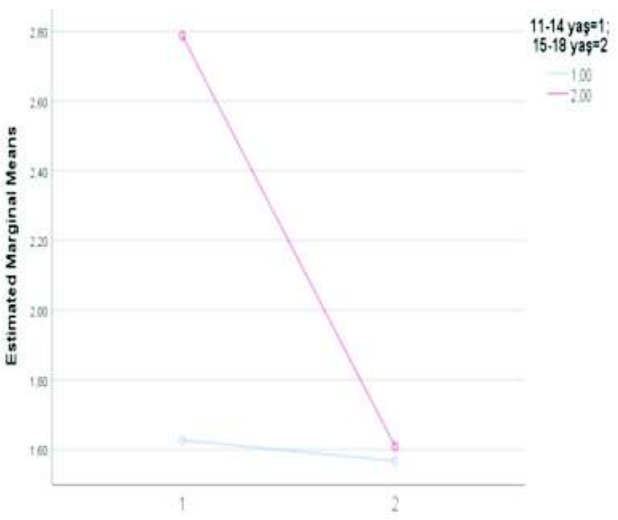
HYDA alt faktörleri ile yaş ve cinsiyet arasındaki ilişki çift yönlü faktöriyel varyans analizi ile test edilmiştir. Çift yönlü faktöriyel varyans analizi ile cinsiyet ve yaş gruplarının yeme davranışları üzerindeki temel etkisi ve ek olarak yaş ve cinsiyetin bu davranışlar üzerindeki etkileşimsel etkisi araştırılmıştır.

İlk analizde kısıtlayıcı yeme puanları yaş ve cinsiyet kategorileri üzerinden karşılaştırılmış ve arada anlamlı bir farklılık bulunmuştur (F (1,280) =10.27, p=0.002; (F (1,280) =11.86, p=0.001). Ayrıca yaş ve cinsiyetin Kısıtlayıcı Yeme üzerine olan ortak etkisi değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmuştur (F (1,280) =4.65, p=0.32) (Figür 1). Kızlarda yaşla birlikte Kısıtlayıcı Yeme puanındaki azalma değişimi erkeklerinkine göre istatiksel olarak daha dik bir iniş göstermiştir.

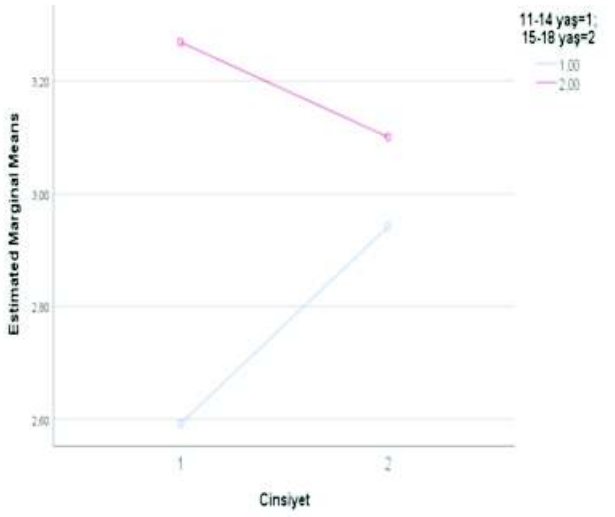
İkinci analizde ise yaş (F (1,280) = 23.33, p=0.000) ve cinsiyet (F (1,280) = 24.77, p=0.000) kategorilerinde Duygusal Yeme açısından anlamlı farklılık ve yaş ve cinsiyetin Duygusal Yeme üzerinde de ortak etkisi olduğu bulunmuştur (F (1,280) =20.24, p=0.000) (Figür 2). Kızlarda yaşla birlikte Duygusal Yeme skorundaki artış, erkeklerdeki yaşla birlikte artmaya oranla istatistiksel olarak

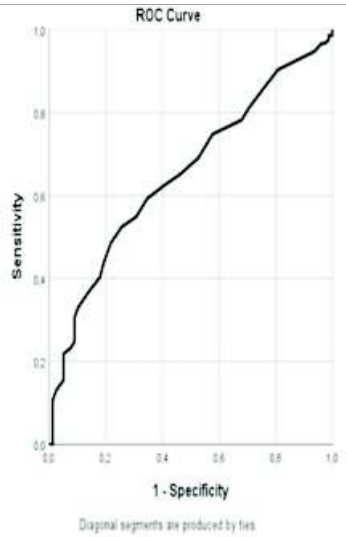


Figür 1. Kısıtlayıcı Yemenin Yaş ve Cinsiyet açısından çift yönlü varyans analizi ile incelenmesi



Figür 2. Duygusal Yemenin Yaş ve Cinsiyet açısından çift yönlü varyans analizi ile incelenmesi Not: Cinsiyet 1:Kız; Cinsiyet 2:Erkek





Figur 3. Dışsal Yemenin Yaş ve Cinsiyet açısından çift yönlü varyans analizi ile incelenmesi
Not: Cinsiyet 1:Kız; Cinsiyet 2:Erkek

Figur 4. Genel Örneklemdeki Zayıf Ergenler İçin Eğri Altında Kalan Alan, Kısıtlayıcı Yeme

daha dik bir çıkış göstermektedir.

Üçüncü analizde ise Dışsal Yeme davranışında yaş grupları açısından anlamlı fark varken (F (1,280) =9.04, p =0.003), cinsiyetler arasında fark bulunmamış (F (1,280) =.225, p=0.63), ancak yaş ve cinsiyetin Dışsal Yeme üzerinde ortak etkisi olmadığı gösterilmiştir (F (1,280) =3.95, p =0.06) (Figür 3).

HYDA alt faktörleri ve HYDA-YEDÖ arasındaki ilişki

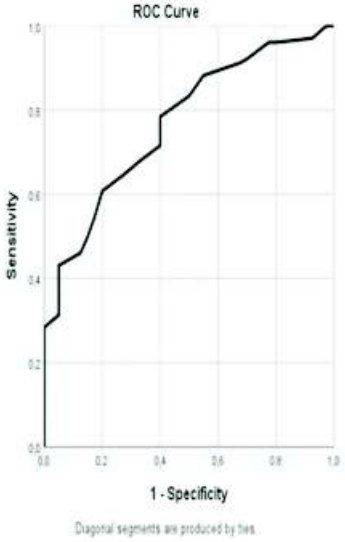
HYDA alt faktörleri arasındaki ilişkiye Pearson korelasyon testi ile bakılmıştır (Tablo 2). Kısıtlayıcı Yeme ile Duygusal Yeme arasında ve Kısıtlayıcı Yeme ve Dışsal Yeme arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken (sırasıyla r=.08, p<.05; r=-.02, p<.05), Duygusal Yeme ve Dışsal Yeme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=.31, p<.001).

Ölçeğin uyum geçerliliğini göstermek amacıyla Pearson korelasyon testiyle HYDA ve YEDÖ arasındaki ilişkiye bakılmıştır (Tablo 3). Kısıtlayıcı Yeme faktörü YEDÖ'deki Kısıtlama, Yemeyle İlgili Endişeler, Bedenle İlgili Endişeler, Kiloyla İlgili Endişeler faktörleri ile korelasyon göstermiştir (sırasıyla r=.58, p<.001; r=.44, p<.001; r=.52, p<.001; r=.50, p<.001) Duygusal Yeme ile YEDÖ' deki Kısıtlama, Yemeyle İlgili Endişeler, Bedenle İlgili Endişeler ve Kiloyla İlgili Endişeler arasında pozitif korelasyon gösterilmiştir (sırasıyla r=.17, p<.001; r=.25, p<.001; r=.47, p<.001; r=.20, p<.001). Dışsal Yeme ile YEDÖ'deki Yemeyle İlgili Endişeler, Bedenle İlgili Endişeler arasında anlamlı pozitif bir korelasyon bulunmuştur (Sırasıyla r=.16, p<.001; r=.69, p<0.001; r=.11,p>.05). Dışsal Yeme ile YEDÖ'deki Kısıtlama faktörü arasında ise anlamlı bir ilişki gösterilememiştir (r=.08, p>.05 HYDA ile YDA arasındaki ilişkide, YDA alt ölçeği olan kısıtlayıcı yeme ile HYDA alt ölçeği olan dışsal yeme faktörleri dışında bütün faktörler arasında görülen pozitif bir ilişki HYDA'nın uyum geçerliliği olduğunu göstermektedir.

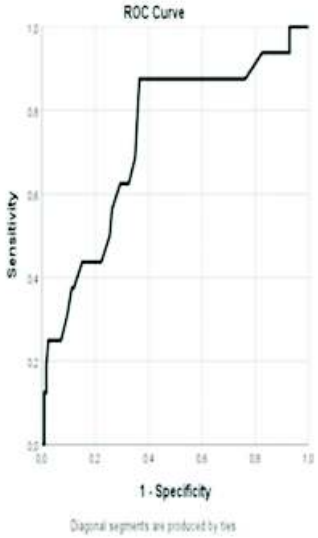
HYDA ile BKİ arasındaki ilişki

Tablo 2. HYDA'nın Yaş ve Cinsiyete Göre Tanımlayıcı Sonuçlar

HYDA	Yaş ve Cinsiyet Grupları					
	15 yaş ve üstü-kız Ort±SS n=85	15 yaş ve üstü-erkek Ort±SS n=71	15 yaş ve üstü Ort±SS n=156	15 yaş altı kız Ort±SS n=156	15 yaş altı erkek Ort±SS n=71	15 yaş ve altı Ort±SS n=128
KısıtlayıcıYeme	2.21±.89	1.60±.89	1.94±.94	2.33±.89	2.19±.94	2.26±.92
Duygusal Yeme	2,78±1.19	1.60±.97	2.25±1,24	1.62±.98	1.56±.93	1.59±.95
Dışsal Yeme	3.26±1.09	3.10±1.26	3.19±1.17	2.59±1.07	2.94±1.12	2.78±1.10



Figur 5. Örneklemdeki Zayıf Kız Ergenler için Eğri Altında Kalan Alan, Kısıtlayıcı Yeme



Figur 6. Örneklemdeki Aşırı Kilolu Erkek Ergenler için Eğri Altında Kalan Alan, Kısıtlayıcı Yeme

Kısıtlayıcı Yeme, Duygusal Yeme, Dışsal Yeme davranışlarının BKİ üzerindeki etkisini anlamak için ROC analizi yapılmıştır. ROC analizinde literatürde AUC için kabul edilebilir değer olarak bildirilen .60-.70 baz alınmıştır (37).

Bu analizde BKİ gruplarına göre ilk analizde zayıf olarak kabul edilenler 1, diğerleri 0 olarak kodlanmıştır. İkinci analizde BKİ 18.5-25 arasında olanlar 1, 25 ve üstü olanlar 0 olarak kodlanmıştır. Üçüncü analizde ise 25 ve üzeri 1 olarak, diğerleri 0 olarak kodlanmıştır. ROC analizi kız ve erkek olarak her iki grupta ayrı bir şekilde yapılmıştır. Bu analizdeki temel amaç duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yemenin vücut ağırlığını belirleyip belirlemediğini araştırmak; şayet bir belirleyiciliği varsa bunun için kesme noktasının ne olduğunu belirlemektir.

Duygusal Yeme ve Dışsal Yemenin zayıf, normal ve aşırı kilolu grubu belirleyemediği gösterilmiştir (Tablo 4). Kısıtlayıcı yeme alt ölçeğinde 1.95 ve altında puan almanın kız ergenlerde zayıf kız ergenleri, 2.05 puan ve üstünde puan almanın erkek ergenlerde aşırı kilolu erkek ergenleri belirleyebildiği gösterilmiştir (Sırasıyla Figür 4,5,6,7).

TARTIŞMA

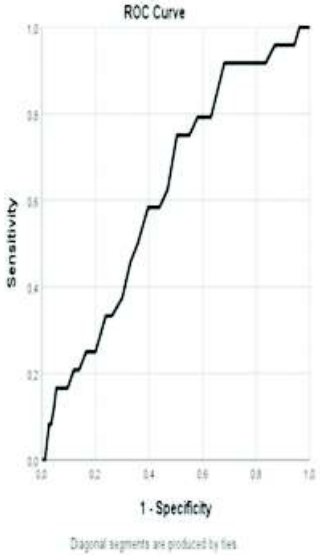
Çalışmamızda birçok dilde ergen ve yetişkin örnekleminde ülkemizde ise yetişkin örnekleminde kullanılan HYDA'nın 12-18 yaş arası ergenlerde psikometrik özellikleri incelenmiştir ve geçerlilik ve güvenilirliğin kabul edilebilir değerler içinde olduğu gösterilmiştir (29,31).

Çalışmamızda duygusal yeme ve dışsal yeme davranışları için bir kesme noktası belirlenememiştir. Kısıtlayıcı yeme alt ölçeğinde 1.95 ve altında puan almanın kız ergenlerde zayıf kız ergenleri, 2.05 puan ve üstünde puan almanın erkek ergenlerde aşırı kilolu erkek ergenleri belirleyebildiği gösterilmiştir. Literatürde ergen örnekleminde HYDA'nın Kısıtlayıcı Yeme faktörünün zayıf, normal ve aşırı kilolu ergenler için kesme noktasını araştıran makale bulunamamıştır. Ancak yetişkin örnekleminde anorektik, sağlıklı ve obez bireylerle yapılan bir çalışmada HYDA'nın kısıtlayıcı yeme faktörünün anorektik bireylerin

Tablo 3: Değişkenler Arasındaki İlişki

HYDA Alt Ölçekleri	YEDÖ Alt Ölçekleri						
	1	2	3	4	5	6	7
1	1			0.58 **	0.44 **	0.52 **	0.50 **
2	0.08	1		0.17 **	0.25 **	0.47 **	0.20 **
3	-.02	0.31**	1	0.08	0.16 **	0.69 **	0.11

* p 0.05;**p 0.011:HYDA-Kısıtlayıcı Yeme;2:HYDA-Duygusal Yeme;3:HYDA-Dışsal Yeme;4:YEDÖ-Kısıtlama;5:YEDÖ-Yemeyle İlgili Endişe;6:Bedenle İlgili Endişe;7:Kiloyla İlgili Endişe



Figur 7. Örneklemdeki Aşırı Kilolu Ergenler için Eğri Altında Kalan Alan, Kısıtlayıcı Yeme

yeme tutumunu sorgulayıp, obezlerde görülen kısıtlayıcı yeme tutumunu değerlendirilemediği düşünülmüştür (38,39).

Duygusal yeme davranışının cinsiyet ve yaşa göre değişimi incelendiğinde, çalışmamızdaki sonuçlar duygusal yeme davranışının kızlarda erkeklere göre daha yüksek düzeyde olduğunu, her iki cinsiyette duygusal yeme davranışının yaşla birlikte artış gösterdiğini ve yaşla görülen bu artış ivmesinin kızlarda daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar literatürdeki sonuçlarla uyumludur (40). Sosyoemosyonel ve kognitif sistemin yaşla birlikte değişime uğrayarak gelişmesiyle; duygusal yeme davranışını arttırdığı kanıtlanmış olan olumsuz duygulanımların arttığı bu değişimin kız ergenlerde daha çarpıcı olduğu bilinmektedir (20). Ayrıca, aynı şekilde duygusal yeme davranışını arttırdığı bilinen beden ve kilo ile ilgili endişelerin, depresyon ve kaygı gibi içselleştirme bozukluklarının yaşla birlikte arttığı, bu durumların kızlarda daha yüksek sıklıkta gözlendiği ve yaş arttıkça cinsiyetler arasındaki farklılık düzeyinin kızlar lehine giderek açıldığı gösterilmiştir (15,40). Bu bilgiler olumsuz duygulara karşı uyumsuz bir baş etme mekanizması olarak duygusal yemenin kullanım sıklığındaki cinsiyet ve yaşa göre olan farklılıkları ve değişimleri açıklamaktadır.

Dışsal yeme davranışının cinsiyet ve yaşa göre değişimine bakıldığında çalışmamızdaki sonuçlar dışsal yeme davranışının cinsiyetler arasında anlamlı farklılık göstermediğini, yaşla birlikte her iki cinsiyette de dışsal yeme davranışı sıklığının arttığını ve yaşla görülen bu artışın ivmesinin kızlarda daha yüksek olduğunu göstermektedir. Literatürde dışsal uyaranların, gıda alımını arttırma üzerine etkisinin cinsiyetler arasındaki farklarını inceleyen çalışmalara baktığımızda dışsal yemenin erkeklerde kadınlardan daha fazla görüldüğünü bildiren çalışmalar olduğu gibi her iki cinsiyette dışsal yeme açısından anlamlı fark olmadığını bildiren çalışmalar da vardır (41-46). Çalışmalardaki bu farklılıkların, literatürde de belirtildiği üzere DEBQ puanları değerlendirilirken, çocuğun cinsiyetinin, kilo durumunun ve yaşının dikkate alınması gerektiği önerisine bağlı olabileceği düşünülmüştür. Yeme davranışları açısından cinsiyetler arasında görülen farklılıkların alınan yaş grubuna göre, örneklem grubundaki BKİ düşük ve yüksek olan bireyler arasında farklılık göstermesi bu öneriyi desteklemektedir (30,47). Yaş açısından dışsal yemenin karşılaştırıldığı çalışmalar dışsal yemenin yaşla birlikte arttığını bildirmektedir. Yapılan çalışmalarda dışsal yeme davranışı yüksek olan bireylerin dışsal uyaranlara göre yemek yemelerindeki sıklığın yaşadıkları duygusal sıkıntı durumlarında da artış gösterdiği, duygusal yeme ile dışsal yeme arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir (48). Bununla uyumlu olarak duygusal yeme davranışını arttıran (1) olumsuz duygulanımdaki, (2) depresyon ve anksiyete semptomlarında yaşla görülen artışın bu artışla paralel olarak dışsal yeme davranışında da her iki cinsiyette yaşla birlikte görülen artışı, kızlar ve erkekler arasındaki görülme sıklığı farkının yaş büyüdükçe kızlar lehine açılmasını ve kızlardaki artış ivmesinin daha yüksek olmasını açıklayabileceği düşünülmüştür (15,40,49)

Kısıtlayıcı yeme davranışının cinsiyet ve yaşa göre değişimi incelendiğinde ise çalışmamızdaki sonuçlar mevcut literatürle uyumlu şekilde kısıtlayıcı yeme davranışının kızlarda erkeklere

Tablo 4. Kısıtlayıcı Yemenin Cinsiyetlere göre BKİ kategorilerinde belirleyiciliği

HYDA Faktörleri	BKI sınıflandırması	AUC(%95CI)	Kesme Noktası	Sensitivity(%)	Spesifity(%)	CFI	P
F1 Kız	BKI <18.5	,77	1,95	,71	,72	,584-,719	,000
F1	BKI <18.5	,65	1,85	,62	,62	,690-851	,000
F1 Erkek	BKI >25	,739	2.05	,68	,68	,598-,868	,002

F 1:HYDA Kısıtlayıcı Yeme Faktörü

göre daha yüksek sıklıkta olduğunu, yaşla birlikte her iki cinsiyette de kısıtlayıcı yeme davranışı sıklığının azaldığını ve yaşla görülen bu azalış ivmesinin kızlarda daha yüksek olduğunu göstermektedir (50-53). Yapılan çalışmalar, kadınların ağırlıkları konusunda erkeklerden önemli ölçüde daha fazla endişe duyduklarını ve bu kilo ile ilgili endişelerinin, kişinin gerçekten fazla kilolu olup olmadığı ile ilişkili olmadığını bildirmektedir. Zayıflığın, çoğu kadın tarafından fiziksel çekiciliğin en önemli belirleyicisi olarak görüldüğü düşünülmektedir (51). Yeme kısıtlaması yapan kadınların dörtte üçünden fazlası, kilo vermek istemelerinin birincil nedeni olarak sağlıktan ziyade görünüm kaygısı olması kısıtlayıcı yeme davranışının kız ergenlerde erkek ergenlerden daha yüksek olmasına yol açabileceği öne sürülmüştür. Ayrıca kız ergenlerde anksiyete düzeyinin dolayısıyla dikkat ile ilgili dürtüselliğin, beden ile ilgili kaygıların, toplumsal güzellik algısı ile ilgili baskının daha yüksek olmasının da bu farkın olası diğer sebepleri olarak bildirilmiştir (51-56). Çalışmamızda kısıtlayıcı yemede yaşla görülen azalmanın dual sistem modeliyle açıklanabileceği düşünülmüştür (20). Sosyoemosyonel ve kognitif sistemin orta ve geç ergenlikte değişime uğrayarak gelişmesiyle birlikte olumsuz duygulanımların ve dürtüselliğin artmasına karşın olgun başa çıkma becerilerinin de arttığı bildirilmektedir (49). Olgun baş etme becerilerinin artışının, olumsuz duygularla baş etme yöntemi olarak ortaya çıkan yeme ile ilgili kısıtlama davranışının kullanımını azaltabileceği düşünülmektedir. Kızların ergenliğe fiziksel ve ruhsal olarak giriş yaşının erkeklere göre daha erken olduğu ve daha erken yaşta tamamlandığı bilgisi bu açıklamayı ve kızlarda olgunlaşma ile gelen kısıtlayıcı yeme davranışındaki ivme azalmasının daha yüksek düzeyde olmasını desteklediği düşünülmüştür (57,58).

Çalışmamızdaki BKİ puanları ergenler tarafından bildirilen boy ve kilo değerlerine dayanmaktadır. Kendiliğinden bildirilen boy ve kilo, obeziteye bağlı morbidite ve davranışları öngörmede oldukça güvenilir bulunmuştur (59).

HYDA'nin alt ölçekleri arasındaki ilişkiye bakıldığında duygusal yeme ile dışsal yeme arasında ilişki saptanmıştır. Aradaki bu ilişki aşırı kilolu kişilerde anksiyetenin dışsal uyaranlara verilen tepkiyi artırmasıyla açıklanabilir. Ayrıca duygusal ve dışsal yeme davranışının sıklıkla birlikte görülmesi ve her ikisinin de özellikle depresyon olmak üzere nörotizmle bağlantılı olması bu ilişkiyi desteklemektedir (60-62).

Özet olarak HYDA 12-18 yaş arasındaki ergenlerde güvenilir ve geçerli bir anket olarak bulunmuştur. Ancak 30., 31. ve 32. sorunun daha sonraki çalışmalarda tekrar gözden geçirilmesi gerektiği düşünülmüştür. Ölçekle ilgili sınırlılıklara bakıldığında, bizim çalışmamızda test tekrar test güvenilirliği araştırılmamıştır. Ayrıca ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği klinik olmayan örneklemde yapılmıştır. Sonraki çalışmaların klinik örneklemde özellikle obez ve anoreksik ergenlerin olduğu örneklemde yapılarak kesme noktası belirlenmesi önerilmektedir.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Ezgi Şen Demirdöğen, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, İstanbul, Türkiye drezgisen@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Levine MP, Piran N, Jasper K (2015). Eating Disorders. Handbook of adolescent Behavioral Problems: Evidence-Based. Springer Science Business Media New York

2. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. Lancet 2010; 375, 583593.

3. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. Journal of Abnormal Psychology 2013; 122: 445–457.

4. Gürdal Küey A. Yeme Bozuklukları. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi, 2008;63: 81-83.

5. Rosen DS. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. Pediatrics 2010;126: 1240-1253.

6. Grange DL, Loeb KL. Early identification and treatment of eating disorders: prodrome to syndrome. Early Intervention in Psychiatry 2007; 1(1): 27-39.

7. Ouwens MA, Van Strien T, Van Der Staak CP. Tendency toward overeating and restraint as predictors of food consumption. Appetite 2003;40: 291-298.

8. Güzey M. (2014). Kadınlarda ağırlık yönetiminin yeme tutum davranışı üzerine etkisinin değerlendirilmesi (Master's thesis, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

9. Elfhag K., Morey LC. Personality traits and eating behavior in the obese: Poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. Eating Behaviors 2008; 9: 285-293.

10. Bruch H. (1973). Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within. New York: Basic Books, pp. 44–65.

11. Hou R, Mogg K, Bradley BP, Moss-Morris R, Peveler R, Roefs A. External eating, impulsivity and attentional bias to food cues. Appetite 2011; 56(2): 424-427.

12. Hilbert A, Hartmann AS, Czaja J, Schoebi D. Natural course of preadolescent loss of control eating. Journal of Abnormal Psychology 2013; 122(3): 684.

13. Burton AL, Abbott MJ. Processes and pathways to binge eating: development of an integrated cognitive and behavioural model of binge eating. Journal of Eating Disorders, 2019; 7(1): 18.

14. Van Strien T., Frijters JE, Bergers GP, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. International Journal of Eating Disorders 1986; 5(2): 295-315.

15. Wardle J. Eating style: a validation study of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire in normal subjects and women with eating disorders. Journal of Psychosomatic Research, 1987; 31(2): 161-169.

16. Lluch A, Kahn JP, Stricker-Krongrad A, Ziegler O, Drouin P, Méjean L. Internal validation of a French version of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire. European Psychiatry 1996; 11(4): 198-203.

17. Dakanalis A, Zanetti MA, Clerici M, Madeddu F, Riva G, Caccialanza R. Italian version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire. Psychometric proprieties and measurement invariance across sex, BMI-status and age. Appetite 2013; 71: 187-195.

18. Cebolla A, Barrada JR., Van Strien T., Oliver E, Baños R. Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a sample of Spanish women. Appetite 2014;73:58-64.

19. Bozan N, Bas M, Asci FH. Psychometric properties of Turkish version of Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). A preliminary results. Appetite 2011; 56(3): 564-566.

20. Van Strien T, Oosterveld P. The children's DEBQ for assessment of restrained, emotional, and external eating in 7 to 12 year old children. International Journal of Eating Disorders 2008; 41(1): 72-81.

21. van Strien T, Snoek HM, van der Zwaluw CS, Engels RC. Parental control and the dopamine D2 receptor gene (DRD2) interaction on emotional eating in adolescence. Appetite 2010; 54(2): 255-261.

22. Yucel B, Polat A, Ikiz T, Dusgor BP, Elif Yavuz A, Sertel Berk O. The Turkish version of the eating disorder examination questionnaire: reliability and validity in adolescents. European Eating Disorders Review 2011; 19(6): 509-511.

23. Bas M, Asçi FH, Karabudak E, Kiziltan G. Eating attitudes and their psychological correlates among Turkish adolescents. Adolescence 2004; 39(155): 593.

24. Akdemir A, Inandi T, Akbas D, Karaoglan Kahilogullari A, Eren M, Canpolat BI. Validity and reliability of a Turkish version of the body shape questionnaire among female high school students: preliminary examination. European Eating Disorders Review 2012; 20(1): e114-e115.

25. Fairburn CG, Beglin SJ. Eating disorder examination questionnaire. Cognitive Behaviour Therapy and Eating Disorders, 2008; 309: 313.

26. Şeker, M. (2011). İstanbul'da yaşam kalitesi araştırması. İstanbul Ticaret Odası.

27. Elliott GR, Feldman SS (1990). Capturing the adolescent experience. In S.S. Feldman & G.R. Elliot (Eds.), At the threshold: The developing adolescent (pp. 1-13). Cambridge: Harvard University Press.

28. Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. BMJ 2007; 335(7612), 194.

29. Büyüköztürk, Ş. (2002). Veri analizi el kitabı. Ankara: Pegem A Yayıncılık

30. Şimşek, Ö. F. (2007). Yapısal eşitlik modellemesine giriş: (Temel ilkeler ve LISREL uygulamaları). Ekinoks.

31. Hu LT., Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Structural equation modeling: a multidisciplinary journal 1999; 6(1): 1-55.

32. Munro BH. Statistical methods for health care research (Vol. 1). lippincott williams & wilkins. (unro BH. Statistical Methods For Health Care Research. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.351-76.

33. SAS Institute Inc. SAS/STAT® 9.2 User's Guide. North Carolina: SAS documantation; 2009. p. 305- 310

34. Kline, P. (2014). An easy guide to factor analysis. Routledge.

35. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik SPSS ve LISREL uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık Dağlı, A. ve Baysal, N. 2016, Yaşam doyumu ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması: Geçerlik

ve güvenirlik çalışması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 2012; 15(59), 1250-1262.

36. Leech NL, Barrett KC, Morgan GA (2005). SPSS for intermediate statistics: Use and interpretation. Psychology Press.ISO 690

37. Yang S, Berdine G. The receiver operating characteristic (ROC) curve. The Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles 2017; 5(19), 34-36.

38. Baños RM., Cebolla A, Moragrega I, Van Strien T, Fernández-Aranda F, Agüera Z, de la Torre R, Casanueva FF, Fernández-Real JM, Fernández-García JC, Frühbeck G, Gómez-Ambrosi J, Jiménez-Murcia S, Rodríguez R, Tinahones FJ, Botella C. Relationship between eating styles and temperament in an Anorexia Nervosa, Healthy Control, and Morbid Obesity female sample. Appetite 2014; 76: 76-83.

39. Van Strien, T., Herman CP, Verheijden MW. Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role? Appetite 2009; 52(2), 380-387.

40. Snoek HM, Van Strien T, Janssens JM, Engels RC. Emotional, external, restrained eating and overweight in Dutch adolescents. Scandinavian journal of psychology 2007; 48(1): 23

41. Croll J, Neumark-Sztainer D, Story M, Ireland M. Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. Journal of Adolescent Health 2002; 31(2): 166-175.

42. Larsen JK., van Strien T, Eisinga R, Engels RC. Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individuals. Journal of Psychosomatic Research 2006; 60(3): 237-243.

43. Wardle J, Marsland L, Sheikh Y, Quinn M, Fedoroff I, Ogden J. Eating style and eating behaviour in adolescents. Appetite 1992;18(3):167-183.

44. Braet C, Claus L, Goossens L, Moens E, Van Vlierberghe L, Soetens B. Differences in eating style between overweight and normal-weight youngsters. Journal of Health Psychology 2008; 13(6): 733-743.

45. Snoek HM, van Strien T, Janssens JM, Engels RC. The effect of television viewing on adolescents' snacking: individual differences explained by external, restrained and emotional eating. Journal of Adolescent Health 2006; 39(3): 448-451.

46. Burton P, Smit HJ, Lightowler HJ. The influence of restrained and external eating patterns on overeating. Appetite 2007; 49(1): 191-197.

47. Conner M, Johnson C, Grogan S. Gender, sexuality, body image and eating behaviours. Journal of Health Psychology 2004; 9(4): 505-515.

48. Braet C, Van Strien T. Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and non-obese children. Behaviour Research and Therapy 1997; 35(9): 863-873.

49. Steinberg L, Albert D, Cauffman E, Banich M, Graham S, Woolard J. Age differences in sensation seeking and impulsivity as indexed by behavior and self-report: evidence for a dual systems model. Developmental psychology, 2008; 44(6): 1764.

50. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. BMJ (Clinical research ed.), 1999; 318(7186): 765–768.

51. Haynos AF, Watts AW, Loth KA., Pearson CM, Neumark-Stzainer D. Factors Predicting an Escalation of Restrictive Eating During Adolescence. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine 2016; 59(4): 391–396.

52. Carlson Jones D. Body image among adolescent girls and boys: a longitudinal study. Developmental Psychology, 2004; 40(5): 823.

53. Shroff H, Thompson JK. The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with adolescent girls. Body Image 2006; 3(1): 17-23.

54. Lewinsohn PM, Gotlib IH, Lewinsohn M, Seeley JR, Allen NB. Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. Journal of Abnormal Psychology, 1998; 107(1): 109.

55. Ebneter D, Latner J, Rosewall J, Chisholm A. Impulsivity in restrained eaters: emotional and external eating are associated with attentional and motor impulsivity. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity 2012; 17(1): e62-e65.

56. Field AE, Camargo CA, Taylor CB, Berkey CS, Roberts SB, Colditz GA. Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. Pediatrics 2001; 107(1): 54-60.

57. Christie D, Viner R. Adolescent development. BMJ 2005; 330(7486): 301-304.

58. Graber JA, Lewinsohn PM, Seeley JR, Brooks-Gunn J. Is psychopathology associated with the timing of pubertal development?. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1997; 36(12): 1768-1776.

59. Stein RI, Kenardy J, Wiseman CV, Dounchis JZ, Arnow BA, & Wilfley, D. E. (2007). What's driving the binge in binge eating disorder?: A prospective examination of precursors and consequences.

60. Kanbur NÖ, Derman O, Kinik E. Prevalence of obesity in adolescents and the impact of sexual maturation stage on body mass index in obese adolescents.

61. Ouwens MA, van Strien T, van Leeuwe JF. Possible pathways between depression, emotional and external eating. A structural equation model. Appetite 2009; 53(2): 245248.

62. Mason TB, Pacanowski CR, Lavender JM, Crosby RD, Wonderlich SA, Engel SG, Mitchell JE, Crow SJ, Peterson CB. Evaluating the Ecologicak Validity of the Dutch Eating Behavior Questionnaire Among Obese Adults Using Ecological Momentary Assessment. Assessment 2019; 26(5): 907-914.

Dissosiyatif bozukluğun bağlanma travması çerçevesinde değerlendirilmesi: Bir olgu sunumu

Evaluation of dissociative disorder in the context of attachment trauma: A case report

Hande Günal Okumuş[1], Kevser Nalbant[2]
[1]Dr., [2]Öğr. Gör. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-0091-6604-https://orcid.org/0000-0003-4261-1013

ÖZET

Dissosiyasyon; bilinç, hafıza, kimlik, duygu, algı, beden temsili, motor kontrol ve davranışın bütünleştirilmesinde bozulma ve/veya kesinti olarak tanımlanmaktadır. Dissosiyasyon; küçük gerginliklere cevaben ortaya çıkabilecek doğal bir tepkiden, işlevsellikte ciddi bozulmalara neden olabilecek dissosiyatif bozukluklara (DB) kadar uzanan bir yelpaze içinde değerlendirilmektedir. DB gelişiminde altta yatan sebep çoğu zaman çocukluk çağı travmaları olmakla birlikte bağlanma bozukluğu da önemli bir etkendir. Yapılan çalışmalarda çocukluk döneminde yaşantılanan ve tekrarlanarak içselleştirilen travmatik ilişkisel deneyimler aracılığı ile oluşan içsel çalışan modellerin güvensiz bağlanmaya yol açabildiği ve duyguların işlevsel olarak düzenlenmesini bozabileceği belirtilmiştir. Literatürde bağlanma stili, duygusal ihmal ve dissosiyatif belirtiler arasında güçlü ilişki olduğunu belirten çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak dissosiyatif belirtiler klinisyenler tarafından bağlanma patolojisi çerçevesinde ayrıntılı olarak ele alınmamaktadır. Bu olgu sunumunda dissosiyatif belirtiler nedeniyle kliniğimize başvuran 14 yaş kız olgunun literatür bulguları ışığında sunulması amaçlanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Dissosiyatif bozukluklar, duygusal ihmal, bağlanma travması, psikopatoloji

SUMMARY

Dissociation is defined as impairment and / or interruption in the integration of consciousness, memory, identity, emotion, perception, body representation, motor control and behavior. Dissociation is evaluated in a spectrum ranging from a natural response that can occur in response to small tensions to dissociative disorders (DB) that can cause severe impairment in functionality. Although the underlying cause of CD development is often childhood trauma, attachment disorder is also an important factor. In the studies conducted, it was stated that internal working models formed through traumatic relational experiences experienced in childhood and internalized by repetition may lead to insecure attachment and disrupt the functional regulation of emotions. There are many studies in the literature that indicate a strong relationship between attachment style, emotional neglect, and dissociative symptoms. However, dissociative symptoms are not discussed in detail by clinicians within the framework of attachment pathology. In this case report, it is aimed to present a 14-year-old girl who applied to our clinic due to dissociative symptoms in the light of literature findings.

Key Words: Dissociative disorders, emotional neglect, attachment trauma, psychopathology

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2021;24:558-563)
DOI: 10.5505/kpd.2021.42402

Makalenin geliş tarihi: 28.03.2021, Yayına kabul tarihi: 27.05.2021

GİRİŞ

Dissosiyasyon; bilinç, hafıza, kimlik, duygu, algı, beden temsili, motor kontrol ve davranışın bütünleştirilmesinde bozulma ve/veya kesinti olarak tanımlanmaktadır (1). Özellikle çocukluk döneminde birden fazla örseleyici olaya maruz kalan ve öz düzenleme becerisi zayıf olan bireylerde dissosiyasyon tüm kişiliğinin 'psikolojik organizatörü' olarak işlev kazanabilir (2). DB gelişiminde altta yatan sebep çoğu zaman çocukluk çağı travmaları olmakla birlikte aile içi iletişim sorunları, bağlanma bozukluğu, bireyin kişilik özellikleri de önemli etkenlerdir (3).

Bağlanma kuramına göre; duygu düzenlenme becerisinin gelişimi bebek ile birincil bakımveren arasındaki erken dönem sözsüz iletişimi ile yakından ilişkilidir (4). Birincil bakımverenin bebeğin sözsüz duygularını algılaması ve bunları sembolik aynalama yoluyla yansıtması, bebeğin yoğun duygularına dayanabilmesine yardımcı olur. Bu sürecin tutarlı şekilde tekrarlanması kendisi ve başkaları hakkında olumlu bir 'içsel çalışan model' oluşturmasını sağlar (4,5). Bu içsel çalışan modeller bireyin duygularını nispeten özerk ve işlevsel bir şekilde düzenlemesini sağlayıp bireyin istikrarlı ve güvenli ilişkiler kurmasına yardımcı olur (6). Yapılan çalışmalarda çocukluk döneminde yaşantılanan ve tekrarlanarak içselleştirilen travmatik ilişkisel deneyimler aracılığı ile oluşan içsel çalışan modellerin güvensiz bağlanmaya yol açabildiği ve duyguların işlevsel olarak düzenlenmesini bozabileceği belirtilmiştir (7,8). Erken ilişkisel travma; fiziksel, duygusal ve cinsel istismarlar neticesinde ortaya çıkabilse de yapılan çalışmalarda bağlanma travmasının en sık nedeninin ihmal olduğu vurgulanmaktadır (9,10).

Dissosiyasyon bireyin strese verdiği birincil tepki olarak görülmeye başladığı durumlarda patolojik hale gelebilir (11). Bu durum bağlanma travması çerçevesinde değerlendirildiğinde; çocuklukta ihmal ve istismar deneyimlerine maruz kalan ve bu deneyimleri çocuk-bakım veren etkileşimi içinde 'duygular ve kelimeler' ile işlemleyemeyen kişiler acı verici gerçeklikten kaçınmak için sürekli olarak 'dissosiyatif savunmalara' başvurabilir ve bu durum zamanla bireyin kişiliğinin dissosiyatif gereksinimler etrafında örgütlenmesine yol açabilir (12,13).

Bu yazıda yaklaşık 7 yıldır devam eden dissosiyatif belirtiler nedeniyle kliniğimize başvuran hastanın klinik belirtileri, klinik izlem süreci aktarılacak ve bu belirtilerin altında yatan olası mekanizmalar tartışılacaktır.

OLGU SUNUMU

14 yaşında, 9. sınıf öğrencisi olan kız hasta yaklaşık 7 yıl önce nasıl başladığını hatırlayamadığı, zaman içinde şiddeti ve sıklığı artan zarar göreceğine ilişkin sesler duyma ve görüntüler görme nedeniyle kliniğimize başvurmuştur. Hasta ile yapılan görüşme esnasında elde edilen bilgilere göre; duyduğu seslerin kendisini yönlendirecek, en ufak hatası karşısında acımasızca eleştirecek şekilde olduğu ve çevresindeki insanların kendisine zarar verebileceğini söylemesi nedeniyle insanlarla iletişim kurma konusunda isteksiz olduğu öğrenilmiştir. Yine aynı dönemde hastanın dissosiyatif süreci sonlandırdığını keşfetmesi nedeniyle jiletle kendine zarar vermeye başladığı bilgisi alınmıştır. Hayatındaki en önemli kişi olarak belirttiği erkek arkadaşının saç ve kirpiklerini biriktirdiğini ve o olmazsa bu hayatta kendini ölü hissedeceğini ifade etmiştir. Aynı zamanda hastanın banyoda uzun süre kaldığı, ellerini sık yıkadığı, vücudundaki kıl görüntüsünden rahatsız olduğu için gövde hariç tüm vücudundaki kılı her gün jiletle temizlediği, vaktinin çoğunu yatağında geçirdiği ve uyku düzeninin bozulduğu öğrenilmiştir.

Hastanın özgeçmiş ve soygeçmiş bilgileri alındığında;

N.'nin annesinin 45 yaşında lise mezunu, ev hanımı; babasının 49 yaşında, meslek yüksek okulu mezunu, özel bir şirkette Ar-Ge şefi olduğu, ablasının ise 21 yaşında, yüksekokul mezunu olduğu bilgisi alınmıştır. Hastanın anne ve babanın ilk evliliklerinden iki çocuğun ikincisi olarak planlı bir gebelikle miadında ve normal spontan vajinal yolla dünyaya geldiği öğrenilmiştir. Prenatal, natal ve postnatal dönemde komplikasyon öyküsü olmayan hastanın psikomotor gelişim basamaklarını zamanında tamamladığı, 1.sınıfın ilk

döneminde okuma-yazma öğrendiği, ilkokul ve ortaokul döneminde hep öğretmenlerinden övgü alan ve akademik olarak parlak bir çocuk olduğu bilgisi alınmıştır. Hastanın özgeçmişinde; herhangi bir ameliyat, kaza geçirme öyküsü ve fiziksel hastalığı düşündüren özellik yoktu.

Anne; annesinin soğuk ve anneliği sadece doğurmak ile temel ihtiyaçları gidermek olarak gören biri olduğunu söylemiştir. Hastanın doğumundan sonra hastaya büyük kızı ile beraber baktıklarını, aslında kendisinin de annesi gibi çocuk bakımı konusunda nasıl davranacağını pek bilmediğini aktarmıştır.

Hasta; ablasının çoğu zaman kendi kararlarını almasına izin vermediğini, onun seçtiği kıyafetleri giydiğini, onun onayladığı kişilerle arkadaşlık ettiğini, onun istediği gibi konuştuğunu belirtmiştir. Aynı zamanda tatile gittikleri bir dönemde denizde yüzerken kıyıdan uzaklaşmaya başladığında ablasının onu açılmaması için uyardığı, ablasını dinlemeyip açılmaya devam edince ablasının kendisini yakalayıp kafasını suyun içine batırdığı, o sırada dizini denizdeki kayalığa çarptığı ve nefessiz kaldığı için denizde çırpınmaya başladığı anısını hiç unutamadığını, banyoda uzun kaldığı için ablasından yardım istediğinde başından aşağı kaynar su döktüğünü ifade etmiştir. Anne-babasına bu yaşadıklarını dile getirdiğinde ablasının kardeşini korumaya çalıştığı için böyle davrandığını ve ablasının sözünü dinlemesi gerektiğini söylediklerini belirtmiştir. Anne-baba ile yapılan görüşmede ise N.'den alınan bilgiler doğrulanmış, bu döneme kadar N.'nin anlattıklarını hep iki kız kardeş arasında olabilecek meseleler olarak gördüklerini ve ablasının N. üzerinde uyguladığı duygusal baskının ciddiyetini fark edemediklerini ifade etmişlerdir.

Ruhsal durum muayenesi: Hastanın yaşında göründüğü, giyiminin sosyoekonomik durumu ile uyumlu ve özbakımının iyi olduğu gözlemlendi. Duygudurumu depresif, duygulanımı duygudurumu ile uyumluydu. Hastanın bilişsel işlevleri değerlendirildiğinde dikkatini sürdürme becerisinde azalma olduğu ve bellek muayenesinin normal olduğu tespit edildi. Hastanın düşünce süreci ve çağrışımları düzenli olup spontan bir şekilde konuşmayı başlatabildiği, görüşmecinin sorularına amacına uygun ve yeterli uzunluktaki ifadelerle yanıt verdiği gözlendi. Düşünce içeriğine; dissosiyatif belirtiler, ablasıyla olan çatışmaları, sevdiği şeylere karşı ilgi kaybı ve erkek arkadaşı ile ilişkileri hakimdi. Mevcut belirtileri konusunda içgörü sahibi olup yargılaması yaşına göre uyumluydu.

Psikometrik Değerlendirme: Çocukluk Çağı Depresyon Ölçeği 30 puan, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği 143 puan, Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi 29 puan, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği/duygusal ihmal alt maddesi 13 puan, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği-kısa formu 5 puan, Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri-kısa formu iletişim alt ölçeği başta olmak üzere tüm alt ölçekler normal kabul edilen kesim noktasının altında olarak değerlendirildi. Psikiyatrik değerlendirme sonrası DSM-5'e göre Dissosiyatif Bozukluk ve Major Depresif Bozukluk tanıları konuldu.

Klinik İzlem

Bireysel görüşmeler ve aile görüşmeleri planlanarak hasta sık aralıklarla izleme alınmıştır. Hasta ile yapılan görüşmelerde özellikle çocukluk çağı meseleleri üzerinde durulmuştur. Aile bireylerinin rol karmaşası içinde büyüyen hastanın mevcut belirtileri ve davranış örüntüleri ile erken dönem olumsuz yaşantılarının bağlantısı açısından içgörü kazanması, duygusal olarak kendini keşfetmesi yönünde merak ve motivasyonlarının artması, terapist ile kurulan terapötik ilişkinin N. için düzeltici bir duygusal deneyime aracılık etmesi ve bu yolla işlevsel başa çıkma yollarını içselleştirmesi hedeflenmiştir. Ayrıca hasta ile görüşmelerde farklı duyguları tanıma, kendi ve diğerlerinin duygularını fark etme ve ayırt etme, kendi duygularını ifade etme, diğerlerinin duygularını anladığını gösterme, saldırgan dürtü ve davranışlar ile başa çıkma gibi duygusal becerilerini geliştirmeye yönelik çalışılmış, ardından hastadan duygu günlüğü tutması istenmiştir. Aynı zamanda anne, baba ve abla ile ayrı ayrı görüşmeler yapılarak aile içi roller, tutum ve davranışların düzenlenmesi ve yeniden yapılandırılması planlanmıştır. Ergenlik dönemi özellikleri, ayrılma-

bireyleşme süreci ve güvenli bağlanma hakkında aileye psikoeğitim verilerek ablanın ebeveyn rolünden sıyrılması konuları ele alınmıştır. Tariflenen öfke kontrol problemleri, bulaş obsesyonları/temizleme kompulsiyonları şeklinde kendini gösteren ve işlevselliği bozan OKB belirtileri nedeniyle erişkin psikiyatriye yönlendirilen ablanın essitalopram 20 mg şeklinde tedavisi düzenlenmiş olup poliklinik kontrol planı yapılmıştır. Depresif belirtiler, obsesif - kompulsif belirtiler ve dissosiyatif süreçler esnasında yoğunlaşan kaygı, huzursuzluk, kendine ve başkasına zarar verme davranışının azaltılması amacıyla hastanın medikal tedavisi sertralin 150 mg/gün ve aripiprazol 5 mg/gün olacak şekilde düzenlenmiştir.

Yapılan görüşmeler hastanın izni dahilinde kayıt altına alınmış olup her görüşmede sırasıyla hastanın duygu, düşünce ve davranışları, aile ilişkileri, arkadaş ilişkileri ve okul hayatı gözden geçirilmiştir. Bu görüşme kayıtları deşifre edilmiş ve benzer konular kendi içinde alt başlıklara ayrılarak kodlanmış ve tematik olarak kategorize edilmiştir. Bu değerlendirmeye göre görüşmeler boyunca tekrar eden temalar 'Kendilik ve Kimlik Algısı', 'Anne/Baba/Abla ve A. ile olan İlişkiler' , 'Sosyal ve Akademik Alanda Zorluk', 'Psikiyatrik Belirtiler' (Dissosiyatif Süreçler, Depresif Belirtiler ve Obsesif Kompulsif Belirtiler) şeklindedir. Görüşmelere asıl gelme amacının kendini 'tam' hissetme isteği olduğunu belirten hasta ilk haftalarda kendini sürekli sinirli ve gergin hissettiğini, bu zamanlara karşılık gelecek şekilde duyduğu ses ve gördüğü görüntülerin arttığını ifade etmiştir. Sonrasında ise 'gölgeler' ismini verdiği görüntüler ile iletişiminin azalmaya başladığını, içinde kötü his uyandıran ya da kendisini mutsuz eden olaylar yaşadığı zaman 'krize' girdiğini ve krizlerin genelde erkek arkadaşının yanında olmasının nedeninin ise kendisine değer veren bir insanı mutsuz etmesi olduğunu farkettiğini belirtti. Takipte annesi ile ilişkilerinin olumlu yönde ilerlediğini, annesine duygularını daha rahat ifade edebildiğini farketmeye başladığını aktaran N.'nin kendisi hakkındaki olumsuz atıflarının azalıp kendisinin olumlu yönlerini görme ve bu konuda ilerlemeye yönelik girişimlerde artış farkedilmiştir. Görüşmeler süresince hasta ablası ile bir süre konuşmama kararı almış, bu süre içinde de ablasının devam eden girici tutumlarını engellemeyi başarmıştır. Abla ile tutum ve davranışların düzenlenmesi, aile içi roller ile ilgili görüşme yapıldıktan sonra hasta tarafından ablanın girici davranışlarında azalma bildirilmiştir. İlerleyen görüşmelerde erkek arkadaşı ile sürekli vakit geçirdiği için eski arkadaşlarıyla görüşmediğini ve erkek arkadaşı olmazsa yalnız olduğunu farkettiğini belirtmiştir. Sonrasında ise ortaokuldan ve sınıftan arkadaşlarıyla iletişimin arttığını iletmiştir. Takipler ilerledikçe görüşmelere 'İlgi Duyduğu Alanlar' ve 'Mesleki Hedefler' temalarının dahil olduğu farkedilmiştir. Basketbola ilgi duyduğunu belirtmesi üzerine ailesi ile yapılan işbirliği neticesinde bir spor kulübüne kaydolmuş ve basketbol konusunda başarılı olduğu bilgisi alınmıştır. Aynı zamanda çevresiyle iletişim kurma isteğinde artış, yeni ilgi alanlarının keşfi, dış görünümünde değişiklikler yapması (saç boyatma ve kestirme, piercing gibi) nedeniyle görüşmeler ilerledikçe 'Depresif Belirtiler' temasının azaldığı farkedilmiştir.

Hastadan alınan öykünün kaydedilerek deşifre edildiği ve sonrasında görüşme kayıtlarındaki benzer konuların kodlanarak tematik olarak kategorize edildiği klinik izlem süreci değerlendirildiğinde; dissosiyatif belirtiler ile kendilik ve kimlik algısındaki olumsuz temaların azaldığı, ailesi ve çevresiyle kurduğu ilişkilerin pozitif yönde ilerlediği; sağlıklı ilgi alanları konusunda olumlu adımların atılmış olduğu görülmüştür.

TARTIŞMA

Cinsel, fiziksel istismar vakaları akut başlangıçlı ve alevli tablolar olması nedeniyle genellikle hızlı tanınırken duygusal istismar ve ihmal oldukça sık görülmesine rağmen kanıtlanması ve farkedilmesinin zor olmasından dolayı klinisyenler tarafından sıklıkla gözden kaçmaktadır (14). Olgumuzda DB etrafına kümelenmiş depresif belirtiler, kendine zarar verme davranışı, duygu düzenlemede güçlükler, ergenlik dönemi ayrılma-bireyleşme ve kimlik sorunları, eşik altı düzeyde obsesif-kompulsif belirtilerin bulunması olguyu anlaşılması güç kılmakta ve farklı bir kuramsal çerçeve içerisinde ele almayı gerektirmektedir. Olgumuzda hastanın annesinin bebeğine uyum

sağlama becerilerindeki zorluklar nedeniyle bakım verme işlevinin ablaya devredilmesi ile ablanın zamanla ebeveyn rolüne bürünerek aşırı girici ve eleştirel tavırlarının anne-baba tarafından farkedilmemesi/görmezden gelinmesi şeklinde kendini gösteren duygusal ihmale bağlı tekrarlayıcı ve kümülatif travmaların bir bağlanma travmasına dönüştüğü ve DB için yatkınlaştırıcı bir etken olduğu düşünülmüştür. Çocukluk çağı travma öyküsü olan 115 erişkin hasta ile yapılan bir çalışmada; hastaların yarısından fazlasında güvensiz bağlanma bildirilmiş olup çocukluk çağı travması, güvensiz bağlanma ve dissosiyasyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Aynı çalışmada çocukluk çağı travması ve dissosiyasyon arasındaki ilişkiye güvensiz bağlanmanın aracılık ettiği gösterilmiş olup duygusal ihmalin güvensiz bağlanmanın aracılık ettiği dissosiyasyon üzerinde diğer travma türlerine kıyasla daha güçlü bir etkisinin olduğu gösterilmiştir (15). Bu durum yapılan başka bir çalışmada duygusal ihmalin; çocukluk çağı travma öyküsünün öz-kontrol, kimlik bütünlüğü ve ilişkisel alanlar üzerindeki olumsuz etkisine aracılık eden önemli bir faktör olarak bulunmasıyla ilişkilendirilmiştir (16). Güncel bir çalışmada; güvensiz bağlanmanın dissosiyatif belirtilerle travmaya kıyasla daha güçlü bir ilişkisinin bulunduğu gösterilmiş olup kendiliğin ve diğerlerinin zihinsel temsillerinin, dissosiyatif semptomatoloji gelişiminde travmaya maruz kalmaktan daha önemli bir unsur olduğu belirtilmiştir (17).

Bakım verenin kötü muamelesi veya ihmaline maruz kalan çocukların güven verici ve psişik yapıları onarıcı deneyimlerin azlığı nedeniyle kendisi ve diğerlerine ilişkin olumlu temsiller geliştirmekte zorlandığı, duygu düzenleme becerilerinin olumsuz etkilendiği ve bütün bir öz duygusunun gelişmediği vurgulanmaktadır (18,19). Vakada ebeveynlerin doğumundan itibaren hastanın duygusal ihtiyaçlarını uygun şekilde karşılayamaması nedeniyle hastada kendisi ve başkalarına ilişkin olumsuz temsiller geliştiği düşünülmüştür. Bu duruma hastanın kendisi hakkında süreğen olumsuz düşünceleri, düşük benlik saygısı, insanların kendisine zarar verebileceğine ilişkin sesler duyması ve yakın ilişkilerinde karşı tarafı yüceltirken kendini aşağı görmesi gibi örnekler verilebilir. Diğer taraftan hastanın kendini 'tam' hissedemediğini ve kendi kararlarını almada güçlük yaşadığını belirtmesi bakım ortamının duygusal uyumlanma ve öz-düşünce farkındalığındaki yetersizliğiyle ilişkilendirilebilecek bir 'kendilik hissinde fakirleşme' olarak değerlendirilebilir. Yayımlanan bir derlemede duygu düzenlemesinde güçlük yaşayan bireylerin bağımlı ilişki kurmaya yatkın olduğu belirtilmiştir (20). Hastanın duygularını düzenlemede belirgin bir zorluk yaşaması ve erkek arkadaşı olmadığı zaman dissosiyatif süreçlerin arttığını belirtmesi duygu düzenlemedeki belirgin güçlüğün neden olduğu bir bağımlı ilişki kurma yatkınlığı ile ilişkilendirilmiştir.

Vakada annenin kendi annesini 'anneliği sadece doğurmak ve temel ihtiyaçları gidermek olarak gören, duygusal olarak uzak biri ' olarak tariflemesi nedeniyle annenin de bir bağlanma travmasına sahip olabileceği düşünülmüştür. Annenin 'annelik yapmayı' kendi bebekliğinde öğrendiği söyleminden yola çıkarak olası bir ilişkisel travmayı kendi çocuklarıyla yeniden yaşantılaması ile 'kuşaklararası travma aktarımından' bahsedilebilir (21). Bağlanmanın kuşaklararası aktarımı birincil bakım veren ile bebek arasındaki ilişkinin kalitesini belirleyen unsurun ebeveynin bilişsel ilişki modeli olduğu temeline dayanır . Birincil bakım verenin sahip olduğu bu model ebeveynlik becerilerini ve bebeğin bağlanma stilini etkiler (22).

Klinik izlem sürecinde dissosiyatif belirtilerin şiddetinin ve sıklığının azalması, sağlıklı ilgi alanlarında artış, depresif belirtilerin azalması, çevresi ve ailesiyle kurduğu ilişkilerin olumlu yönde artması gibi ilerlemelerin olası nedenleri; hastanın bilişsel kapasitesinin iyi , iletişime açık, kendini keşfetmeye yönelik merakının fazla olması ve bu nedenle mevcut semptomları hakkında içgörü kazanımının hızlı olması, başlangıçta anne-babanın semptomlar hakkında farkındalığı az olmasına rağmen tedavi süreci içinde işbirlikçi davranmaları ve önerileri uygulamaya ciddi gayret göstermiş olmaları sayılabilir. İzlem sürecinde görülen olumlu değişimlere rağmen klinik değerlendirme ölçeklerinin istenen düzeyde olmaması; çocukluk döneminde oluşan şemaların düzelmesinin zaman alacağını, psikiyatrik belirtiler yatışıp işlevsellik düzelse bile çekirdek belirtilerin devam ettiğini ve bu nedenle de terapinin erken dönemde biti-

rilmemesi gerektiğini düşündürmektedir. Biz bu vaka aracılığıyla böylesine karışık belirti kümeleri ile başvuran, kategorik tanılama sistemlerinde tam olarak bir yere oturtamadığımız vakalarda gelişimsel öykü ve aile öyküsünü detaylandırmanın, kuramsal açıklamalardan da faydalanarak vakaları bütüncül değerlendirmenin takip ve tedavi açısından önemini vurgulamak aynı zamanda dissosiyasyon, eşlik eden kendine zarar verme davranışı ve depresif belirtiler ile başvuran hastaların bağlanma güvenliğinin değerlendirilmesinin gerekliliğine dikkat çekmek istiyoruz.

Yazışma Adresi: Dr. Hande Günal Okumuş, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye
drhandegunal@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (5.basım). Ankara: Hekim Yayın Birliği.

2. Granieri A, Guglielmucci F, Costanzo A, Caretti V, Schimmenti A. Trauma-Related Dissociation Is Linked With Maladaptive Personality Functioning. Front Psychiatry 2018; 9: 206.

3. Zoroğlu S. Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları: Çocuk ve Ergenlerde Dissosiyatif Bozukluklar. Editör Akay AA, Ercan ES. Ankara, HYB Basım Yayın, 2016, pp.346.

4. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists. Br J Psychiatry 1997; 130: 201-210.

5. Fonagy P. Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook: Attachment and personality pathology. Editör Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO. American Psychiatric Publishing, 2010, pp. 37-87.

6. Fuchshuber J, Hiebler-Ragger M, Kresse A, Kapfhammer HP, Unterrainer HF. The Influence of Attachment Styles and Personality Organization on Emotional Functioning After Childhood Trauma. Front Psychiatry 2019; 10: 643.

7. Belsky J. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications: Interactional and contextual determinants of attachment security. Editör Cassidy J, Shaver PR. New York, The Guilford Press, 2002, pp. 249-264

8. Schore AN. The effect of early relational turama on right brain developmant, affect regulation, and infant mental health, Infant Ment Health J 2001; 22: 201– 69.

9. Woller W, Leichsenring F, Leweke F, Kruse J. Psychodynamic psychotherapy for postraumatic stress disorder related to childhhod abuse – principles for a treatment manual. Bull. Menninger Clin 2012; 76: 69–93.

10. Witt A, Glaesmer H, Jud A, Plener PL, Brahler E, Brown RC. Trends in child maltreatment in Germany: comparison of two representative population-based studies. Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health 2018; 12:24.

11. Schimmenti A. Dissociative experiences and dissociative minds: Exploring a nomological network of dissociative Functioning. J Trauma Dissociation 2016; 17: 338-361.

12. Bromberg PM. Psychoanalysis, dissociation and personality organization reflections on Peter Goldberg's essay. Psychoanalytic Dialogues 1995; 5(3): 511–528.

13. Schimmenti A, Caretti V. Linking the overwhelming with the unbearable: Developmental trauma, dissociation, and the disconnected self. Psychoanalytic Psychology 2016; 33(1): 106–128.

14. Yurdakök K, İnce OT. Duygusal İstismar ve İhmal. Katkı Pediatri Dergisi 2010; 32(5): 537-546.

15. Kong SS, Kang DR, Oh MJ, Kim NH. Attachment insecurity as a mediator of the relationship between childhood trauma and adult dissociation. J Trauma Dissociation 2018; 19:214-231.

16. Cohen LJ, Ardalan F, Tanis T, Halmi W, Galynker I, Von Wyl A, Hengartner MP. Attachment anxiety and avoidance as mediators of the association between childhood maltreatment and adult personality dysfunction. Attachment & Human Development 2017; 19: 58–75.

17. Gušić S, Cardeña E, Bengtsson H, Søndergaard HP. Adolescents' Dissociative Experiences: the Moderating Role of Type of Trauma and Attachment Style. Journal of Child & Adolescent Trauma 2016; 9: 341-351.

18. Ainsworth M, Bowlby J. An Ethological Approach to Personality Development. American Psychologist 1991; 46: 333-341.

19. Dvr Y, Ford JD, Hill M, Frazier JA. Childhood maltreatment, emotional dysregulation and psyhiatric comorbidities. Harv Rev Psychiatry 2014; 22(3): 149-161

20. Sümer N, Oruçlular Y, Çapar T. Bağlanma ve Bağımlılık: Kuramsal Çerçeve ve Derleme 2015; 16(4):192-209.

21.Schore AN. Gelişimsel Nörobiyoloji ve Bağlanma Kuramı Atölye Çalışması Metinleri. Özakkaş T, Çimen E (Çeviri Ed.) İstanbul: İklim Ofset, 2011.

22. Cooke JE, Racine N, Plamondon A, Tough S, Madigan S. Maternal adverse childhood experiences, attachment style, and mental health: Pathways of transmission to child behavior problems. Child Abuse Neglect 2019; 93:27-37.

Methylphenidate treatment in an analgesic dependent adolescent with ADHD

Ayşegül Yolga Tahiroğlu[1], Gonca Gül Çelik[2], Ayse Avci[1], Canan Kuygun Karcı[3]
[1]Prof., [2]Assis. Prof., Çukurova University Medical Faculty Child And Adolescent Psychiatry, Adana, Turkey
https://orcid.org/0000-0002-3039-2864-https://orcid.org/0000-0001-6101-0796-https://orcid.org/0000-0001-5450-4659
[3]M.D., Dr. Ekrem Tok Psychiatry Hospital, Child And Adolescent Psychiatry, Adana, Turkey https://orcid.org/0000-0002-9355-9449

TO THE EDITOR

Substance use disorder (SUD) is more common in the attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) group than in the non-ADHD group. There are many explanations about this topic including complex interactions of genetic and environmental factors such as poor judgment or impulsive behavior in social settings, genetic susceptibility such as DRD2 genes, comorbid conduct disorder, and antisocial disorder (1,2).

Some physicians think that methylphenidate (MPH) abuse is an important risk in the treatment of patients with co-morbid ADHD and SUD. Despite the similarity in pharmacologic effects, the rewarding ability and abuse probability of MPH are significantly lower than with cocaine (3,4). Abuse by oral administration of MPH is rare but episodic use, self-administration via smoking or intravenous use can lead to addiction. MPH has been shown to have more abuse potential by cognitive enhancers than patients with ADHD (5-7). Moreover, recent studies have indicated that MPH treatment in childhood reduces the risk of SUD in adult life in individuals with ADHD (1,8).

Although, it is well known that addictive behaviors are common in ADHD, we found no data about non-narcotic analgesic dependency in the ADHD group in the literature. In this study, we present a non-narcotic analgesic-dependent adolescent with ADHD, and discuss the evaluation and treatment processes.

CASE REPORT

A 13-year-old boy who was a student in the 7th grade with poor academic achievement was brought to our outpatient clinic by his mother. At the first consultation, he reported having only a "simple neck pain." He gave short answers to questions, avoided eye contact, and seemed reluctant to talk about his pain symptoms. He did not mention the analgesic use and related problems. His mother reported the boy's frequent analgesic use. The boy answered the question about analgesic use as, "when I don't take any analgesic drugs, I feel weakness, fatigue, irritability, unwillingness, widespread pain, and concentration difficulties." Moreover, he wanted to stop taking analgesics, he had tried three times but each attempt had failed. He had taken analgesics such as acetaminophen and non-steroidal anti-inflammatory agents several times per day for a year. Although he had taken analgesics two or three times per week initially, it had gradually increased; he is currently taking three or four analgesics per day.

His parents had limited the boy's analgesics use since two or three months because they suspected drug abuse. After that, he began buying drugs from pharmacies, and his parents also prevented this by speaking with all pharmacists nearby. After that, he started to steal analgesics from neighbors' homes and his friends' bags; he had broken the windows and entered the houses of neighbors. When parents talked to the boy about the problem, he denied it and had temper tantrums. His truancy rate increased, despite there being no problems in previous years. His mother said that he had severe

The arrival date of article: 22.10.2020, Acceptance date publication: 11.04.2021

(Turkish J Clinical Psychiatry 2021;24:564-566)
DOI: 10.5505/kpd.2021.23255

hyperactivity, oppositional behavior, and inattention problems, especially at school-related activities. His school achievement had gradually decreased, especially after the 4th grade. Although there had been no problems in social interactions and peer relations previously, he had lost his friends gradually.

He was diagnosed as having ADHD according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IV criteria, and with the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (KSADS-PL). The Stroop Color Word test was applied; this test score also supported the diagnosis of inattention. Blood analgesic concentrations were measured three times during the first examination and in the following two months. The acetaminophen blood concentration was found at the therapeutic concentration at the first examination. OROS-methylphenidate 36 mg/day was given and he was followed up at 1-month intervals for the first three months. After one month, it was reported that he had not taken any analgesics, and his blood test to determine analgesic concentrations was negative. At the third examination, his mother reported that his academic achievement had improved, and he had no craving to take analgesic drugs.

DISCUSSION

There are no currently universally accepted diagnostic criteria for analgesic drug dependency in adolescents. For these reasons, we think that this case may be discussed according to SUD diagnostic criteria (DSM, APA 2013): 1) Tolerance; a need for markedly increased amounts of a substance and/or a diminished effect with continued use of the same amount of the substance. The patient gradually increased taking analgesics from two or three times per week to three or four analgesics per day. 2) Withdrawal; the characteristic withdrawal syndrome for the substance and/or the same or a closely related substance is taken to relieve or avoid withdrawal symptoms. This patient had many symptoms that could be regarded as withdrawal symptoms such as feeling weakness, fatigue, irritability, unwillingness, widespread pain, and concentration difficulties. 3) Amount – Duration; the substance is often taken in larger amounts or over a longer period than intended. For one year, the patient had been using increasing doses of analgesics for the problem he described as “a simple neck pain.” 4) Self-control; there is a persistent desire or unsuccessful efforts to cut down or control substance use. The patient also wanted to stop taking analgesic drugs and his three attempts had failed. 5) Spent time; a great deal of time is spent in activities necessary to obtain the substance, use the substance, or recover from its effects. He had also displayed these typical behaviors by buying drugs from pharmacies, and stealing analgesic drugs from his neighbors’ homes and his friends’ bags. 6) Social; important social, occupational or recreational activities are given up or reduced because of substance use. Similarly, he got away from his friends, he denied use, and had temper tantrums when his parents talked about it.

Analgesic abuse is a major public health problem, for example with analgesic nephropathy with consequent terminal renal failure, peptic ulcus, anemia, hypertension, ischemic heart disease, and psychiatric manifestations. The rates of daily analgesic use were found to be higher among persons with psychiatric disorders. Additionally, the most common psychiatric diagnoses are depression, personality disorders, and SUD among patients with analgesic dependency [9,10].

Several evidence-based guidelines have suggested that stimulants such as MPH should be the first option for treatment of ADHD. However, ADHD treatment studies typically exclude individuals with SUD. Moreover, some physicians avoid using stimulants because of the common prejudice that stimulants may improve the symptoms of ADHD but it may also worsen the SUD (1). The treatment of this patient was planned based on the results of studies that investigated comorbid ADHD and SUD because of the lack of literature data about the treatment of patients with ADHD with analgesic drug dependency. It was reported that long-acting stimulants had lower potential for abuse, providing safe and effective treatment for patients with co-morbid ADHD and SUD (11-13). In the literature, patients with reported cocaine dependence were treated with MPH and there were dra-

matic improvements in abstinence symptoms, cravings, and other behavioral disturbances associated with cocaine abuse (14,15). Our findings support these previous studies; a significant improvement was observed in the patient's ADHD, analgesic drug dependency symptoms such as craving, abstinence symptoms, and his other behavioral problems.

Although addictive disorders are more frequent in ADHD, there are limited data about the treatment and clinical management of these cases. Treatment of ADHD is important in the prevention of psychopathologies and addiction through a patient's lifetime. As we mentioned in our case, MPH can be effective in both symptoms of ADHD and addictive behaviors.

Disclosures

The authors have no conflicts of interest to disclose.

Acknowledgement

None

Correspondence address: M.D., Canan Kuygun Karcı, Dr Ekrem Tok Psychiatry Hospital, Child And Adolescent Psychiatry, Adana, Turkey c_kuy@hotmail.com

REFERENCES

1. Kollins SH. A qualitative review of issues arising in the use of psycho-stimulant medications in patients with ADHD and co-morbid substance use disorders. Curr Med Res Opin 2008;24:1345-1357.

2. Molina BSG, Pelham Jr. WE. Attention-deficit/hyperactivity disorder and risk of substance use disorder: Developmental considerations, potential pathways, and opportunities for research. Annu Rev Clin Psychol 2014;10: 607-639.

3. Volkow DN, Swanson JM. Variables That Affect the Clinical Use and Abuse of Methylphenidate in the Treatment of ADHD. Am J Psychiatry 2003;160:1909–1918.

4. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Ding YS. Imaging the effects of methylphenidate on brain dopamine: new model on its therapeutic actions for attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry 2005;57:1410-1415.

5. Forlini C, Racine E. Disagreements with implications: diverging discourses on the ethics of non-medical use of methylphenidate for performance enhancement. BMC Med Ethics 2009;10:9.

6. Svetlov SL, Kobiessy FH, Gold MS. Performance enhancing, non-prescription use of Ritalin: a comparison with amphetamines and cocaine. J Addict Dis 2007;26:1-6.

7. Maier LJ, Liechti ME, Herzig F, Schaub MP. To dope or not to dope: neuroenhancement with prescription drugs and drugs of abuse among Swiss university students. PLoS One. 2013;8:e77967

8. Wilens TE, Adamson J, Monuteaux MC, Faraone SV, Schillinger M, Westerberg D, Biederman J. Effect of prior stimulant treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder on subsequent risk for cigarette smoking and alcohol and drug use disorders in adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 2008;162:916-21.

9. Abbott FV. What We Don't Know about Over-the-Counter Analgesics. J Psychiatry Neurosci 1997;22:165-168.

10. Magni G, Moreschi C, Rigatti-Luchini S, Merskey H. Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. Pain 1994;56:289-297.

11. Carpentier PJ, de Jong CA, Dijkstra BA, Verbrugge CA, Krabbe PF. A controlled trial of methylphenidate in adults with attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. Addiction 2005;100:1868-1874.

12. Levin FR, Evans SM, Brooks DJ, Garawi F. Treatment of cocaine dependent treatment seekers with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate and placebo. Drug Alcohol Depend 2007;87:20-29.

13. Sembower MA, Ertischek MD, Buchholtz C, Dasgupta N, Schnoll SH. Surveillance of diversion and nonmedical use of extended-release prescription amphetamine and oral methylphenidate in the United States. J Addict Dis 2013;32:26–38.

14. Kantzian EJ, Gawin F, Kleber HD, Riordan CE. Methylphenidate (Ritalin) treatment of cocaine dependence--a preliminary report. J Subst Abuse Treat 1984;1:107-112.

15. Imbert B, Labrune N, Lancon C, Simon N. Use of extended-release methylphenidate (concerta) in treatment of cocaine dependence in a patient presenting with attention deficit hyperactivity disorder. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2014;26:E49–E50.

Ketya XR ve IR formlarıyla

Doğru Rengi Özgürce Seçin

*diğer antidepresan tedavilere cevap alınamayan durumlarda

KETYA FORMÜLÜ: Her bir film tablet etkin madde olarak 25mg, 100 mg, 200 mg ve 300 mg ketiapin, yardımcı madde olarak laktoz monohidrat içerir. **ENDİKASYONLARI:** Şizofreni tedavisinde, bipolar bozuklukların eşlik ettiği manik atakların tedavisinde ve bipolar bozukluktaki orta-ileri derecede şiddette depresif atakların akut (8 hafta) tedavisinde endikedir. **KONTRENDİKASYONLARI:** Ürünün herhangi bir komponentine karşı aşırı duyarlı olan hastalarda kontrendikedir. **UYARILAR / ÖNLEMLER:** Bipolar bozukluk ve şizofrenide intihar girişimi olasılığı yüksek hastalar ilaç tedavisi sırasında yakından izlenmelidir. Antidepresan ilaçların çocuklar ve 24 yaşına kadar olan gençlerdeki kullanımlarının, intihar düşünce ya da davranışlarını arttırma olasılığı bulunmaktadır. Özellikle tedavinin başlangıcı ve ilk aylarında, ilaç dozunun arttırılma/azaltılma ya da kesilme dönemlerinde hastanın yakinen izlenmesi gereklidir. Kardiyovasküler veya serebrovasküler hastalıkları olanlar ya da hipotansiyona zemin hazırlayan diğer koşullarda olan hastalarda, anamnezinde nöbet veya konvülziyon bulunan hastalarda, nöbet eşiğinin düşebileceği durumlarda, özellikle Alzheimer hastaları olmak üzere özafagial dismotilite ve aspirasyon pnömonisi riski bulunan hastalarda dikkatle kullanılmalıdır. Uzun QT sendromu/Torsades de Pointes'e neden olabilir. Bu nedenle tanısı konmuş veya şüpheli konjenital uzamış QT sendromu veya Torsades de Pointes hastalarında kullanılmamalıdır. Deması olan yaşlı hastaların psikozlarında kullanıldığında ölüm riskinde artışa neden olma riski taşımaktadır. Antipsikotik tedavi ve sonrasında tardif diskinezi, nöroleptik malign sendrom riski bulunmaktadır. Ketiapin ile tedavi esnasında katarakt, dislipidemi, transaminaz düzeyinde yükselme, hiperglisemi ve diyabet gelişme riskleri bulunmaktadır. Düzenli göz muayenelerinin yapılması önerilir. Tedavinin dozunun yavaş yavaş azaltılarak sona erdirilmesi önerilir. Laktoz intoleransında gerekli önlemler alınmalıdır. **İLAÇ ETKİLEŞMELERİ VE DİĞER ETKİLEŞMELER:** Santral Sinir Sistemini etkileyen diğer ilaçlarla ve alkolle birlikte dikkatle kullanılmalıdır. Güçlü CYP3A4 inhibitörleri ile birlikte kullanılan ketiapin'in plazma konsantrasyonları önemli ölçüde daha yüksek olabilir. Böyle bir durumda daha düşük Ketya dozları kullanılmalıdır. Yaşlılar ve fiziksel durumu iyi olmayan hastalar başta olmak üzere risk-fayda oranı her hasta için ayrı ayrı değerlendirilmelidir. QTC aralığını uzattığı bilinen diğer ilaçlarla birlikte dikkatle kullanılmalıdır. Tiyoridazin ile birlikte verilmesi, ketiapin klerensinin yükselmesine neden olmuştur. Gebelik ve laktasyon: Gebelik kategorisi: C. Gebelik sırasında yalnızca, beklenen faydalar, doğabilecek risklerden açıkca daha üstün olduğu taktirde kullanılmalıdır. Emziren annelere, Ketya kullandıkları süre boyunca emzirmemeleri önerilmelidir. Araç ve makine kullanımına etkileri: Ketya uyuklamaya neden olabileceğinden hastalar, tehlikeli makinelerin ve motorlu araçların kullanılması konusunda uyarılmalıdır. **YAN ETKİLER/ADVERS ETKİLER:** Uyuklama, baş dönmesi, ağız kuruluğu, hafif asteni, kabızlık, taşikardi, ortostatik hipotansiyon ve dispepsi Ketya kullanımında da semkop, nöroleptik habis sendrom, lökopeni, nötropeni ve periferik ödem eşlik edebilir. Ketiapin tedavisi sırasında çok nadir olarak hiperglisemi veya daha önceden mevcut olan diyabetin alevlenmesi görülmüştür. Diğer antipsikotiklerde olduğu gibi Ketya kullanan hastalarda da daha çok tedavinin ilk haftalarında olmak üzere vücut ağırlığında artış görülebilir. Akut ilaç kesilme reaksiyonları rapor edilmiştir. **KULLANIM ŞEKLİ VE DOZ:** Günde 2 defa aç veya tok karnına alınmalıdır. Şizofreni tedavisinde: Tedavinin ilk 4 gününde toplam günlük 1. gün 50 mg, 2. gün 100 mg ve 4. gün 300 mg'dır.4. günden sonra doz genellikle günde 300-450 mg arasında kalacak şekilde titre edilmelidir. Klinik cevaba ve hastanın toleransına bağlı olarak doz, günde 150-750 mg arasında değişebilir. Bipolar bozukluklara eşlik eden mani ataklarının tedavisinde: Tedavinin ilk 4 gününde alınacak toplam günlük 1. gün 100 mg, 2. gün 200 mg, 3. gün 300 mg ve 4. gün 400 mg'dır, Dozun 6. gün 800 mg'a yükseltilmesi için yapılacak ayarlamalarda günlük artışlar 200 mg'ı aşmamalıdır. Hastanın klinik cevabına ve toleransına bağlı olarak doz, günlük 200-800 mg arasında değişebilir. Etkili doz genellikle günlük 400 mg ile 800 mg arasındadır. Bipolar bozukluğa bağlı depresyon atakların akut tedavisi için: KETYA günde bir kez yatmadan önce alınmalıdır. Önerilen günlük doz 300 mg'dır. Doz ayarlama planı 1-4. günlerde sırasıyla 50, 100, 200 ve 300 mg/gün şeklindedir. Yaşlılarda kullanım: Yaşlılarda, özellikle de başlangıç döneminde dikkatle kullanılmalıdır. Tedaviye günlük 25 mg doz ile başlanmalıdır. Doz, genç hastalarda kullanılan dozdan daha düşük olacak şekilde, günlük 25 ile 50 mg'lık artışlarla etkili doza yükseltilmelidir. Böbrek ve Karaciğer Yetmezliği: Böbrek veya karaciğer yetmezliği olan hastalarda oral klerens yaklaşık %25 azalır. Ketiapin, geniş kapsamlı olarak karaciğerde metabolize edildiğinden, bilinen karaciğer bozukluğu olan hastalarda dikkatle kullanılmalıdır. Böbrek veya karaciğer bozukluğu olan hastalarda tedaviye günde 25 mg ile başlamak gerekir. Daha sonra doz günde 25-50 mg arttırılarak etkili doz bulunur. **DOZ AŞIMI VE TEDAVİSİ:** Doz aşımında bildirilen belirti ve semptomlar genellikle, ilacın bilinen farmakolojik etkilerinin (uyuşukluk, sedasyon, taşikardi ve hipotansiyon) aşırıya kaçması şeklindedir. Ağır zehirlenme vakalarında hastanın aynı anda birkaç farklı ilaç birden almış olabileceği de düşünülmeli ve yoğun bakım uygulanmalıdır. **SAKLAMA KOŞULLARI:** 25°C'nin altında oda sıcaklığında saklanmalıdır. **TİCARİ TAKDİM ŞEKLİ VE AMBALAJ MUHTEVASI:** Ketya 25 mg, 100 mg, 200 mg, 300 mg film tablet, 30 tabletlik blister ambalajlarda. **PERAKENDE SATIŞ FİYATI:** Ketya 25 mg 30 film tablet 34,45 TL. Ketya 100 mg 30 film tablet 60,97 TL, Ketya 200 mg 30 film tablet 101,43 TL, Ketya 300 mg 30 film tablet 148,54 TL (20.02.2021) **RUHSAT TARİHİ ve NO:** 09.11.2009 25 mg-221/68,100 mg-221/69,200 mg-221/70,300 mg-221/71 Prospektüs Onay tarihi: 12.11.2009. **ÜRETİM YERİ:** Abdi İbrahim İlaç Sanayi ve Ticaret A.Ş. Hadımköy/İstanbul. Reçete ile satılır. Daha geniş bilgi için lütfen firmamıza başvurunuz. Abdi İbrahim İlaç Sanayi ve Ticaret A.Ş. Reşitpaşa Mahallesi Eski Büyükdere Caddesi No: 4 P.K. 34467 Maslak/Sarıyer-İstanbul T. +90 212 366 84 00 F. +90 212 276 20 20 www.abdiibrahim.com.tr

KETYA XR FORMÜLÜ: Her bir film tablet etkin madde olarak 50 mg, 200 mg, 300 mg ve 400 mg ketiapin, yardımcı madde olarak laktoz monohidrat ve sodyum klorür içerir. **ENDİKASYONLARI:** Şizofreni tedavisinde ve rekürrenslerin önlemesinde, bipolar bozuklukların eşlik ettiği manik atakların tedavisinde, bipolar bozukluktaki orta-ileri derecede şiddette depresif atakların akut tedavisinde ve rekürrenslerin önlemesinde, majör depresif nöbet tedavisinde diğer antidepresan tedavilere cevap alınamayan durumlarda endikedir. **KONTRENDİKASYONLARI:** Ürünün herhangi bir komponentine karşı aşırı duyarlı olan hastalarda kontrendikedir. **UYARILAR / ÖNLEMLER:** Bipolar bozukluk ve şizofrenide intihar girişimi olasılığı yüksek hastalar ilaç tedavisi sırasında yakından izlenmelidir. Antidepresan ilaçların çocuklar ve 24 yaşına kadar olan gençlerdeki kullanımlarının, intihar düşünce ya da davranışlarını arttırma olasılığı bulunmaktadır. Özellikle tedavinin başlangıcı ve ilk aylarında, ilaç dozunun arttırılma/azaltılma ya da hipotansiyona zemin hazırlayan diğer koşullarda olan hastalarda, anamnezinde nöbet veya konvülziyon bulunan hastalarda, nöbet eşiğinin düşebileceği durumlarda, özellikle Alzheimer hastaları olmak üzere özafagial dismotilite ve aspirasyon pnömonisi riski bulunan hastalarda dikkatle kullanılmalıdır. Uzun QT sendromu/Torsades de Pointes'e neden olabilir. Bu nedenle tanısı konmuş veya şüpheli konjenital uzamış QT sendromu veya Torsades de Pointes hastalarında kullanıldığında ölüm riskinde artışa neden olma riski taşımaktadır. Antipsikotik tedavi ve sonrasında tardif diskinezi, nöroleptik malign sendrom riski bulunmaktadır. Antipsikotik tedavi ve sonrasında tardif diskinezi, nöroleptik malign sendrom riski bulunmaktadır. Ketiapin ile tedavi esnasında katarakt, dislipidemi, transaminaz düzeyinde yükselme, hiperglisemi ve diyabet gelişme riskleri bulunmaktadır. Düzenli göz muayenelerinin yapılması önerilir. Tedavinin dozunun yavaş yavaş azaltılarak sona erdirilmesi önerilir. Laktoz intoleransında gerekli önlemler alınmalıdır. **İLAÇ ETKİLEŞMELERİ VE DİĞER ETKİLEŞMELER:** Santral Sinir Sistemini etkileyen diğer ilaçlarla ve alkolle birlikte dikkatle kullanılmalıdır. Güçlü CYP3A4 inhibitörleri ile birlikte kullanılan ketiapin'in plazma konsantrasyonları önemli ölçüde daha yüksek olabilir. Böyle bir durumda daha düşük Ketya XR dozları kullanılmalıdır. Yaşlılar ve fiziksel durumu iyi olmayan hastalar başta olmak üzere risk-fayda oranı her hasta için ayrı ayrı değerlendirilmelidir. QTC aralığını uzattığı bilinen diğer ilaçlarla birlikte dikkatle kullanılmalıdır. Tiyoridazin ile birlikte verilmesi, ketiapin klerensinin yükselmesine neden olmuştur. **Gebelik ve laktasyon:** Gebelik kategorisi: C. Gebelik sırasında yalnızca, beklenen faydalar, doğabilecek risklerden açıkca daha üstün olduğu taktirde kullanılmalıdır. Emziren annelere, Ketya XR kullandıkları süre boyunca emzirmemeleri önerilmelidir. Araç ve makine kullanımına etkileri: Ketya XR uyuklamaya neden olabileceğinden hastalar, tehlikeli makinelerin ve motorlu araçların kullanılması konusunda uyarılmalıdır. **YAN ETKİLER/ADVERS ETKİLER:** Uyuklama, baş dönmesi, ağız kuruluğu, hafif asteni, kabızlık, taşikardi, ortostatik hipotansiyon ve dispepsi Ketya XR kullanımında da semkop, nöroleptik habis sendrom, lökopeni, nötropeni ve periferik ödem eşlik edebilir. Ketiapin tedavisi sırasında çok nadir olarak hiperglisemi veya daha önceden mevcut olan diyabetin alevlenmesi görülmüştür. Diğer antipsikotiklerde olduğu gibi Ketya XR kullanan hastalarda da daha çok tedavinin ilk haftalarında olmak üzere vücut ağırlığında artış görülebilir. Akut ilaç kesilme reaksiyonları rapor edilmiştir. **KULLANIM ŞEKLİ VE DOZ:** Şizofreni tedavisinde ve bipolar bozukluğa eşlik eden orta - ileri derece mani ataklarının tedavisinde: Ketya XR yemeklerden en az 1 saat önce verilmelidir. Tedavi başlangıcındaki günlük dozlar; birinci gün 300 mg, ikinci gün 600 mg'dır. Önerilen günlük doz 600 mg olmasına rağmen eğer klinik olarak gerekli ise günlük doz 800 mg'a çıkılabilir. Kullanılan doz, alınan klinik yanıta ve hastanın tolerabilitesine bağlı olarak, günde 400-800 mg arasında değişen etkili doz sınırları arasında kalacak şekilde ayarlanmalıdır. Bipolar bozukluğa eşlik eden depresif atakların tedavisinde: Ketya XR yatarken alınmalıdır. Tedavinin ilk 4 gününde alınacak toplam günlük dozlar 1.gün 50 mg, 2. gün 100 mg, 3.gün 200 mg ve 4.gün 300 mg'dır. Önerilen günlük doz 300 mg'dır. Bipolar bozuklukta nükslerin önlenmesi tedavisinde: Akut tedavide Ketya XR'ye cevap vermiş hastalarda, bipolar bozukluğun manik, karma veya depresif ataklardaki rekürrenslerin önlenmesi için, yatmadan önce aynı dozda Ketya XR uygulanmasına devam edilmelidir. Ketya XR dozu, her bir hastanın klinik cevabına ve toleransına bağlı olarak günde 300-800 mg'lık doz aralığında değişebilir. Majör depresif bozukluğun tedavisinde: Ketya XR gece kullanılmalıdır. Başlangıç dozu olarak 1. ve 2. gün 50 mg ile başlanmalı ve 3. ile 4. gün 150 mg'a çıkılmalıdır. Daha sonra her bir hastanın klinik cevabına ve toleransına bağlı olarak 50 ila 300 mg'lık doz aralığında aşağı veya yukarı başka ayarlamalar yapılabilir. Yaşlılarda kullanımı: Yaşlılarda, özellikle de başlangıç döneminde dikkatle kullanılmalıdır. Tedaviye günlük 50 mg doz ile başlanmalıdır. Doz, genç hastalarda kullanılan dozdan daha düşük olacak şekilde, günlük 50 mg'lık artışlarla etkili doza yükseltilmelidir. Böbrek ve Karaciğer Yetmezliği: Böbrek yetmezliği olan hastalarda doz ayarlanmasına ihtiyaç yoktur. Ketiapin, geniş kapsamlı olarak karaciğerde metabolize edildiğinden, bilinen karaciğer bozukluğu olan hastalarda dikkatle kullanılmalıdır. Ciddi karaciğer yetmezliğinde kullanılmamalıdır. Karaciğer bozukluğu olan hastalarda tedaviye günde 50 mg ile başlamak gerekir. Daha sonra doz günde 50 mg arttırılarak etkili doz bulunur. **DOZ AŞIMI VE TEDAVİSİ:** Doz aşımında bildirilen belirti ve semptomlar genellikle, ilacın bilinen farmakolojik etkilerinin (uyuşukluk, sedasyon, taşikardi ve hipotansiyon) aşırıya kaçması şeklindedir. Ağır zehirlenme vakalarında hastanın aynı anda birkaç farklı ilaç birden almış olabileceği de düşünülmeli ve yoğun bakım uygulanmalıdır. SAKLAMA KOŞULLARI: 25°C'nin altında oda sıcaklığında saklanmalıdır. **TİCARİ TAKDİM ŞEKLİ VE AMBALAJ MUHTEVASI:** Ketya XR 50 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg film tablet, 30 tabletlik blister ambalajlarda. **PERAKENDE SATIŞ FİYATI:** Ketya XR 50 mg 30 film tablet 27,48 TL. Ketya XR 200 mg 30 film tablet 70,13 TL, Ketya XR 300 mg 30 film tablet 131,63 TL, Ketya 400 mg 30 film tablet 150,73 TL (20.02.2021) **RUHSAT TARİHİ ve NO:** 02.12.2015 50 mg-2015/908,200 mg-2015/909, 300 mg-2015/906, 400 mg-2015/907 Prospektüs Onay tarihi: 02.12.2015. **ÜRETİM YERİ:** Abdi İbrahim İlaç Sanayi ve Ticaret A.Ş. Hadımköy/İstanbul. Reçete ile satılır. Daha geniş bilgi için lütfen firmamıza başvurunuz. Abdi İbrahim İlaç Sanayi ve Ticaret A.Ş. Reşitpaşa Mahallesi Eski Büyükdere Caddesi No: 4 P.K. 34467 Maslak/Sarıyer-İstanbul T. +90 212 366 84 00 F. +90 212 276 20 20 www.abdiibrahim.com.tr

2021-OHM-KETY-00219-08

ABDİİBRAHİM

ketya Ketiapin

ketyaXR Ketiapin