

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK VE ERGEN  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI

**HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON (HAD)  
ÖLÇEĞİ'NİN  
ERGEN YAŞ GRUBUNDA GEÇERLİK VE  
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

**Dr. Mustafa Can ERKAN**

**UZMANLIK TEZİ**

**İZMİR-2014**

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK VE ERGEN  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI

**HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON (HAD)  
ÖLÇEĞİ'NİN  
ERGEN YAŞ GRUBUNDA GEÇERLİK VE  
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

**Dr. Mustafa Can ERKAN**

**UZMANLIK TEZİ**

***TEZ DANIŞMANI***  
**Prof. Dr. Şahbal ARAS**

## İÇİNDEKİLER

<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	<b>i</b>
<b>GRAFİK LİSTESİ</b> .....	<b>iii</b>
<b>EKLER LİSTESİ</b> .....	<b>iv</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>v</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>vi</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>1</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>5</b>
1.1. Giriş .....	<b>5</b>
1.2. Amaç .....	<b>6</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>8</b>
2.1. Anksiyete Bozuklukları .....	<b>8</b>
2.1.1. Anksiyete Bozukluklarının Tanımı .....	<b>8</b>
2.1.2. Tarihçe ve Sınıflandırma .....	<b>9</b>
2.1.3. Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete Bozuklukları .....	<b>11</b>
2.1.3.1. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu .....	<b>12</b>
2.1.3.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	<b>12</b>
2.1.3.3. Panik Bozukluğu-Agorafobi.....	<b>13</b>
2.1.3.4. Sosyal Fobi .....	<b>13</b>
2.1.3.5. Özgül Fobi .....	<b>14</b>
2.1.3.6. Obsesif Kompulsif Bozukluk .....	<b>15</b>
2.1.3.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu .....	<b>15</b>
2.1.3.8. Akut Stres Bozukluğu.....	<b>16</b>
2.2. Depresif Bozukluklar.....	<b>16</b>
2.2.1. Depresyonun Tanımı .....	<b>16</b>
2.2.2. Tarihçe ve Sınıflandırma .....	<b>17</b>
2.2.3. Çocuk ve Ergenlerde Depresif Bozukluklar .....	<b>20</b>
2.2.4. Depresyon ve Anksiyete Birlikteliği .....	<b>24</b>

<b>2.3. Çocuk ve Ergenlerde Bedensel Hastalıklar ve Psikopatoloji</b> .....	26
<b>2.4. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Depresyon ve Anksiyete Belirtilerinin Değerlendirilmesi</b> .....	27
<b>2.4.1. Psikiyatrik Değerlendirme Ölçekleri</b> .....	27
<b>2.4.2. Ergenlerde Depresyon ve Anksiyete Belirtilerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Psikiyatrik Değerlendirme Ölçekleri</b> .....	28
<b>2.4.2.1. Yapılandırılmış Görüşmeler</b> .....	29
<b>2.4.2.1.1. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) (Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present And Lifetime Version, K-SADS-PL)</b> .....	29
<b>2.4.2.1.2. Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, CY-BOCS)</b> .....	30
<b>2.4.2.1.3. Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) (Children Depression Rating Scale, CDRS)</b> .....	30
<b>2.4.2.2. Kendini-Değerlendirme (Self-Rating) Ölçekleri</b> .....	31
<b>2.4.2.2.1. Achenbach Davranış Değerlendirme Ölçekleri</b> .....	31
<b>2.4.2.2.2. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) (Children's Depression Inventory-CDI)</b> .....	32
<b>2.4.2.2.3. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ) (The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, SCARED)</b> .....	32
<b>2.4.2.2.4. Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) (State-Trait Anxiety Inventory for Children, STAIC)</b> .....	33
<b>2.5. Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeklerinin Özellikleri</b> .....	33
<b>2.5.1. Testin Güvenirliği (Reliability)</b> .....	33
<b>2.5.1.1. İç Tutarlılık (Internal Consistency)</b> .....	33
<b>2.5.1.2. Test-tekrar Test Güvenirliği (Test-Retest Reliability)</b> .....	34
<b>2.5.1.3. Derecelendiriciler Arası Güvenirlik (Inter-Rater Reliability)</b> .....	34
<b>2.5.2. Testin Geçerliği (Validity)</b> .....	34
<b>2.5.2.1. İçerik Geçerliği (Content Validity)</b> .....	34
<b>2.5.2.2. Yapı Geçerliği (Construct Validity)</b> .....	35
<b>2.5.2.3. Faktöryel Geçerlik (Factorial Validity)</b> .....	35
<b>2.5.2.4. Ölçüt Geçerliği (Criterion Validity)</b> .....	35

<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>37</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	37
3.2. Araştırmanın Etik Kurul Onayı .....	37
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	37
3.4. Araştırmanın Çalışma Grubu.....	37
3.4.1. Çalışmaya Alınma Ölçütleri .....	38
3.4.2. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri.....	38
3.5. Veri Toplama Araçları.....	38
3.5.1. Bireysel Değerlendirme Formu .....	38
3.5.2. Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) Ölçeği.....	38
3.5.3. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ).....	40
3.5.4. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) .....	40
3.5.5. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu(ÇDŞG-ŞY) .....	41
3.6. Araştırma Planı ve Takvimi.....	41
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	42
<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>44</b>
4.1. Sosyodemografik Özellikler .....	44
4.1.1. Çalışma Grubundaki Ergenlerin Özellikleri .....	44
4.1.1.1. Yaş .....	44
4.1.1.2. Cinsiyet.....	45
4.1.1.3. Okul Durumu .....	45
4.1.1.4. Okul Başarısı .....	46
4.1.1.5. Geçmiş Dönem Psikiyatrik Başvuru Durumu .....	46
4.1.1.6. Bedensel Hastalık Varlığı.....	47
4.1.2. Çalışma Grubundaki Olguların Ailesel Özellikleri .....	47
4.1.2.1. Aile Özelliği .....	47
4.1.2.2. Ebeveyn Eğitim Durumu .....	48
4.1.2.3. Ebeveyn Mesleği .....	48
4.1.2.4. Ailedeki Çocuk Sayısı .....	49
4.1.2.5. Aile Gelir Durumu.....	50

4.2. ÇDŞG-ŞY Değerlendirmesi Sonucunda Saptanan Tanılar .....	50
4.3. HAD Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları.....	52
4.3.1. HADÖ'nün Güvenirlik Bulguları.....	52
4.3.1.1. İç Tutarlılık.....	52
4.3.1.2. Test-Tekrar Test Değerlendirmesi.....	54
4.3.2. HADÖ'nün Geçerlik Bulguları .....	55
4.3.2.1. Yapı Geçerliği .....	55
4.3.2.2. Ölçüt Geçerliği .....	58
4.3.2.3. Ayırt Edici Geçerlik .....	59
4.3.3. HADÖ, ÇATÖ ve ÇDÖ Puanlarının ÇDŞG-ŞY Değerlendirmesiyle Saptanan Anksiyete Bozukluklarını ve Depresif Bozuklukları Öngörmedeki Gücünün ROC Eğrisi Kullanılarak Karşılaştırılması .....	60
4.3.3.1. HADÖ Anksiyete Alt Ölçeği ve ÇATÖ Puanları .....	60
4.3.3.2. HADÖ Depresyon Alt ölçeği ve ÇDÖ Puanları.....	62
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>65</b>
5.1. Çalışma Grubunun Özellikleri.....	66
5.2. HADÖ Güvenirlik Değerlendirmesi.....	67
5.2.1. İç Tutarlılık Değerlendirmesi .....	67
5.2.1.1. Cronbach $\alpha$ Değerleri .....	67
5.2.1.2. Yarıya Bölme Güvenirliği .....	68
5.2.1.3. İç Tutarlılık Değerleri Açısından HADÖ Alt Ölçek Maddelerinin İncelenmesi.....	68
5.2.2. Test-Tekrar Test Güvenirliği.....	69
5.3. HADÖ Geçerlik Değerlendirmesi .....	70
5.3.1. Yapı Geçerliği Değerlendirmesi.....	70
5.3.2. HADÖ Ölçüt Geçerliği.....	74
5.3.3. HADÖ Ayırt Edici Geçerliği.....	75
5.4. ROC Analizi ve Kesme Puanı .....	75
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>78</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>83</b>
<b>8. EKLER .....</b>	<b>94</b>

## TABLO LİSTESİ

- Tablo-1:** Çalışma grubundaki ergenlerin yaş dağılımı ve yaş ortalamaları
- Tablo-2:** Çalışma grubundaki ergenlerin cinsiyet dağılımı
- Tablo-3:** Çalışma grubundaki ergenlerin sınıflara dağılımı
- Tablo-4:** Çalışma grubundaki ergenlerin okul başarısı
- Tablo-5:** Çalışma grubundaki ergenlerin geçmiş psikiyatrik başvuruları
- Tablo-6:** Çalışma grubundaki ergenlerde bedensel hastalık varlığı
- Tablo-7:** Çalışma grubundaki ergenlerin yaşadıkları ailenin özellikleri
- Tablo-8:** Çalışma grubundaki ergenlerin ebeveynlerinin eğitim durumu
- Tablo-9:** Çalışma grubundaki ergenlerin ebeveynlerinin meslekleri
- Tablo-10:** Çalışma grubundaki ergenlerin ailelerindeki çocuk sayıları
- Tablo-11:** Çalışma grubundaki ergenlerin aile gelir durumu
- Tablo-12:** Hastaların ÇDŞG-ŞY değerlendirmesi sonucunda saptanan tanıları
- Tablo-13:** Hastaların ÇDŞG-ŞY değerlendirmesi sonucunda saptanan tanı grupları
- Tablo-14:** Ayaktan ve yatan hastaların ÇATÖ, ÇDÖ VE HADÖ verileri
- Tablo-15:** Hasta grubuna uygulanan HADÖ'nün iç tutarlılık değerleri
- Tablo-16:** Hasta grubuna uygulanan HADÖ Anksiyete alt ölçeğinin iç tutarlılık ve madde toplam korelasyonları
- Tablo-17:** Hasta grubuna uygulanan HADÖ Depresyon alt ölçeğinin iç tutarlılık ve madde toplam korelasyonları
- Tablo-18:** Öğrenci grubuna uygulanan HADÖ Anksiyete alt ölçeği toplam puanları test-tekrar test korelasyonu
- Tablo-19:** Öğrenci grubuna uygulanan HADÖ Depresyon alt ölçeği toplam puanları test-tekrar test korelasyonu
- Tablo-20:** HADÖ maddeleri test-tekrar test korelasyonu
- Tablo-21:** Hasta grubuna uygulanan HAD Ölçeği faktör yükleri
- Tablo-22:** Maddeler arası korelasyon tablosu
- Tablo-23:** HADÖ Anksiyete alt ölçeği toplam puanları ile ÇATÖ toplam puanlarının korelasyonu
- Tablo-24:** Anksiyete alt ölçek maddeleri ile ÇATÖ toplam puanlarının korelasyonu

- Tablo-25:** HADÖ Depresyon alt ölçeği toplam puanları ile ÇDÖ toplam puanlarının korelasyonu
- Tablo-26:** Depresyon alt ölçek maddeleri ile ÇDÖ toplam puanlarının korelasyonu
- Tablo-27:** Anksiyete Bozukluğu tanısı alanlar ile herhangi bir psikopatolojisi olmayanların HADÖ Anksiyete alt ölçeği puanlarının karşılaştırılması
- Tablo-28:** Depresif Bozukluk tanısı alanlar ile herhangi bir psikopatolojisi olmayanların HADÖ Depresyon alt ölçeği puanlarının karşılaştırılması
- Tablo-29:** HADÖ Anksiyete alt ölçeğinin kesme puanlarına göre duyarlık ve özgülük değerleri.
- Tablo-30:** HADÖ Depresyon Alt Ölçeğinin kesme puanlarına göre duyarlık ve özgülük değerleri



## GRAFİK LİSTESİ

**Grafik-1:** ‘Anksiyete bozukluğu’ tanısını öngörmeye HADÖ Anksiyete alt ölçeği ve ÇATÖ puanlarının gücü

**Grafik-2:** ‘Depresif bozukluk’ tanısını öngörmeye HADÖ Depresyon alt ölçeği ve ÇDÖ puanlarının gücü

## **EKLER LİSTESİ**

**Ek-1:**Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

**Ek-2:** Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

**Ek-3:** Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ)

**Ek-4:** Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

**Ek-5:** Bireysel Değerlendirme Formu

**Ek 6:** Etik Kurul Onayı

## KISALTMALAR

- AAB:** Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu
- Ark.** Arkadaşları
- ASB:** Akut Stres Bozukluğu
- CDI:** Children's Depression Inventory
- ÇDÖ:** Çocuklar için Depresyon Ölçeği
- ÇATÖ:** Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği
- ÇERSAH AD:** Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
- ÇDGŞG-ŞY:** Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi- Şimdi ve yaşam boyu versiyonu
- DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
- DEÜTF:** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
- DSM-IV:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı)
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- HADÖ:** Hastane Anksiyete ve Depresyon Alt Ölçeği
- HAD Ölçeği:** Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
- HADÖ-A:** Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği- Anksiyete Alt ölçeği
- HADÖ-D:** Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği- Depresyon Alt ölçeği
- OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk
- ÖF:** Özgül Fobi
- ROC:** Receiver Operating Characteristic
- SCARED:** The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders
- SF:** Sosyal Fobi
- SPSS:** The Statistical Package for Social Sciences
- TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- TL:** Türk Lirası
- YAB:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu

## TEŞEKKÜR

*Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca her zaman örnek aldığım, bilgisini ve deneyimlerini istek ve özveriyle paylaşan, desteğini hep yanımda hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Süha Miral'e, Prof. Dr. Aynur Akay'a ve tez çalışmam sırasında tüm aşamalarda gösterdiği yoğun destek ve yardımları için tez danışmanım Prof. Dr. Şahbal ARAS'a,*

*Uzmanlık eğitimime katkıda bulunan değerli hocalarım, Doç. Dr. Neslihan Emiroğlu, Doç. Dr. Özlem Gencer, Doç. Dr. Taner Güvenir, Doç. Dr. Aylin Özbek, Doç. Dr. Burak Baykara, Doç. Dr. Fatma Varol Taş'a ve bölümümüzün kurucusu değerli hocam Prof. Dr. Ayşen Baykara'ya,*

*Asistanlığım boyunca beraber çalışıp her zaman desteklerini aldığım değerli meslektaşlarım Burcu, Sibel, Handan, Sevay, Fatma, Ceren, Canem, Damla, Dilay, Gonca, Yusuf, Eyaz, Enver, Murat Kaçar, Murat Eyüpoğlu, Ferhat, Deniz, Burçin, Barış, Gözde, Önder, Merve, Pelin, Ayça, Didem, Begüm, Mert, Aybüke, Bari, Berrin, Seçil, Serkan, Cansu ve diğer asistan arkadaşlarıma,*

*Psikiyatri rotasyonum sırasında destekleri ve yardımlarını esirgemeyen hocalarım Prof. Dr. Zeliha Tunca, Prof. Dr. Can Cimilli, Prof. Dr. Tunç Alkın, Prof. Dr. Köksal Alptekin, Prof. Dr. Ayşegül Özerdem, Prof. Dr. Beyazıt Yemez, Prof. Dr. Yıldız Akvardar, Prof. Dr. Ayşegül Yıldız, Prof. Dr. Berna Binnur Akdede, Prof. Dr. Elif Onur Aysevener, Doç. Dr. Halis Ulaş'a ve psikiyatri rotasyonunda beraber çalışma şansı yakaladığım Mehmet Kavurma, Burcu, Selim, Ece, Onur ve diğer asistan arkadaşlarıma,*

*Bu tez projesine katılımı ve istatistiksel değerlendirme sırasındaki yardımları için Prof. Dr. Yücel Demiral'a,*

*Çocuk nörolojisi rotasyonum boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Semra Kurul ve Doç. Dr. Uluç Yiş'e ayrıca tüm pediatri uzman ve asistanlarına,*

*Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım Özel Eğitim Uzmanı Aysu Eroğlu, Çocuk Gelişim Uzmanı Oya Kasapçı, Uzman Psikolog Lalecan İşcanlı, Uzm. Psikolog Esmahan Orçin, Psikolog Ümit Şahin, Sorumlu Hemşire Emel Çevrim, Psikolog Özge Karakuş, Hemşire arkadaşlarım Gülcan, Zeynep, Aysel, Nurgül ve Derya, anabilim dalı sekreterlerimiz Naciye Özegemen ve Duygu Çalışkan'a, poliklinik sekreterimiz Selcan Uluçay'a, servis sekreterimiz Gülçin Algüller'e, arşiv sorumlumuz Mehmet Havare ve Ozan Şakar'a ve tüm personele,*

*Son olarak da beni bugünlere getiren, benden desteklerini hiç esirgemeyen anneme, babama ve kardeşime; bu tez süreci içindeki sınırsız fedakârlıkları ve destekleri için canım kızım Bade, canım eşim Dr. Ayten Erkan ve eşimin ailesine sonsuz,*

**TEŞEKKÜR EDERİM...**

**Mustafa Can ERKAN**

## ÖZET

### HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON (HAD) ÖLÇEĞİ'NİN ERGEN YAŞ GRUBUNDA GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

**Dr. Mustafa Can Erkan**

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı  
E-posta: mustafacanerkan@hotmail.com

**Amaç:** Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), Zigmond ve Snaith (1983) tarafından psikiyatri dışındaki hastane kliniklerindeki hastalarda anksiyete bozuklukları ve depresyon olgularını saptamak için geliştirilmiştir. Kısa ve puanlaması kolay olan HADÖ, yetişkinlerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada depresyon ve anksiyete belirtilerinin taranmasında kullanılabilen bir gereç olan HADÖ Türkçe formunun ergenlerde geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu çalışma, HADÖ Türkçe formunun 12-17 yaş grubunda geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesine yönelik metodolojik bir araştırmadır. Çalışma grubu, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı Polikliniğine başvuran 92 ayaktan hasta ve DEÜTF Hastanesi'nin çeşitli servislerinde yatarak tedavi görmekte olan 45 hasta ile yaz spor okullarından ulaşılan 106 öğrenci olmak üzere toplam 243 ergenden oluşmaktadır. Hasta grubunu oluşturan ergenler ve ebeveyn(ler)ine Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) uygulanmıştır. ÇDŞG-ŞY klinik görüşmesi yapılmış olan hastalara, araştırmacılar tarafından hazırlanan Bireysel Değerlendirme Formu, HADÖ, Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ) ve Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) uygulanmıştır. Öğrencilere ise Bireysel Değerlendirme Formu, HADÖ uygulanmış ve iki hafta sonra, aynı gruptan ulaşılan 106 ergene HADÖ tekrar uygulanmıştır.

**Bulgular:** HADÖ'nün geçerlik ve güvenilirlik değerlendirmesindeki tüm analizler, test-retest güvenilirliği dışında, hasta grubunun HADÖ verileri kullanılarak yapılmıştır. Çalışma grubunun %53.1'inin kız, %46.9'unun erkek olduğu ve olguların ortalama yaşlarının  $14.8 \pm 1.5$  olduğu saptanmıştır. HADÖ'nün ergenlerde güvenilirlik değerlendirilmesi, ölçeği

oluşturan maddeler arasındaki ilişkinin (iç tutarlılık) ve test tekrar test güvenilirliğinin incelenmesi ile yapılmıştır. HADÖ formunun iç tutarlılığı Cronbach  $\alpha$ , yarıya bölme katsayısı, madde toplam korelasyon değeri ve madde yok sayıldığında Cronbach  $\alpha$  değeri hesaplanarak belirlenmiştir. Cronbach  $\alpha$  değeri HADÖ Anksiyete alt ölçeği için 0.818 ve HADÖ Depresyon alt ölçeği için 0.793; Gutman Split-Half yarıya bölme katsayısı HADÖ Anksiyete alt ölçeği için 0.793, HADÖ Depresyon alt ölçeği için 0.763 olarak saptanmıştır. Test-tekrar test güvenilirliği için hesaplanan Pearson korelasyon katsayısı HADÖ Anksiyete alt ölçeği için 0.816 ve HADÖ Depresyon alt ölçeği için 0.682 olarak bulunmuştur. HADÖ'nün ergenlerde geçerlik değerlendirmesi, faktör analizi, maddelerin birbirleriyle korelasyonu, ÇDÖ ve ÇATÖ ile korelasyonları, özgüllük ve duyarlık ölçümleri ile yapılmıştır. Kesme puanının belirlenmesi için ROC analizi yapılmıştır. Yapı geçerliği için yapılan faktör analizinde, toplam varyansların %57'sini açıklayan üç bileşenli bir yapı elde edilmiştir. Ölçüt geçerliğini değerlendirmek amacıyla aynı görüşmede uygulanan HADÖ Anksiyete alt ölçeği ile ÇATÖ arasındaki Pearson korelasyon katsayısı 0.681 ve HADÖ Depresyon alt ölçeği ile ÇDÖ arasındaki Pearson korelasyon katsayısı 0.778 bulunmuştur. Ayırt edici geçerlik açısından ÇDŞG-ŞY değerlendirmesi sonucunda Anksiyete bozukluğu tanısı olanlar (n=46) veya Depresif bozukluk tanısı olanlar (n=37) ile aktif psikopatolojisi olmayanlar (n=49) karşılaştırıldığında, alt ölçek toplam puanları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. HADÖ kesme puanının değerlendirilmesi amacıyla yapılan ROC eğrisinde HADÖ Anksiyete alt ölçeği için eğri altında kalan alan 0.870, HADÖ Depresyon alt ölçeği için 0.813 olarak bulunmuştur. ROC analizinden elde edilen duyarlık ve özgüllük değerleri arasından HADÖ Anksiyete alt ölçeği kesme noktasına en uygun duyarlık (0.804) ve özgüllük (0.816) değerleri 7.5 puan için ve HADÖ Depresyon alt ölçeği kesme noktasına en uygun duyarlık (0.757) ve özgüllük (0.755) değerleri 5.5 puan için belirlenmiştir

**Sonuç:** Bu çalışmada HADÖ'nün geçerlik ve güvenilirlik özellikleri değerlendirilmiş ve HADÖ Türkçe formunun ergenlerde iyi düzeyde geçerli ve güvenilir bir gereç olduğunu destekleyen bulgulara ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), geçerlik ve güvenilirlik, çocuklarda anksiyete bozukluğu, çocuklarda depresif bozukluk.

## ABSTRACT

### ASSESSMENT OF VALIDITY AND RELIABILITY OF HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION (HAD) SCALE IN ADOLESCENTS

**Dr. Mustafa Can Erkan**

Dokuz Eylül University Faculty of Medicine Child and Adolescent Psychiatry Department

E-mail: mustafacanerkan@hotmail.com

**Aim:** Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was originally developed by Zigmond and Snaith (1983) determine the patients with anxiety disorders depression in other hospital clinics except psychiatry. HADS, which is short and easy to score, is commonly used for adults. In this study we aim to evaluate the validity and reliability of HADS Turkish Form for adolescents, which can be used to screen depression and anxiety symptoms.

**Method:** This study is a methodological research aimed towards evaluating the validity and reliability of HADS Turkish Form in ages between 12 and 17. Sample group consists of 243 adolescents; 92 of which are the patients who were referred to Child and Adolescent Psychiatry out-patient unit, 45 of being treated as an in-patient in other departments of Dokuz Eylül University Medical Faculty Hospital, and 106 of which are contacted from summer sport schools. Adolescents and their parent(s) were given Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). Patients, whose K-SADS-PL clinical evaluation was done, then were given Personal Evaluation Form, HADS, Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) and Children's Depression Inventory (CDI). Student group was given Personal Evaluation Form and HADS then two weeks later, 106 adolescents from this group was given HADS for the second time.

**Results:** All analysis in assessment of validity and reliability of HADS except test-retest reliability was done by using patient's HADS data. Of the adolescents in the study group, %53.1 was girl and %46.9 was boy. The mean age of adolescents in the study group was 14.8  $\pm$ 1.5. Evaluation of reliability of HADS was done by analysing the correlations between different items on the same test (internal consistency) and test-retest reliability. Internal



consistency of HADS was determined by evaluating Cronbach  $\alpha$ , Split - Half Reliability co-efficient, total item correlation value and Cronbach  $\alpha$  when item is ignored. We found that Cronbach  $\alpha$  value for HADS Anxiety sub-scale is 0.818 and for Depression sub-scale is 0.793; Gutman Split-Half co-efficient for HADS Anxiety sub-scale is 0.793 and for Depression sub-scale is 0.763. Pearson Correlation co-efficient, which is calculated to determine test-retest reliability, is 0.816 for HADS Anxiety sub-scale and 0.682 for HADS Depression sub-scale. Evaluation of validity of HADS in adolescents was done by factor analysis, analysing the correlation between items, analysing the correlation with SCARED and CDI, and sensitivity/specificity calculations. ROC analysis was done to determine a cut-off value. In the factor analysis of construct validity; a construct with three components which define 57% of the total variants. To determine the criterion validity; Pearson Correlation co-efficient between HADS Anxiety sub-scale and SCARED was found 0,681 and Pearson Correlation co-efficient between HADS Depression sub-scale and CDI was found 0,778. Regarding the discriminant validity, when we compared the individuals who are diagnosed with anxiety disorder (n=46) or depressive disorder (n=37) using K-SADS-PL and individuals with no active psychopathology (n=49); we found that there is a significant difference between their sub-scale scores. In the ROC analysis to determine the cut-off value for HADS, area under the curve for HADS Anxiety sub-scale was found 0.870 and area under curve for HADS Depression sub-scale was found 0.813. Between the sensitivity and specificity values gathered from ROC analysis, most suitable sensitivity (0.804) and specificity (0.816) values for HADS Anxiety sub-scale were determined for 7.5 points and most suitable sensitivity (0.757) and specificity (0.755) values for HADS Depression sub-scale were determined for 5.5 points.

**Conclusion:** In this study validity and reliability properties of HADS were evaluated and results, which support HADS Turkish form has good level of validity and reliability in adolescents, were found.

**Keywords:** Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), validity and reliability, anxiety disorders in children, depressive disorders in children

## **1. GİRİŞ ve AMAC**

### **1.1. GİRİŞ**

Epidemiyolojik araştırmalar, çocuklarda ruhsal bozuklukların yaygınlığının yaklaşık %20 olduğunu, çocukların %4-6'sının belirgin ruhsal bozuklukları için klinik müdahale gerektirdiğini göstermektedir (1). Toplumda ruhsal bozukluğu olan çocukların yaklaşık %60'ında birden fazla ruhsal bozukluğun bir arada bulunduğu bildirilmektedir (2). Topluma dayalı araştırmalarda, çocuklarda saptanan tanıların başında anksiyete ve depresyon gibi emosyonel sorunlar ile dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları gelmektedir (3, 4). Çocuklardaki ruhsal bozuklukların tedavisiz kalması durumunda yetişkinlikte psikopatoloji (5), eğitsel ve mesleki kayıplar ve psikososyal gelişime etkiler (6) belirginleşmektedir. Ruhsal sağlık sorunu olan çocukların sorunlu yetişkinler olma olasılığı fazla olduğundan, çocuklardaki ruhsal bozuklukların erken dönemde uygun şekilde tedavi edilmesi büyük önem taşımaktadır (7).

Çocuklarda hastanede yatarak tedavi çoğunlukla gelip geçici sorunlar için uygulanırken, tüm çocukların %2-3'ünün hastalığı büyüme, gelişme, okul başarısı veya sosyal ilişkileri etkileyecek kadar şiddetlidir (8). Çocuklukta kronik bedensel hastalığın olmasının, daha sonra ruhsal bozukluk ortaya çıkması açısından önemli bir risk etkeni olduğu bildirilmektedir (9). Ruhsal sorunlar sadece hastalık sürecinde değil, yıllar sonra, ergenlikte ve yetişkinlikte de ortaya çıkabilmektedir (10). Ayaktan pediatri muayenelerinin yarısı davranışsal, psikososyal ve eğitimsel sorunları içerdiği halde (11), bunların çoğunun hekimler tarafından farkına varılmayan 'saklı' hastalıklar olarak kaldığı bildirilmektedir (12). Benzer şekilde, yatarak tedavi gören hastaların 1/3-2/3'ü ruhsal sorunlarla uğraşırken (13) pediatrik grupta psikiyatri konsültasyonu ortalamasının %2'de kalması, fiziksel hastalığı olan birçok çocukta psikiyatrik bozuklukların atlandığını düşündürmektedir (14). Konsültasyonu istenen olguların daha çok okul çağı ve ergenlikte olduğu bildirilmektedir (14).

Akut bedensel hastalıklar ve hastane yatışlarının daha çok anksiyeteye, kronik bedensel hastalıkların ise olumsuz beden algısı ve düşük benlik saygısına yol açtığı bildirilmektedir (15). Bedensel hastalığı olan ergenlerde tedavi uyum sorunları, ebeveynlerle çatışma, regresif davranışlar ve depresyon sık görülmektedir (14). Giderek daha fazla oranda görülen bu sorunların tanınmasına ve saptanmasına yönelik sağlık hizmetlerine olan gereksinim

artmaktadır (16). Bedensel hastalığı olan veya sağlıklı ergenlerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin saptanmasına yönelik uygulamalar koruyucu ve tedavi edici girişimlerin planlanması açısından önemlidir.

## 1.2. AMAÇ

Ruhsal bozuklukları saptama amacıyla belli belirtileri değerlendiren birçok kısa ölçek geliştirilmiştir. Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği, Zigmond ve Snaith (1983) tarafından psikiyatri dışındaki hastane kliniklerindeki hastalarda anksiyete bozukluklarını ve depresyon olgularını belirlemek için geliştirilmiştir (17). Doldurulması ve puanlaması kolay olan HAD Ölçeği, yetişkinlerde yaygın olarak kullanılmaktadır (18). HAD Ölçeği'nin kullanıldığı 747 araştırmanın gözden geçirildiği bir makalede, bedensel, psikiyatrik ve birinci basamak hasta gruplarında ve genel toplumda HAD Ölçeği'nin anksiyete bozuklukları ve depresyon olgularını ve belirti şiddetini belirlemede başarılı olduğu saptanmıştır (17). HAD Ölçeği Depresyon alt ölçeğinin ergenlerdeki major depresif bozukluğu tarama amacıyla kullanıldığı bildirilmektedir. İngiltere'de yapılan bir araştırmada, HAD Ölçeği'nin psikometrik özellikleri ve kısalığı dolayısıyla ergenlerde depresif bozuklukları ve anksiyete bozukluklarını tarama için ve klinik koşullarında yararlı bir gereç olarak kullanılabilmesi belirtilmiştir (18). HAD Ölçeği Türkçe formunun yetişkin yaş grubunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması ilk olarak Aydemir ve ark. tarafından yapılmıştır (19). HADÖ'nün ikinci bir Türkçe geçerlik ve güvenilirlik değerlendirmesi tıpta uzmanlık tezi olarak Özer tarafından 1998'de yapılmıştır (20). Ancak, HAD Ölçeği'nin Türkçe formunun ergen yaş grubunda değerlendirilmesine ilişkin araştırmalara ulaşılamamıştır.

### **Bu çalışmada amaç:**

Bu çalışmada depresyon ve anksiyete belirtilerinin taranmasında kullanılacak bir gereç olan HAD Ölçeği Türkçe formunun 12-17 yaş grubunda geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla aşağıdaki değerlendirmelerin yapılması planlanmıştır:

- 1) Polikliniğe başvuran ve yatan hastalara HAD Ölçeği uygulanarak;
  - a. İç tutarlılık katsayılarının belirlenmesi,
  - b. Faktör analizi ile yapı geçerliği değerlendirmesi,

- c. HAD Ölçeğinin Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) ve Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ) ile korelasyonlarının (ölçüt geçerliği) belirlenmesi,
  - d. HAD Ölçeği'nin Anksiyete bozukluğu ve Depresif bozukluk tanısı alanlar ile aktif psikopatolojisi olmayanlar arasında ayırt ediciliğinin (ayırt edici geçerlik) değerlendirilmesi,
  - e. ROC (*Receiver Operating Characteristic*) analizi ile HAD Ölçeği için kesme puanı, duyarlık ve özgüllük değerlendirmeleri.
- 2) Öğrencilere HAD Ölçeği uygulanarak; test-tekrar test güvenilirliğinin araştırılması.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI**

#### **2.1.1. Anksiyete Bozukluklarının Tanımı**

Anksiyete bozuklukları, ortak özellikleri aşırı anksiyete, korku ve ilişkili davranış sorunları olan bozukluklardır (21). Korku ve anksiyete iki ana olumsuz emosyondur. Emosyon, organizmayı harekete geçiren belirgin bir uyaran algılamasıyla bağlantılı bir beyin durumu olarak tanımlanmaktadır. Harekete geçiren uyaran organizmanın ulaşmak isteyeceği ödüller veya kaçınacağı cezalar şeklinde olabilir (22). Korku, gerçek veya algılanan yakın tehlide karşı emosyonel yanıt olarak, anksiyete ise gelecek tehdit beklentisi şeklinde yaşanır. Örtüşebilen korku ve anksiyete durumlarının ayrılan yönleri vardır: savaş ya da kaç için gerekli otonomik uyarılma dalgaları, yakın tehlike düşünceleri ve kaçma davranışları daha çok korkuyla; kas gerginliği ve gelecek tehlikeye hazırlık için uyanıklık ve dikkatli/kaçıngan davranışlar ise anksiyeteye ilişkilidir. Bazen kaçınma davranışları anksiyete veya korkuyu azaltır. Panik atak, başka bozukluklarda da görülebilmekle birlikte başlıca anksiyete bozukluklarında olabilen özel bir tür korku yanıtıdır. Anksiyete, korku ve kaçınma davranışlarını oluşturan nesne ve durumlara ve ilişkili bilişsel süreçlere göre, anksiyete bozuklukları birbirinden ayrılırlar. Anksiyete bozuklukları, gelişimsel dönemi aşan düzeyde aşırı ve ısrarlı olmalarıyla normal gelişimsel anksiyete ve korkudan, ısrarlı olmalarıyla da çoğu kez stresle bağlantılı olan geçici anksiyeten ayırt edilebilir (21). Uyarının şiddeti ile ortaya çıkan anksiyetenin orantılı olmaması, anksiyetenin zamanla azalmak yerine değişmemesi ya da şiddetlenmesi, ağırlıklı olarak anksiyetenin fiziksel belirtilerinin klinik tabloya hâkim olması, anksiyeteye katlanılamaması ve işlevselliğin bozulması, anksiyetenin patolojik olduğunu gösterir. Anksiyete giderek kişinin meslek ve aile yaşantısını etkilemeye, kişilerarası ilişkilerini bozmaya, gün içinde sık sık ortaya çıkıp günün büyük bir kısmını kaplamaya başlar; kişi bu durumu kontrol edemez ve başa çıkamaz. Bu durumda huzursuzluk, gerginlik, tedirginlik, sıkıntı, daralma, çabuk yorulma, odaklanma güçlüğü, kolay irkilme ve tetikte olmanın yanı sıra psikosomatik rahatsızlıklar (baş ağrısı, baş dönmesi, kulak çınlaması, ağız kuruluğu, çarpıntı, nefes darlığı, çeşitli ağrılar, kas güçsüzlüğü, yorgunluk ve gastrointestinal yakınmalar) ortaya çıkabilir. (23). Anksiyete bozukluklarının çoğu çocuklukta başlar ve tedavi edilmezse sürme eğilimindedir. Kadın/Erkek oranı yaklaşık 2/1 olarak bildirilmektedir (21).

### 2.1.2. Tarihçe ve Tanısal Sınıflandırma

Günümüzde anksiyete teriminin psikoanalitik kuramdan sinirbilim araştırmalarına ve bilişsel-davranışçı görüşlere kadar temel bir rolü vardır (22). İnsanlık tarihiyle yaşıt olan bu kavram, ilk olarak “nevroz” kelimesi ile bilimsel yayınlara girmiştir. 19. yüzyılda Kretschmer, Kraepelin ve Bleuler nevrozları psikozların minör hali olarak belirtmişlerdir. Kierkegard, anksiyeteyi özgürlük ve suçluluk bilincinden kaynaklanan, hiçlik ve var olmama korkusuyla oluşan bir duygu ve bu nedenle insan ruhunun ulaşacağı doğal bir sonuç olarak belirttiği yorumuyla varoluşçu akımın konuya yaklaşımını sergilemiştir. (24). Freud, Anksiyete Nevrozu kavramını, anksiyeteye birlikte kronik yorgunluk sendromu belirtilerini de içeren Nevrasteniden ayırmıştır. Başlangıçta, anksiyetenin ya yetersiz cinsel aktivite ya da bastırmanın sonucu olan inhibisyon dolayısıyla boşalamayan cinsel libidodan kaynaklandığını belirtirken, daha sonra kuramını değiştirerek anksiyetenin, algılanan iç veya dış tehlikeye yanıtta oluşan korku ile yakından ilişkili olduğunu ileri sürmüştür. İşlevlerinden biri tehlike durumlarını tahmin etmek ve aşmak olan egoya odaklanmıştır. Dönemin etkili etiyolojik kuramı olarak Freud’un ego psikolojisi modeli DSM’lerin (Diagnostic and Statistical Manual of Manual of Mental Disorders-Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) ilk basımındaki ‘Psikonevrotik Bozukluklar’ başlığının içeriğini etkilemiştir. Psikanalitik kuramın nedenselliğine dayanan bu yaklaşımı, DSM-III’te (1980) yerini kuramlara dayanmayan tanımlayıcı yaklaşıma bırakmıştır. DSM-I’de ‘Psikonevrotik Bozukluklar’ başlığı altında Anksiyete Reaksiyonu, Dissosiyatif Reaksiyon, Konversiyon Reaksiyonu, Fobik Reaksiyon, Obsesif-Kompulsif Reaksiyon ve Depresif Reaksiyon ve Psikonevrotik Reaksiyon, Diğer tanımlanmıştır. DSM-II’de anksiyete bozukluklarını içeren ‘Nevrozlar’ başlığının yanı sıra yeni eklenen ‘Çocukluk ve Ergenliğin Davranış Bozuklukları’ başlığı altında Çocukluk ve Ergenliğin Geri Çekilme Reaksiyonu ve Çocukluk ve Ergenliğin Aşırı Anksiyete Reaksiyonu yer almaktadır (25). DSM-III’te ‘Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlikte Görülen Bozukluklar’ başlığı altında (25) ve DSM-III-R’de (1987) ‘Çocukluk ya da Ergenlikteki Anksiyete Bozuklukları’ başlığı altında Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (AAB), Aşırı-Anksiyete Duyma Bozukluğu ve Çocukluk ya da Ergenlikteki Çekinme Bozukluğu tanımlanmıştır (26). DSM-IV (1994) sınıflandırmasına göre ‘Anksiyete Bozuklukları’ başlığı altında tanımlanan bozukluklar (27):

- Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu (AOPB)
- Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu (ABPB)
- Panik Bozukluğu Öyküsü Olmadan Agorafobi (PBÖOA)
- Özgül Fobi (ÖF)
- Sosyal Fobi (SF)
- Obsesif- Kompulsif Bozukluk (OKB)
- Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)
- Akut Stres Bozukluğu (ASB)
- Genel Tıbbi Duruma Bağlı (GTDB) veya Madde Kullanımının Yol Açtığı (MKYA) Anksiyete Bozukluğu
- BTA Anksiyete Bozukluğu (BTA AB)

Ayrıca, ‘Bebeklik, Çocukluk ve Ergenliğin Diğer Bozuklukları’ başlığı altında başlangıcının 18 yaşından önce olduğu belirtilen AAB tanı ölçütleri yer almaktadır. Böylece DSM-IV’te, DSM-III-R’deki Basit Fobi tanısı Özgül Fobi olmuş, Aşırı-Anksiyete Duyma Bozukluğu ve Çocukluk ya da Ergenlikteki Çekinme Bozukluğu tanıları benzer anksiyete bozukluklarıyla birleştirilerek kaldırılmış ve yeni Akut Stres Bozukluğu tanısı getirilmiştir (27). DSM-IV-TR (Text Revision) (2000) DSM-IV Anksiyete Bozuklukları sınıflamasını korumuştur (28)

DSM-5’te (2013) ise OKB, ASB ve TSSB Anksiyete Bozuklukları kapsamında çıkarılarak OKB, ‘**OKB ve İlişkili Bozukluklar**’ başlığı ve ASB ve TSSB ise ‘**Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar**’ başlığı altına alınmıştır. ‘Çocukluk ve Ergenliğin Diğer Bozuklukları’ başlığı altındaki Seçici Konuşmazlık (SK) Anksiyete Bozuklukları kapsamına alınmıştır. AOPB, ABPB ve PBÖOA yerine DSM-5’te Panik Bozukluğu ve Agorafobi tanıları bulunmaktadır. AAB, başlangıcın 18 yaşından önce olması ölçütü kaldırılarak Anksiyete Bozuklukları kapsamına alınmış ve süre ölçütü çocuk ve ergenlerde en az dört hafta ve yetişkinlerde en az altı ay olarak tanımlanmıştır. DSM-IV-TR ÖF ve SF ölçütlerinde 18 yaşının altındakiler için tanımlanan en az altı ay süre ölçütü DSM-5’te yaş sınırlaması olmadan yer almaktadır. DSM-IV-TR’de süre belirtilmeyen Agorafobi için DSM-5’te en az altı ay süre ölçütü tanımlanmaktadır. DSM-IV-TR’deki gibi, DSM-5’te YAB için en az altı ay, Panik Bozukluğu için bir ay ve Seçici Konuşmazlık için okulun birinci ayıyla sınırlı olmamak üzere en az 1 ay süre ölçütü vardır. DSM-IV-TR ÖF ve SF tanı ölçütlerindeki ‘aşırı

ve anlamsız' korku ibaresinin yerini DSM-5'te karşılaşılan durumla 'orantısız' düzeyde korku ya da kaygı almış; SF tanı ölçütlerindeki toplumsal ya da bir eylemi gerçekleştireceği durumdan 'sürekli' bir korku duymanın yerine DSM-5'te kişinin başkalarınınca değerlendirilebilecek olduğu 'toplumsal durumda' korku ya da kaygı duyma geçmiştir. (21, 28).

### **2.1.3. Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete Bozuklukları**

Çocuklukta anksiyete yaygın olduğu gibi, uyuma yönelik de olabildiğinden, normal anksiyeteyi patolojikten ayırmak zor olabilir. Gelişimsel olarak uygun davranış sınırlarını aşan, işlevselliği bozan veya belirgin sıkıntı veren anksiyete patolojik kabul edilir. Klinik olarak anlamlı sıkıntı eşiği çocuğun yaşı, yaşam koşulları veya kültürel kökenine göre değişebildiğinden, işlevselliği az etkilenmiş ve sadece sıkıntısı olan olgularda tanı kolay değildir. Çocuğun anksiyeteden kurtulabilme becerisi de tanıda yol gösterebilir; uyum yapamama patolojiye işaret eder. Çocuklarda herhangi bir anksiyete bozukluğu görülme yaygınlığının %5-10 olduğu ve kızlarda anksiyete bozuklukları sıklığının erkeklerden fazla olduğu bildirilmektedir; kızlardaki anksiyetenin sonraki anksiyeteyi daha fazla öngördüğü belirtilmektedir. Anksiyete bozukluğu olan olgularda genel topluma göre klinik grupta daha belirgin olmak üzere başka anksiyete bozukluklarıyla (YAB için genel toplumda da) eşanlılığın fazla olduğu; Depresyon, Dikkat Eksikliği Hipereaktivite Bozukluğu, madde kötüye kullanımı ve Davranım bozukluğunun diğer sık eştanılar olduğu bildirilmektedir. Anksiyete bozukluğu için en önemli tıbbi risk etkeninin solunum disregülasyonu olduğu; çocuklarda tekrarlayıcı dispnenin anksiyete bozukluğunu öngörebildiği, özellikle astım ile AAB ve panik atak ilişkisinin güçlü olduğu bildirilmektedir (29). Çocuk ve ergenlerdeki anksiyete bozukluklarının tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşımların etkili olduğu gösterilmiştir. Çocukluk SF, AAB ve YAB tedavisinde Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü (SSRI) ilaçların etkili ve güvenli olduğu bildirilmektedir (30). OKB'nin ilaç tedavisinde Klomipramini SSRI ilaçlarla karşılaştıran 12 araştırmanın metaanalizi sonucunda Klomipramin sınırdan anlamlı düzeyde üstün bulunmasına karşın, yan etki profilinin ve tolere etme güçlüğünün Klomipramini OKB tedavisinde ilk seçenek olmaktan alıkoyduğu belirtilmektedir (31).



### **2.1.3.1. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu**

Ayrılma anksiyetesi, 6 ay ile 2-3 yaş arasında gelişimsel olarak uygun olmasına karşın, AAB'li çocuklar evden veya bağlanma figürlerinden ayrılmaktan aşırı ve gelişimsel olarak uygun olmayan şekilde korku yaşarlar; böyle ayrılıklardan kaçınırlar ve bakımverenden ayrılmanın sonuçlarına dair mantıksız düşünceleri vardır. Özellikle anksiyete yaratan ayrılmalardan önce, gastrointestinal (karın ağrısı, bulantı gibi) ve kardiyovasküler (çarpıntı, sersemlik gibi) yakınmalar ortaya çıkabilir (32). Yalnız uyumada zorluk yaşarlar (29). AAB'de evden veya bakımverenden uzak kalındığında ortaya çıkan anksiyeteden kaynaklanan kaçınma, işlevselliği bozar. Okuldan kaçınma, 'okul fobisi' veya 'okul reddi' olarak tanımlanmaktadır. Ergenlik öncesi dönemdeki okul reddi çoğunlukla AAB ile ilişkilidir (29). AAB'nin çocuk ve ergenlerde yaygınlığının yaklaşık %4 olduğu, 12 yaşından küçüklerde en yaygın anksiyete bozukluğu olduğu, çocuklukta okul öncesi ve ergenlikten daha sık görüldüğü, başlangıcın okul öncesi yıllarda olabilse bile en sık 7-9 yaşlarında olduğu; okul öncesi cinsiyet oranları eşitken, 6 yaşından sonra kızlarda daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (32). Çocuklukta AAB'nin yetişkinlikte Panik Bozukluğu ile ilişkisini gösteren kanıtlar olduğu belirtilmektedir (29).

### **2.1.3.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu**

YAB olan çocuklar kötü bir şey olacağına ilişkin korku ve nedeni belirsiz bir endişe içindedirler. Yaşanan sıkıntı ve huzursuzluk duygusu dış etkenlerle açıklanamamakta, sıradan gündelik olaylar karşısında bile yoğun anksiyete ortaya çıkmakta ve olguların çoğunda bedensel yakınmalar bulunmaktadır. Sosyal Fobi'de küçük düşme veya AAB'de ayrılma şeklinde tek bir anksiyete tetikleyici varken, YAB'da birkaç anksiyete uyaran durumla ilgili aşırı ve kontrol edilemez bir kaygı vardır. DSM-IV'ten önce YAB tanısı için 18 yaş ve üzeri olma ölçütü olduğundan, gerçekçi olmayan çoğul kaygı ve korkuları olan çocuklara Aşırı-Anksiyete Duyma Bozukluğu tanısı konabilirdi. DSM-IV ile birlikte, 6 aydır süren kaygı ve anksiyete yakınmasına eşlik eden huzursuzluk, yorgunluk, odaklanma güçlüğü, irritabilite, kas gerginliği ve uyku bozukluğu belirtilerinden birinin bulunduğu çocuklarda da YAB tanısı konmaya başlanmıştır. YAB yaygınlığının çocuklarda 0.5 ile 7.1 arasında değiştiği, ortalama başlangıç yaşının 8-9 yaş olduğu; yaşla birlikte AAB oranı azalırken, YAB'ın arttığı bildirilmektedir. Pediatrik YAB'ın sıklıkla başka anksiyete bozuklukları veya duygudurum

bozukluklarıyla bağlantılı olduğu; çocuk ve ergenlerde YAB olgularında %50 eşanı saptandığı belirtilmektedir (32).

### **2.1.3.3. Panik Bozukluğu - Agorafobi**

Panik Bozukluğuunda, beklenmedik panik atakların yanı sıra bunların tekrarına ilişkin kaygı ve günlük rutin davranışlarda, ataklardan kaynaklanan değişiklikler vardır. Panik ataklar fobilerde veya sosyal anksiyetede görülebilmekle birlikte, PB'de çevresel tetikleyici olmadan kendiliğinden ortaya çıkarlar. Panik atak sırasında en az dört bedensel/bilişsel belirti vardır. Panik atak belirtileri hipertiroidi, hiperparatiroidi, vestibüler sorunlar, nöbetler veya kardiyak anormalliklerle ilişkili olabileceğinden, bunlardan ayırt edebilmek için öncelikle uygun muayene ve tetkiklerin yapılması önerilmektedir (30). Ergenlikte sigara içmenin daha sonra sosyal anksiyete bozukluğu değil, panik atak riski oluşturduğu gösterilmiştir. Topluma dayalı araştırmalarda, yaşam boyu panik bozukluğu oranının çocuk ve ergenlerde %1'in altında bulunduğu belirtilmektedir (29).

Ergenlerdeki panik ataklarda en çok bildirilen belirtilerin titreme, baş dönmesi/halsizlik, çarpıntı, bulantı, nefes darlığı ve terleme olduğu; çıldırma ve ölüm korkusu gibi bilişsel belirtilerin bedensel belirtilerden daha az sıklıkta görüldüğü belirtilmektedir. Kaçmanın zor veya utandırıcı olduğu yerlerden veya durumlardan kaçınma varsa; Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu tanısı konur. En çok kaçınılan durumlar, restoranlar, kalabalık yerler, toplantı salonları gibi tanıdık olmayan birçok kişinin bir arada olduğu ortamlardır (30).

### **2.1.3.4. Sosyal Fobi**

Sosyal Fobi, toplum içinde konuşma, yemek yeme, biriyle tanıştırılma gibi özel durumlardan ya da genel olarak hemen tüm sosyal ortamlardan kaçınma şeklinde ortaya çıkmaktadır (32). Çocuk ve ergenlerde sınıfta arkadaşlarının önünde konuşma ya da tahtaya yazı yazma, öğretmen ya da karşı cinsten arkadaşlarıyla konuşma, okul tuvaletlerini kullanma, toplu halde yemek yeme ile ilgili belirtiler sık görülür (33). SF'si olan çocuk ve ergenler utandırma, olumsuz değerlendirme reddedilmeye aşırı odaklanırlar; korkulan durumla karşılaştıklarında taşıkardi, kızarma, sersemlik, gastrointestinal sıkıntı ve titreme yaşarlar. Tedavisiz kaldığında SF okul reddi, okulu bırakma veya işe girememeye yol açabilir. Ergen ve yetişkinlerde SF'nin ortaya çıkışının 21 ay kadar küçük çocuklarda görülebilen tanıdık

olmayan karşısında davranışsal inhibisyon gösterme şeklindeki mizaç özelliği ile anlamlı ilişkili olduğu belirtilmektedir. SF’de tanıdık kimselerle sosyal ilişki kurma kapasitesinin olması, Yaygın Gelişimsel Bozukluklardaki anksiyete ve sosyal defisitten ayrımı sağlayabilir (30).

Çocuk ve ergenlerde SF yaygınlığının %0.3-13.1 arasında değiştiği; yaşam boyu yaygınlığın kadınlarda %9.5 ve erkeklerde %4.9 olduğu; başlangıcın ergenlikte olduğu bildirilmektedir. YAB gibi, SF yaygınlığının da yaşla birlikte artması, bilişsel ve emosyonel gelişimle (yani kendini değerlendirme ve kendini bilme kapasitesindeki değişimle) ilişkilendirilmektedir (32).

### **2.1.3.5. Özgül Fobi**

Özgül Fobi tanısı için, belirli nesne ya da durumlarla (uçuş, hayvanlar, yükseklik, kan...) karşılaşmanın beklentisi veya gerçekleşmesi ile başlayan aşırı ya da anlamsız, belirgin ve sürekli bir korku yakınmasının 18 yaşından küçüklerde en az altı ay süreyle devam etmesi gerekir. Çocuklarda korkunun aşırı ya da anlamsız bulunması özelliği bulunmayabilir. Fobik uyararla karşılaşma, panik atak gibi ani anksiyete yanıtına yol açar ve çocuklarda öfke nöbetleri, ağlama, donakalma veya yapışma ortaya çıkabilir. Taşikardi, terleme, hiperventilasyon ve mide yakınmaları şeklinde anksiyete belirtileri olabilir (30). ÖF’si olanlar bazen korkuyla katlansalar da çoğu kez fobik uyarandan kaçınırlar (34) Hayvan, doğal çevre, kan-enjeksiyon-yara, durumsal ve diğer olmak üzere beş tip ÖF tanımlanmıştır (30). Patofizyoloji açısından ÖF’leri ayırt etme çabaları kan-yara korkusu dışında sonuç vermemiştir. Fobiler her yaşta başlayabilmekle birlikte çocuklukta başlangıç tipiktir (29). Çocuk ve ergenlerde ÖF yaygınlığının %1.9 ile %3.5 arasında değiştiği; yaşam boyu yaygınlığın %10-%11.3’e vardığı; böylece özgül fobilerin çocukluk çağının en sık görülen anksiyete bozuklukları arasında yer aldığı belirtilmektedir. ÖF ile sıklıkla birlikte bulunan bozukluklar arasında başta Sosyal Fobi olmak üzere, diğer anksiyete bozuklukları ve depresyon yer almaktadır (35).

### **2.1.3.6. Obsesif-Kompulsif Bozukluk**

Obsesyon, kişinin aşırı/anlamsız (çocuklarda bu geçerli değildir) olarak kabul ettiği ve kendi zihninin ürünü olarak gördüğü, istenmeden gelen, işlevselliği bozan ve sıkıntı veren düşünce, imge veya dürtülerdir. Kompulsiyon ise içsel bir zorlamayla belli ritüeller veya kurallar şeklinde yapılan ve işlevselliği bozan eylemlerdir. Sıklıkla gereksiz, aşırı, anlamsız ve istem dışı olarak yaşanır. Çocuklar kompulsiyonların öncesinde zihinsel bileşen bildirmeme eğilimindedirler (31). Obsesyon ve kompulsiyonların gidişi kronik, artış-azalışlarla birlikte tekrarlayıcı veya her ikisi bir arada olabilir. Olguların %90'ında obsesyon ve kompulsiyonlar zaman içinde değişir (36).

Bozukluk düzeyine ulaşmayan obsesyon ve kompulsiyonlar toplumda oldukça yaygındır (31). Çocuklarda yaşam boyu OKB yaygınlığının %2 ile %4 arasında ve ortalama başlangıç yaşının 6-11 arasında olduğu bildirilmektedir. Çocukların düşünce ve davranışlarından utanmaları dolayısıyla sorunları gizleme eğilimi ve içgörü eksiklikleri, ebeveynlerin OKB belirtilerini fark etmemeleri ve bu soruna ilişkin tedavi olanaklarını bilmemelerinin OKB'nin olduğundan az tanınmasına yol açtığı bildirilmektedir (37).

### **2.1.3.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu**

Travma Sonrası Stres Bozukluğu belli bir etiyolojik etkenin varlığını gerektiren, DSM-IV-TR'deki birkaç bozukluktan biridir. Çocuğun yaşamını, güvenliğini ve fiziksel bütünlüğünü tehdit eden uç bir travma yaşaması / buna doğrudan tanık olması / yakın ilişkide olduğu birinin travmadan etkilemesi gerekir. Bunun yanı sıra en az bir ay süren ve işlevselliği bozan en az bir yeniden yaşantılama belirtisi, en az üç travma bağlantılı uyarandan ısrarla kaçınma veya duygulanımda uyuşukluk belirtisi ve en az iki artmış uyarılmışlık (*hyperarousal*) belirtisi olmalıdır (38). Travmanın hastanın güvenlik tasarımı bozması, korku yanıtının genellenmesi ve travmanın yeniden yaşantılanması gibi diğer anksiyete bozukluklarından ayrılan yönler vardır. TTSB'nin bir dissosiyatif bozukluk olduğunu veya YAB, depresyon ve patolojik yas ile örtüşen belirtileri olması dolayısıyla karma bozukluk veya eşanlı durum olasılığının olduğu ileri sürülmektedir (39).

Travmatik yaşantılar çok yaygın olmakla birlikte, az sayıda bireyde TSSB ortaya çıktığından, bozukluğun sadece travma ile değil, biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin

katkısıyla oluşan ‘anormal tepki’ olduğu ileri sürülmektedir. Bununla birlikte, önceki yatkinlıkları ne olursa olsun stresör yeterince büyükse herkeste TSSB çıkabilir. Çocuk ve ergenlerde TSSB’nin nokta prevalansının %1; çeşitli travmalardan sonra her gelişim düzeyindeki çocuklar için TSSB oranının %36 kadar olduğu bildirilmektedir. TSSB’de ilk yıl kendiliğinden düzelmenin sık olduğu; tedavi edilmediğinde, kabaca üçte bir olgunun kronikleştiği belirtilmektedir. Çocukların travmayla karşılaşmasını önlemeye yönelik yaklaşımlar en etkili müdahaleler olarak önerilmektedir (39).

### **2.1.3.8. Akut Stres Bozukluğu**

Travmatik olaydan sonraki dört hafta içinde ortaya çıkan ve en az iki gün ve en çok 4 hafta süren, işlevselliği bozacak düzeyde en az üç disosiyatif belirti yeniden yaşantılama, travma anılarını uyandıran uyanarlardan kaçınma davranışları ve belirgin anksiyete ve aşırı uyarılmışlık belirtiler vardır (28)

ASB’li çocuklarda çoğunlukla belirgin disosiyatif belirtiler, duyarsızlaşma, duygusal yanıt vermede azalma, travmatik olayın ayrıntılarını anımsamada zorlanma, yeniden yaşantılama eğilimi, olayı hatırlatan uyanarlar karşısında aşırı uyarılma ve bu uyanarlardan kaçınma görülür. Erken dönemde ASB tanısı alan çocuklarda daha yüksek oranlarda TSSB görüldüğü bildirilmektedir (40).

## **2.2. DEPRESİF BOZUKLUKLAR**

### **2.2.1. Depresyonun Tanımı**

Depresyon sözcüğü çeşitli psikolojik rahatsızlıkların bir belirtisi, bir sendrom ya da bir hastalık anlamında kullanılabilirken, klinik depresyon tanımı major depresif bozukluk ve distimiye içeren bir hastalık grubunu temsil etmektedir. Ataklarla ya da kronik gidiş gösteren bir psikiyatrik rahatsızlık olan depresyonda; süreğen ve yaygın bir üzüntü veya mutsuzluk hali, günlük etkinliklerden keyif alamama, irritabilite, iç sıkıntısı ve bunlara eşlik eden olumsuz düşünme, enerjinin azalması/yokluğu, konsantrasyon güçlüğü, iştah ve uyku düzeninde meydana gelen değişiklikler sonucunda işlevsellik alanlarında bozulma vardır. Depresyonun; klinik görünümü yaşa, cinsiyete ve kültürel altyapıya göre farklı olabilir (41).

### 2.2.2.Tarihçe ve Tanısal Sınıflandırma

Depresyonun varlığı tüm tarihsel dönemlerde kayıt altına alınmıştır. Alman psikiyatrist Emil Kreapelin (1856-1926), ‘Manik Depresyon’ (Bipolar Bozukluk) tanımını farklı bir durum olarak ilk kullanan hekimdir. Yetişkinlikte depresyon uzun süredir bilinen bir psikiyatrik rahatsızlık olsa da bu hastalıkta psikoterapi, Elektrokonvulzif Terapi ve Antidepresan ilaç tedavileri 20. yüzyılın başlarında kullanılmaya başlamıştır. Depresyonu, saldırgan dürtülerin süperego etkisi altındaki içselleştirilme süreci olarak tanımlayan Psikanalitik Kuramlara göre, çocukta süperego henüz gelişmemiş olduğundan saldırganlığın içselleştirilmesi, dolayısıyla da depresyonun deneyimlenemeyeceği belirtilmiştir. Bu kuramlar 20. yüzyılın ilk yarısında psikiyatriye egemen olduğundan, yeni görüşlerin ortaya atıldığı 1960'lara kadar çocukluk çağı depresyonu göz ardı edilmiştir. 1970'lerden itibaren, çocukluk çağı depresyonunun varlığı kabul edilmeye başlanmış; araştırmacılar, belirtilerin tanımlanması üzerine yoğunlaşmışlardır. DSM-III 1980'de yayınlandığında; çocukluk çağı depresif bozukluğunun temel klinik özelliklerinin yetişkinlerdeki depresyon ile aynı olduğu görüşü egemendir. Bununla birlikte, çocukların depresyonunda gelişim düzeylerine özgü ancak yetişkinlik için tipik olmayan bedensel yakınmalar, negativist tutum, saldırganlık gibi başka bazı belirtilerin de görülebildiği dikkati çekmiştir (42). Bu bakımdan, çocuk ve ergenlerde daha çok davranışsal belirtilerin ön planda olduğu, maskelenmiş bir depresyon olabileceği düşünülmüştür (43).

DSM-IV'te (1994) çocuk, ergen ve yetişkinlerde depresif bozukluğun ana belirtileri ortak olarak tanımlanmış; farklı olarak, ‘depresif’ duygudurum yerine çocuklarda ve ergenlerde ‘irritabl’ duygudurum bulunabileceği belirtilmiştir. DSM-IV'te Depresif Bozukluklar Duygudurum Bozuklukları başlığı altındaki tanımlanmıştır:

**-Major Depresif Bozukluk (MDB), Tek Epizod**

**-Major Depresif Bozukluk, Yineleyici (*Rekürren*)**

**-Distimik Bozukluk**

**-Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk** (Premenstrüel Disforik Bozukluk, Minör Depresif Bozukluk, Rekürren Kısa Depresif Bozukluk, Şizofreninin Postpsikotik Depresif Bozukluğu gibi örnekler içerir) (27).

**Minör veya Subsendromal Depresyonda** deprese duygudurum, anhedoni ya da iritabilite ile major depresyonun üçe kadar belirtisi vardır (44)

**Major Depresif Bozukluk** tanısı için çocuklarda en az iki haftadır süren depresif/irritable duygudurumun ya da ilgi veya zevk kaybının yanı sıra şu belirtilerden en az dördü olmalıdır (43):

1. Kilo kaybı / kilo alımı / beklenen kilo alımının olmaması / artmış veya azalmış iştah
2. Uykusuzluk / aşırı uyku
3. Psikomotor ajitasyon veya retardasyon
4. Yorgunluk / enerji kaybı
5. Değersizlik ya da aşırı veya uygun olmayan suçluluk duyguları
6. Düşünme veya düşüncelerini yoğunlaştırma becerisinde azalma / kararsızlık
7. Yineleyici ölüm düşünceleri / intihar girişimi / intihar planı

Depresif epizod için belirtilen kodlar (28):

**-Şiddet/Psikotik/Remisyon belirleyicileri**

**-Kronik**

**-Katatonik özellikler gösteren**

**-Melankolik özellikler gösteren**

**-Atipik özellikler gösteren**

**-Postpartum başlangıçlı**

**Tam remisyon**da belirleyicisi son 2 ay boyunca hastalık belirti ve bulguları olmayan olguları; **Kronik** belirleyicisi son 2 yıldır Depresif Epizod tanı ölçütlerini karşılayan olguları; **Postpartum başlangıç** belirleyicisi ise postpartum 4 hafta içinde epizodun başlamasını tanımlamaktadır. Rekürren Major Depresif Bozuklukta, ayrıca '**Uzunlamasına gidiş belirleyicileri**' ve '**Mevsimsel yapı gösteren**' kodlaması yapılabilmektedir. (28).

Distimik Bozuklukta ise başlangıç açısından '**Erken başlangıçlı**' (21 yaşından önce başlamışsa) ve '**Geç başlangıçlı**' (21 yaşında ya da daha ileri yaşta başlamışsa) olarak kodlama yapılabildiği gibi bozukluğun son 2 yılı için '**Atipik özellikler gösteren**' olgular belirtilebilmektedir (28).

**Distimik bozukluk** ya da Distimi, ilk kez DSM-III'te üzerinde durulan bir kavram olup; depresyonun çocukluk çağında da görülebilen, daha az şiddetli ancak daha kronik formu olarak tanımlanmıştır. Bu durum DSM-IV'te de benzer şekilde tanımlanmış olup, distiminin depresyonun bir alt tipi olmanın ötesinde bir psikiyatrik rahatsızlık olup olmadığı konusu

halen sorgulanmaktadır (45). DSM-IV'te ve DSM-IV-TR'de distimik bozukluk belirtilerinin en az 2 yıl (çocuklarda ve ergenler için 1 yıl) sürmesi ve bir seferde 2 aydan uzun süren belirtilerin olmadığı bir dönemin hiç olmaması gereklidir. Yetişkinlerden farklı olarak çocuklarda ve ergenlerde duygudurumun irritabl olabileceği belirtilmiştir (27, 28).

DSM-IV-TR (2000) DSM-IV Depresif Bozukluklar sınıflamasını korumuştur (28)

DSM-5'te (2013) Depresif Bozukluklar ayrı bir başlık olarak tanımlanmıştır (21):

**-Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu**

**-Major Depresif Bozukluk**

**-Premenstrüel Disforik Bozukluk,**

**-Distimi (Süregiden (*persistent*) Depresif Bozukluk)**

**-Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresif Bozukluk**

**-Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresif Bozukluk**

**-Tanımlanmış Diğer Bir Depresif Bozukluk**

**-Tanımlanmamış Depresif Bozukluk**

DSM-IV-TR Major Depresif Bozukluk tanı ölçütleri açısından DSM-5'te önemli bir değişiklik yoktur. DSM-5 **Distimi** tanısı DSM-IV'te tanımlanmış alan Distimik Bozukluk ile kronik gidişli Major Depresif Bozukluğun bileşimidir (21).

**Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu**, ilk kez 6 yaşından 18 yaşa kadar tanı konması gereken bir bozukluk olup en az 12 aydır süren, gelişim düzeyi ile tutarsız, haftada üç ya daha çok kez ortaya çıkan yineleyici sözel ve/veya davranışsal ağır öfke patlamaları (yoğunluk ve süre açısından durumla orantısız) ile birlikte öfke patlamaları arasında neredeyse her gün, sürekli irritabl duygudurumun olduğu bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Öfke patlamalarının ve irritabl duygudurumun 10 yaşından önce başlaması ve ev, okul ve akran ortamlarından en az ikisinde bulunması gereklidir (21).

**Premenstrüel Disfori Bozukluğu**, DSM-IV ve DSM-IV-TR'de Ekbölüm B'de araştırma ölçütleri olarak yer alırken, DSM-5'te bir tanı olarak bulunmaktadır. Bu bozukluk, bir önceki yılın menstrüasyon döngülerinin büyük çoğunda menstrüasyondan önceki hafta olan beş belirtinin sonraki hafta azalması veya yok olmasını gerektirir. Belirtiler belirgin sıkıntıya ya da işte, okulda veya ilişkilerde bozulmaya yol açar. Eş zamanlı olabilmekle



birlikte; yalnızca MDB, Panik Bozukluğu, Süregiden Depresif Bozukluk veya bir Kişilik Bozukluğu gibi başka bozukluk belirtilerinin alevlenmesi değildir (27, 28, 21).

### 2.2.3. Çocuk ve Ergenlerde Depresif Bozukluklar

Depresif belirtileri değerlendiren yurt dışı araştırmalarda depresif belirtilerin çocuklarda %10-13 (46), ergenlerde ise %21 ile %56 arasında değişen oranlarda görüldüğü bildirilmiştir (47). Türkiye’de yapılan araştırmalarda ilköğretim öğrencilerinde %30 oranında orta ve %6 oranında ağır depresif belirti (48); lise öğrencilerinde ise %27 oranında depresif belirti saptanmıştır (49).

Depresyonun giderek daha yaygın ve daha erken yaşta başlayan bir rahatsızlık haline geldiği bildirilmektedir (50). MDB’nin yaygınlığı çocuklarda yaklaşık %2 ve ergenlerde ise %4-%8 oranında bildirilmektedir. Major depresyonun 18 yaşındaki kümülatif insidansı %20’dir. Çocuklarda Distimik Bozukluk yaygınlığı %0.6-4.6 arasında bildirilmektedir. **Çifte Depresyon** (Distimik Bozukluğun üstüne binmiş Major Depresif Bozukluk) için altı aylık yaygınlık oranı ise %9.9 olarak belirtilmektedir (43).

Cinsiyet oranı çocuklarda 1:1 iken, ergenlerde puberteyle birlikte kızlarda major depresyon epizodu olasılığı erkeklerin 2-3 katı olur (43). Ergenlikte depresyonun kızlarda erkeklerden daha yaygın olmasının depresyonun altında yatan nörobiyolojik etkenlerle ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. Kızlarda erken puberte, ergenlik döneminde Depresif Bozukluk için risk faktörüdür. Depresyonda cinsiyetler arası farklılığın gerçekleştiği Tanner Evre III’te erkeklerde olan adrenarşın erkeklerde depresyona karşı koruyucu bir etken olduğu; kızlardaki gonadal hormonal döngünün ise depresyona yatkınlığı arttırdığı bildirilmektedir. Östradiol, Monoamin Oksidaz aktivitesini azaltır. Nörotransmisyon artar ve duygudurum yükselirken; progesteron tam ters yönde etki ederek depresyona yatkınlık oluşturur (51).

Affektif bozukluk aile öyküsü olan çocukların MDB olasılığının yaklaşık üç kat fazla olduğu bildirilmiştir. İkiz çalışmalarda depresyonun %31-42 arasında değişen oranlarda orta derecede kalıtsal (*heritable*) olduğu belirtilmektedir. Ergenlerdeki depresyonda genetik etkenlerin, çocuklardaki depresyonda ise çevresel etkenlerin daha fazla rol oynadığı bildirilmektedir (43).

Evlat edinme çalışmaları, pediatrik depresyonun ortaya çıkışında çevresel etkenlerin genetik etkenlerden daha etkili olduğunu göstermiştir. Ebeveyn madde kötüye kullanımı, evlilik uyumunun kötü olması, ebeveyn-çocuk çatışması ve aile bağlılığının eksikliği çocuk ve ergenlerdeki depresyon için bildirilen ailesel risk etkenlerindedir. İstismar, ihmal, ebeveyn ölümü ve psikososyal zorluklar gibi yaşam stresörleri de gençlerdeki (*youth*) depresyona katkıda bulunabilmektedir. Sigara içme, fiziksel hastalık ve işlevsel bozulma da gençlerdeki depresyonla ilişkili bulunmuştur. Major Depresyonun yinelenmesi de çevresel stresörlerden etkilenebilmektedir. Pediatrik depresyonda gen-çevre etkileşimi de olabileceği bildirilmektedir. İkiz çalışmaları, genetik yatkınlığı olan gençlerde yaşam olaylarının depresyona etkisinin daha fazla olduğunu göstermiştir (43).

Alkol, hap veya tütün kötüye kullanımının depresyon ile ilişkili olduğu; boylamsal araştırmalarda madde kötüye kullanımının depresyonun nedeni olabileceği gibi sonucu da olabileceği görülmüştür (44).

Çocuklar (6-12 yaş) ve ergenlerdeki (13-18 yaş) depresyonun yetişkinlerdekine kıyasla daha sinsi başlangıçlı olduğu, üzüntüden çok irritabilite ile kendini gösterdiği, anksiyete, davranım bozukluğu, hiperkinezi ve öğrenme problemleri gibi durumlarla daha fazla ilişkili olduğu bildirilmektedir (52).

Depresyonun işlevsellikteki bozulmayla olan ilişkisi, çocukluk ve ergenlikte normal kabul edilebilen iniş çıkışlardan ayırırda tek ve en önemli belirteçtir (53). Çocukluk, ergenlik ve yetişkinlikte başlayan depresyonun klinik görünümünün farklı olabileceği bildirilmektedir. Depresif ergenlerde umutsuzluk ve çaresizlik hissi, yorgunluk ya da enerji azalması/yokluğu, aşırı uyuma, kilo kaybı, madde kötüye kullanımı, sanrılar ile intihar düşünceleri ve girişimleri çocuklardan daha sık olarak gözlenirken; depresif çocuklarda irritabilite, varsanılar, ayrılma anksiyetesi eştanısı ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) belirtileri daha sık gözlenir (54).

Birçok araştırmada, okul öncesi yaşta depresif bozukluğu olan çocuklarda bedensel belirtilerin sık görüldüğü ve yaş küçüldükçe bu belirtilerin arttığı bulunmuştur (55). Okul çağı çocuklarındaki MDB'de üzgün görünme, ağlama, irritabilite, can sıkıntısı, dikkati toplamada zorluk, arkadaşlarından ve sevilen etkinliklerden uzaklaşma, hareketlerde yavaşlama, öncekinden farklı olarak monoton ve alçak sesle konuşma, olumsuz benlik kavramı, okul

başarısında düşme, okul reddi, anksiyete belirtileri, baş ağrısı/karın ağrısı/karında rahatsızlık şeklinde bedensel yakınmalar ve özkıyım düşünceleri görülebilmektedir (56).

Ergenlerdeki MDB belirtileri; can sıkıntısı, huzursuzluk, arkadaşlara ve daha önceden keyif alınan etkinliklere karşı ilgi kaybı, içe kapanma, okul başarısında düşme, devamsızlık, dikkat toplamada zorluk, konsantrasyon azalması, psikomotor yavaşlama, aşırı yeme, aşırı uyuma, iştahta azalma, uyku süresinde azalmaya ilişkin diüurnal değişiklikler, yalnızlık, sevilmediği duygusu, düşük benlik saygısı, özkıyım düşünce ve girişimleri ve gelişim dönemiyle uyumlu olarak sanrıların ortaya çıkması şeklindedir. Okuldan ve evden kaçma, sigara/alkol/madde kullanımı, hırsızlık gibi davranış sorunları depresyonu maskeleyebilir (56).

Çocukluk ve ergenlikte başlayan MDB'nin klinik tablo ve gidişinin karşılaştırıldığı bir araştırmada, **Melankolik belirtilerin** (anhedoni, psikomotor retardasyon, sabah erken uyanma, iştahta azalma, kilo kaybı) depresif ergenlerde, depresif çocuklardan daha fazla görüldüğü; diğer depresif belirtilerin ise her iki grupta benzer olduğu bulunmuştur (57).

Distimik bozukluğu olan çocuklarda MDB tanısı olan çocuklara göre anhedoni, sosyal içe çekilme, uyku ve iştah bozukluğu gibi nörovejetatif belirtilerin ve madde kullanımının daha az; depresif duygudurum, öfke, sevilmediği duygusu, düşük benlik saygısı ve dış görünüşünü beğenmeme gibi belirtilerin daha fazla görüldüğü saptanmıştır (58).

Ergenlik döneminde depresyon tedavisiyle elde edilen yanıtların yetişkinlerdekine benzer olması, altta yatan nörobiyolojik etkenlerin yetişkine benzer olmasına bağlanmaktadır. Daha küçük yaştaki çocuklarda ise uygulanan ilaç tedavisine yanıtların önceden tahmin edilmesinin güç olduğu belirtilmektedir (59).

MDB'un tedavisi üzerine araştırmalardaki yüksek plasebo yanıtıyla da ilişkilendirilebilecek şekilde, MDB kendiliğinden remisyona girebilmektedir (60). Klinik olarak tanı alan ve tedavi edilen grupta depresif bozukluk atağı ortalama 7-9 ay sürerken, kliniklere başvurmayan toplum örneğinde bu sürenin daha da kısa olduğu bildirilmiştir (61). MDB'un remisyon ve alevlenmelerle giden kronik bir durum olarak kabul edilmesi gerektiği; astım veya epilepsi gibi yaşam boyu süren, takip ve tedavi gerektiren bir tıbbi

durum olduğu bildirilmektedir. Depresyon tedavisi ile atağın s¼resini kısaltmak, işlevsellik alanlarındaki bozulmayı en aza indirmek ve yinelemeleri önlenmek hedeflenir (61).

İndeks epizoddaki belirtilerin geri dönmesi olarak tanımlanan **relaps** oranları %34-50 arasındadır. Yeni bir depresyon epizodunun başlaması olan **rekürrans** (yineleme) oranları ise remisyondan 2 yıl sonra %20-60 arasında ve 5 yıllık izlemde %70 olarak bildirilmiştir (43). Çocuk ve ergen başlangıçlı hastalığın iyileşme, relaps ve rekkürans risk etkenlerinin yetişkinlikte başlayan MDB epizodundan farklı olmadığı belirtilmektedir (61). Relaps ve rekürrans risk etkenleri arasında hastalık şiddeti, suisidalite, eştanılar, artık belirtiler, psikososyal stresörler, aile çatışması, ailede yineleyici depresyon öyküsü, olumsuz bilişsel stil, düşük sosyoekonomik düzey, erken başlangıçlı ebeveyn duygudurum bozukluğu, önceden sosyal güçlükler ve cinsel istismar öyküsü sayılmaktadır (43).

Çocuk ve ergenlerdeki depresif bozukluklar, duygusal, sosyal ve bilişsel gelişimi belirgin olarak etkiler. Depresyonun erken yaşta başlaması anksiyete bozukluğu, madde kötüye kullanımı, psikiyatrik eştanıllık, intihar girişimleri, psikiyatrik/tıbbi hastane yatışları, ebeveyn/kardeş/akran ilişki sorunları, yaşam boyu depresif epizodlar, nikotin bağımlılığı, yetişkinlikte artmış Beden Kitle İndeksi, eğitimde geri kalma, işsizlik, erken ebeveynlik ve daha kötü yaşam kalitesi riskini arttırmaktadır. Çocuk ve ergenlerde Major Depresif Bozukluk ve Distimik Bozukluğun bir arada olması ayrı ayrı olmalarına göre daha kötü gidişlidir: daha şiddetli depresyon, daha uzun depresif epizodlar, daha fazla eştanılar, daha fazla suisidalite, daha fazla psikososyal yetersizlik görülür (43).

Prepubertal depresyonun pek çok başka sorun için risk faktörü olduğu, davranış bozukluklarına benzer şekilde davranış sorunları eştanısı ve ailesel sorunların (aile içi uyuşmazlıklar, ebeveynlerde suç davranışı, ebeveynlerin madde kötüye kullanımı) görüldüğü, artmış antisosyal kişilik örgütlenmesi riski ile giden bir bozukluk olmasına karşın, yetişkin yaşamda depresyon ile ilişkili bulunmadığı belirtilmektedir (62). Ergenlik dönemi başlangıçlı depresyonun ise yetişkinlikte görülen yineleyici depresif epizodlarla yüksek oranda ilişkili olduğu gösterilmiştir (63).

Depresyonu olan çocuk ve ergenlerde hipomaniye kayma oranları yetişkinlerden daha yüksek bulunmuştur (61). Major depresyonu olan gençlerde sonradan bipolar bozukluk olasılığı %20-40 olarak bildirilmiştir. Prepubertal başlangıçlı Major Depresyonun Bipolar

Bozukluğa dönmesi açısından risk etkenleri; yüklü veya birçok kuşakta Duygudurum Bozuklukları aile öyküsü, psikotik özellikler ve antidepresan ilaçlarla hipomani şeklinde belirtilmiştir (43). Bazı araştırmalarda erken başlangıçlı depresyonda hipersomni olduğunda, Bipolar Bozukluk riskinin arttığı bildirilmektedir. Antidepresan kullanan çocuk ve ergenlerin özellikle manik kayma riski taşıdığı belirtilmektedir. Mani veya hipomani öyküsü olanlarda antidepresan kullanmadan önce duygudurum stabilizasyonu sağlanması gerektiğinden ve ailede güçlü Bipolar Bozukluk öyküsü olanlarda tedaviye psikoterapi ile başlamak daha güvenli olduğundan Antidepresan kullanımını kısmen kontrendikedir (44).

Plaseboya veya kısa destekleyici tedavi ve eğitime yanıt oranları görece yüksek olduğundan, hafif depresyonda ilk aşamada aile eğitimi, destekleyici rehberlik ve problem çözmeye yönelik yaklaşımlar önerilmektedir. Daha ısrarlı veya şiddetli depresyonda ise kanıtlanmış tedavilerden (ilaç tedavisi / Bilişsel Davranışçı Terapi / İnterpersonel Terapi) biri seçilir. Orta şiddetteki depresyonda bilgilendirilmiş hastanın seçimi ve eldeki tedavi olanaklarına göre tedavi planlanır (44).

#### **2.2.4. Depresyon ve Anksiyete Birlikteliği**

Deprese çocuk ve ergenlerin, özellikle klinik örneklemede, eşanlı olmaları istisna değil kuraldır (44). Depresyonu olan çocuk ve ergenlerde en sık eştanı olarak anksiyete bozukluklarının görüldüğü bildirilmektedir (64). Anksiyete bozukluklarında ise başka anksiyete bozukluklarından sonra en sık eştanı depresyondur (30). Anksiyete sıklıkla duygudurum bozukluklarının öncülü olabileceği gibi, depresyonla aynı zamanda da olabilmektedir. Depresyon yatkınlığının anksiyete belirtileriyle birlikte, %61-65 kalıtılabilirlik (*heritability*) ile aktarıldığı belirtilmektedir. Anksiyete riskini etkileyen genlerin; yaşam olaylarına duyarlılığı ve aynı zamanda depresyona yol açan yaşam olaylarıyla karşılaşma olasılığını arttırarak puberte sonrası depresyon oranının artmasına neden olabilecekleri bildirilmektedir (44).

Panik ataklar, hastalıklı korkular, obsesyonlar vb. anksiyete belirtileri depresif bozukluklarda sık görülür. Diğer yandan depresyon da anksiyetenin sık rastlanan komplikasyonudur. Anksiyete ve depresyon ayrımının en iyi, bilişsel etkenler ile yapılabileceği bildirilmektedir (65)

### Klinik Anksiyete ve Depresyonun Kesitsel Profilleri (65)

ANKSİYETE	DEPRESYON
Aşırı tetikte olma ( <i>hypervigilance</i> )	Psikomotor yavaşlama
Şiddetli gerilim ve panik	Şiddetli üzüntü
Tehlike algısı	Kayıp algısı
Fobik kaçınma	İlgi kaybı-anhedoni
Şüpheli ve belirsizlik	Ümitsizlik-özkıyım eğilimi
Güvensizlik	Kendini aşağılama
Performans anksiyetesi	Libido kaybı
	Sabah erken uyanma
	Kilo kaybı

Yineleyici (özellikle retarde) MDB, anksiyeteden ayrılabilirse de bazı depresyon türlerinin (özellikle YAB) Anksiyete Bozuklukları ile ortak yönleri vardır. Bunlara varsayımsal bir anksiyete-depresif grup oluşturmadan önce, ilk kez depresif epizod sırasında ortaya çıkan anksiyetenin depresif bozukluğun sonucu olarak görülmesi önerilmektedir. Depresif bozukluğu olup alkol veya sedatif-hipnotik-stimulan drug kullananlarda oluşan anksiyete belirtileri için de aynı durum geçerlidir. Anksiyete belirtilerinin, karma bipolar durumlar ve kompleks parsiyel nöbetlerde de öne çıkan özellik olabileceği belirtilmektedir (65). Diğer yandan, anksiyete belirtilerinin depresif duyguları saklayabilmesi dolayısıyla, anksiyete bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde depresyonun derinlemesine araştırılması önerilmektedir (66).

Clark ve Watson (1991) anksiyete ve depresyonun üç parçalı (tripartite) modelinde üç etken tanımlamışlardır: (a) olumsuz affekt (hem anksiyete hem depresyonda ortak), (b) fizyolojik aşırı uyarılmışlık (anksiyeteye özgü), (c) olumlu affekt yokluğu (depresyona özgü). Bu model klinik ve klinik dışı örneklemde yetişkinlerde ve çocuklarda desteklenmektedir. Yetişkin ve çocuk örneklemde YAB ve OKB'nin ikisinin de olumsuz affekt ile ilişkili olduğu; orijinal modelin aksine çocuklardaki bozuklukların hiçbirinin ikinci etkenle (fizyolojik uyarılmışlık) ilişkili bulunmadığı bildirilmektedir (67).

### 2.3. ÇOCUK VE ERGENLERDE BEDENSEL HASTALIKLAR VE PSİKOPATOLOJİ

Çocuklarda hastanede yatarak tedavi çoğunlukla gelip geçici sorunlar için uygulanırken, tüm çocukların %2-3'ünün hastalığı büyüme, gelişme, okul başarısı veya sosyal ilişkileri etkileyecek kadar şiddetlidir (8). Çocuklukta kronik bedensel hastalığın olmasının, daha sonra ruhsal bozukluk ortaya çıkması açısından önemli bir risk etkeni olduğu bildirilmektedir (9). Ruhsal sorunlar sadece hastalık sürecinde değil, yıllar sonra, ergenlikte ve yetişkinlikte de ortaya çıkabilmektedir (10). Ayaktan pediatri muayenelerinin yarısı davranışsal, psikososyal ve eğitimsel sorunları içerdiği halde (11), bunların çoğunun hekimler tarafından farkına varılmayan “saklı” hastalıklar olarak kaldığı bildirilmektedir (12). Benzer şekilde, yatarak tedavi gören hastaların 1/3-2/3'ü ruhsal sorunlarla uğraşırken (13) pediatrik grupta psikiyatri konsültasyon ortalamasının %2'de kalması fiziksel hastalığı olan birçok çocukta psikiyatrik bozuklukların atlandığını düşündürmektedir (14). Konsültasyon istenen olguların daha çok okul çağı ve ergenlikte olduğu bildirilmektedir (14). Ülkemizde yapılan bir araştırmada hastanede yatarak tedavi gören 18 yaş altı olguların beşte biri ergen yaş grubunda iken istenen konsültasyonların %52,3'ünün ergen yaş grubunda olduğu saptanmıştır (68).

Akut bedensel hastalıklar ve hastane yatışlarının daha çok anksiyeteye, kronik bedensel hastalıkların ise olumsuz beden algısı ve düşük benlik saygısına yol açtığı bildirilmektedir (15). Bedensel hastalığı olan ergenlerde tedavi uyum sorunları, ebeveynlerle çatışma, regresif davranışlar ve depresyon sık görülmektedir (69). Bedensel ve ruhsal hastalıkların bir arada olması çocukların değerlendirme ve tedavi uygulamalarını olumsuz etkilemektedir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, öğrenme bozukluğu, zekâ geriliği gibi ek tanılar olduğunda çocuğun hastalığı anlaması ve tedavi uyumu olumsuz etkilenebilmektedir (15). Kronik bedensel hastalığı olan çocuklara yönelik ruhsal yardımla, ağrı, yakınmalar, yara ve hastalıktan kurtulma süresinin azaldığı saptanmıştır (70). Bedensel hastalık sürecinde gereksinimi olan çocuklar için psikiyatriye danışılması, emosyonel ve davranışsal sorunların tedavisiyle birlikte tıbbi tedavinin etkisine de katkı sağlayabilmektedir (71). Giderek daha fazla oranda görülen bu sorunların tanınmasına ve saptanmasına yönelik sağlık hizmetlerine olan gereksinim artmaktadır (16). Bedensel hastalığı olan veya sağlıklı ergenlerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin saptanmasına yönelik uygulamalar koruyucu ve tedavi edici girişimlerin planlanması açısından önemlidir.

## 2.4. ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİNDE DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

### 2.4.1. Psikiyatrik Değerlendirme Ölçekleri

Ruhsal sorunların saptanmasında yararlanılan psikiyatrik değerlendirme ölçekleri kapsamında anketler, görüşmeler, kontrol listeleri, sonuç değerlendirmeleri ve psikiyatri uygulamalarında bilgi edinmek için kullanılan tüm diğer araçlar yer almaktadır. Bu araçlar özellikle hastanın ilerlemesini izleme, rutin klinik görüşmeden daha kapsamlı bilgi edinme, sağlık hizmetlerinde gerekli standart değerlendirmeleri sağlama ve araştırmalarda kullanım açısından yararlıdır. Farklı değerlendirmeciler tarafından elde edilen bilgilerin standart hale getirilmesi, kendi kendine uygulanan formlar sayesinde geniş bilgi elde edilebilmesi ve doğrudan görüşme sırasında dile getirilemeyen hassas konuların ifade edilebilmesi değerlendirme ölçeklerinin olumlu yönleri arasında sayılmaktadır. Bununla birlikte, ruhsal değerlendirmede, bu zaman alıcı değerlendirme ölçeklerinin sınırlılıkları da dikkate alınarak, dengeli şekilde kullanılması önerilmektedir (72). Değerlendirme sürecinin önemli bir parçasını oluşturmakla birlikte, bu ölçekler altın standart olarak tanımlanan klinik görüşmenin yerini almak için oluşturulmamıştır. Bu bakımdan, kullanım amaçlarının yaygın kullanılmaları ve popüler olmalarından çok, ölçeğin psikometrik özelliklerinden yararlanmak olması gerektiği belirtilmektedir (73).

Format, değerlendirmeyi yapan ve bilgi kaynağı açısından farklı değerlendirme ölçekleri bulunmaktadır. Format, klinisyenin gözleme veya basit kontrol listelerine göre değerlendirmeleri, tam yapılandırılmış (yani sorulacak soruların tam olarak belirlendiği) veya yarı yapılandırılmış (soru ifadeleriyle ilgili farklı önerilerin bulunduğu) görüşmeler şeklinde uygulanabileceği gibi kendi kendine uygulanan ölçekler şeklinde de olabilir. Soru formatı Evet/Hayır, çoktan seçmeli veya şiddet, sıklık gibi özellikleri değerlendirmeye yönelik 3-7 dereceli likert tipi şeklinde olabilir. Bazen, özellikle anket girişinde açık uçlu sorular olabilir. Ölçeğin yapılandırılmışlığı azaldıkça, değerlendirmecinin eğitim gereksinimi artar. Tüm ölçekler açısından, değerlendirmecilerin ölçeğin formatını ve içeriğini bilmeleri daha iyi sonuç verir (72).

Çocuk ve ergenlerde kullanılan yapılandırılmış görüşmelerin hem ebeveyn hem de çocuk formları vardır. Çoğu son yıllarda tekrar gözden geçirilmiş ve tanısal sistemdeki



değişikliklere paralel düzeltmeler yapılarak tanısal güvenilirlikleri artırılmıştır. Yapılan araştırmalarda bu değerlendirme ölçeklerinin oldukça güvenilir ve geçerli olduğu bildirilmektedir (74).

#### **2.4.2. Ergenlerde Depresyon ve Anksiyete Belirtilerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Psikiyatrik Değerlendirme Ölçekleri**

Çocuk ve ergen psikiyatrisinde değerlendirmede kullanılacak çok çeşitli araçlar bulunmasına karşın, çocukların değerlendirilmesi oldukça sorunlu bir konudur. Bu alandaki sorunların başında; çocuk ve ergenlerdeki ruhsal bozuklukların sınıflamalarının erken aşamada olması ve tanı ölçütlerinin sürekli değişmesinden ötürü ölçek seçiminin güçlüğü; çocukların yaşla birlikte belirgin değişmesi nedeniyle her yaşa uygun ölçek tasarlanmasının olanaksızlığı ve çocukların kendi belirtilerini ifade etme becerilerindeki sınırlılık dolayısıyla başka bilgi kaynakları gerektiği ve çoğu kez çocuk, ebeveyn ve öğretmen bildirimlerinde uyumsuzluklar olduğu için bunların en uygun bileşiminin sağlanması gerekliliği sayılmaktadır (72).

Çocuk ve ergenlerdeki ruhsal sorunların saptanmasına yönelik değerlendirmenin gelişimsel olarak uygun gereç ve yöntemlerle ve çoklu bilgi kaynaklarına dayanarak yapılması önerilmektedir. Bu değerlendirmelerde ebeveynlerin huzursuzluk, dürtüsellik, karşıt olma veya saldırganlık gibi dışa yönelim davranışlarını bildirme eğilimlerinin fazla olduğu; çocuklarınsa ebeveynlerinin fark etmediği anksiyete ve depresyon belirtilerini daha fazla bildirdikleri, bazen cinsel istismar, şiddete maruz kalma veya akran ilişkilerinde yaşananlara dair tek bilgi kaynağı olabildikleri belirtilmektedir. Ergenlikten önce ebeveynlerine göre daha az güvenilir bilgi kaynağı olan çocukların, yaşla birlikte güvenilirlikleri artmaktadır (75).

Ergen yaş grubunda depresyon ve anksiyete belirtilerini de değerlendirmede kullanılan psikiyatrik değerlendirme ölçeklerinden bazılarının Türkçe uyarlama çalışmaları yapılmıştır. Türkçe formları olan genel belirti tarama ölçeklerinden Achenbach ölçekleri (Child Behaviour Checklist, Youth Self Report, Teacher's Report Form) içe yönelim sorunlarını ve Güçler ve Güçlükler Anketi (Strengths and Difficulties Questionnaire) duygulanım belirtilerini değerlendirebilmektedir. Yine Türkçe formları olan Çocuklar için Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory for Children, STAI-C), Çocuklar için Depresyon Ölçeği (Children's Depression Inventory, CDI), Çocuklarda

Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, SCARED) ergenlerdeki emosyonel belirtilerin değerlendirilmesinde kullanılabilir. Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmış olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children Present and Life-time, K-SADS-PL) yarı yapılandırılmış klinik görüşmesi başka psikiyatrik bozuklukların yanı sıra anksiyete bozukluklarını ve affektif bozuklukları değerlendirmede kullanılabilir. Yine Türkçe uyarlaması yapılmış, yarı yapılandırılmış klinik görüşme olan CDRS ergenlerdeki depresyon belirtilerini ve Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, CY-BOCS) obsesyon ve kompulsiyonları değerlendirme araçlarıdır.

#### **2.4.2.1. Yapılandırılmış Görüşmeler**

##### **2.4.2.1.1. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) (Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present And Lifetime Version, K-SADS-PL)**

İlk kez yarı yapılandırılmış bir ölçek olarak Puig-Antich Chambers ve ark. tarafından 1978'de geliştirilmiş; birçok kez gözden geçirildikten sonra en son şekli 1987'de oluşturulmuştur. 6-17 yaş grubu için uyarlanan ölçek, klinik deneyimi yeterli olan kişiler tarafından uygulanabilmektedir. Birinci bölümde hastanın o anki sorunu ve belirtilerin tanımlanması ile birlikte hastalığın şiddeti, daha önceki tedaviler ele alınır. İkinci bölümde, tanıya yönelik olarak yaklaşık 200 belirti taranır. Görüşmecinin gözlemine dayalı maddelerden oluşan üçüncü bölümde ise belirtilerin şiddetine göre derecelendirme yapılarak maddelere 0-6 arasında puan verilir. Bu ölçeğin, anksiyete bozuklukları, affektif bozukluklar, şizofreni gibi bozuklukları taramada çok güvenilir olduğu, ancak yıkıcı davranış bozukluklarını taramada yetersiz olduğu bildirilmektedir. Kısa süreli test-tekrar test güvenilirliği orta düzeyde; geçerlik ve iç tutarlığının yüksek olduğu belirtilmektedir (76).

#### **2.4.2.1.2. Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, CY-BOCS)**

Çocuk ve ergenlerde obsesyon ve kompulsiyon belirtilerinin şiddetini değerlendirmek amacıyla hazırlanmış yarı yapılandırılmış görüşmedir. Obsesyon ve kompulsiyonların tipini, şiddetini, süresini ve içgörüyü sorgulayan 19 maddeden oluşur. Görüşmeyi yapan klinisyen çocuk ve ebeveynin verdiği bilgilere dayanmakla birlikte, klinik yargısına göre son değerlendirmeyi şekillendirir. CY-BOCS Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması 2006 yılında Yücelen ve ark. tarafından yapılmıştır (77)

#### **2.4.2.1.3 Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) (Children Depression Rating Scale, CDRS)**

Children Depression Rating Scale, okul çağındaki çocuklardaki depresif belirtileri değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Uygulamada, görüşme sırasındaki gözlemlerle birlikte çocuk ve ebeveynlerden alınan bilgilere dayanılarak değerlendirme yapılmaktadır (75). Depresyonun şiddeti ve depresif belirti profili hakkında genel bir bilgi sağlayan ölçek, sadece tanı değil, izlem sürecinde tedaviye yanıtın ölçümünde de kullanılabilir. Ölçekte sorgulanan 17 belirtiden 14'ü, klinik görüşme sırasında çocuğun kendisine yöneltilen sorulara verdiği sözel yanıtlara göre değerlendirilir. Bu belirti alanları; hafiften şiddetliye doğru puanlamanın yapıldığı; 'bozulmuş okul işlevselliği', 'eğlenme/keyif almada güçlük', 'sosyal içe çekilme', 'iştahta bozulma', 'uykunun bozulması', 'aşırı halsizlik hali', 'fiziksel yakınmalar', 'irritabilite', 'yoğun suçluluk duyguları', 'düşük benlik saygısı', 'depresif duygular', 'morbid fikirler, 'intihar fikirleri' ve 'yoğun ağlama' olarak yer almaktadır. Kalan 3 belirti alanı, depresif belirtilerin sözel olmayan özellikleri arasında yer alan ve görüşmecinin değerlendirdiği, 'depresif affekt', 'cansız konuşma' ve 'hipoaktivite'dir. CDRS'nin (Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği) Türkçeye çevirisi geçerlik ve güvenirlik çalışması Aışen tarafından 2012'de yapılmıştır (78)

## 2.4.2.2. Kendini Değerlendirme (*Self-Rating*) Ölçekleri

### 2.4.2.2.1 Achenbach Davranış Değerlendirme Ölçekleri

Achenbach tarafından geliştirilen davranış değerlendirme ölçekleri, sosyal yeterliğin yanı sıra davranışsal/emosyonel sorunların yaş ve cinsiyet normlarına göre değerlendirilmesi olanağı sağlamaktadır. Ebeveyn (Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği Child Behavior Checklist (CBCL)), Öğretmen (Öğretmen Bilgi Formu, Teacher's Report Form (TRF)) ve ergen (Gençler için Kendini Değerlendirme Ölçeği, Youth Self Report (YSR)) formları bulunmaktadır. Ölçek verileri bilgisayara girilerek, yaş ve cinsiyet normlarına göre karşılaştırmalı olarak değerlendirme yapılır (79).

CBCL1983'te Achenbach ve Edelbroch tarafından geliştirilmiştir. CBCL, 4-18 yaş grubu çocuk ve gençlerin, yeterlik alanları ile sorun davranışlarını, ebeveynlerinden ya da çocuğa bakım veren bireylerden alınan bilgiler doğrultusunda değerlendiren bir ölçektir. Ölçek, 8 yeterlik ve 113 sorun davranış maddesinden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk bölümü yeterlikle ilgili bölüm olup 'etkinlik', 'sosyallik', 'okul' alt testlerini içeren 20 maddeden oluşmaktadır. Sorun davranışlar son altı ay içinde görülme sıklık derecesine göre doğru değil (0), bazen ya da biraz doğru (1) ve çok ya da sıklıkla doğru (2) olarak ölçek üzerinde ebeveynler tarafından işaretlenir. Daha sonra veriler ölçeğin değerlendirilmesi için özel olarak geliştirilmiş bilgisayar programı ile değerlendirilir. Ölçeğin bu bölümünden "Sendrom Ölçekleri" adı altında çeşitli alanlarda ortaya çıkan problem kümelerini tanımlayan, "Anksiyete/Depresyon", "Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon", "Somatik Yakınmalar", "Sosyal Sorunlar", "Düşünce Sorunları", "Dikkat Sorunları", "Kurallara Karşı Gelme Davranışı" ile "Saldırgan Davranışlar" adı verilen alt testlere ait puanlar hesaplanır. Bunlardan "Anksiyete/Depresyon", "Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon", "Somatik Yakınmalar" alt testlerine ait puanların toplamı "İçer Yönelim" puanını, "Kurallara Karşı Gelme Davranışı" ile "Saldırgan Davranışlar" alt testlerinden alınan puanların toplamı ise "Dışer Yönelim" puanını oluşturmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi, geçerlik ve güvenirlik ölçümleri yapılmıştır (80)

#### **2.4.2.2.2. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) (Children's Depression Inventory-CDI)**

Children's Depression Inventory (CDI) [Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)], çocuklardaki depresyon düzeyini saptamak amacıyla Kovacs (1985) tarafından Beck Depresyon Envanterine benzer sorulara okul ve akran işlevselliğine ilişkin maddeler eklenmesiyle oluşturulmuştur. Maddeler, çocuğun son iki hafta içindeki depresif duygularını belirtebileceği üç seçenek içerir. Uygulama 15 dakika sürer (81) 7-17 yaş grubunda depresyon belirtilerini değerlendirmede kullanılan bir öz-bildirim ölçeğidir. Çoktan seçmeli 27 maddeden oluşur. 'Olumsuz duygudurum', 'yetersizlik', 'anhedoni', 'olumsuz benlik saygısı' ve 'kişilerarası ilişki sorunları' şeklinde beş alanı değerlendirir (48).

CDI'ın Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, 9-14 yaşlarındaki çocuklarda Belma Öy tarafından 1991'de yapılmıştır. Kesme puanı 19 olarak belirlenmiştir. Verilen yanıtlar 0-1-2 puan şeklinde puanlanarak toplanır; alınabilecek en yüksek puan 54'tür (48).

#### **2.4.2.2.3. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ) (The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, SCARED)**

Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) [Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ)] Birmaher ve ark. tarafından 1999'da geliştirilmiştir. Çocuğun anksiyetesini değerlendiren 41 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin ebeveyn ve çocuk için ayrı formları bulunmaktadır. Ölçeğin doldurulması 10-15 dakika sürmektedir. Geçen üç aylık süreç için kullanılabilmeyle birlikte şimdiki veya yaşam boyu durum için de uygulanabilir. Çocuk formu 8-18 yaş grubunda uygulanabilmektedir. Ölçekte, belirti şiddetine göre her maddeden 0, 1 veya 2 puan alınır. Toplam puan ve 5 ayrı faktör puanı elde edilir. Ayrı ayrı hesaplanan 5 faktör puanının (panik bozukluğu/somatik belirtiler, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, okuldan kaçınma) her birinin ayrı bir anksiyete bozukluğuna işaret eden kendi kesim noktaları vardır. Toplam puanın 25 ve üzeri olmasının bir anksiyete bozukluğunun varlığını gösterebileceği, 30'un üzerindeki puanların ise daha özgül olduğu bildirilmektedir (82).

SCARED'in çocuk formunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Figen Karaceylan Çakmakçı tarafından 2004 yılında yapılmıştır (82).

#### **2.4.2.2.4. Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) (State-Trait Anxiety Inventory for Children, STAIC)**

Spielberger tarafından 1973 yılında geliştirilmiştir. STAIC çocukların durumluk ve sürekli kaygılarını değerlendirmeye yönelik oluşturulmuş bir kaygı ölçüm aracıdır. Yetişkinler için geliştirilmiş Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin çocuklar için sadeleştirilmiş formudur. Yirmişer maddelik iki alt ölçekten oluşur. Durumluk Kaygı Ölçeği duruma özgü belirtileri veya geçici kaygıyı ölçerken, Sürekli Kaygı Ölçeği çeşitli koşullara genellenmiş kaygıyı ölçmeyi amaçlar (83).

STAIC'te her bir madde için 1-2-3 puan olarak değerlendirilebilen üç yanıt seçeneği vardır. Böylece her iki alt ölçekten 20-60 arasında puan alınabilmektedir. Uygulamada zaman sınırlaması yoktur; uygulama bireysel veya grup olarak yapılabilir. Durumluk Kaygı Ölçeği teste ilişkin veya test koşullarında ortaya çıkabilen tedirginlik veya heyecan gibi duygusal etkenlere duyarlı olduğundan, Sürekli Kaygı Ölçeği'nden önce verilir. STAIC'in Türkçe formlarının geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özusta tarafından 1993'te yapılmıştır.

## **2.5.PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİNİN ÖZELLİKLERİ**

### **2.5.1. TESTİN GÜVENİRLİĞİ (*RELIABILITY*)**

Bir değerlendirme aracının kullanılabilmesi için mutlaka bulunması gereken bir özelliği güvenirliliktir. İç tutarlılık, test-tekrar test güvenirliliği, derecelendiriciler arası güvenirlilik olmak üzere değişik tipleri bulunmaktadır (72).

#### **2.5.1.1. İç tutarlılık (*Internal consistency*)**

İç tutarlılık (içsel güvenirlilik) ölçek maddelerinin birlikte değişme derecesinin bir ölçüsüdür. İdeal olan bir derecelendirme ölçeğinin farklı maddeleri ve faktörlerinin aynı fenomenin farklı yönlerini ölçebilmesidir. Bir başka deyişle bir ölçeğin maddelerinden elde edilen puanlar ile elde edilen toplam puan birbiriyle pozitif bir korelasyon göstermelidir. İç tutarlılık sıklıkla Cronbach alfa katsayısı ile ölçülür. Cronbach alfa değeri 0 ile 1 arasında yer alır. Bir ölçek güvenilir ise, maddelerden elde edilen puanlarla ölçekten elde edilen toplam

puanın birbiriyle pozitif korelasyon göstermesi gerekir ve güvenilirlik katsayısı yüksek bulunur (72).

### **2.5.1.2. Test-tekrar Test Güvenirliği (*Test-Retest Reliability*)**

Bir ölçeğin farklı zamanlarda aynı kişilere uygulandığında aynı sonucu vermesine test-tekrar test güvenirliği denir. Ölçek puanının zaman içindeki tutarlılığını gösterir. Bu yöntemle güvenilirlik hesaplanırken, ölçek aynı kişilere belli bir aralıkla iki kez uygulanır ve puanlar arasındaki uyuşma değerlendirilir. Farklı zamanlarda elde edilen bilgiler görüşmecinin becerisi, görüşmecinin duygu durumu, görüşme yapılan yerin koşulları ve deneğin tutumu gibi bazı etkenler nedeniyle farklı olabilir. Bu etkenler, test-tekrar test güvenirliğinin çoğu kez olduğundan daha düşük düzeyde çıkmasına yol açabilir. Diğer yandan deneklerin ölçeği anımsamaları da test-tekrar test güvenirliğini bozan bir başka özelliştir ve bu durumda beklenenden daha yüksek düzeyde güvenilirlik elde edilebilir (72). Çocuk ve ergen psikiyatrik değerlendirme gereçlerinin test-tekrar test güvenirliği değerlendirmesinde uygulama sıklıkla 1-2 hafta arayla yapılmaktadır (75)

### **2.5.1.3. Derecelendiriciler Arası Güvenirlik (*Inter-Rater Reliability*)**

Derecelendiriciler arası güvenilirlik aynı hastaları değerlendiren klinisyenler arasındaki uyuşmanın bir ölçüsüdür. Psikiyatrik tanı ölçeklerinde daha sık kullanılır (72).

## **2.5.2. TESTİN GEÇERLİĞİ (*VALIDITY*)**

Bir ölçeğin ölçmeyi amaçladığı özelliği ne denli “doğru” ölçtüğünü gösterir. İçerik geçerliği (*content validity*), ölçüt geçerliği (*criterion validity*) ve yapısal geçerlik (*construct validity*) olmak üzere üç tip geçerlik bulunmaktadır (72).

### **2.5.2.1. İçerik Geçerliği (*Content Validity*)**

Kullanılan ölçeğin, ölçülmek istenen değişkeni ölçüp ölçmediğini gösterir. Bir testin içerik geçerliği için, bir başka testin geçerliği referans olarak gösterilemez. İçerik geçerliği sadece testin ölçülmek istenen konuyu ne derecede ölçtüğu ile belirlenebilir (84).

### **2.5.2.2. Yapı Geçerliği (*Construct Validity*)**

Bir ölçeğin ölçmek istediği bir kavramı ne ölçüde doğru ölçtüğünü gösterir. Bir testin yapı geçerliğini oluşturmak için değişkenler arasındaki ilişki iyi tanımlanmalıdır. Bir ölçeğin ölçülen kavramla ilişkili olan değişkenlerle arasındaki ilişkiye birleşen geçerlik (*covengent validity*), ilişkili olmayan değişkenlerle ilişkisine ayırt edici geçerlik (*discriminant validity*) adı verilir. Bir ölçeğin geçerli olması için hem birleşen hem de ayırt edici geçerliğinin yüksek olması gerekir (84).

### **2.5.2.3. Faktöryel Geçerlik (*Factorial Validity*)**

Yapı geçerliğine farklı bir yaklaşım biçimi ise faktöryel geçerliktir. Faktöryel geçerlik ölçeğin birleşen ve ayırt edici geçerliğini istatistiksel bir işlem olan faktör analizi ile değerlendirir. Bir grup değişkenin sorunun belirli bir boyutunu ölçmesi faktör olarak adlandırılmaktadır. Eğer değişkenler benzer ise, bu değişkenler aynı faktör ile uyumludurlar. Bu da birleşen geçerlik olarak tanımlanmaktadır. Eğer değişkenler belirli bir faktör ile ilişkili değillerse, bu da ayırt edici geçerlik diye tanımlanmaktadır. Ayrıca faktöryel geçerlikte her bir maddenin ölçeğin toplam puanı ile uyumu ve ilişkisiz değişkenlerle olan uyumuna da bakılır (85).

Faktör analizi ölçeği oluşturan maddelerin ölçtüğü düşünölen aynı kavram ve değişkenlerin derecesini belirterek faktöryel geçerliğini değerlendirmeyi sağlar. Ayrıca birçok değişkenin olduğu durumda, faktör analizi bu değişkenleri küçük gruplara bölmeyi sağlar (85).

### **2.5.2.4. Ölçüt Geçerliği (*Criterion Validity*)**

Kullanılan ölçeğin başka bir ölçekle hasta olduğu saptanmış kişiyi hasta olmayanlardan ayırt edebilme derecesidir. Eğer ayırt edebiliyorsa ölçüt geçerliği (*criterion validity*) vardır. Her testin ölçüt geçerliği mutlaka yapılmalıdır. Ölçüt geçerliği ölçeğin güvenilirliğine de katkıda bulunmaktadır (72).

İki çeşit ölçüt geçerliği vardır. Bunlar birlikte geçerlik (*concurrent validity*) ve önkestirim geçerliğidir (*predictive validity*). Birlikte geçerlikte çoğunlukla geçerliği sınanan ölçek ile birlikte aynı anda kullanılan ve geçerliği ortaya konmuş bir başka ölçek uygulanır.



İki ölçüm arasındaki uyuşmaya bakılır. Birlikte geçerlik için kullanılan bir başka yöntem ise uygulama ölçeğinin yanında yapılandırılmış bir görüşme ölçeği uygulamaktır. Önkestirim geçerliğinde ölçeğin gelecekte gelişebilecek bir olayı tahmin ettirme derecesine bakılır. Örneğin, ölçeğin güçlü ebeveyn desteği olduğunu göstermiş olması, hastanın hastanede yatış süresinin kısa olacağını tahmin ettirebilir. Tedaviye yanıt, hastalığın gidişi gibi ölçütler önkestirim geçerliğinde tipik ölçütlerdir (84).

Ölçüt geçerliğinde iki kavram önemli yer tutmaktadır. Bunlardan özgüllük (*specifity*) ölçeğin, sağlıklı grup içinde sağlıklıları hasta olanlardan ayırt etme gücü ile belirlidir ve doğru negatiflik ile gösterilir. Duyarlılık (*sensitivity*) ise ölçeğin bir hasta grubu içinde hasta olanları hasta olmayanlardan ayırt etme yetisidir ve doğru pozitiflik ile belirlenir (72) .

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Bu çalışma, Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeğinin Türkçe formunun 12-17 yaş grubunda geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesine yönelik metodolojik bir araştırmadır.

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL ONAYI**

Bu çalışmaya başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 24.07.2014 tarih ve 2014/25-37 sayılı onay alınmıştır (Ek-5).

#### **3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI**

Bu çalışma, Temmuz 2014-Eylül 2014 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (DEÜTF ÇERSAH AD) Polikliniği, DEÜTF Hastanesi yataklı servisleri, DEÜTF ve Balçova Belediyesi yaz spor okullarında yapılmıştır.

#### **3.4. ARAŞTIRMANIN ÇALIŞMA GRUBU**

Çalışma grubunun, ebeveyni/yasal vasisi ve kendisi bu çalışmaya katılmayı kabul eden 140 hasta ve 140 sağlıklı ergen olmak üzere 280 olgudan oluşması planlanmıştır. DEÜTF ÇERSAH AD Polikliniğine başvuran yeni hastalar, DEÜTF Hastanesi servislerinde yatarak tedavi görmekte olan hastalar ile spor okullarından ulaşılan öğrencilere uygulama yapılmıştır. Çalışma sürecinde 138 hasta ve 134 öğrenci olmak üzere 272 olguya ulaşılmıştır. Hasta grubundan 1 olgu ve öğrenci grubundan 2 olgu HAD Ölçeği puanı eksik olduğu için; öğrenci grubundan 2 olgu ÇATÖ puanı eksik olduğundan ve 24 olgu HAD Ölçeği tekrar testi uygulanmadığı için çalışmadan çıkarılmıştır. Böylece, hasta grubu 137 ve öğrenci grubu 106 olmak üzere çalışma grubu 243 olgudan oluşmuştur. Ulaşma oranı yaklaşık %87 olarak gerçekleşmiştir.

### **3.4.1. Çalışmaya Alınma Ölçütleri**

12-17 yaş grubunda olan aşağıdaki olgular çalışmaya alınmıştır:

- 1) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne yeni başvuran hastalar.
- 2) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi servislerinde yatarak tedavi görmekte olan hastalar.
- 3) Toplumda ulaşılan sağlıklı ergenler.

### **3.4.2. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri**

12-17 yaş grubunda olan aşağıdaki olgular çalışmadan dışlanmıştır:

- 1) Çalışmada uygulanan ölçekleri doldurmasını veya görüşmelere katılımını önleyecek kadar şiddetli ruhsal (otizm spektrum bozukluğu, psikotik bozukluk, mental retardasyon vb.) veya bedensel sorunları olan ergenler.

## **3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

### **3.5.1. Bireysel Değerlendirme Formu**

Çalışma grubunun sosyo-demografik bilgilerinin saptanması amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturulan formdur. Bu form ile ergenlerin yaş, cinsiyet, okul özelliği ve ders başarısına ilişkin bilgiler ile gelir düzeyi, kardeş sayısı, ebeveyn yaş, eğitim düzeyi ve meslek bilgileri gibi ailelere ilişkin bilgiler elde edilmiştir.

### **3.5.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) [Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)]**

Hospital Anxiety and Depression Scale [Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)] Zigmond ve Snaith tarafından 1983'te geliştirilmiştir. HADÖ'nün ayaktan tedavi gören hastalarda depresyon ve anksiyetenin saptanmasında güvenilir bir gereç olduğu; depresyon ve anksiyete alt ölçeklerinin emosyonel bozukluğun şiddeti için geçerli ölçümler verdiği belirtilmektedir (86). HADÖ'de, bedensel hastalık belirtilerinin puanları etkilememesi

için fiziksel hastalıkla ilişkili depresyon/anksiyete belirtileri (baş dönmesi, baş ağrısı, uykusuzluk, anerji, yorgunluk gibi) ve ayrıca psikiyatri dışı hastane kliniklerinde daha seyrek görülen ciddi ruhsal bozukluk belirtileri dışlanmıştır (17).

HADÖ, tanı koyma değil, tarama amaçlı kullanılan bir öz-değerlendirme (*self-assessment*) ölçeğidir. Ölçeğin doldurulması 2-5 dakika sürmektedir (87). On dört maddelik HADÖ, karışık 7'şer maddeden oluşan Anksiyete alt ölçeğini (HADÖ-A) ve Depresyon alt ölçeğini (HAD ÖLçeği-D) içerir (17). Her bir maddede dörtlü seçenekler arasından yapılan seçimle 0-3 arasında puan alınmaktadır (87). Maddeler, kişinin geçen hafta nasıl hissettiğine göre işaretlenmektedir. 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterir ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir; 2, 4, 7, 9, 12 ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanır. Anksiyete alt ölçeği için 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13. maddelerin puanları toplanırken; Depresyon alt ölçeği için 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14. maddelerin puanları toplanır (88). Alt ölçek puanlarının toplanmasıyla Depresyon ve Anksiyete alt ölçeklerinin her birinden 0-21 puan alınabilmektedir. Her bir alt ölçek için 0-7 puanın normal aralık olduğu, 8-10 puanın bir duygudurum bozukluğunun varlığını düşündürdüğü, 11 ve üzeri puanın olası duygudurum bozukluğunu gösterdiği belirtilmektedir (87). Ayrıca, hafif (8-10 puan), orta şiddette (11-15) ve şiddetli (16 ve üstü) olgular şeklinde önerilen kesme puanları vardır (89).

HADÖ Türkçe formunun yetişkin yaş grubunda geçerlik ve güvenilirlik değerlendirmesi ilk olarak Ömer Aydemir ve ark. tarafından 1997'de yapılmıştır. Bu çalışmada çeviri çalışmasının ardından HADÖ'nün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik değerlendirmesi bir tıp fakültesi 2. sınıftaki 213 öğrenci ile eğitim hastanesi dâhili kliniklerinde yatan 136 hastada yapılan uygulamayla gerçekleştirilmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerine HADÖ'yü doldurduktan bir hafta sonra tekrar test uygulanmıştır. Hasta grubunda anksiyete ve/veya depresyon psikiyatrik tanıları olan olgular belirlenerek kesme puanları hesaplanmıştır. Bu çalışmada kesme puanlarının Anksiyete alt ölçeği için 10 ve Depresyon alt ölçeği için 7 olarak bulunduğu belirtilmiştir (19). Ayrıca, özet bilgilerine ulaşılabilen 1998 tarihli Hüsameddin Özer'in tıpta uzmanlık tez çalışmasında, geçerlik ve güvenilirlik değerlendirmesi amacıyla HADÖ Türkçe formu 100 kişilik tıp fakültesi öğrenci grubu ile 112 kanserli hastaya uygulanmıştır (20).

### **3.5.3. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ) [The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)]**

Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) [Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ)] Birmaher ve ark. tarafından 1999'da geliştirilmiştir. Çocuğun anksiyetesini değerlendiren 41 maddeden oluşan bir ölçektir (60). Ölçeğin ebeveyn ve çocuk için ayrı formları bulunmaktadır. Ölçeğin doldurulması 10-15 dakika sürmektedir. Geçen üç aylık süreç için kullanılabilirlikle birlikte şimdiki veya yaşam boyu durum için de uygulanabilir. Çocuk formu 8-18 yaş grubunda uygulanabilmektedir. Ölçekte, belirti şiddetine göre her maddeden 0, 1 veya 2 puan alınır. Toplam puan ve 5 ayrı faktör puanı elde edilir. Ayrı ayrı hesaplanan 5 faktör puanının (panik bozukluğu/somatik belirtiler, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, okuldan kaçınma) her birinin ayrı bir anksiyete bozukluğuna işaret eden kendi kesim noktaları vardır. Toplam puanın 25 ve üzeri olmasının bir anksiyete bozukluğunun varlığını gösterebileceği, 30'un üzerindeki puanların ise daha özgül olduğu bildirilmektedir (81).

SCARED'in çocuk formunun Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Figen Karaceylan Çakmakçı tarafından 2004 yılında yapılmıştır (82).

### **3.5.4. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) [Children's Depression Inventory (CDI)]**

Children's Depression Inventory (CDI) [Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)], çocuklardaki depresyon düzeyini saptamak amacıyla Kovacs (1985) tarafından Beck Depresyon Envanterine benzer sorulara okul ve akran işlevselliğine ilişkin maddeler eklenmesiyle oluşturulmuştur. Maddeler, çocuğun son iki hafta içindeki depresif duygularını belirtebileceği üç seçenek içerir. Uygulama 15 dakika sürer (81) 7-17 yaş grubunda depresyon belirtilerini değerlendirmede kullanılan bir öz-bildirim ölçeğidir. Çoktan seçmeli 27 maddeden oluşur. Olumsuz duygudurum, yetersizlik, anhedoni, olumsuz benlik saygısı ve kişilerarası ilişki sorunları şeklinde beş alanı değerlendirir (48).

CDI'in Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, 9-14 yaşlarındaki çocuklarda Belma Öy tarafından 1991'de yapılmıştır. Kesme puanı 19 olarak belirlenmiştir. Verilen yanıtlar 0-1- 2 puan şeklinde puanlanarak toplanır; alınabilecek en yüksek puan 54'tür (48).

### **3.5.5. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) [Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present And Lifetime Version (K-SADS-PL)]**

Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children Present and Life-time (K-SADS-PL) [Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY)] Kauffman ve ark. tarafından 1997’de geliştirilmiştir (76). ÇDŞG-ŞY çocuk ve ergenlerde şimdiki ve yaşam-boyu psikopatolojiyi DSM-IV (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) tanı ölçütlerine göre tarayan, yarı-yapılandırılmış bir görüşmedir. Major Depresyon, Distimi, Mani, Hipomani, Siklotimi, Bipolar Bozukluk, Şizoaffektif Bozukluklar, Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Kısa Tepkisel Psikoz, Panik Bozukluk, Agorafobi, Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, Kaçınma Bozukluğu, Basit Fobi, Sosyal Fobi, Aşırı Anksiyete/Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Enürezis, Enkoprezis, Anoreksiya Nervoza, Bulimiya, Gecici Tik Bozuklukları, Tourette Bozukluğu, Kronik Motor ya da Vokal Tik Bozukluğu, Alkol Kötüye Kullanımı, Madde Kötüye Kullanımı, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Uyum Bozukluğu temel tanıları içerir. Form; sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı ‘yapılandırılmamış başlangıç görüşmesi’, şimdi ve geçmiş psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı ‘tanı amaçlı tarama görüşmesi’ ve çocuğun değerlendirme yapıldığı andaki işlev düzeyini belirlemeye yönelik ‘çocuklar için genel değerlendirme ölçeği’ bölümlerinden oluşmaktadır. Tarama görüşmesinde pozitif belirtiler saptandığında şu 5 alanda tanıyı doğrulamak için ek puanlama yapılabilmektedir: duygulanım bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve diğer bozukluklar. K-SADS-PL’nin Türkçe çevirisi ve geçerlik ve güvenirlik çalışması Bahar Gökler ve ark. (2004) tarafından yapılmıştır (90).

### **3.6. ARAŞTIRMA PLANI VE TAKVİMİ**

Çalışmanın veri toplama dönemi 2014 yılı Temmuz, Ağustos ve Eylül aylarıdır. Bu çalışma döneminde çalışmaya alınma ölçütlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden, Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği’ne triyaj görüşmesi için başvuran 92 yeni hasta ile Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde çeşitli

tanılarla servislerde yatmakta olan 45 hasta ve ebeveyn(ler)ine Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) uygulanmıştır.

ÇDŞG-ŞY klinik görüşmesi yapılmış olan hastalara, araştırmacılar tarafından hazırlanan Bireysel Değerlendirme Formu, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ), Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ) ve Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) uygulanmıştır.

Çalışma döneminde çalışmaya alınma ölçütlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden, Balçova Belediyesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi yaz spor okullarına devam eden öğrencilere araştırmacılar tarafından hazırlanan Bireysel Değerlendirme Formu, HADÖ, ÇATÖ ve ÇDÖ uygulanmıştır. İki hafta sonra, aynı gruptan ulaşılan 106 ergene aynı araştırmacı tarafından HADÖ tekrar uygulanmıştır.

Bu çalışmada veri toplama işlemlerini ve ÇDŞG-ŞY görüşmesini, bu görüşme için gerekli eğitimi almış olan çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanlık öğrencisi araştırmacı gerçekleştirmiştir.

### 3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 15.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Ölçümle elde edilen sürekli değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler yüzde ve sayı şeklinde ifade edilmiştir. Tüm analizlerde  $p < 0.05$  değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

Sayısal değişkenlerden normal dağılım gösteren iki grup arasındaki ortalamaların karşılaştırılmasında **t testleri**, normal dağılım göstermeyenlerde nonparametrik test olan **Mann-Whitney U** testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler **Pearson ki-kare testi** ve gerektiğinde **Fisher'in kesin ki-kare** testi ile değerlendirilmiştir.

Sayısal değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve düzeyini belirlemek için normal dağılım gösterenler için **Pearson korelasyon testi** kullanılmıştır. Korelasyonun gücü, 0.00-0.24 arası 'zayıf', 0.25-0.49 arası 'orta', 0.50-0.74 arası 'güçlü', 0.75-1.00 arası 'çok güçlü' korelasyon olarak değerlendirilmiştir (91-Aksakoğlu, 2001).

HADÖ'nün güvenilirlik değerlendirmesi **Cronbach  $\alpha$  (alfa) katsayısı, madde toplam, yarıya bölme korelasyon katsayıları** hesaplanarak ve **test-tekrar test** yöntemiyle yapılmıştır.

Geçerlik değerlendirmesi için HADÖ Anksiyete alt ölçeğinin ÇATÖ ile ve HADÖ Depresyon alt ölçeğinin ÇDÖ ile **korelasyonları** hesaplanmıştır.

HADÖ'nün yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde temel bileşen analizi yöntemi kullanılarak açıklayıcı **faktör analizi** yapılmıştır.

İki testin sonuçlarının kıyaslanması seçicilik ve duyarlılığı verir. Bu kıyaslama bir eğri üzerinde yapılabilir. Seçilen bir eşik değere göre duyarlılığın (doğru pozitif) ve yalancı pozitif bulguların grafiğe geçirilmesi ROC (*Receiver Operating Characteristic*) eğrisinin elde edilmesini sağlar. ROC eğrisi, birden fazla tanı testinin karşılaştırılmasında ya da bir ölçüm için yeni bir eşik değeri belirlenmesinde kullanılır (91). ROC eğrisinin altındaki alan 1.0 değerine ne kadar yakınsa ayırt etme gücü o kadar kusursuz kabul edilirken 0.5 değerine yaklaştıkça ayırt etme gücünün şansa yakın olduğu düşünülmektedir (92). Kabul edilebilir en kötü ROC eğrisinde eğri altında kalan alan 0.5'e eşittir (91). Bu çalışmada, HADÖ alt ölçeklerinin ergen yaş grubu için kesim noktalarının hesaplanmasında ÇDŞG-ŞY ile anksiyete bozukluğu tanısı alanlarda ve depresif bozukluk tanısı alanlarda ayrı ayrı ROC analizi uygulanmıştır.



## 4. BULGULAR

### 4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışma grubu, DEÜTF ÇERSAH polikliniğine başvuran ve triyaj görüşmesine alınacak olan 92 (%37.9) ayakta hasta, DEÜTF Hastanesi'nin çeşitli servislerinde tedavi görmekte olan 45 (%18.5) yatan hasta ve spor okulu öğrencisi olup HADÖ uygulanan ve tekrar testi yapılan 106 (%43.6) öğrenci olmak üzere toplam 243 ergenden oluşmaktadır. Yatan hasta grubundaki ergenlerden 37'si (%82.2) Pediatri, 4'ü (%8.9) Çocuk Cerrahisi, 4'ü (%8.9) Ortopedi servislerinde tedavi görmekte olan hastalardır.

#### 4.1.1. ÇALIŞMA GRUBUNDAKİ ERGENLERİN ÖZELLİKLERİ

##### 4.1.1.1. Yaş

Çalışma grubunda yer alan 12-17 yaşlarındaki olguların yaş dağılımı Tablo 1'de yer almaktadır. Çalışma grubundaki ergenlerin yaş ortalaması tüm olgularda  $14.8 \pm 1.5$  olarak saptanmıştır. Hasta grubunun yaş ortalaması ( $15.0 \pm 1.6$ ) ile öğrenci grubunun yaş ortalaması ( $14.5 \pm 1.4$ ) arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $U=6079.5$ ,  $p=0.029$ ).

**Tablo 1. Çalışma grubundaki ergenlerin yaş dağılımı ve yaş ortalamaları (N=243)**

YAŞ	Ayaktan hasta n (%)	Yatan hasta n (%)	Öğrenci n (%)	Tüm olgular n (%)
12 yaş	11 (11.9)	2 (4.4)	9 (8.5)	22 (9.0)
13 yaş	21 (22.8)	7 (15.6)	26 (24.5)	54 (22.2)
14 yaş	8 (8.7)	9 (20.0)	24 (22.6)	41 (16.9)
15 yaş	17 (18.5)	9 (20.0)	23 (21.7)	49 (20.2)
16 yaş	19 (20.7)	10 (22.2)	20 (18.9)	49 (20.2)
17 yaş	16 (17.4)	8 (17.8)	4 (3.8)	28 (11.5)
<b>Toplam</b>	92 (100.0)	45 (100.0)	106 (100.0)	243 (100.0)
	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
	14.9 ± 1.7	15.2 ± 1.5	14.5 ± 1.4	14.8 ± 1.5

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma

#### 4.1.1.2. Cinsiyet

Çalışma grubundaki ergenlerin cinsiyet dağılımı Tablo 2’de yer almaktadır. Cinsiyet dağılımı, tüm olgularda %53.1 kız ve %46.9 erkek olarak saptanmıştır. Hasta grubu (%51.1 kız ve %48.9 erkek) ile öğrenci grubu (%55.7 kız ve %44.3 erkek) arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı farklılık yoktur ( $\chi^2=0.500$ ,  $p=0.479$ ).

**Tablo 2. Çalışma grubundaki ergenlerin cinsiyet dağılımı (N=243)**

CİNSİYET	Ayaktan hasta	Yatan hasta	Öğrenci	Tüm olgular
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Kız</b>	46 (50.0)	24 (53.3)	59 (55.7)	129 (53.1)
<b>Erkek</b>	46 (50.0)	21 (46.7)	47 (44.3)	114 (46.9)
<b>Toplam</b>	92 (100.0)	45 (100.0)	106 (100.0)	243 (100.0)

#### 4.1.1.3. Okul Durumu

Çalışma grubundaki ergenlerin sınıflara dağılımı Tablo 3’te yer almaktadır. Okul durumu açısından tüm olguların %49.4’inin ortaokula ve %50.6’sinin ise liseye devam etmekte olduğu saptanmıştır. Hasta grubu (%44.5 ortaokul ve %55.5 lise) ile öğrenci grubu (%55.7 ortaokul ve %44.3 lise) arasında okul durumu açısından anlamlı farklılık yoktur ( $\chi^2=2.964$   $p=0.085$ ).

**Tablo 3. Çalışma grubundaki ergenlerin sınıflara dağılımı (N=243)**

SINIF	Ayaktan hasta	Yatan hasta	Öğrenci	Tüm olgular
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>6</b>	12 (13.1)	2 (4.4)	9 (8.5)	23 (9.5)
<b>7</b>	20 (21.7)	7 (15.6)	26 (24.5)	53 (21.8)
<b>8</b>	9 (9.8)	11 (24.4)	24 (22.6)	44 (18.1)
<b>9</b>	20 (21.7)	8 (17.9)	25 (23.6)	53 (21.8)
<b>10</b>	22 (23.9)	11 (24.4)	18 (17.0)	51 (21.0)
<b>11</b>	7 (7.6)	4 (8.9)	2 (1.9)	13 (5.3)
<b>12</b>	2 (2.2)	2 (4.4)	2 (1.9)	6 (2.5)
<b>Toplam</b>	92 (100.0)	45 (100.0)	106 (100.0)	243 (100.0)

#### 4.1.1.4. Okul Başarısı

Çalışma grubundaki ergenlerin okul başarısı yıl sonu ortalama karne notuna göre değerlendirilmiştir. Karne notu 200 ergen tarafından bildirilmiştir. Çalışma grubundaki ergenler tarafından bildirilen karne notlarının dağılımı Tablo 4'te yer almaktadır. Ergenlerin bildirdikleri karne notlarının ortalaması hasta grubunda (70.4±15.2) öğrenci grubundakinden (77.4±11.9) anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur (U= 3587.5, p=0.001).

**Tablo 4. Çalışma grubundaki ergenlerin okul başarısı (N=200)**

<b>KARNE NOTU</b>	<b>Ayaktan hasta</b>	<b>Yatan hasta</b>	<b>Öğrenci</b>	<b>Tüm olgular</b>
<b>PUAN ARALIĞI</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>80-100 arası</b>	19 (27.9)	11 (31.4)	47 (48.5)	77 (38.5)
<b>60-79 arası</b>	29 (42.7)	20 (57.2)	43 (44.3)	92 (46.0)
<b>40-59 arası</b>	19 (27.9)	4 (11.4)	7 (7.2)	30 (15.0)
<b>0-39 arası</b>	1 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.5)
<b>Toplam</b>	68 (100.0)	35 (100.0)	97 (100.0)	200 (100.0)
<b>PUAN</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
	68.2 ± 15.8	74.5 ± 13.2	77.4 ± 11.9	73.8 ± 14.1

#### 4.1.1.5. Geçmiş Dönemde Psikiyatrik Başvuru Durumu

Çalışma grubundaki ergenlerin geçmişte psikiyatrik tedavi için başvuru durumu Tablo 5'de yer almaktadır. Tüm olgularda psikiyatrik tedavi başvurusu %23.9 oranında bildirilmiştir. Psikiyatrik başvuru açısından hasta grubu (%33.6) ile öğrenci grubu (%11.3) arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $\chi^2=16.290$ , p<0.001).

**Tablo 5. Çalışma grubundaki ergenlerin geçmiş psikiyatrik başvuruları (n=243)**

	<b>Ayaktan hasta</b>	<b>Yatan hasta</b>	<b>Öğrenci</b>	<b>Tüm olgular</b>
<b>PSİKİYATRİK BAŞVURU</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Yok</b>	53 (57.6)	38 (84.4)	94 (88.7)	185 (76.1)
<b>Var</b>	39 (42.4)	7 (15.6)	12 (11.3)	58 (23.9)
<b>Toplam</b>	92 (100.0)	45 (100.0)	106 (100.0)	243 (100.0)

#### 4.1.1.6. Bedensel Hastalık Varlığı

Çalışma grubundaki ergenlerin bedensel hastalık varlığı durumu Tablo 6'da yer almaktadır. Tüm olgularda bedensel hastalık varlığı %27.6 oranında bildirilmiştir. Bedensel hastalık varlığı açısından hasta grubu (%43.8) ile öğrenci grubu (%6.6) arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $\chi^2=41.394$ ,  $p<0.001$ ).

**Tablo 6. Çalışma grubundaki ergenlerde bedensel hastalık varlığı (N=243)**

<b>BEDENSEL HASTALIK</b>	<b>Ayaktan hasta n (%)</b>	<b>Yatan hasta n (%)</b>	<b>Öğrenci n (%)</b>	<b>Tüm olgular n (%)</b>
<b>Yok</b>	77 (83,7)	0 (0.0)	99 (93.4)	176 (72.4)
<b>Var</b>	15 (16,3)	45 (100.0)	7 (6.6)	67 (27.6)
<b>Toplam</b>	92 (100.0)	45 (100.0)	106 (100.0)	243 (100.0)

#### 4.1.2. ÇALIŞMA GRUBUNDAKİ OLGULARIN AİLESEL ÖZELLİKLERİ

##### 4.1.2.1. Aile Özelliği

Çalışma grubundaki ergenlerin aile özellikleri Tablo 7'de yer almaktadır. Tüm olguların aile özellikleri değerlendirildiğinde, öz anne babanın olduğu ailede yaşama %79.4, ebeveyn kaybı, boşanma veya evlat edilmenin olduğu parçalanmış aile ortamında yaşama ise %20.6 oranında bulunmuştur. Parçalanmış aile ortamında yaşama oranı açısından hasta grubu (%15.3) ile öğrenci grubu (%27.4) arasında anlamlı farklılık vardır ( $\chi^2=5.292$ ,  $p=0.021$ ).

**Tablo 7. Çalışma grubundaki ergenlerin yaşadıkları ailenin özellikleri (N=243)**

<b>AİLE ÖZELLİĞİ</b>	<b>Ayaktan hasta n (%)</b>	<b>Yatan hasta n (%)</b>	<b>Öğrenci n (%)</b>	<b>Tüm olgular n (%)</b>
<b>Öz anne ve baba birlikte</b>	73 (79.3)	43 (95.6)	77 (72.6)	193 (79.4)
<b>Parçalanmış aile ortamı</b>	19 (20.7)	2 (4.4)	29 (27.4)	50 (20.6)
<b>Toplam</b>	92 (100.0)	45 (100.0)	106 (100.0)	243 (100.0)

#### 4.1.2.2. Ebeveyn Eğitim Durumu

Çalışma grubundaki ergenlerin ebeveynlerinin eğitim durumları Tablo 8’de yer almaktadır. Ebeveyn eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde, 236 annenin %50.4’ünün ve 230 babanın %56.1’inin lise ve üstü eğitilmiş olduğu saptanmıştır. Annelerin lise ve üstü eğitilmiş olma oranı açısından hasta grubu (%40.7) ile öğrenci grubu (%63.4) arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $\chi^2=11.831$   $p=0.001$ ). Babaların lise ve üstü eğitilmiş olma oranı açısından hasta grubu (%48.9) ile öğrenci grubu (%66.3) arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $\chi^2=6.876$ ,  $p=0.009$ ).

**Tablo 8. Çalışma grubundaki ergenlerin ebeveynlerinin eğitim durumu**

EĞİTİM DURUMU	Anneler (N=236)			Babalar (N=230)		
	Ayaktan hasta	Yatan hasta	Öğrenci	Ayaktan hasta	Yatan hasta	Öğrenci
	n (%)	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Okur-yazar değil</b>	2 (2.2)	2 (4.7)	3 (3.0)	1 (1.1)	2 (4.7)	0 (0.0)
<b>Okur-yazar</b>	3 (3.3)	3 (7.0)	1 (1.0)	3 (3.3)	3 (7.0)	1 (1.0)
<b>İlkokul mezunu</b>	28 (30.4)	22 (51.1)	11 (10.9)	20 (21.7)	16 (37.2)	7 (7.4)
<b>Ortaokul mezunu</b>	16 (17.4)	4 (9.3)	22 (21.8)	18 (19.6)	6 (13.9)	24 (25.3)
<b>Lise mezunu</b>	29 (31.5)	4 (9.3)	31 (30.7)	19 (20.6)	4 (9.3)	32 (33.7)
<b>Yüksekokul veya üniversite mezunu</b>	14 (15.2)	8 (18.6)	33 (32.6)	31 (33.7)	12 (27.9)	31 (32.6)
<b>Toplam</b>	92 (100.0)	43 (100.0)	101 (100.0)	92 (100.0)	43 (100.0)	95 (100.0)

#### 4.1.2.3. Ebeveyn Mesleği

Çalışma grubundaki ergenlerin ebeveynlerinin mesleklerine ilişkin veriler Tablo 9’da yer almaktadır. Ebeveyn meslekleri değerlendirildiğinde, 231 annenin %58.9’u ev hanımı ve 224 babanın %41.1’inin işçi olduğu saptanmıştır. Annelerin ev hanımı olma oranı açısından hasta grubu (%64.4) ile öğrenci grubu (%51.0) arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $\chi^2=4.162$ ,  $p=0.041$ ). Babaların işçi olma oranı açısından hasta grubu (%39.6) ile öğrenci grubu (%43.3) arasında anlamlı farklılık yoktur ( $\chi^2=0.318$ ,  $p=0.573$ ).

**Tablo 9. Çalışma grubundaki ergenlerin ebeveynlerinin meslekleri**

MESLEKLER	Anneler (N=231)			Babalar (N=224)		
	Ayaktan hasta	Yatan hasta	Öğrenci	Ayaktan hasta	Yatan hasta	Öğrenci
	n (%)	n (%)	n (%)	N (%)	n (%)	n (%)
Ev hanımı/İşsiz	58 (63.0)	29 (67.4)	54 (56.3)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
İşçi	14 (15.2)	2 (4.7)	12 (12.5)	34 (37.3)	19 (44.2)	39 (43.4)
Memur	2 (2.2)	0 (0.0)	8 (8.3)	7 (7.7)	1 (2.3)	2 (2.2)
Esnaf/Serbest meslek	3 (3.3)	4 (9.3)	5 (5.2)	16 (17.6)	8 (18.6)	14 (15.6)
Emekli	3 (3.3)	0 (0.0)	7 (7.3)	14 (15.4)	5 (11.6)	19 (21.1)
Güvenlik güçleri	0 (0.0)	1 (2.3)	2 (2.1)	7 (7.7)	3 (7.0)	8 (8.9)
Eğitimci/Öğretim elemanı	6 (6.5)	4 (9.3)	5 (5.2)	3 (3.3)	2 (4.7)	0 (0.0)
Ekonomist/Bankacı/Muhasebeci	3 (3.3)	0 (0.0)	1 (1.0)	3 (3.3)	0 (0.0)	4 (4.4)
Mühendis	2 (2.2)	1 (2.3)	0 (0.0)	4 (4.4)	1 (2.3)	4 (4.4)
Sağlık çalışanı	0 (0.0)	2 (4.7)	2 (2.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Çiftçi	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.2)	4 (9.3)	0 (0.0)
<b>Toplam</b>	<b>92 (100.0)</b>	<b>43 (100.0)</b>	<b>96 (100.0)</b>	<b>91 (100.0)</b>	<b>43 (100.0)</b>	<b>90 (100.0)</b>

#### 4.1.2.4. Ailedeki Çocuk Sayısı

Çalışma grubundaki ergenlerin ailelerindeki çocuk sayıları Tablo 10’da yer almaktadır. Tüm olguların %18.9’u tek çocuklu aile ortamında yaşamaktadır. Tek çocuklu ailede yaşama oranı açısından hasta grubu (%16.8) ile öğrenci grubu (%21.7) arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $\chi^2=0.939$  p=0.333).

**Tablo 10. Çalışma grubundaki ergenlerin ailelerindeki çocuk sayıları (N=243)**

ÇOCUK SAYISI	Ayaktan hasta	Yatan hasta	Öğrenci	Tüm olgular
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Tek çocuk	19 (20.7)	4 (8.9)	23 (21.7)	46 (18.9)
İki çocuk	44 (47.8)	26 (57.8)	56 (52.8)	126 (51.9)
Üç çocuk ve üstü	29 (31.5)	15 (33.3)	27 (25.5)	71 (29.2)
<b>Toplam</b>	<b>92 (100.0)</b>	<b>45 (100.0)</b>	<b>106 (100.0)</b>	<b>243 (100.0)</b>

#### 4.1.2.5. Aile Gelir Durumu

Ailesinin toplam aylık gelirini bildiren 167 ergenin aile gelir durumları Tablo 11’de yer almaktadır. Tüm olguların aile gelirlerinin ortalaması 2712±1801 olarak saptanmıştır. Ailenin aylık gelirlerinin ortalaması açısından hasta grubu (2592±1477) ile öğrenci grubu (2970±2349) arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (U=2963.5, p=0.842).

**Tablo 11. Çalışma grubundaki ergenlerin aile gelir durumu (N=167)**

Toplam aylık gelir (TL)	Ayaktan hasta	Yatan hasta	Öğrenci	Tüm olgular
	n (%)	n (%)	N (%)	n (%)
<b>0-1000</b>	3 (4.9)	4 (10.8)	6 (11.3)	13 (7.8)
<b>1001-2000</b>	20 (26.0)	18 (48.7)	16 (30.2)	54 (32.3)
<b>2001-3000</b>	18 (23.4)	4 (10.8)	9 (17.0)	31 (18.6)
<b>3001-4000</b>	22 (28.5)	2 (5.4)	7 (13.2)	31 (18.6)
<b>4001 ve üstü</b>	14 (18.2)	9 (24.3)	15 (28.3)	38 (22.7)
<b>Toplam</b>	77 (100)	37 (100)	53 (100)	167 (100)
	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
	2686±1315	2395±1771	2970±2349	2712±1801

#### 4.2. ÇDŞG-ŞY DEĞERLENDİRMESİ SONUCUNDA SAPTANAN TANILAR

Çalışma grubundaki ayaktan ve yatan hastaların ÇDŞG-ŞY değerlendirmesi sonucunda saptanan tanıları Tablo 12’de, tanı grupları ise Tablo 13’te yer almaktadır. ÇDŞG-ŞY görüşmesi ile 49 (%35.8) hasta tanı almazken, 88 (%64.2) hastada çeşitli psikiyatrik bozukluklar saptanmıştır; hastaların 47’sinde (%34.3) bir tanı, 33’ünde (%24.1) iki tanı, 5’inde (%3.7) üç tanı, 2’sinde (%1.5) dört tanı ve 1’inde (%0.7) beş tanı saptanmıştır. En fazla konulan tanılar; Anksiyete bozuklukları, Depresif bozukluklar ve Anksiyete ve Depresif bozukluklar eştanılılığı olarak bulunmuştur. Bu emosyonel bozuklukların 137 olgudaki oranı %46.0 (n=63) olup; bu oran açısından ayaktan hasta grubu (%45.7) (n=42) ile yatan hasta grubu (%46.7) (n=21) arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $\chi^2=0.013$ , p=0.911). Ayaktan hastaların 8’inde, yatanların 1’inde emosyonel bozuklukların yanı sıra diğer tanılar vardır. Ayaktan hastaların 4’ünde ve yatanların 2’sinde Davranım bozukluğu ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu eştanılılığı vardır.

**Tablo 12. Hastaların ÇDŞG-ŞY değerlendirmesi sonucunda saptanan tanıları**

ÇDŞG-ŞY TANILARI	Ayaktan hastalar (N=92)		Yatan hastalar (N=45)		Tüm hastalar (N=137)	
	N	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>ANKSİYETE BOZUKLUKLARI</b>						
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	18	(19.6)	2	(4.4)	20	(14.6)
Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu	3	(3.3)	0	(0.0)	3	(2.2)
Panik Bozukluk	2	(2.2)	0	(0.0)	2	(1.5)
Basit Fobi	2	(2.2)	4	(8.8)	6	(4.4)
Sosyal Fobi	14	(15.2)	0	(0.0)	14	(10.2)
Obsesif Kompulsif Bozukluk	6	(6.5)	0	(0.0)	6	(4.4)
Akut Stres Bozukluğu	2	(2.2)	6	(13.3)	8	(5.8)
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	5	(5.4)	0	(0.0)	5	(3.7)
<b>DEPRESİF BOZUKLUKLAR</b>						
Major Depresif Bozukluk	18	(19.6)	4	(8.8)	22	(16.1)
Distimi	2	(2.2)	0	(0.0)	2	(1.5)
Depresif Duygudurumla Giden Uyum Bozukluğu	1	(1.1)	12	(26.7)	13	(9.5)
<b>DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI</b>						
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	23	(25.0)	4	(8.8)	27	(19.7)
Davranım Bozukluğu	8	(8.7)	2	(4.4)	10	(7.3)
Tik Bozukluğu	1	(1.1)	0	(0.0)	1	(0.7)
Bipolar Bozukluk	2	(2.2)	0	(0.0)	2	(1.5)
<b>TANI ALMAYANLAR</b>	<b>28</b>	<b>(30.4)</b>	<b>21</b>	<b>(46.7)</b>	<b>49</b>	<b>(35.8)</b>

**Tablo 13. Hastaların ÇDŞG-ŞY değerlendirmesi sonucunda saptanan tanı grupları**

TANI GRUPLARI	Ayaktan hasta (N=92)		Yatan hasta (N=45)		Tüm hastalar (N=137)	
	n	(%)	N	(%)	n	(%)
Tanı Almayanlar	28	(30.5)	21	(46.7)	49	(35.8)
Anksiyete Bozuklukları	21	(22.8)	5	(11.1)	26	(19.0)
Depresif Bozukluklar	6	(6.5)	11	(24.4)	17	(12.4)
Anksiyete ve Depresif Bozukluklar Eşanlılığı	15	(16.3)	5	(11.1)	20	(14.6)
Anksiyete Bozukluğu veya Depresif Bozukluk Olmaksızın Diğer Tanılar	22	(23.9)	3	(6.7)	25	(18.2)
<b>Toplam</b>	<b>92</b>	<b>(100.0)</b>	<b>45</b>	<b>(100.0)</b>	<b>137</b>	<b>(100.0)</b>



### 4.3. HAD ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK BULGULARI

Çalışmaya alınan toplam 243 ergenden, ayaktan ve yatan hasta 137 ergenin ÇDŞG-ŞY değerlendirmesi sonucunda saptanan tanıları ile ÇATÖ, ÇDÖ ve HADÖ verileri ve test-tekrar test güvenilirliği için 106 öğrencinin HADÖ verileri incelenmiştir.

HADÖ'nün geçerlik ve güvenilirlik değerlendirmesindeki tüm analizler, test-retest güvenilirliği dışında, hasta grubunun HADÖ verileri kullanılarak yapılmıştır.

Ölçeklerden alınabilecek en yüksek puanlar; ÇATÖ için 82, ÇDÖ için 54 ve HADÖ Anksiyete ve Depresyon alt ölçekleri için 21'dir. Çalışma grubundaki hastaların ÇATÖ, ÇDÖ ve HADÖ verileri Tablo 14'te yer almaktadır.

**Tablo 14. Ayaktan ve yatan hastaların ÇATÖ, ÇDÖ VE HADÖ verileri (N=137)**

	ÇATÖ	ÇDÖ	HADÖ Anksiyete Alt Ölçeği	HADÖ Depresyon Alt Ölçeği
<b>Ortalama±Standart Sapma</b>	25.1±12.6	13.5±8.4	7.8±4.5	5.7±4.2
<b>Medyan</b>	25	11	7	5
<b>En Yüksek</b>	1	1	0	0
<b>En Düşük</b>	59	40	20	18

#### 4.3.1. HADÖ'NÜN GÜVENİRLİK BULGULARI

##### 4.3.1.1 İç Tutarlılık

HADÖ'nün hasta ergenlerde güvenilirlik değerlendirmesi, ölçeği oluşturan maddeler arasındaki ilişkinin (iç tutarlılık) ve test tekrar test güvenilirliğinin değerlendirilmesi ile yapılmıştır. HADÖ formunun iç tutarlılığı Cronbach  $\alpha$ , Guttman Split-Half (yarıya bölme) katsayısı, madde toplam korelasyon değeri ve madde yok sayıldığında Cronbach  $\alpha$  değeri hesaplanarak belirlenmiştir. 137 ergenden oluşan hasta grubundan elde edilen veriler ile hesaplanan değerler Tablo 15, Tablo 16 ve Tablo 17'de yer almaktadır. HADÖ'nün her iki alt ölçeğinin de iç tutarlılığının yüksek olduğu bulunmuştur. Ölçeğin maddeleri incelendiğinde, Anksiyete için 7. maddenin ve Depresyon için 10. maddenin alt ölçek iç tutarlılık değerlerini olumsuz etkileği görülmektedir.

**Tablo 15. Hasta grubuna uygulanan HADÖ'nün iç tutarlılık değerleri**

HADÖ	Cronbach $\alpha$	Guttman Split-Half (yarıya bölme) katsayısı
Anksiyete Alt Ölçeği	0.818	0.793
Depresyon Alt Ölçeği	0.793	0.763

**Tablo 16. Hasta grubuna uygulanan HADÖ Anksiyete alt ölçeğinin iç tutarlılık ve madde toplam korelasyonları**

Anksiyete Belirtileri	Ort $\pm$ SS	Madde toplam korelasyon katsayısı	Madde yok sayıldığında Cronbach $\alpha$ değeri
1. Emosyonel gerginlik	1.22 $\pm$ 0.91	0.510	0,801
3. Korku	1.24 $\pm$ 1.033	0.740	0,758
5. Endişe verici düşünceler	1.14 $\pm$ 1.065	0.642	0,778
7. Psikomotor ajitasyon	1.18 $\pm$ 0.949	0.374	0,824
9. Tedirginlik hissi	0.9 $\pm$ 0.730	0.594	0.791
11. Huzursuzluk hissi	1.11 $\pm$ 0.913	0.448	0.811
13. Panik duygusu	1.01 $\pm$ 0.923	0.626	0,782

HADÖ-Anksiyete alt ölçeği Cronbach  $\alpha$ : 0.818Ort $\pm$ SS: Ortalama $\pm$ Standart Sapma**Tablo 17. Hasta grubuna uygulanan HADÖ Depresyon alt ölçeğinin iç tutarlılık ve madde toplam korelasyonları**

Depresyon Belirtileri	Ort $\pm$ SS	Madde toplam korelasyon katsayısı	Madde yok sayıldığında Cronbach $\alpha$ değeri
2. Zevk alamama (şiddet açısından)	0.96 $\pm$ 0.95	0.630	0,735
4. Gülememe	0.49 $\pm$ 0.768	0.565	0,752
6. Neşesizlik	0.77 $\pm$ 0.825	0.690	0,728
8. Psikomotor retardasyon	1.17 $\pm$ 0.854	0.338	0,790
10. Dış görünüşe ilgi kaybı	0.81 $\pm$ 1.047	0.313	0.802
12. Geleceği hevesle beklememe	0.9 $\pm$ 1.031	0.623	0.735
14. Zevk alamama (sıklık açısından)	0.58 $\pm$ 0.905	0.496	0,762

HADÖ-Depresyon alt ölçeği Cronbach  $\alpha$  0.793Ort $\pm$ SS: Ortalama $\pm$ Standart Sapma

#### 4.3.1.2. Test-Tekrar Test Değerlendirmesi

Test-tekrar test güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla, HADÖ formunu dolduran öğrencilerden 2 hafta sonra ulaşılabilen 106'sına HADÖ formu tekrar uygulanmıştır. HADÖ alt ölçek toplam puanları arasındaki test-tekrar test korelasyonları ve bağımlı örneklem t testi bulguları Tablo 18 ve Tablo 19'da yer almaktadır. Anksiyete ve Depresyon alt ölçekleri toplam puanlarının test-tekrar test uygulamasında anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. Test-tekrar test uygulamasında Anksiyete alt ölçeğinin 'çok güçlü', Depresyon alt ölçeğinin ise 'güçlü' bir korelasyon gösterdiği saptanmıştır.

**Tablo18. Öğrenci grubuna uygulanan HADÖ Anksiyete alt ölçeği toplam puanları test-tekrar test korelasyonu**

HADÖ	Ort ± SS	Pearson Korelasyon Katsayısı (r)	Bağımlı Örneklem T Testi
Anksiyete Alt Ölçeği	6.1 ± 3.6		
Anksiyete Alt Ölçeği tekrar test	6.1 ± 4.1	0.816*	0.247**

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma

\*p<0.001

\*\*p: 0.805

**Tablo 19. Öğrenci grubuna uygulanan HADÖ Depresyon alt ölçeği toplam puanları test-tekrar test korelasyonu**

HADÖ	Ort ± SS	Pearson Korelasyon Katsayısı (r)	Bağımlı Örneklem T Testi
Depresyon Alt Ölçeği	4.7 ± 3		
Depresyon Alt Ölçeği tekrar test	4.5 ± 3.9	0.682*	0.855**

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma

\*p<0.001

\*\*p:0.395

Maddeler gözden geçirildiğinde test-tekrar test korelasyonu en düşük olan maddenin anhedoniye sorgulayan 14. madde olduğu ve bu maddede korelasyonun anlamlı olmadığı bulunmuştur. En güçlü korelasyon ise endişe verici düşünceleri sorgulayan 5. maddede saptanmıştır. Maddelere ilişkin korelasyonlar Tablo 20'de yer almaktadır.

**Tablo 20. HADÖ maddeleri test-tekrar test korelasyonu**

<b>BELİRTİLER</b>	<b>Pearson Korelasyon Katsayısı (r)</b>	<b>P</b>
1. (A) Emosyonel gerginlik	0,420	<0.001
2. (D) Zevk alamama (şiddet açısından)	0,619	<0.001
3. (A) Korku	0,605	<0.001
4. (D) Gülememe	0,376	<0.001
5. (A) Endişe verici düşünceler	0,661	<0.001
6. (D) Neşesizlik	0,593	<0.001
7. (A) Psikomotor ajitasyon	0,617	<0.001
8. (D) Psikomotor retardasyon	0,453	<0.001
9. (A) Tedirginlik hissi	0,553	<0.001
10. (D) Dış görünüşe ilgi kaybı	0,419	<0.001
11. (A) Huzursuzluk hissi	0,574	<0.001
12. (D) Geleceği hevesle beklememe	0,551	<0.001
13. (A) Panik duygusu	0,657	<0.001
14. (D) Zevk alamama (sıklık açısından)	0,120	0.219

### **4.3.2. HADÖ'NÜN GEÇERLİK BULGULARI**

HADÖ'nün geçerliğini belirlemek amacıyla faktör analizi, maddelerin birbirleri ile korelasyonları, ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış tanı koydurucu klinik görüşmesi, ÇDÖ, ÇATÖ ile korelasyonlar; özgüllük ve duyarlık ölçümleri kullanılmıştır. Kesme puanının belirlenmesi için ROC analizi uygulanmıştır.

#### **4.3.2.1. Yapı Geçerliği**

##### **a) Faktör Analizi**

Yapı geçerliğini değerlendirmede, aynı yapıyı ya da niteliği ölçen değişkenleri bir araya toplayarak ölçmeyi az sayıda faktör ile açıklamayı amaçlayan faktör analizi yöntemi uygulanmıştır. Faktör elde etmede en sık kullanılan yöntem temel bileşen analizidir (*principle component analysis*). Bu çalışmada, hasta grubunun HADÖ verilerinin faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Keiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ölçütü ve Barlett testi uygulanarak değişkenler arası korelasyona bakılmış ve veriler faktör

analizine uygun bulunmuştur. İsimlendirilebilir, yorumlanabilir ve anlamlı faktörler elde etmek amacıyla Varimax dönüştürmesi uygulanmıştır.

Varimax dönüştürmesine göre yürütülen açıklayıcı faktör analizinde Eigenvalue değeri 1'in üzerinde olan üç faktör elde edilmiştir (Tablo 21). Faktör yükleri 0.4'ün üzerindeki maddeler değerlendirmeye alınmıştır. Bu değerlendirme, ölçeğin yapı geçerliğini desteklemektedir. 3. ve 9. maddeler iki farklı faktörde dağılmakla beraber Faktör 2'deki ağırlıklarının daha fazla olduğu görülmektedir.

**Tablo 21. Hasta grubuna uygulanan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin faktör yükleri**

BELİRTİLER	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3
1. (A) Emosyonel gerginlik	0,510		
2. (D) Zevk alamama (şiddet açısından)	0,714		
3. (A) Korku	0,403	0,700	
4. (D) Gülememe	0,696		
5. (A) Endişe verici düşünceler		0,834	
6. (D) Neşesizlik	0,740		
7. (A) Psikomotor ajitasyon			0,563
8. (D) Psikomotor retardasyon	0,533		
9. (A) Tedirginlik hissi		0,652	0,467
10. (D) Dış görünüşe ilgi kaybı			0,547
11. (A) Huzursuzluk hissi			0,574
12. (D) Geleceği hevesle beklememe	0,702		
13. (A) Panik duygusu		0,816	
14. (D) Zevk alamama (sıklık açısından)	0,639		
<b>Varyanslar</b>	<b>%38.3</b>	<b>%11.1</b>	<b>%7.7</b>

#### b) HADÖ Maddelerinin Birbirleriyle Korelasyonları

HADÖ maddeleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla, maddelerin birbirleri ile korelasyonları hesaplanmıştır (Tablo 22). HADÖ maddeleri arasında negatif korelasyona rastlanmamıştır. En yüksek korelasyon 3. madde ile 5. madde arasında bulunurken, en düşük korelasyon 8. madde ile 7. madde arasında görülmektedir.

**Tablo 22. Maddeler arası korelasyon tablosu**

<b>HADÖ maddeler</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>
<b>1. Emosyonel gerginlik</b>	1													
<b>2. Zevk alamama (şiddet açısından)</b>	0,297	1												
<b>3. Korku</b>	0,505	0,369	1											
<b>4. Gülememe</b>	0,465	0,488	0,453	1										
<b>5. Endişe verici düşünceler</b>	0,377	0,237	0,658	0,402	1									
<b>6. Neşesizlik</b>	0,527	0,514	0,584	0,565	0,456	1								
<b>7. Psikomotor ajitasyon</b>	0,268	0,301	0,330	0,280	0,208	0,365	1							
<b>8. Psikomotor retardasyon</b>	0,226	0,279	0,296	0,233	0,273	0,380	0,080	1						
<b>9. Tedirginlik hissi</b>	0,320	0,302	0,481	0,195	0,481	0,302	0,314	0,110	1					
<b>10. Dış görünüşe ilgi kaybı</b>	0,328	0,229	0,253	0,199	0,156	0,331	0,235	0,110	0,282	1				
<b>11. Huzursuzluk hissi</b>	0,386	0,174	0,416	0,238	0,317	0,239	0,248	0,118	0,326	0,191	1			
<b>12. Geleceği hevesle bekleme</b>	0,438	0,559	0,403	0,398	0,194	0,508	0,327	0,295	0,201	0,288	0,371	1		
<b>13. Panik duygusu</b>	0,301	0,277	0,590	0,249	0,611	0,265	0,291	0,277	0,558	0,231	0,242	0,218	1	
<b>14. Zevk alamama (sıklık açısından)</b>	0,405	0,444	0,313	0,422	0,167	0,431	0,226	0,148	0,158	0,172	0,314	0,427	0,166	1

#### 4.3.2.2. Ölçüt Geçerliği

Hasta grubundaki ergenlerin HADÖ Anksiyete alt ölçeği toplam puanları ortalaması ve ÇATÖ toplam puanları ortalaması ve bu ölçeklerin toplam puanlarının birbirleriyle korelasyonu Tablo 23'te yer almaktadır. Anksiyete alt ölçeği ile ÇATÖ arasında 'güçlü' derecede, anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır.

**Tablo 23. HADÖ Anksiyete alt ölçeği toplam puanları ile ÇATÖ toplam puanlarının korelasyonu**

	Ort ± SS	Pearson Korelasyon Katsayısı (r)	p
<b>HADÖ Anksiyete Alt Ölçeği</b>	7.8±4.5	0.681	<0.001
<b>ÇATÖ</b>	25.1±12.6		

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma

HADÖ Anksiyete alt ölçek maddeleri ile ÇATÖ toplam puanlarının korelasyonları Tablo 24'de yer almaktadır. Anksiyete alt ölçeği 7. maddesinin ÇATÖ ile korelasyonunun en düşük olduğu dikkati çekmektedir.

**Tablo 24. Anksiyete alt ölçek maddeleri ile ÇATÖ toplam puanlarının korelasyonu**

HADÖ Anksiyete alt ölçek maddeleri	r*	p
<b>1. Emosyonel gerginlik</b>	0.356	<0.001
<b>3. Korku</b>	0.669	<0.001
<b>5. Endişe verici düşünceler</b>	0.553	<0.001
<b>7. Psikomotor ajitasyon</b>	0.319	<0.001
<b>9. Tedirginlik hissi</b>	0.489	<0.001
<b>11. Huzursuzluk hissi</b>	0.346	<0.001
<b>13. Panik duygusu</b>	0.555	<0.001

\* Pearson korelasyon testi

Hasta grubundaki ergenlerin HADÖ Depresyon alt ölçeği toplam puanları ortalaması ve ÇDÖ toplam puanları ortalaması ve bu ölçeklerin toplam puanlarının birbirleriyle korelasyonu Tablo 25'te yer almaktadır. Depresyon alt ölçeği ile ÇDÖ arasında 'çok güçlü' derecede, anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır.

**Tablo 25. HADÖ Depresyon alt ölçeği toplam puanları ile ÇDÖ toplam puanlarının korelasyonu**

	Ort ± SS	Pearson Korelasyon Katsayısı (r)	p
<b>HADÖ Depresyon Alt ölçeği</b>	5.7±4.2	0.778	<b>&lt;0.001</b>
<b>ÇDÖ</b>	13.5±8.4		

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma

HADÖ Depresyon alt ölçek maddeleri ile ÇDÖ toplam puanlarının korelasyonları Tablo 26’da yer almaktadır. Depresyon alt ölçeği 10. maddesinin ÇDÖ ile korelasyonunun en düşük olduğu dikkati çekmektedir.

**Tablo 26. Depresyon alt ölçek maddeleri ile ÇDÖ toplam puanlarının korelasyonu**

HADÖ Depresyon alt ölçek maddeleri	r*	p
<b>2. Zevk alamama (şiddet açısından)</b>	0.524	<b>&lt;0.001</b>
<b>4. Gülememe</b>	0.574	<b>&lt;0.001</b>
<b>6. Neşesizlik</b>	0.678	<b>&lt;0.001</b>
<b>8. Psikomotor retardasyon</b>	0.400	<b>&lt;0.001</b>
<b>10. Dış görünüşe ilgi kaybı</b>	0.389	<b>&lt;0.001</b>
<b>12. Geleceği hevesle beklememe</b>	0.570	<b>&lt;0.001</b>
<b>14. Zevk alamama (sıklık açısından)</b>	0.507	<b>&lt;0.001</b>

\* Pearson korelasyon test

#### **4.3.2.3. Ayırt Edici Geçerlik**

İçerlik geçerliğini saptamak için, ölçeğin Anksiyete bozukluğu veya Depresif bozukluk tanısı olanları, bu tanıları olmayan gruplardan ayırt edip etmediği değerlendirilmiştir. Bu amaçla, ÇDŞG-ŞY değerlendirmesi sonucunda Anksiyete bozukluğu veya Depresif bozukluk saptanan grup ile herhangi bir psikopatoloji saptanmayan grup, HADÖ Anksiyete alt ölçeği (Tablo 27) ve Depresyon alt ölçeği (Tablo 28) toplam puan ortalamaları açısından karşılaştırılmış; aradaki farkların anlamlı olduğu bulunmuştur.



**Tablo 27. Anksiyete Bozukluğu tanısı alanlar ile herhangi bir psikopatolojisi olmayanların HADÖ Anksiyete alt ölçeği puanlarının karşılaştırılması**

ÇDŞG-ŞY değerlendirmesi ile	Ort ± SS	t*	p
Anksiyete Bozukluğu tanısı alanlar (n=46)	10.7±4.1	8.084	<0.001
Tanı almayanlar (n=49)	4.8±3.0		

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma

\* Bağımsız örneklem t testi

**Tablo 28. Depresif Bozukluk tanısı alanlar ile herhangi bir psikopatolojisi olmayanların HADÖ Depresyon alt ölçeği puanlarının karşılaştırılması**

ÇDŞG-ŞY değerlendirmesi ile	Ort ± SS	t*	p
Depresif Bozukluk tanısı alanlar (n=37)	8.8±4.7	5.919	<0.001
Tanı almayanlar (n=49)	3.6±2.8		

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma

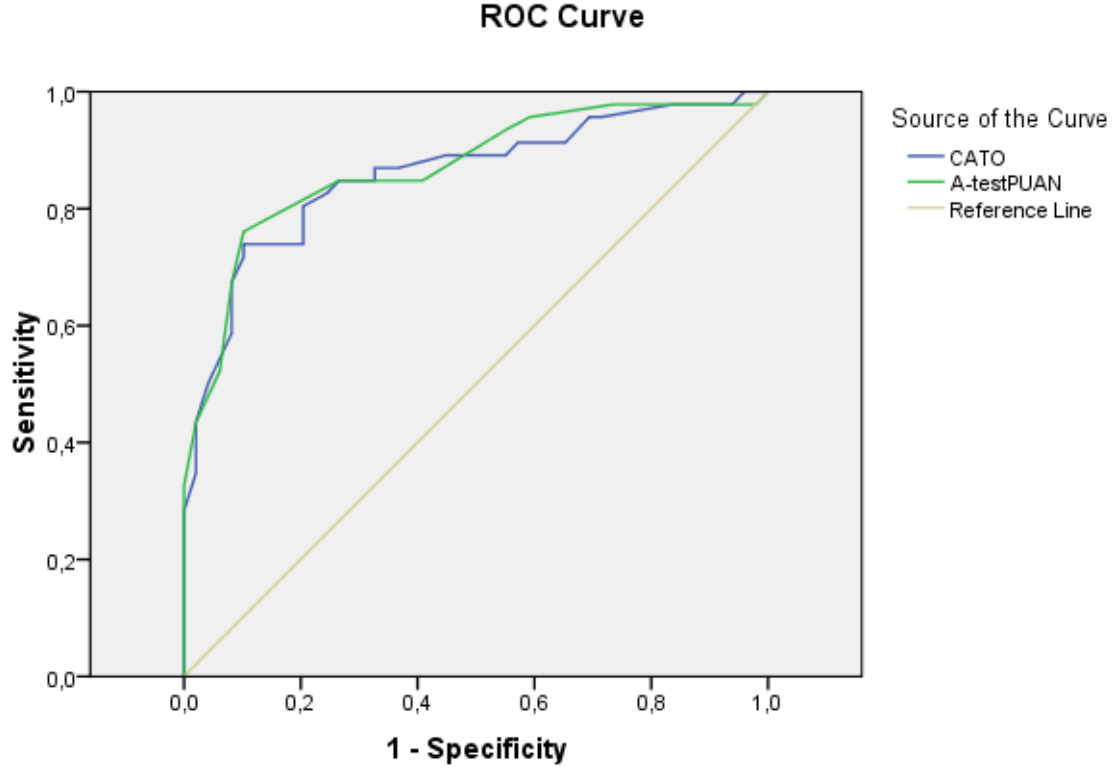
\* Bağımsız örneklem t testi

### **4.3.3. HADÖ, ÇATÖ VE ÇDÖ PUANLARININ ÇDŞG-ŞY DEĞERLENDİRMESİYLE SAPTANAN ANKSİYETE BOZUKLUKLARINI VE DEPRESİF BOZUKLUKLARI ÖNGÖRMEDEKİ GÜCÜNÜN ROC EĞRİSİ KULLANILARAK KARŞILAŞTIRILMASI**

#### **4.3.3.1 HADÖ Anksiyete Alt Ölçeği ve ÇATÖ Puanları**

Çalışma grubundaki 137 hasta ergene uygulanan HADÖ Anksiyete alt ölçeği ve ÇATÖ'nün 'Anksiyete bozukluğu' tanısını öngörme gücünü değerlendirmek üzere çizilen ROC eğrisi ve eğri altındaki alanlar **Grafik 1**'de yer almaktadır. Bu egride, ÇDŞG-ŞY değerlendirmesi sonucunda herhangi bir psikopatoloji saptanmayan 49 olgunun ölçek puanları ile Anksiyete bozukluğu (Depresif bozukluk ve başka eştanılılar dâhil) saptanan 46 olgunun ölçek puanları kullanılmıştır.

**Grafik 1.** ‘Anksiyete bozukluğu’ tanısını öngörmeye HADÖ Anksiyete alt ölçeği ve ÇATÖ puanlarının gücü



Diagonal segments are produced by ties.

Anksiyete bozukluğunu öngörme gücü	ROC eğrisi altındaki alan	P	Güven Aralığı
HADÖ-A	0.870	<0.001	0.797-0.944
ÇATÖ	0.858	<0.001	0.797-0.944

HADÖ Anksiyete alt ölçeğinin olası kesim noktalarına göre duyarlık ve özgüllük değerleri Tablo 29’da yer almaktadır. Anksiyete için duyarlık ve özgüllük değerlerinin birbirlerine en yakın oldukları nokta olan 7.5’in en uygun kesme puanı olduğu düşünülmüştür.

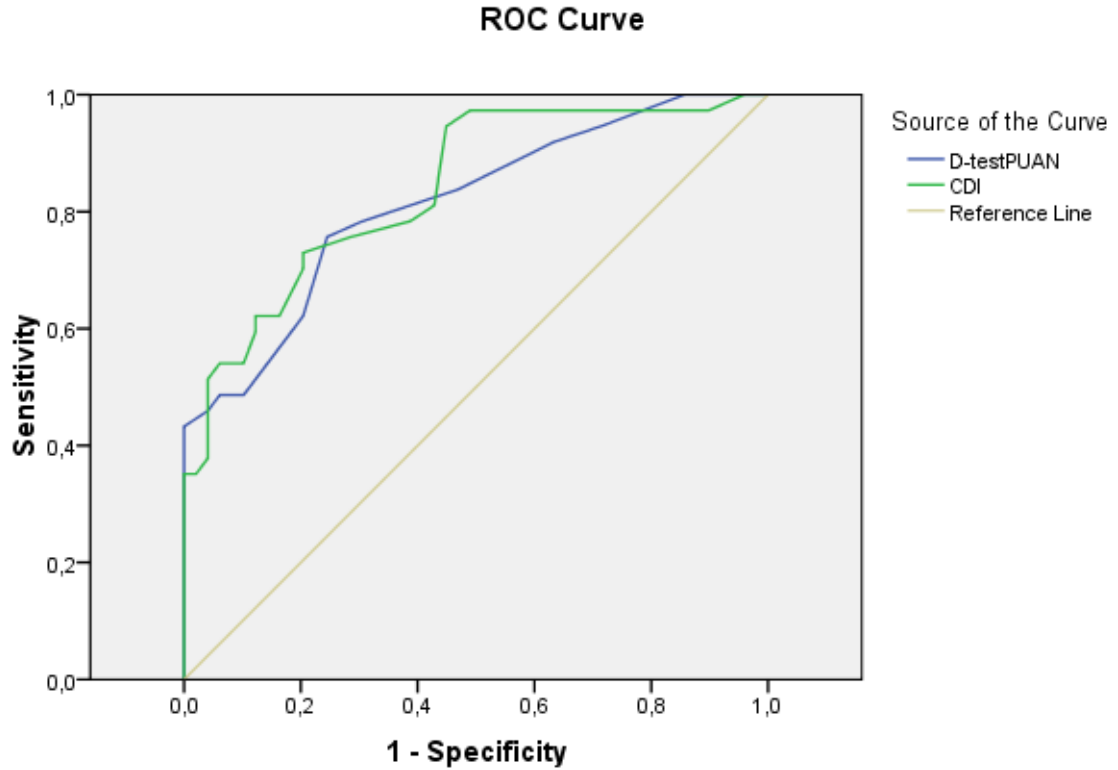
**Tablo 29. HADÖ Anksiyete alt ölçeğinin kesme puanlarına göre duyarlık ve özgüllük değerleri.**

<b>HADÖ Anksiyete alt ölçeği puanı</b>	<b>Duyarlık</b>	<b>Özgüllük</b>
<b>4.5</b>	0.935	0.449
<b>5.5</b>	0.848	0.592
<b>6.5</b>	0.848	0.735
<b>7.5</b>	<b>0.804</b>	<b>0.816</b>
<b>8.5</b>	0.761	0.898
<b>9.5</b>	0.674	0.918
<b>10.5</b>	0.522	0.939
<b>11.5</b>	0.435	0.980

#### **4.3.3.2 HADÖ Depresyon Alt Ölçeği ve ÇDÖ Puanları**

Çalışma grubundaki 137 hasta ergene uygulanan HADÖ Depresyon alt ölçeği ve ÇDÖ'nün 'Depresif bozukluk' tanısını öngörme gücünü değerlendirmek üzere çizilen ROC eğrisi ve eğri altındaki alanlar **Grafik 2**'de yer almaktadır. Bu egride, ÇDŞG-ŞY değerlendirmesi sonucunda herhangi bir psikopatoloji saptanmayan 49 olgunun ölçek puanları ile Depresif bozukluk (Anksiyete bozukluğu ve başka eştanılılar dâhil) saptanan 37 olgunun ölçek puanları kullanılmıştır.

**Grafik 2.** ‘Depresif bozukluk’ tanısını öngörmde HADÖ Depresyon alt ölçeği ve ÇDÖ puanlarının gücü



Depresif bozukluğu öngörme gücü	ROC eğrisi altındaki alan	P	Güven aralığı
HADÖ-D	0.813	<0.001	0.722-0.905
ÇDÖ	0.839	<0.001	0.754-0.923

HADÖ Depresyon alt ölçeğinin olası kesim noktalarına göre duyarlık ve özgüllük değerleri Tablo 30’da yer almaktadır. Depresyon için duyarlılık ve özgüllük değerlerinin birbirine en yakın olduğu nokta olan 5.5’in en uygun kesme puanı olduğu düşünülmüştür.

**Tablo 30. HADÖ Depresyon Alt Ölçeğinin kesme puanlarına göre duyarlık ve özgüllük değerleri**

<b>HADÖ Depresyon alt ölçeği puanı</b>	<b>Duyarlık</b>	<b>Özgüllük</b>
2.5	0.919	0.367
3.5	0.838	0.531
4.5	0.784	0.694
5.5	0.757	0.755
6.5	0.622	0.796
7.5	0.486	0.898
8.5	0.486	0.939
9.5	0.459	0.959

## **5. TARTISMA**

Bu çalışmada depresyon ve anksiyete belirtilerinin taranmasında kullanılabilir bir gereç olan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun 12-17 yaş grubunda geçerlik ve güvenilirliği araştırılmıştır. Çalışmaya alınan toplam 243 ergenden, ayaktan ve yatan hasta 137 ergenin ÇDŞG-ŞY değerlendirmesi sonucunda saptanan tanıları ile ÇATÖ, ÇDÖ ve HADÖ verileri ve test-tekrar test güvenilirliği için 106 öğrencinin HADÖ verileri incelenmiştir.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), psikiyatri dışındaki hastane kliniklerindeki hastalarda anksiyete bozuklukları ve depresyonu değerlendirmek amacıyla Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilmiştir (17). Kısa ve puanlaması kolay bir ölçek olan HAD Ölçeği yetişkinlerde yaygın olarak kullanılmaktadır. HAD Ölçeği Depresyon alt ölçeğinin ergenlerdeki major depresif bozukluğu tarama amacıyla kullanıldığı bildirilmektedir. İngiltere’de 12-17 yaş grubunda 248 öğrenci, ayaktan psikiyatrik tedavi gören 48 hasta ve kendine zarar verme davranışı nedeniyle yatarak tedavi gören 38 hasta üzerinde HAD Ölçeği değerlendirilmiştir. Bu çalışmada HAD Ölçeği’nin psikometrik özellikleri ve kısalığı dolayısıyla ergenlerde tarama için ve klinik koşullarında yararlı bir gereç olarak kullanılabilirliği belirtilmiştir (18).

HADS Türkçe formunun Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği adıyla, yetişkin yaş grubunda çeviri ve tekrar çeviri, geçerlik ve güvenilirlik değerlendirmesi ilk olarak Aydemir ve ark. tarafından yapılmıştır (19). Aynı konuda, Özer tarafından 1998 yılında bir tıpta uzmanlık tezi yapılmış olup, bu çalışmanın sadece özet bilgilerine ulaşılabilmektedir (20). Ancak, HADÖ Türkçe formunun ergen yaş grubunda değerlendirilmesine ilişkin araştırmalara ulaşamamıştır.

Yazında, HADÖ’nün yetişkin yaş grubunda kullanımına ilişkin birçok araştırma olduğu görülmüş, ancak ergen yaş grubunda yapılmış sadece iki araştırmaya ulaşılabilmektedir (18,93). Bu nedenle, bu çalışmanın verilerinin değerlendirilmesinde, ergenler üzerinde yapılan araştırmaların yetersiz kaldığı noktalarda yetişkin araştırmalarından yararlanılmıştır.

## 5.1. ÇALIŞMA GRUBUNUN ÖZELLİKLERİ

Çalışma grubu, DEÜTF ÇERSAH Polikliniği'ne başvuran ve triyaj görüşmesine alınacak olan 92 (%37.8) ayaktan hasta, DEÜTF Hastanesi'nin çeşitli servislerinde tedavi görmekte olan 45 (%18.5) yatan hasta ve spor okullarından ulaşılarak HADÖ test-tekrar uygulaması yapılan 106 (%43.6) öğrenci olmak üzere toplam 243 ergenden oluşmaktadır.

Bu çalışmada 12-17 yaş arası 243 ergenin %53.1'inin kız, %46.9'unun erkek olduğu ve olguların ortalama yaşlarının  $14.8 \pm 1.5$  olduğu saptanmıştır. Çalışma grubundaki ergenlerin %49.4'ü ortaokula, %50.6'sı liseye devam etmektedir. Çalışma grubundaki olguların bildirdikleri karne notlarının ortalamasının  $73.8 \pm 14.1$  olduğu, %23.9'unun daha önce psikiyatrik tedavi başvurusunda bulunduğu, %27.6'sının bedensel bir hastalığının olduğu, %20.6'sının parçalanmış aile ortamında yaşadığı bulunmuştur. Çalışma grubundaki ergenlerin babalarının %56.1'inin ve annelerinin %50.4'ünün lise ve üstü okulları bitirdiği; babalarda işçi (%41.1) ve annelerde ev hanımının (%58.9) en sık bildirilen meslekler olduğu, ailelerinin %51.9'unun iki çocuklu olduğu ve ailelerinin aylık gelirlerinin ortalamasının  $2712 \pm 1801$  TL olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmadaki hasta grubu ile öğrenci grubu sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında yaş ( $U=6079.5$ ,  $p=0.029$ ), karne not ortalaması ( $U=3587.5$ ,  $p=0.001$ ), psikiyatrik başvuru öyküsü ( $\chi^2=16.290$ ,  $p<0.001$ ), bedensel hastalık varlığı ( $\chi^2=41.394$ ,  $p<0.001$ ), parçalanmış aile ortamında yaşama oranı ( $\chi^2=5.292$ ,  $p=0.021$ ), ebeveynlerin lise ve üstü eğitilmiş olma oranı (anneler  $\chi^2=11.831$ ,  $p=0.001$ ; babalar  $\chi^2=6.876$ ,  $p=0.009$ ) ve annelerin ev hanımı olma oranı ( $\chi^2=4.162$ ,  $p=0.041$ ) açısından anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. Öğrenci grubu hasta grubuna göre daha küçük yaşta, okul başarısı daha yüksek, psikiyatrik başvurusu daha az, beden sağlığı daha iyi, parçalanmış ailede yaşama oranı yüksek, ebeveynleri daha fazla eğitilmiş ve anneleri daha az oranda ev hanımı olan ergenlerden oluşmaktadır. Cinsiyet dağılımı, ortaokul veya lisede okuma, babaların işçi olması, tek çocuklu ailede yaşama ve aile aylık gelir ortalaması açısından hasta grubu ile öğrenci grubu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Bu çalışmadaki hasta grubunda uygulanan ÇDŞG-ŞY değerlendirmesine göre ergenlerin 49'u (%35.8) herhangi bir tanı almazken 26'sında (%19) Anksiyete bozukluğu, 17'sinde (%12.4) Depresif bozukluk tanısı, 20'sinde (%14.6) Anksiyete bozukluğu ve Depresif bozukluk eş tanısı ve 25'inde (%18.2) diğer tanıları saptanmıştır.

Bu çalışmadaki ayaktan hasta grubu ile yatan hasta grubu karşılaştırıldığında, iki grup arasında emosyonel bozuklukların (Anksiyete bozukluğu, Depresif bozukluk ve Anksiyete bozukluğu Depresif bozukluk eştanılılığı) oranı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.

## **5.2. HADÖ GÜVENİRLİK DEĞERLENDİRMESİ**

### **5.2.1. İç Tutarlılık Değerlendirmesi**

Ölçeğin iç tutarlılığının değerlendirilmesi ile ölçülmek istenen özelliğin ölçülüp ölçülemediğinin belirlenmesi amaçlanır. İç tutarlılık güvenirlik katsayısının yüksek bulunması, ölçüm için kullanılan maddelerin homojen bir yapıyı ölçtüğünün gösterilmesinde önemlidir (94).

#### **5.2.1.1. Cronbach $\alpha$ Değerleri**

Bu çalışmada, HADÖ formunun iç tutarlılığının sınanması amacıyla Cronbach  $\alpha$  değeri hesaplanmıştır. HADÖ formu Anksiyete alt ölçeği (HADÖ-A) ve Depresyon alt ölçeği (HADÖ-D) şeklinde iki alt ölçekten oluştuğu için değerlendirmeler bu iki başlık altında yapılmıştır. Cronbach  $\alpha$  değeri HADÖ-A için 0.818 ve HADÖ-D için 0.793 olarak bulunmuştur (Tablo 15).

Chan ve ark. tarafından toplum örnekleminde 10-19 yaşlarındaki 5857 ergen üzerinde yapılan araştırmada, Cronbach  $\alpha$  değerleri tüm ölçek için 0.81, HADÖ-A alt ölçeği için 0.80, HADÖ-D alt ölçeği için 0.63 olarak bildirilmiştir (93).

Yetişkinlerde HADÖ ile ilgili yapılan bir gözden geçirmede 15 HADÖ araştırmasının incelenmesi sonucunda Cronbach  $\alpha$  değerlerinin HAD-A alt ölçeği için 0.68 ile 0.93 (ortalama 0.83) arasında değiştiği ve HADÖ-D alt ölçeği için 0.67 ile 0.90 (ortalama 0.82) arasında değiştiği belirtilmiştir (17).

Aydemir ve ark.nın HADÖ Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik araştırmasında 136 bedensel hastalığı olan yetişkine HADÖ uygulanmış olup, iç tutarlılık analizinde Cronbach  $\alpha$  değeri anksiyete alt ölçeği için 0.8525 ve depresyon alt ölçeği için ise 0.7784 (19), Özer'in Türkçe HADÖ ile yapmış olduğu araştırmada ise Cronbach  $\alpha$  değeri anksiyete alt ölçeği için 0.86 ve depresyon alt ölçeği için 0.87 olarak bildirilmiştir (20).



Bu çalışmada saptanan iç tutarlılık değerleri yazın ile uyumlu olup HADÖ'nün güvenilir bir biçimde kullanılabilceğini göstermektedir.

### **5.2.1.2. Yarıya Bölme Güvenirliği**

İç tutarlılığı göstermenin başka bir yolu da yarıya bölme güvenirliğidir. Bu yöntemde alt ölçek testleri iki eşdeğer yarıya bölünerek testin iki yarısından alınan puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır ve testin yarıya bölme güvenirliği bulunarak testin bütününün güvenirliği kestirilir. Bu çalışmada, bu yöntem kullanılarak bulunan Gutman Split-Half (yarıya bölme) katsayısı HADÖ-A alt ölçeği için 0.793, HADÖ-D alt ölçeği için 0.763'tür (Tablo 15). Bu değerler Cronbach  $\alpha$  değerleriyle uyumlu olup, HADÖ'nün iç tutarlılığını destekler niteliktedir.

Aydemir ve ark.nın HADÖ Türkçe formunu 136 bedensel hastalığı olan yetişkine uyguladıkları araştırmada; yarıya bölme güvenirliği anksiyete alt ölçeği için  $r=0.8532$ , depresyon alt ölçeği için  $r=0.8069$  olarak bildirilmiştir (19).

### **5.2.1.3. İç Tutarlılık Değerleri Açısından HADÖ Alt Ölçek Maddelerinin İncelenmesi**

Bu çalışmada, alt ölçek maddeleri iç tutarlılıkla ilgili tek tek incelendiğinde, Anksiyete alt ölçeğindeki 'psikomotor ajitasyon' ile ilgili olan 7. maddenin ("rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum") madde toplam korelasyon katsayısının (0.374) düşük olduğu ve madde yok sayıldığında ölçeğin Cronbach  $\alpha$  değerinin (0.824) arttığı (Tablo 16), Depresyon alt ölçeğinde ise 'dış görünüşe ilgi kaybı' ile ilgili olan 10. maddenin ("dış görünüşüme ilgimi kaybettim") madde toplam korelasyon katsayısının (0.313) düşük olduğu ve madde yok sayıldığında Cronbach  $\alpha$  (0.802) değerinin arttığı bulunmuştur (Tablo 17).

HADÖ Anksiyete alt ölçeğinde 7. ve HADÖ Depresyon alt ölçeğinde 10. maddenin iç tutarlılık değerlerini düşürmesi, o maddelerin anksiyete ve depresyonu değerlendirme yeterliliklerini sorgulatmakta; anksiyete ve depresyon ile birlikte başka bir durumu da ölçüyor olabileceklerini düşündürmektedir. Faktör analizinde 7. madde ve 10. maddenin ayrı bir bileşende yer alan maddelerden olmaları da bu bulguyu desteklemektedir (Tablo 21).

HADÖ'nün öğrencilere grup olarak uygulanırken, ergenlerin 7. maddeye ilişkin gülüşmeleri dikkati çekmiştir. Bu maddenin çevirisindeki 'gevşek' ifadesinin ergenler

tarafından yanlış anlaşılmiş olabileceği ve bu durumun 7. maddenin iç tutarlılık değerlerinin düşmesine katkıda bulunmuş olabileceği düşünülmüştür.

Yazında, ölçek maddelerinin Cronbach  $\alpha$  değerlerine etkilerine dair araştırma bulgularına ulaşılammıştır.

### 5.2.2. Test-Tekrar Test Güvenirliği

Güvenirlik değerlendirmesinde kullanılan yöntemlerinden biri de ölçme aracını yanıtlayan kişinin, uygulama tekrarlandığında ölçme aracını aynı şekilde yanıtlayıp yanıtlayamadığının belirlenmesidir.

Bu çalışmada test-tekrar test güvenirliliğini değerlendirmek amacıyla HADÖ uygulanan öğrenci grubundaki olgulara, 2 hafta sonra HADÖ tekrar uygulanmıştır. Test-tekrar test uygulamasında HADÖ alt ölçek puanları Bağımlı örneklem t testi ile değerlendirildiğinde; HADÖ-A ( $t=0.247$ ,  $p=0.805$ ) (Tablo 18) ve HADÖ-D ( $t=0.855$ ,  $p=0.395$ ) puanlarının tekrar-test uygulamasında anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (Tablo 19).

Test-tekrar test uygulamasında Pearson korelasyon katsayısı HADÖ-A için ‘çok güçlü’ (0.816,  $p<0.001$ ) (Tablo 18), HADÖ-D için ‘güçlü’ (0.682,  $p<0.001$ ) olarak saptanmıştır (Tablo 19). HADÖ maddelerinin 13’ü anlamlı korelasyon ( $r$  değeri 0.376-0.661,  $p<0.001$ ) gösterirken, HADÖ Depresyon alt ölçeğinde yer alan 14. maddenin anlamlı bir korelasyon ( $r$  değeri 0.120) göstermediği bulunmuştur (Tablo 20).

White ve ark.nın yaptıkları çalışmada 180 ergen üzerindeki uygulamada test-tekrar test korelasyon katsayısı HADÖ-A için 0.74 ( $p<0.001$ ) ve HADÖ-D için 0.62 ( $p<0.001$ ) olarak bildirilmiştir (18).

Spinhoven ve ark.nın yaptıkları çalışmada 86 yetişkin hastanın HADÖ test-tekrar test değerlendirmesi sonucunda korelasyon katsayısı HADÖ-A için 0.86 ( $p<0.001$ ) ve HADÖ-D için 0.91 ( $p<0.001$ ) olarak belirtilmiştir (95).

Aydemir ve ark.nın HADÖ Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik araştırmasında 213 üniversite öğrencisine test-tekrar test uygulanmış olup HADÖ-A için korelasyon katsayısı 0.7291 ( $p<0.001$ ) ve HADÖ-D için 0.7618 ( $p<0.001$ ) olarak bildirilmiştir (19).

Bu çalışmada saptanan korelasyon değerleri yazın ile uyumludur. Bununla birlikte, yazında 14. maddenin korelasyon düşüklüğüne dair bir bilgiye rastlanmamıştır. Test-retest uygulamasının spor okulu öğrencilerinde yapılmış olmasından ve uygulama süresinin kısıtlılığından kaynaklanan uygulama sorunlarının sondaki 14. maddenin korelasyonunu etkilemiş olabileceği düşünülmüştür.

### **5.3. HADÖ GEÇERLİK DEĞERLENDİRMESİ**

Geçerlik bir ölçüm aracının ölçülmek istenilen özelliği tam ve doğru bir şekilde ölçebilmesi olarak tanımlanabilir (96). HADÖ'nün geçerliğini belirlemek amacıyla faktör analizi, maddelerin birbirleri ile korelasyonları, ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış tanı koydurucu klinik görüşmesi, ÇDÖ, ÇATÖ ile korelasyonlar; özgüllük ve duyarlık ölçümleri kullanılmıştır. Kesme puanının belirlenmesi için ROC analizi uygulanmıştır.

#### **5.3.1. Yapı Geçerliği Değerlendirmesi**

##### ***Faktör Analizi***

Faktör analizi, bir ölçeğin amacı doğrultusunda çalışıp çalışmadığının belirlenmesi sürecinde önem taşıyan yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerdendir. Geliştirilmekte olan bir ölçme aracında yer alan her bir uyarana (maddeye) yanıtlayıcıların verdiği tepkiler arasında belli bir düzen olup olmadığı, araştırılan konulardan biridir. Bu amaçla uygulanan faktör analizi, sosyal bilimlerde, özellikle psikolojik boyutların tanınmasında ve boyutların içeriği ile ilgili bilgi edinilmesinde kullanılan çok değişkenli analiz teknikleri arasındadır (85). Faktör analizi, birbirleriyle orta düzeyde ya da oldukça ilişkili değişkenleri birleştirerek az sayıda, ancak bağımsız değişken kümeleri elde etmede ampirik bir temel sağlayan bir tekniktir. Böylece pek çok değişken birkaç küme ya da boyuta indirgenebilmektedir. Bu boyut ya da kümelerden her birine 'faktör' adı verilir (97). Faktör analizi, aynı yapıyı ya da niteliği ölçen değişkenleri bir araya toplayarak ölçmeyi az sayıda faktör ile açıklamayı amaçlar. Faktör analizi bir faktörleşme ya da ortak faktör adı verilen yeni kavramları (değişkenleri) ortaya çıkarma ya da maddelerin faktör yük değerlerini kullanarak kavramların işlevsel tanımlarını elde etme süreci olarak da tanımlanmaktadır. Analiz sonunda elde edilen varyans oranları ne kadar yüksekse, ölçeğin faktör yapısı da o kadar güçlü olmaktadır (98). Sosyal bilimlerde yapılan analizlerde %40 ile %60 arasında değişen varyans oranları yeterli kabul edilmektedir (99). Maddelerin yer aldıkları faktördeki yük değerlerinin yüksek olmasının (0.45 ya da daha yüksek) seçim için iyi bir ölçü

olabileceği bildirilmektedir (85). Faktör örüntüsünün oluşturulmasında, alt kesme noktası olarak 0.30 ile 0.40 arasındaki faktör yüklerinin alınabileceği belirtilmektedir (99).

Faktör analizi sonucunda iki durum ortaya çıkabilir; faktör analizi herhangi bir kavramsal anlamlı faktör ortaya çıkarmaz (ciddi bir problemdir, içerik geçerliği gözden geçirilmeli ve yeni faktör analizi için yeni veriler toplanmalıdır.) ya da anlamlı faktörler oluşabilir fakat onlar yargısal kategorilere karşılık gelmeyebilir. İdeal durum içerik ve yapı geçerliği çalışması arasındaki uyumdur (100).

Bu çalışmada HADÖ'nün faktör yapısını belirlemek üzere, verilere Kaiser normalizasyonu ve Varimax dönüşümlü temel bileşen faktör analizi uygulanmıştır. Varimax dönüştürmesine göre yürütülen açıklayıcı faktör analizinde Eigenvalue değeri 1'in üzerinde 3 bileşenli bir yapı elde edilmiştir. Faktör analizinin varyansların %57.1'ini içerdiği görülmüştür. Faktör yükleri 0.40'ın üzerindeki maddeler değerlendirmeye alınarak faktör örüntüsü belirlenmiştir (Tablo 21). Faktör 1'de 10. madde hariç Depresyon alt ölçeği maddeleri olan 2, 4, 6, 8 12 ve 14 ile Anksiyete alt ölçeği maddeleri olan 1 ve 3. maddenin yer aldığı; iki faktörde bulunan Anksiyete alt ölçeği 3. maddesinin daha ağırlıklı olarak Faktör 2'de de yer aldığı saptanmıştır. Faktör 2'de Anksiyete alt ölçeğinin 3, 5, 9 ve 13. maddelerinin yer aldığı, Faktör 3'te ise Anksiyete alt ölçeğinin 7, 9 ve 11. maddeleri ile Depresyon alt ölçeğinin 10. maddesinin yer aldığı; iki faktörde bulunan Anksiyete alt ölçeği 9. maddesinin daha ağırlıklı olarak Faktör 2'de yer aldığı belirlenmiştir (Tablo 21).

White ve ark.nın araştırmasında, toplum örneklemindeki 248 ergene HADÖ uygulamasında faktör analizi ile anksiyete ve depresyon şeklinde 2 faktörlü bir yapının ortaya çıktığı, HADÖ Anksiyete alt ölçeğinde olan 7. maddenin Depresyon alt ölçeği kümesinde gruplandığı belirtilmiştir (18).

Chan ve ark.nın araştırmasında, toplumdaki ergenlere HADÖ uygulamasında yapı geçerliği için, yazında önerilen 1 bileşenli, 2 bileşenli ve 3 bileşenli yapılara göre faktör analizleri değerlendirilmiş; 2 ve 3 faktörlü yapıların verileri uygun bir şekilde açıkladığı, bunlardan en uygununun 2 faktörlü yapı olduğu bildirilmiştir. Maddeler 2 faktörlü yapıya göre incelendiği zaman; Anksiyete alt ölçeğinde olan 7. maddenin depresyon maddeleri arasında olduğu ve 10. maddenin depresyon maddeleri arasında yer almakla beraber en düşük faktör yüküne sahip olduğu ve özellikle ergenlerin yaşı arttıkça bu yükün giderek azaldığı belirtilmiştir (93).

Yetişkin yaş grubundaki 19 HADÖ araştırmasının değerlendirildiği bir gözden geçirmede, 11 araştırmanın (toplam N=14588) 2 bileşenli bir yapı sunduğu, 5 araştırmanın (toplam N=3459) 3 bileşenli bir yapı sunduğu ve 2 araştırmanın (toplam N=235) 4 bileşenli bir yapı sunduğu bildirilmiştir (17).

Dunbar ve ark.nın araştırmasında, toplum örnekleminde üç farklı yaş ortalaması olan (18, 39, 58) gruplar değerlendirilmiş ve tüm yaş gruplarında HADÖ'nün bileşen yapısını 2 bileşenli yapıya göre, 3 bileşenli yapının daha iyi açıkladığı belirtilmiştir (101).

Friedman ve ark. tarafından Fransa'da depresyon tedavisi gören 2669 hastada yapılan araştırmada, HADÖ'nün 3 bileşenli bir yapı gösterdiği; Depresyon alt ölçeğinde bulunan (2,4,6,8,10,12,14) maddelerin 1. Faktörde yer aldığı, Anksiyete alt ölçeği maddelerinin ise ayrılarak psişik anksiyeteyi (3,5,9,13) ve psikomotor ajitasyonu (1,7,11) yansıtan 2 bileşenli bir yapı gösterdiği bildirilmiştir (102).

Dunbar ve ark. tarafından yapılan HADÖ'nün faktör yapısını incelemeye yönelik araştırmada, HADÖ'nün faktör yapısı ile ilgili farklı görüşlerin olduğu, bu konudaki araştırmaların bir kısmında anksiyete ve depresyon arasında bir ilişki olmadığı varsayımıyla istatistiksel analizlerin yapıldığı, ancak etiyolojiye yönelik araştırmalarda anksiyete ve depresyonun aralarında güçlü bir ilişki bulunduğu ve birbirinden tamamen bağımsız sayılamayacakları; bu yüzden uygulanan bazı analizlerin hatalı sonuç verebileceği ileri sürülmüştür. Yine aynı araştırmada, HADÖ'nün yapısındaki 3 bileşenli ayrışmanın, ilk olarak Clark ve Watson (1991)'in ifade ettiği, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiye dair üç parçalı (*tripartite*) modeline uygun olduğu belirtilmiştir. Bu modele göre; anksiyete ve depresyonun birbirinden ayrılan özellikleri olduğu, ancak üçüncü bir yapıyla ortak özellikler içerdikleri ileri sürülmektedir. Bu modele uygun şekilde; anksiyete ve depresyonun 'negatif affekt', 'anhedonik depresyon' ve 'otonomik anksiyete' altında 3 kümeye ayrıldığı ve HADÖ'deki depresyonu sorgulayan 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14. maddelerin 'anhedonik depresyon' kümesi ile olduğu, anksiyete alt ölçeğindeki 1, 7 ve 11. maddelerin 'negatif affekt' kümesi ile ve 3, 5, 9 ve 13. maddelerin 'otonomik anksiyete' kümesi ile uyumlu olduğu belirtilmiştir (101).

Yazında, HADÖ'nün faktör yapısını inceleyen araştırmalarda çok çeşitli istatistiksel yöntemlerin kullanıldığı ve bu durumun HADÖ'nün yapısını açıklamaya çalışan farklı durumların ortaya çıkmasına neden olmuş olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışmadaki faktör

dağılımının Dunbar ve ark.nın araştırmasında bahsedilen teorik temele uygun olduğu ve Friedman ve ark.'nın araştırmasındaki faktör dağılımına benzer olduğu dikkati çekmektedir. Bu çalışmada, 1. ve 10. madde bu iki araştırmadaki verilerle uyumsuz görünmektedir. Aydemir ve ark.nın yapmış olduğu HADÖ Türkçe çevirisinde “kendimi gergin, ‘patlayacak gibi’ hissediyorum” şeklinde yer alan 1. maddenin çevirisi, anksiyetede olan emosyonel gerginlikten çok irritabilite gibi anlaşılmış olabilir. Ergenlikteki depresyonda irritabilite yetişkin depresyonuna göre daha sık olduğundan (52), bu madde depresyon kümesinde yer almış olabilir. HADÖ Türkçe çevirisinde “dış görünüşüme ilgimi kaybettim” şeklinde olan ve bu çalışmada Faktör 3’te yer aldığı saptanan 10. maddenin, Aydemir ve ark.nın araştırmasında üniversite öğrencileri grubunda 3. bir faktör olarak yer aldığı (19) ve Chan ve ark.nın araştırmasında ise en düşük faktör yüküne sahip madde olduğu belirtilmiştir. Chan ve ark. bu düşük faktör yükünün ergenlik dönem özelliği olarak dış görünüşe verilen önem ve bu konuda yaşanan anksiyete ile açıklanabileceğini bildirmiş; bundan yola çıkarak, ölçeklerin yaş ve cinsiyete göre değişmezlik açısından değerlendirilmeleri gerektiğini belirtmişlerdir (93).

### ***HADÖ Maddelerinin Birbirleriyle İlişkisi***

HADÖ maddelerinin arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için, maddelerin birbiriyle olan korelasyonları hesaplanmıştır (Tablo 22). Maddelerin tamamının pozitif korelasyon gösterdiği, en yüksek korelasyonun (0.658) ‘korcu’ ile ilgili 3. madde ile ‘endişe verici düşünceler’ ile ilgili 5. madde arasında olduğu ve en düşük korelasyonun da (0.080) ‘psikomotor ajitasyon’ ile ilgili 7. maddeyle ‘psikomotor retardasyon’ ile ilgili 8. madde arasında olduğu bulunmuştur.

Yazında ergenlerde yapılan araştırmalarda HADÖ maddelerinin birbiriyle olan ilişkilerini inceleyen bir bulguya ulaşamamıştır. Yetişkin grupta HADÖ’nün İspanyolca’da geçerlik ve güvenilirlik araştırmasında tüm maddelerin birbiriyle pozitif korelasyon gösterdiği belirtilmektedir (103).

### 5.3.2. HADÖ Ölçüt Geçerliği

Bir ölçeğin geçerliğini değerlendirmede kullanılan yöntemlerden bir diğeri ölçüt geçerliğidir. Ölçüt geçerliğinin bir bölümü olan ‘eşzaman’ geçerliğinde, geliştirilen ölçme aracı ile daha önceden geliştirilmiş, geçerliği yüksek olan ve aynı özelliği ölçen başka bir ölçme aracı arasındaki korelasyon değerlendirilir (94).

Bu çalışmada ölçüt geçerliğine katkıda bulunmak için, aynı görüşmede uygulanan ÇATÖ (Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği) ve ÇDÖ (Çocukluk Depresyon Ölçeği) puanlarıyla HADÖ Anksiyete alt ölçeği ve Depresyon alt ölçeği puanlarının korelasyonu değerlendirilmiştir. HADÖ Anksiyete alt ölçeği toplam puanı ile ÇATÖ toplam puanı arasındaki Pearson korelasyon katsayısı 0.681 ( $p<0.001$ ) olarak bulunmuştur ve ‘güçlü’ bir korelasyona işaret etmektedir (Tablo 23). Alt ölçek maddeleri incelendiğinde, en düşük korelasyonların 1, 7 ve 11. maddelerde olduğu (Tablo 24) bulunmuştur. HADÖ Depresyon alt ölçeği toplam puanı ile ÇDÖ toplam puanı arasındaki Pearson korelasyon katsayısı 0.778 ( $p<0.001$ ) olarak bulunmuştur ve ‘çok güçlü’ bir korelasyona işaret etmektedir (Tablo 25). Alt ölçek maddeleri incelendiğinde, 10. maddenin en düşük korelasyona sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 26).

Bu çalışmada, HADÖ maddelerinin ÇATÖ ve ÇDÖ ile korelasyonları değerlendirildiğinde; diğer maddelere göre daha düşük korelasyon gösteren 1, 7, 10 ve 11. maddelerin faktör analizinde de anksiyete ve depresyon faktörlerinden ayrı faktörde (1. madde anksiyete maddesi olduğu halde depresyon grubunda ve 7, 10 ve 11. maddeler Faktör 3’te kümelenmiştir) kümelenen maddeler olduğu dikkati çekmiştir. Bu korelasyon verileri faktör analizinde ortaya çıkan bulguları desteklemektedir.

Chan ve ark.nın araştırmasında YSR (Youth Self Report) anksiyete ve depresyon alt ölçekleri ile ölçüt geçerliği değerlendirmesinde; Anksiyete alt ölçeğinin (0.630,  $p<0.001$ ), depresyon alt ölçeğine göre (0.370,  $p<0.001$ ) daha güçlü korelasyon gösterdiği bildirilmiştir (93).

Yazında ÇDÖ veya ÇATÖ kullanılarak HADÖ ölçüt geçerliğinin değerlendirildiği bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Bjelland ve ark.nın gözden geçirmesinde; Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) ile HADÖ-A arasında 0.64 ile 0.81 aralığında, Beck Depresyon Ölçeği (BDI) ile HADÖ-D arasında 0.62 ile 0.73 aralığında korelasyon değerleri olduğu bildirilmiştir (17).

Aydemir ve ark.nın araştırmasında HADÖ-A ile Sürekli Kaygı Ölçeği arasındaki korelasyon katsayısı 0.7544 ve HADÖ-D ile Beck Depresyon ölçeği arasındaki korelasyon katsayısı 0.7237 (19) ve Özer'in yapmış olduğu çalışmada ise HADÖ-A ile Beck Anksiyete Ölçeği arasındaki korelasyon katsayısı 0.80, HADÖ-D ile Beck Depresyon Ölçeği arasındaki korelasyon katsayısı 0.87 olarak bildirilmiştir (20).

Bu çalışmadaki bulgular, yazın ile uyumlu olup iki alt ölçeğin ve ölçek maddelerinin çoğunun güçlü ölçüt geçerliklerinin olduğunu düşündürmektedir.

### 5.3.3. HADÖ Ayırt Edici Geçerliği

Ölçeğin anksiyete ve depresyonu olan ve aktif psikopatolojisi olmayan grupları birbirinden ayırt edip edemediğini, yani ayırt edici geçerliğini saptamak için, bu grupların toplam HADÖ-A ve HADÖ-D puanları bağımsız örneklem t testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. HADÖ-A ( $t=8.048$ ,  $p<0.001$ ) ve HADÖ-D'nin ( $t=5.919$ ,  $p<0.001$ ) ölçek toplam puanlarının anksiyete ve depresyonu olan ile olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur.

White ve ark.nın ergenlerde yaptıkları çalışmada emosyonel bozuklukları (Anksiyete bozuklukları ve Depresif bozukluklar) olan grup ile bu tanıları olmayan grup (diğer tanılar ve aktif psikopatolojisi olmayanlar) arasında HADÖ-A, puanları açısından anlamlı farklılığın ( $t=2.64$ ,  $p=0.011$ ) olduğu; depresyon tanısı olan grupla depresyon tanısı olmayan grup arasında HADÖ-D puanlarının anlamlı farklılık ( $t=3.49$   $p=0.001$ ) gösterdiği belirtilmiştir (18).

### 5.4. ROC ANALİZİ VE KESME PUANI

ROC eğrisi tanı ve tarama amacıyla geliştirilmiş bir aracın, farklı kesme puanları için doğru pozitif oranı (duyarlık) ve yanlış pozitif oranı (1-özgüllük) arasındaki ilişkiyi gösteren bir grafikdir. ROC eğrisinde sol üst köşeye en yakın nokta duyarlık ve özgüllüğün birbirlerine en yakın olduğu ve en uygun olduğu yeri belirtmektedir. ROC eğrisi altında kalan alan ise, iki farklı gurubun doğru bir biçimde ayırt edilme olasılığını vermektedir.

Bu çalışmada elde edilen HADÖ-A ve HADÖ-D'ye ait ROC eğrileri Şekil 1 ve Şekil 2'de yer almaktadır. HADÖ-A için Eğri altında kalan alan 0.870 (güven aralığı 0.797-0.944,  $p<0.001$ ) olarak bulunmuştur. En uygun duyarlık (0.804) ve özgüllük (0.816) değerleri 7.5



kesme puanı için gözlenmiştir. HADÖ-D için eğri altında kalan alanın 0.813 (güven aralığı 0.722-0.905  $p<0.001$ ) olduğu bulunmuştur. En uygun duyarlık (0.757) ve özgüllük (0.755) değerleri 5.5 kesme puanı için gözlenmiştir.

White ve ark.nın ergenlerdeki araştırmasında, 29 ergenden oluşan emosyonel bozuklukları olan grupta yapılan değerlendirmede; HADÖ-A için 9 (duyarlık 0.83-özgüllük 0.47) ile 12 (duyarlık 0.69-özgüllük 0.74) arası puanların kesme puanı olarak kullanılabileceği; 9-10-11 puanların olası (*possible*) anksiyete bozukluğunu, 11'in üstü puanların muhtemel (*probable*) anksiyete bozukluğunu gösterdiği; ancak sadece 7 anksiyete bozukluğu hastası olmasından dolayı, bu rakamların depresyon hastalarının da eklenmesiyle oluşan emosyonel bozukluklar grubundan elde edilmesinin bu bulgu açısından önemli bir kısıtlılık oluşturduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada 19 ergenden oluşan depresif bozukluk tanısı alan grupta yapılan değerlendirmede HADÖ-D için 7 (duyarlık 0.89-özgüllük 0.66) ile 10 (duyarlık 0.53-özgüllük 0.83) arası puanların kesme puanı olarak kullanılabileceği; 7-8-9 puanların olası depresif bozukluğu, 9'un üstü puanların muhtemel depresif bozukluğu gösterdiği bildirilmiştir (18).

Bjelland ve ark.nın yaptığı HADÖ ile ilgili gözden geçirmede genel toplumda ve bedensel hastalığı olanlar üzerinde yapılan birçok çalışmada 0.7 ile 0.9 arasında değişen duyarlık ve özgüllük değerlerinde kesme puanlarının her iki ölçek için 8+ (8 ve üzeri) olduğunu ve Zigmond ve Snaith'in (1983) HADÖ çalışmasında olası olgular için önerdikleri kesme puanı ile uyumlu olduğu bildirilmiştir. Yalnız bir çalışmada kesme puanının her iki ölçek için 4+ olarak ve bir çalışmada HADÖ-A için 3+ ve HADÖ-D için 6+ olarak bulunduğu belirtilmiştir (17).

HADÖ'nün yetişkin yaş grubunda Türkçeye uyarlama araştırmasında kesme puanının belirlenmesi için anksiyete bozukluğu tanısı alan (depresif bozukluk eştanılılar dâhil) 49 kişi ve depresif bozukluk tanısı alan (anksiyete bozukluğu eştanılılar dâhil) 54 kişinin değerlendirilmesiyle yapılan ROC analizinde, duyarlık ve özgüllüğün birbirine en yakın noktaların belirlenmesi yöntemiyle kesme puanı HADÖ-A için 10 (duyarlık değeri %83.67, özgüllük %81.60) ve HADÖ-D için 7 (duyarlık %72.22, özgüllük %68.29) olarak bildirilmiştir (19).

Bu çalışmada bulunan kesme noktaları yazın ışığında değerlendirildiğinde, duyarlık ve özgüllük değerleri açısından yazın ile uyumlu olduğu, ancak kesme puanlarının biraz

düşük olduğu dikkati çekmektedir. Bu farkın nedeni, diğer araştırmalarda altın standart olarak kullanılan görüşme yöntemlerinin farklılığı veya araştırmaların yapıldığı grupların yetişkin yaşta olması olabilir. Ayrıca, Doğu kültürlerinde ve dolayısıyla ülkemizde psikiyatrik belirti örüntüsünde bedensel belirtilerin ön planda olması (104) ve HADÖ'nün bu belirtileri içermemesi de bu sonuca katkıda bulunmuş olabilir. Leung ve ark.nın yaptığı HADÖ'nün Çince çevirisinin uyarlama araştırmasında, birbirinden farklı alt ölçek kesme noktaları bulunması, psikiyatrik bozuklukların anlaşılmasında kültürler arası çok yönlü farklılıklarla ilişkilendirilmiştir (105). Bu bulgular, ölçeklerin geçerlik araştırmalarında kesme noktası, duyarlık ve özgüllük değerlerinin; örneklemin kültürel yapısı, sosyodemografik özellikleri, ruhsal ve bedensel hastalıklarının doğası gibi değişkenlerden etkilenebileceğini düşündürmektedir.

## **6. SONUC VE ÖNERİLER**

Bu çalışmada, Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilen ‘Hospital Anxiety and depression Scale’ özgün isimli ölçeğin, Aydemir ve ark. tarafından ‘Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği’ adıyla yetişkin yaş grubunda Türkçe’ye uyarlanmış olan formunun 12-17 yaşlarındaki ergenlerde geçerlik ve güvenilirlik değerlendirmesi yapılmıştır.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı Polikliniğine başvuran ve DEÜTF Hastanesi servislerinde yatarak tedavi görmekte olan 137 hasta ile yaz spor okullarından ulaşılan 106 öğrenci olmak üzere toplam 243 ergen çalışmaya alınmıştır. Hasta grubunu oluşturan ergenler ve ebeveyn(ler)ine ÇDŞG-ŞY uygulanmıştır. ÇDŞG-ŞY klinik görüşmesi yapılmış olan hastalara, araştırmacılar tarafından hazırlanan Bireysel Değerlendirme Formu, HADÖ, ÇATÖ ve ÇDÖ uygulanmıştır. Öğrencilere ise Bireysel Değerlendirme Formu, HADÖ uygulanmış ve iki hafta sonra, aynı gruptan ulaşılan 106 ergene HADÖ tekrar uygulanmıştır.

### **Çalışma Grubunun Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar:**

- Çalışma grubu, DEÜTF ÇERSAH polikliniğine başvuran ve triyaj görüşmesine alınacak olan 92 (%37.9) ayaktan hasta, DEÜTF Hastanesi’nin çeşitli servislerinde tedavi görmekte olan 45 (%18.5) yatan hasta ve spor okulundan ulaşılan HADÖ test-tekrar test uygulaması yapılan 106 (%43.6) öğrenci olmak üzere toplam 243 ergenden oluşmaktadır.
- Bu çalışmada 12-17 yaş arası 243 ergenin %53.1’inin kız, %46.9’unun erkek olduğu ve olguların ortalama yaşlarının  $14.8 \pm 1.5$  olduğu saptanmıştır. Çalışma grubundaki ergenlerin %49.4’ü ortaokula, % 50.6’sı liseye devam etmektedir. Çalışma grubundaki olguların bildirdikleri karne notlarının ortalamasının  $73.8 \pm 14.1$  olduğu, %23.9’unun daha önce psikiyatrik tedavi başvurusunda bulunduğu, %27.6’sının bedensel bir hastalığının olduğu, %20.6’sının parçalanmış aile ortamında yaşadığı saptanmıştır. Çalışma grubundaki ergenlerin babalarının %56.1’inin ve annelerinin %50.4’ünün lise ve üstü okulları bitirdiği; babalarda işçi (%41.1) ve annelerde ev hanımının (%58.9) en sık bildirilen meslekler olduğu, ailelerinin %51.9’unun iki çocuklu olduğu ve ailelerinin aylık gelirlerinin ortalamasının  $2712 \pm 1801$  TL olduğu bulunmuştur.
- Hasta grubunda uygulanan ÇDŞG-ŞY değerlendirmesine göre ergenlerin 49’una (%35.8) herhangi bir tanı konmazken 26’sında (%19) Anksiyete bozukluğu, 17’sinde

(%12.4) Depresif bozukluk, 20'sinde (%14.6) Anksiyete bozukluğu ve Depresif bozukluk eş tanısı ve 25'inde (%18.2) diğer tanılar saptanmıştır.

- Hasta grubu ile öğrenci grubu sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında yaş ( $U=6079.5$ ,  $p=0.029$ ), karne not ortalaması ( $U=3587.5$ ,  $p=0.001$ ), psikiyatrik başvuru öyküsü ( $\chi^2=16.290$ ,  $p<0.001$ ), bedensel hastalık varlığı ( $\chi^2=41.394$ ,  $p<0.001$ ), parçalanmış aile ortamında yaşama oranı ( $\chi^2=5.292$ ,  $p=0.021$ ), ebeveynlerin lise ve üstü eğitilmiş olma oranı (anneler  $\chi^2=11.831$ ,  $p=0.001$ ; babalar  $\chi^2=6.876$ ,  $p=0.009$ ) ve annelerin ev hanımı olma oranı ( $\chi^2=4.162$ ,  $p=0.041$ ) açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. Öğrenci grubu hasta grubuna göre daha küçük yaşta, okul başarısı daha yüksek, psikiyatrik başvurusu daha az, beden sağlığı daha iyi, parçalanmış ailede yaşama oranı yüksek, ebeveynleri daha fazla eğitilmiş ve anneleri daha az oranda ev hanımı olan ergenlerden oluşmaktadır. Cinsiyet dağılımı, ortaokul veya lisede okuma, babaların işçi olması, tek çocuklu ailede yaşama ve aile aylık gelir ortalaması açısından hasta grubu ile öğrenci grubu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.
- Ayaktan hasta grubu ile yatan hasta grubu karşılaştırıldığında, iki grup arasında emosyonel bozuklukların (Anksiyete bozukluğu, Depresif Bozukluk ve Anksiyete bozukluğu Depresif bozukluk eştanılılığı) oranı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.

#### **HADÖ Türkçe Formunun Ergenlerde Güvenirliğine İlişkin Sonuçlar:**

- Hasta grubunun HADÖ verileri incelenmiş ve Cronbach  $\alpha$  değeri HADÖ Anksiyete alt ölçeği için 0.818 ve HADÖ Depresyon alt ölçeği için 0.793, Gutman Split-Half yarıya bölme katsayısı HADÖ Anksiyete alt ölçeği için 0.793, HADÖ Depresyon alt ölçeği için 0.763 olarak bulunmuştur. Bu değerler iyi düzeyde iç tutarlılık güvenirliğine işaret etmektedir.
- HADÖ maddelerinin iç tutarlılığa etkileri incelendiğinde HADÖ-A'da 7. madde (psikomotor ajitasyon) ve HADÖ-D'de 10. madde (dış görünüme ilgi kaybı) dışındakilerin Cronbach  $\alpha$  değerlerine olumlu etkili olduğu, 7. ve 10. madde çıkartıldığında Cronbach  $\alpha$  değerinin arttığı bulunmuştur.
- Öğrenci grubunun HADÖ verileri incelenmiş ve test tekrar-test güvenirliğini değerlendirmek için hesaplanan Pearson korelasyon katsayısı HADÖ-A için 'çok güçlü' ( $r=0.816$ ,  $p<0.001$ ) ve HADÖ-D için 'güçlü' ( $0.682$ ,  $p<0.001$ ) olarak saptanmıştır. Bu değerler iyi düzeyde test-retest güvenirliğine işaret etmektedir.

- HADÖ maddeleri test-tekrar test korelasyonları açısından değerlendirildiğinde; anhedoniye sorgulayan 14. madde dışındaki maddelerin korelasyonlarının (r değeri 0.376-0.661 arasında, **p<0.001**) anlamlı düzeyde olduğu, 14. maddenin anlamlı bir korelasyon (r=0.120) göstermediği bulunmuştur.
- Test-tekrar test uygulamasında HADÖ alt ölçek puanları Bağımlı örneklem t testi ile değerlendirilmiştir. HADÖ-A (t=0.247, p=0.805) ve HADÖ-D (t=0.855, p=0.395) puanlarının tekrar test uygulamasında anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır.

### **HADÖ Türkçe Formunun Ergenlerde Geçerliliğine İlişkin Sonuçlar:**

- HADÖ Türkçe formunun ergenlerde geçerliliğine ilişkin analizler hasta grubunun HADÖ verileri üzerinde gerçekleştirilmiştir.
- Yapı geçerliği için yapılan faktör analizinde, toplam varyansların %57.1'ini açıklayan üç bileşenli bir yapı elde edilmiştir.
- Faktör yükleri 0.4'ün üzerindeki maddeler dikkate alındığında 1, 2, 3, 4, 6, 8, 12 ve 14. maddelerin 1. bileşende yer aldığı; 3, 5, 9 ve 13. maddelerin 2. bileşende yer aldığı (3 ve 9. maddenin başka bileşende de olmasına karşın, ağırlıklı olarak 2. bileşende olduğu); 7, 9, 10 ve 11. maddelerin 3. bileşende yer aldığı bulunmuştur.
- HADÖ maddelerinin birbirleri ile olan korelasyonları değerlendirildiğinde bütün maddelerin pozitif korelasyon gösterdiği; en yüksek korelasyonun (r=0.658) 3. madde (korku) ile 5. madde (endişe verici düşünceler) arasında ve en düşük korelasyonun (r=0.080) 8. madde (psikomotor retardasyon) ile 7. madde (psikomotor ajitasyon) arasında olduğu bulunmuştur.
- Ölçüt geçerliğini değerlendirmek amacıyla HADÖ alt ölçek puanları ile ÇATÖ ve ÇDÖ puanları arasındaki ilişki açısından Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. HADÖ-A ile ÇATÖ arasında 'güçlü' derecede anlamlı pozitif korelasyon (r=0.681, **p<0.001**) ve HADÖ-D ile ÇDÖ arasında 'çok güçlü' derecede anlamlı pozitif korelasyon (r=0.778, **p<0.001**) bulunmuştur.
- HADÖ-A maddeleri ile ÇATÖ ve HADÖ-D maddeleri ile ÇDÖ korelasyonları değerlendirildiğinde tüm maddeler için anlamlı pozitif korelasyon değerleri saptanmıştır (**p<0.001**). HADÖ-A 7. madde (psikomotor ajitasyon) ile ÇATÖ korelasyonunun (r=0.319) ve HADÖ-D 10. madde ile ÇDÖ korelasyonunun (r=0.389) en düşük olduğu bulunmuştur.

- Ayırt edici geçerlik açısından ÇDŞG-ŞY değerlendirmesi sonucunda Anksiyete Bozukluğu tanısı olanlar (n=46) ile psikopatolojisi olmayanlar (n=49) (HADÖ-A Bağımsız örneklem t testi  $t=8.048$ ,  $p<0.001$ ) ve Depresif bozukluk tanısı olanlar (n=37) ile psikopatolojisi olmayanlar (n=49) arasında alt ölçek toplam puanları açısından anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (HADÖ-D Bağımsız örneklem t testi  $t=5.919$ ,  $p<0.001$ )
- HADÖ kesme puanının değerlendirilmesi amacıyla ROC eğrisi yapılmıştır. HADÖ-A için eğri altında kalan alan 0.870 (güven aralığı:0.797-0.944,  $p<0.001$ ), HADÖ-D için 0.813 (güven aralığı:0.722-0.905,  $p<0.001$ ) olarak bulunmuştur.
- ROC analizinde elde edilen duyarlık ve özgüllük değerleri arasında HADÖ-A kesme noktasına en uygun duyarlık (0.804) ve özgüllük (0.816) değerleri 7.5 puan için ve HADÖ-D kesme noktasına en uygun duyarlık (0.757) ve özgüllük (0.755) değerleri 5.5 puan için belirlenmiştir.

### Öneriler:

Psikiyatri dışındaki hastane kliniklerindeki hastalarda anksiyete ve depresyon belirtilerini değerlendirmek için geliştirilmiş olan HADÖ, kısa ve puanlaması kolay bir ölçek olması dolayısıyla yetişkinlerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ergenlerde tarama için ve klinik koşullarında yararlı bir gereç olarak kullanılabilmesi belirtilen HADÖ'nün Türkçe formu, bu çalışmada ergenlere uygulanmış ve geçerlik ve güvenilirliği değerlendirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formun ergenlerde iyi düzeyde geçerli ve güvenilir olduğunu destekleyen bulgulara ulaşılmıştır.

HADÖ'nün 7. maddesinin HAD-A alt ölçek iç tutarlılığını düşürdüğü, ÇATÖ ile korelasyonunun düşük olduğu ve Faktör 3'te yer aldığı dikkati çekmiştir. "Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum" şeklindeki bu maddenin ergenler tarafından yanlış anlaşılabilir olduğu fark edilmiştir. Bu maddenin ergen yaş grubunda daha doğru anlaşılabilir şekilde düzenlenmesi uygun olabilir. Örneğin; "Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşemiş hissediyorum" vb.

HADÖ'nün 10. maddesinin HAD-D alt ölçek iç tutarlılığını düşürdüğü, ÇDÖ ile korelasyonunun düşük olduğu ve Faktör 3'te yer aldığı dikkati çekmiştir. Bu bulgular, "Dış görünüşüme ilgimi kaybettim" şeklindeki bu maddenin, ergen yaş grubunda yetişkinden farklı şekilde değerlendiriliyor olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, ölçek maddelerinin yaş

ve cinsiyete özgü değerlendirme farklılıklarını dikkate alan bir yaklaşımın önemini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada, HADÖ'nün Türkçe formunun sağlıklı ergenlere ve çeşitli hasta gruplarına özgü değerlendirmelerinin yapılmamış olması, sağlıklı ergenlerde tarama amacıyla kullanım ve hastalıklara özel değerlendirme yapma açısından kısıtlılık oluşturmaktadır.

Bu kısıtlılıklara karşın, çalışmadan elde edilen bulgular, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin depresyon ve anksiyete belirtileri olan ergenlerin değerlendirilmesinde klinik kararı destekleyebilecek nesnel bir gereç olarak kullanılabilceğini düşündürmektedir. Çocuk ve ergenlerin ruhsal değerlendirmesinde kullanılacak daha kapsamlı, daha ayrıntılı, daha şeffaf ve daha nesnel gereçlerin Türkçe'ye kazandırılmasına yönelik ileri araştırmalara gereksinim vardır.

## **7. KAYNAKLAR**

1. WHO. Atlas: Child and Adolescent Mental Health Resources: Global Concerns, Implications for the Future. World Health Organization 2005:16.
2. Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, Bettge S, et al. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;17 (Suppl 1): 22-33.
3. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM 4 disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(10):1203-1211.
4. Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(6):727-734.
5. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington HL, et al. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:709-717.
6. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public health challenge. *Lancet* Apr 2007; 14;369(9569):1302-1313.
7. Williams J, Klinepeter K, Palmes G, Pulley A, et al. Diagnosis and treatment of behavioral health disorders in pediatric practice. *Pediatrics* 2004(114):601-606.
8. Drell MJ, White TJH. Children's reaction to illness and hospitalization. Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, seventh ed. (Eds: Sadock BJ, Sadock VA) Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2000;2889-2897.
9. Erdoğan A, Karaman MG. Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların tanınması ve yönetilmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2008(9):244-252.



10. Pless IB, Cripps HA, Davies JM, Wadsworth ME. Chronic physical illness in childhood: psychological and social effects in adolescence and adult life. *Dev Med Child Neurol* 1989(31):746-755.
11. Cassidy LJ, Jellinek MS. Approaches to recognition and management of childhood psychiatric disorders in pediatric primary care. *Pediatr Clin North Am* 1998;45:1037-1052.
12. Knapp PK, Haris ES. Consultation-liaison in child psychiatry: a review of the past 10 years. Part II: research on treatment approaches and outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998(37):139-146.
13. Rauch P, Jelinek M. Paediatric consultation. In: *Child and Adolescent Psychiatry*, fourth ed (Eds: Rutter M, Taylor E). Blackwell, UK 2002:1051-1066.
14. Shaw RJ, DeMaso DR. *Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine*. American Psychiatric Publishing, Inc. 2010:6.
15. Steiner H, Shaw R. Psychiatric assessment and management of medically ill children. In: *Psychiatric Care of the Medical Patient*, second ed (Eds: Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg DB) Oxford University Press, UK 2000:1097-1110.
16. Connor DF, McLaughlin TJ, Jeffers-Terry M, O'Brien WH, et al. Targeted child psychiatric services: A new model of pediatric primary clinician-child psychiatry collaborative care. *Clin Pediatr* 2006(45):423-434.
17. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale; an updated review. *J Psychiat Res* 2002;(52):69-77.
18. White D, Leach C, Sims R, Atkinson M et al. Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for use with adolescents. *Br J Psychiatry* 1999 Nov;175:452-454.
19. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997;8(4):280-287.
20. Özer H. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin (HAD) Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzurum, 1998.*

21. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) (Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı'ndan, çev. Köroğlu E) Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2013.
22. Pine DS. Anxiety Disorders: Introduction and Overview. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition (Eds: Sadock BJ, Sadock Virginia A, Ruiz P) Lippincott Williams & Wilkins, USA 2009:1839-1844.
23. Barlow A, David H. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. Am Psychol 2000;55(11):1247-1263.
24. Sürmeli A. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. In: Psikiyatri Temel Kitabı (Ed: Köroğlu E, Güleç C) Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1997:449-460.
25. First MB, Caban DK, Lewis-Fernandez R. Development of the nosology of anxiety disorders. In: Anxiety Disorders: Theory, Research and Clinical Perspectives (Eds: Simpson HB, Neria Y, Lewis-Fernandez R, Schneier F) Cambridge University Press, UK 2010:20-39.
26. Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı (DSM-III-R) (Çev: Köroğlu E) Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1991.
27. Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) (Çev: Köroğlu E) Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1994.
28. Amerikan Psikiyatri Birliği, Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR) (Çev: Köroğlu E) Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2001.
29. Pine DS, Klein RG. Anxiety Disorders. In: Rutter's Child and Adolescent Psychiatry (Eds: Rutter M, Bishop DVM, Pine DS, Scott S, Stevenson J, Taylor E, Thapar A). Blackwell Publishing, USA 2008:628-647.

30. Krain AL, Ghaffari M, Freeman J, Garcia A et al. Anxiety Disorders. In: Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, 4th Edition (Eds: Martin A, Volkmar FR). Lippincott Williams & Wilkins 2007:538-548.
31. Towbin E, Riddle MA. Obsessive-Compulsive Disorder. In: Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, 4th Edition (Eds: Martin A, Volkmar FR) Lippincott Williams & Wilkins, 2007:548-566.
32. Keeton CP, Walkup JT. Separation Anxiety, Generalized Anxiety, and Social Phobia. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition (Eds: Sadock BJ, Sadock Virginia A, Ruiz P) Lippincott Williams & Wilkins, USA 2009:3684-3693.
33. Renaud J, Birmaher B, Wassick SC, Bridge J. Use of selective serotonin reuptake inhibitors for the treatment of childhood panic disorder: A pilot study. J Child Adolesc Psychopharmacol 1999(9):73-83.
34. Rosen JB, Schulkin J. From Normal Fear to Pathological Anxiety. Psychol Rev 1998;105(2):325-350.
35. Taneli Y. Sosyal fobi ve özgül fobi. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (Editör: Aysev AS, Taner YI) Johnson & Johnson, İstanbul 2006:477-491.
36. Motavallı NM. Çocukluk Çağı Anksiyete Bozuklukları. In: Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi. (Ed: Polvan Ö) İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitabı. Nobel Tıp Kitapevleri, 2000:120-143.
37. Lewin AB, Piacentini J. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition (Eds: Sadock BJ, Sadock Virginia A, Ruiz P) Lippincott Williams & Wilkins, USA 2009:3671-3678.
38. Cohen JA. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition (Eds: Sadock BJ, Sadock Virginia A, Ruiz P) Lippincott Williams & Wilkins, USA 2009:3678-3684.
39. Yule W, Smith P. Post-traumatic stress disorder. In: Rutter's Child and Adolescent Psychiatry (Eds: Rutter M, Bishop DVM, Pine DS, Scott S, Stevenson J, Taylor E, Thapar A) Blackwell Publishing, USA 2008:686-697.

40. Harvey AG, Bryant RA. Two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *Am J Psychiatry* 2000;157:626–628.
41. Rey JM, Birmaher B. Treating child and adolescent depression. Lippincott Williams & Wilkins 2009.
42. Carlson G, Garber J. Developmental issues in the classification of depression in children. In: *Depression in Young People: Developmental and Clinical Perspectives* (Eds: Rutter M, Izard CE, Read PB) 1986:399-434.
43. Wagner DK, Brent DA. Depressive Disorders and Suicide. In: *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition* (Eds: Sadock BJ, Sadock Virginia A, Ruiz P) Lippincott Williams & Wilkins, USA 2009:3652-3663.
44. Brent DA, Weersing VR. Depressive Disorders. In: *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, 4th Edition* (Eds: Martin A, Volkmar FR) Lippincott Williams & Wilkins 2007:503-513.
45. Goodman SH, Schwab-Stone M, Lahey BB, et al. Major depression and dysthymia in children and adolescents: discriminant validity and differential consequences in a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000(39):761-770.
46. Pruett JR, Luby JL. Recent advances in prepubertal mood disorders: phenomenology and treatment. *Curr Opin Psychiatr* 2004(17):31-36.
47. Kovacs M. Gender and the course of major depressive disorder through adolescents in clinically referred youngsters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001(40):1079-85.
48. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: geçerlilik güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991(2):132-136.
49. Çuhadaroğlu F, Sonuvar B. Adolesanlarda depresyon. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri Kongre El Kitabı* 1992;350-358.
50. Birmaher B, Arbelaez C, Brent D. Course and outcome of children and adolescent major depressive disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002;11(3):619-637.

51. Frye CA, Paris JJ. Progesterone turnover to its 5 $\alpha$ -reduced metabolites in the ventral tegmental area of the midbrain is essential for initiating social and affective behaviour and progesterone metabolism in female rats. *J Endocrinol Invest* 2011;34(7):E188-199.
52. Hazell P. Depression in children and adolescents. *Evid Based Mental Health* 2003(6):103-104.
53. Zalsman G, Brent DA, Weersing VR. Depressive disorders in childhood and adolescents: An overview. Epidemiology, clinical manifestation and risk factors. *Child Adolesc Psychiatr Clin of N Am* 2006; 827-841.
54. Birmaher B, Ryan N, Williamson DE, Brent DA, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.1996;35:1427-1439.
55. Carlson GA, Kashani JH. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: Analysis of three studies. *Am J Psychiatry* 1988;145:1222-1225.
56. Ağaoğlu B. Depresif Bozukluklar. In: Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. (Eds: Çetin FÇ, Coşkun A, İşei E, Miral S.) Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Ankara 2008: 373-383.
57. Birmaher B, Williamson D, Ronald D, Axelson DA et al. Clinical presentation and course of depression in youth: Does onset in childhood differ from onset in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:63-70.
58. Kovacs M, Akiskal HS, Gatsonis C, Parrone PL. Childhood-onset dysthymic disorder: Clinical features and prospective naturalistic outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1994(51):365-374.
59. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP et al. Clinical response and risk for reported, suicidal ideation and suicidal attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2007;297:1683-1696.
60. Birmaher B, Brent DA, Chippetta L, Bridge J, et al. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A replication study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1230-1236.

61. Birmaher B, Brent D. AACAP Work group on Quality Issues, et al. Practice parameter for the assesment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:1503-1526.
62. Weissman MM, Wolk S, Wickramaratne P, Goldstein RB, et al. Children with prepubertal onset major depressive disorder and anxiety grown up. *Arch Gen Psychiatry* 1999(56):794-801.
63. Wickramarante P, Greenwald S, Weissman MM. Psychiatric disorders in the relatives of probands with prepubertal-onset or adolescent-onset major depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000(39):1396-1405.
64. Cole DA, Peke LG, Martin JM, R Truglio, et al. A longitudinal look at the relation between depression and anxiety in children and adolescents. *J Consulting Clin Psychol* 1998;66:451-460.
65. Akiskal HS. Mood Disorders: Clinical Features. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Edition (Eds: Sadock BJ, Sadock VA) Lippincott Williams & Wilkins, 2005:1611-1652.
66. Masi G, Favilla L, Mucci F, Millipiedi S. Depressive comorbidity in children with generalized anxiety disorder. *Child Psychiatry Human Development* 2000;30(3):205-215.
67. Comer JC, Kendall PC, Franklin ME, Hudson JL, et al. Obsessing/worrying about the overlap between obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder in youth. *Clin Psychol Rev* 2004(24):663-683
68. Emiroğlu N, Aras Ş, Yalın Ş, Doğan Ö ve ark. Yatan hastalar için istenen çocuk ve ergen psikiyatrisi konsültasyonlarının değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2009(10):217-225.
69. Shaw RJ, Siqueira Bassols AM, Berelowitz M, Bowden M, et al. In: Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine (Eds: Shaw RJ, DeMaso DR): American Psychiatric Publishing, London 2010:3-20.

70. Granger RG, Stone EL. Collaboration between child psychiatrist and pediatrics in practice. In: Child and Adolescent Psychiatry-A Comprehensive Textbook, third ed. (Ed: Lewis M) Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2002:1116-1119.
71. Kılıç BG, Uslu R, Aysev A. A preliminary evaluation of consultation-liaison psychiatry services for children at a university hospital: lessons learned to enhance efficacy. New Symposium Journal 2007(45):163-169.
72. Blacker D. Psychiatric Rating Scales. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition. (Eds: Sadock BJ, Sadock Virginia A, Ruiz P) Lippincott Williams & Wilkins, USA 2009:1032-1059.
73. Myers K, Winters NC. Ten year review of rating scales II: Scales for internalizing disorders. J Am Acad Child Adolesc Psych 2002(41):634-659.
74. Shaffer D, Fisher P, Lucas C, Dulcan M et al. NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children, Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. J Am Acad Child Adolesc Psych 2000(39):28-38.
75. King RA, Schwab-Stone ME, Thies AP, Peterson BS, et al. Psychiatric Examination of the Infant, Child, and Adolescent. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition) (Eds: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P) Lippincott Williams & Wilkins, 2009:3366-3399.
76. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS P/L): initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psych.1997(36):980-988.
77. Yücelen AG, Rodopman Arman A, Topçuoğlu V. Interrater reliability and clinical efficacy of Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale in an outpatient setting. Compr Psychiatry 2006(47):48-53.
78. Alşen S. Çocuklar için depresyon değerlendirme ölçeği-gözden geçirilmiş formunun Türkçe uyarlamasının Türk populasyonundaki ergenlerde psikometrik özellikleri. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir, 2012.

- 79.** Adams RL, Culbertson JL. Personality Assessment: Adults and Children. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition. Eds: Sadock BJ, Sadock Virginia A, Ruiz P. Lippincott Williams & Wilkins, USA 2009:951-973.
- 80.** Erol N, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yayını, Ankara 1998.
- 81.** Verhulst FC, van der Ende J. Assesment Scales in Child and Adolescent Psychiatry. Informa UK Ltd. 2006:62-64.
- 82.** Karaceylan Çakmakçı F. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi, 2004.
- 83.** Reynolds CR. Concurrent validity of "What I Think and Feel:" The Revised Children's Manifest Anxiety Scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1980;48(6):774-775.
- 84.** Hergüner S, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Ölçütler ve Ölçekler.İstanbul,Nobel Matbacılık 2010 s:1-6
- 85.** Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için Rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi 2003(1):3-11.
- 86.** Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67(6):361-70.
- 87.** Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. Health Qual Life Outcomes. 2003(1):29
- 88.** McDowell I. Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires. Oxford University Press, 2006: 294-302.
- 89.** Scirepreject. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) <http://www.scireproject.com/book/export/html/78> [Erişim: 28.04.2014]



90. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Çengel Kültür E ve ark. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2004;11(3):109-116.
91. Aksakoğlu G. Araştırmada elde edilen hızlar (s:70-92) ve Korelasyon ve regresyon (s:305-346) bölümleri. Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayın Komisyonu, İzmir 2001.
92. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H ve ark. Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) Türkçe versiyonunun psikometrik özellikleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2008; 15(2):65-74.
93. Chan YF, Leung DY, Fong DY, Leung CM et al. Psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large community sample of adolescents in Hong Kong. Qual Life Res 2010;19:865-873.
94. Baydur H, Eser E. Yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlenmesi. Sağlıkta Birlik 2006;1(2):99-123.
95. Spinhoven P, Ormel J, Sloekers P, Kempen, G, et al. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. Psychological Medicine 1997(27):363:370.
96. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi, 7.basım. Sim Matbaası. Ankara.1995:160-161.
97. Borg WL, Gall, Educational Research. New York, Longman 1989, s:145.
98. Büyüköztürk Ş, Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı. Ankara, Pegem Akademi 2009, s:265-266.
99. Neale JM, Liebert L, Liebert RM. Science and Behaviour: An Introduction to Methods of Psychological Research.1995:45.
100. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara 2006:186-188.

- 101.** Dunbar M, Ford D, Hunt K, Der G. A confirmatory factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Br J Clin Psychol* 2000(39):79-94.
- 102.** Friedman S, Samuelian J-C, Lancrenon S, Even C, et al. Three-dimensional structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large French primary care population suffering from major depression. *Psychiatry Res* 2001(104)247-257.
- 103.** Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo j et al. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population General Hospital Psychiatry 2003(25)277:283.
- 104.** Özmen E, Aydemir Ö. Bedensel hastalığı olanlarda depresyon. *Psikiyatri Bülteni* 1993(2):71-77.
- 105.** Leung CM, Ho S, Kan CS, Hung CH et al. Evaluation of the Chinese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. A cross-cultural perspective. *Int J Psychosom* 1993;40(1-4): 29-34.

## **EKLER**

## The Hospital Anxiety and Depression Scale (McDowell 2006)

*Note:* the right-hand column is not shown to the respondent. It indicates the sub-scale to which each item belongs and the score for each response

Doctors are aware that emotions play an important part in most illnesses. If your doctor knows about these feelings he will be able to help you more.

This questionnaire is designed to help your doctor to know how you feel. Read each item and *underline* the reply which comes closest to how you have been feeling in the past week.

Don't take too long over your replies; your immediate reaction to each item will probably be more accurate than a long thought out response.

1 I feel tense or 'wound up':	A	8 I feel as if I am slowed down:	D
Most of the time	3	Nearly all the time	3
A lot of the time	2	Very often	2
From time to time, occasionally	1	Sometimes	1
Not at all	0	Not at all	0
2 I still enjoy the things I used to enjoy:	D	9 I get a sort of frightened feeling like 'butterflies' in the stomach:	A
Definitely as much	0	Not at all	0
Not quite so much	1	Occasionally	1
Only a little	2	Quite often	2
Hardly at all	3	Very often	3
3 I get a sort of frightened feeling as if something awful is about to happen:	A	10 I have lost interest in my appearance:	D
Very definitely and quite badly	3	Definitely	3
Yes, but not too badly	2	I don't take so much care as I should	2
A little, but it doesn't worry me	1	I may not take quite as much care	1
Not at all	0	I take just as much care as ever	0
4 I can laugh and see the funny side of things:	D	11 I feel restless as if I have to be on the move:	A
As much as I always could	0	Very much indeed	3
Not quite so much now	1	Quite a lot	2
Definitely not so much now	2	Not very much	1
Not at all	3	Not at all	0
5 Worrying thoughts go through my mind:	A	12 I look forward with enjoyment to things:	D
A great deal of the time	3	As much as I ever did	0
A lot of the time	2	Rather less than I used to	1
From time to time but not too often	1	Definitely less than I used to	2
Only occasionally	0	Hardly at all	3
6 I feel cheerful:	D	13 I get sudden feelings of panic:	A
Not at all	3	Very often indeed	3
Not often	2	Quite often	2
Sometimes	1	Not very often	1
Most of the time	0	Not at all	0
7 I can sit at ease and feel relaxed:	A	14 I can enjoy a good book or radio or TV programme:	D
Definitely	0	Often	0
Usually	1	Sometimes	1
Not often	2	Not often	2
Not at all	3	Very seldom	3

Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983;67:367-370. With permission.

## HAD ÖLÇEĞİ

Hasta adı soyadı: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve geçen haftayı göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

<b>1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.</b> <input type="checkbox"/> Çoğu zaman <input type="checkbox"/> Birçok zaman <input type="checkbox"/> Zaman zaman, bazen <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<b>8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.</b> <input type="checkbox"/> Hemen hemen her zaman <input type="checkbox"/> Çok sık <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
<b>2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.</b> <input type="checkbox"/> Aynı eskisi kadar <input type="checkbox"/> Pek eskisi kadar değil <input type="checkbox"/> Yalnızca biraz eskisi kadar <input type="checkbox"/> Neredeyse hiç eskisi kadar değil	<b>9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.</b> <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Oldukça sık <input type="checkbox"/> Çok sık
<b>3) Sanki kötü birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.</b> <input type="checkbox"/> Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli <input type="checkbox"/> Evet, ama çok da şiddetli değil <input type="checkbox"/> Biraz, ama beni endişelendirmiyor. <input type="checkbox"/> Hayır, hiç öyle değil	<b>10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.</b> <input type="checkbox"/> Kesinlikle <input type="checkbox"/> Gerektiği kadar özen göstermiyorum <input type="checkbox"/> Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum <input type="checkbox"/> Her zamanki kadar özen gösteriyorum
<b>4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.</b> <input type="checkbox"/> Her zaman olduğu kadar <input type="checkbox"/> Şimdi pek o kadar değil <input type="checkbox"/> Şimdi kesinlikle o kadar değil <input type="checkbox"/> Artık hiç değil	<b>11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.</b> <input type="checkbox"/> Gerçekten de çok fazla <input type="checkbox"/> Oldukça fazla <input type="checkbox"/> Çok fazla değil <input type="checkbox"/> Hiç değil
<b>5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.</b> <input type="checkbox"/> Çoğu zaman <input type="checkbox"/> Birçok zaman <input type="checkbox"/> Zaman zaman, ama çok sık değil <input type="checkbox"/> Yalnızca bazen	<b>12) Olacakları zevkle bekliyorum.</b> <input type="checkbox"/> Her zaman olduğu kadar <input type="checkbox"/> Her zamankinden biraz daha az <input type="checkbox"/> Her zamankinden kesinlikle daha az <input type="checkbox"/> Hemen hemen hiç
<b>6) Kendimi neşeli hissediyorum.</b> <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> Sık değil <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Çoğu zaman	<b>13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.</b> <input type="checkbox"/> Gerçekten de çok sık <input type="checkbox"/> Oldukça sık <input type="checkbox"/> Çok sık değil <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
<b>7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.</b> <input type="checkbox"/> Kesinlikle <input type="checkbox"/> Genellikle <input type="checkbox"/> Sık değil <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman	<b>14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.</b> <input type="checkbox"/> Sıklıkla <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Pek sık değil <input type="checkbox"/> Çok seyrek

## ÇOCUKLARDA ANKSİYETE BOZUKLUKLARINI TARAMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda, insanların kendilerini nasıl hissettiklerini tanımlayan maddelerden oluşan bir liste bulunmaktadır. Her madde için; eğer madde sizin için doğru ya da çoğu zaman doğru ise **2**'yi, biraz ya da bazen doğru ise **1**'i, doğru değil ya da nadiren doğru ise **0**'ı işaretleyin. Bazı maddelerin size uymadığını düşünüyorsanız de, **lütfen boş bırakmayın.**

**0: Doğru değil ya da nadiren doğru**

**1: Biraz ya da bazen doğru**

**2: Doğru ya da çoğu zaman doğru**

1	Korktuğum zaman nefes almam zorlaşır.	0	1	2
2	Okuldayken başım ağrır.	0	1	2
3	İyi tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
4	Evden uzak bir yerde uyursam korkarım.	0	1	2
5	Başka insanların beni sevip sevmediğinden endişelenirim.	0	1	2
6	Korktuğum zaman bayılacak gibi hissederim.	0	1	2
7	Huzursuzum.	0	1	2
8	Nereye giderlerse gitsinler annemin ve babamın peşinden giderim.	0	1	2
9	Birçok insan bana huzursuz göründüğümü söyler.	0	1	2
10	İyi tanımadığım insanların yanında kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
11	Okuldayken karnım ağrır.	0	1	2
12	Korktuğum zaman aklımı kaçırarak gibi hissederim.	0	1	2
13	Yalnız yatmaktan endişe duyarım.	0	1	2
14	Diğer çocuklar kadar iyi olmadığımdan endişelenirim.	0	1	2
15	Korktuğum zaman olayları gerçek değilmiş gibi hissederim.	0	1	2
16	Annemin ve babamın başına kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2
17	Okula gitmekten endişe duyarım.	0	1	2
18	Korktuğum zaman kalbim hızlı çarpar.	0	1	2
19	Titrerim.	0	1	2
20	Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2

**LÜTFEN ARKA SAYFAYI DA DOLDURUNUZ.**

21	İşlerim yolunda gitmeyecek diye endişelenirim.	0	1	2
22	Korktuğum zaman çok terlerim.	0	1	2
23	Her şeyi kendime dert ederim.	0	1	2
24	Hiçbir neden olmadığı halde çok korktuğum olur.	0	1	2
25	Evde yalnız kalmaktan korkarım.	0	1	2
26	İyi tanımadığım insanlarla konuşmak bana zor gelir.	0	1	2
27	Korktuğum zaman boğuluyormuş gibi hissederim.	0	1	2
28	Birçok insan bana çok endişelendiğimi söyler.	0	1	2
29	Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
30	Heyacan nöbetleri geçirmekten korkarım.	0	1	2
31	Annemin ve babamın başına kötü şeyler gelecek diye endişelenirim.	0	1	2
32	İyi tanımadığım insanların yanında utanırım.	0	1	2
33	Gelecekte olacaklar konusunda endişelenirim.	0	1	2
34	Korktuğum zaman kusacakmış gibi olurum.	0	1	2
35	İşlerimi ne kadar iyi yaptığımdan endişelenirim.	0	1	2
36	Okula gitmekten korkarım.	0	1	2
37	Olup bitmiş şeyler hakkında endişe duyarım.	0	1	2
38	Korktuğum zaman başım döner.	0	1	2
39	Başka çocuk ve yetişkinlerle birlikteyken ve onlar benim yaptığım şeyi seyrederken kendimi huzursuz hissederim. (ör:Yüksek sesle okurken,konuşurken,oyun oynarken,spor yaparken)	0	1	2
40	İyi tanımadığım insanların bulunacağı partiye,dansa ya da herhangi bir yere giderken kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
41	Utangacım.	0	1	2

## ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ (CDI)

Adı Soyadı : \_\_\_\_\_

Tarih : \_\_\_\_\_

Cinsiyeti : \_\_\_\_\_

Okul : \_\_\_\_\_

Doğum Tarihi : \_\_\_\_\_

Sınıf : \_\_\_\_\_

*Sevgili Öğrenciler,*

*Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dâhil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlelerin yanındaki sayıyı yuvarlak içine alınız.*

- A)** 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim.  
2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.  
3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B)** 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.  
2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.  
3- İşlerim yolunda gidecek.
- C)** 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.  
2- İşlerimin birçoğunu yanlış yaparım.  
3- Herşeyi yanlış yaparım.
- D)** 1- Birçok şeyden hoşlanırım.  
2- Bazı şeylerden hoşlanırım.  
3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E)** 1- Her zaman kötü bir çocuğum.  
2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.  
3- Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F)** 1- Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.  
2- Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.  
3- Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.
- G)** 1- Kendimden nefret ederim.  
2- Kendimi beğenmem.  
3- Kendimi beğenirim.
- H)** 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.  
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.  
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I)** 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.  
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.  
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ)** 1- Her gün içimden ağlamak gelir.  
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.  
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J)** 1- Herşey her zaman beni sıkır.  
2- Herşey sık sık beni sıkır.  
3- Herşey arada sırada beni sıkır.
- K)** 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.  
2- Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.  
3- Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.



- L)** 1- Herhangi birşey hakkında karar veremem.  
2- Herhangi birşey hakkında karar vermek zor gelir.  
3- Herhangi birşey hakkında kolayca karar veririm.
- M)** 1- Güzel / Yakışıklı sayılırım.  
2- Güzel / Yakışıklı olmayan yanlarım var.  
3- Çirkinim.
- N)** 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.  
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.  
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O)** 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.  
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.  
3- Oldukça iyi uyurum.
- Ö)** 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.  
2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.  
3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P)** 1- Hemen her gün canım yemek yemek istemez.  
2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.  
3- Oldukça iyi yemek yerim.
- R)** 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.  
2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.  
3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S)** 1- Kendimi yalnız hissetmem.  
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.  
3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş)** 1- Okuldan hiç hoşlanmam.  
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.  
3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T)** 1- Birçok arkadaşım var.  
2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterim.  
3- Hiç arkadaşım yok.
- U)** 1- Okul başarımlarım iyi.  
2- Okul başarımlarım eskisi kadar iyi değil.  
3- Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.
- Ü)** 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.  
2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.  
3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- V)** 1- Kimse beni sevmez.  
2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.  
3- Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y)** 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.  
2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.  
3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z)** 1- İnsanlarla iyi geçinirim.  
2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.  
3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

## BİREYSEL DEĞERLENDİRME FORMU

Aşağıdaki sorularda sana uygun gelen seçenekleri parantez içine "X" işareti koyarak belirt ve " \_ \_ \_ " şeklindeki boşlukları doldur. Katıldığın için teşekkür ederiz.

ADI SOYADI: \_\_\_\_\_

OKULU-SINIF: \_\_\_\_\_

DOĞUM TARİHİ: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CİNSİYET: ( ) 1. Erkek ( ) 2. Kız

OTURDUĞUNUZ EVİN ADRESİ: \_\_\_\_\_

DOĞDUĞUN ŞEHİR: \_\_\_\_\_

1) Oturduğunuz şehirde ne kadar zamandır bulunmaktasınız?

- ( ) 1. Doğduğumdan beri  
( ) 2. \_\_\_\_\_ yaşından beri

2) Başka bir yerden oturduğunuz şehre **taşındıysanız** geldiğiniz yer neresiydi? \_\_\_\_\_

3) Anne ve babanla ilgili aşağıdakilerden uygun olan/olanları işaretle (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsin):

- ( ) 1. Öz annem ve babamla birlikte yaşıyorum.  
( ) 2. Üvey anne veya babanın olduğu ev ortamında yaşıyorum. (Üvey anne mi? Üvey baba mı? \_\_\_\_\_)  
( ) 3. Annem babam boşandı.  
( ) 4. Annem öldü.  
( ) 5. Babam öldü.  
( ) 6. Beni evlat edinmişler.  
( ) 7. Anne-babamdan **sadece** biriyle birlikte yaşıyorum. (Kiminle/hangisiyle \_\_\_\_\_)  
( ) 8. Ailenle ilgili eklemek istediğin başka şeyler varsa buraya yaz : \_\_\_\_\_

4) Ailenin yaklaşık **toplam** aylık gelir düzeyi ne kadar? \_\_\_\_\_ TL.

5) **Senin dışında** ailede büyük ya da küçük toplam kaç kardeşin var? \_\_\_\_\_

6) Aşağıda anne ve babana ilişkin sorular var. Bu sorular için uygun olan cevapları yaz/işaretle.

Anne ve babanın	ANNE	BABA
Yaşı	_____	_____
Mesleği - işi	_____	_____
En son bitirdiği okul		
1. Okuma-yazma bilmiyor	( )	( )
2. İlkokulu bitirmemiş-Okuma yazma biliyor	( )	( )
3. İlkokul	( )	( )
4. Ortaokul	( )	( )
5. Lise	( )	( )
6. Üniversite/Yüksekokul	( )	( )

7) Yıl sonunda **karnede** ders not ortalaman kaçtı? \_\_\_\_\_

8) Şimdiye kadar hiç sınıfta **kaldın** mı? ( ) 1. Hayır ( ) 2. Evet (Kaçınıcı sınıfta kaldın? \_\_\_\_\_)

9) Destek ve paylaşım açısından **yakın** hissettiğin arkadaşların var mı? ( ) 1. Yok ( ) 2. Var (Kaç tane? \_\_\_\_\_)

9) Daha önce **psikiyatriste** gitmiş miydin? ( ) 1. Hayır ( ) 2. Evet (Hangi sorun için? \_\_\_\_\_)

10) **Bedensel** bir hastalığın veya sorunun var mı?

- ( ) 1. Yok ( ) 2. Var (Hastalığın veya sorunun ne? \_\_\_\_\_)

11) **Son bir yıl içinde** kullandığın ilaçlar var mı? ( ) 1. Yok

( ) 2. Var, **psikiyatrik** sorunun için kullandığım ilaçlar şunlar: \_\_\_\_\_

( ) 3. Var, **bedensel** hastalığım için kullandığım ilaçlar şunlar: \_\_\_\_\_

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1521-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği'nin Ergen Yaş Grubunda Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Şahbal ARAS Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı A.D	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>



KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/25-37	Tarih: 24.07.2014
	Prof.Dr.Şahbal ARAS'ın sorumlusu olduğu "Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği'nin Ergen Yaş Grubunda Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

**ETİK KURUL BİLGİLERİ**

<b>ÇALIŞMA ESASI</b>	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
----------------------	--

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	katlanmadı
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	katlanmadı
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	katlanmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	katlanmadı
Prof.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	