



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**ÇOCUK VE ERGENLERDE İRRİTABİLİTE: DUYGUSAL REAKTİVİTE
İNDEKSİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

Dr. Ömer KOCAEL

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2015



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**ÇOCUK VE ERGENLERDE İRRİTABİLİTE: DUYGUSAL REAKTİVİTE
İNDEKSİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

Dr. Ömer KOCAEL

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. Ayşe Pınar VURAL

BURSA-2015

İÇİNDEKİLER

ÖZET	ii
SUMMARY	iv
GİRİŞ	1
GEREÇ VE YÖNTEM	14
BULGULAR	19
TARTIŞMA VE SONUÇ	39
Bulguların Duygusal Reaktivite İndeksi'nin Geçerliliği Bakımından Değerlendirilmesi:	39
Bulguların Duygusal Reaktivite İndeksi'nin Güvenilirliği Bakımından Değerlendirilmesi: ..	43
Bulguların Sosyodemografik Veriler Açısından Değerlendirmesi	43
2.Bulguların Yaş Değişkeni Açısından Değerlendirilmesi	44
KAYNAKLAR	49
EKLER	54
EK-1: Duygusal Reaktivite İndeksi	54
EK-2: Duygusal Reaktivite İndeksi Aile	55
EK-3: Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) Anne-Baba Formu	56
EK-4: Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) Çocuk Formu (8 yaş ve büyük) .	58
EK-5: Bilgi Toplama Formu	60
TEŞEKKÜR	61
ÖZGEÇMİŞ	62

ÖZET

İrritabilite, engellenmeye yanıt olarak öfke eşiğinin düşük olması, kendisinin ya da çevresinin zarar görebileceği düzeyde olan sinirliliğe eğilim, sinirlilik durumunun uzun sürmesi olarak tanımlanmaktadır. İrritabilite birden fazla tanı için bir semptom olarak listelenirken, irritabilitenin tanımı DSM-IV TR'de yer almamıştır. Birçok psikiyatrik hastalıkta olduğu gibi Anksiyete Bozuklukları'nda özellikle de Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nda (YAB) irritabilite bir semptom olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte, DSM-5 çalışma grubunun yoğun ilgisine rağmen irritabilitenin ölçütleri üzerine araştırmalar sınırlı olmuştur. Bu boşluğu doldurmak maksadıyla çocuk-ergen ve onların ailelerinden irritabilite ile ilgili karşılaştırılabilir bilgi toplamamızı sağlayacak olan Duygusal Reaktivite İndeksi (DRİ) tasarlanmıştır. Bu çalışmada, çocuk ve ergenlerde irritabiliteyi değerlendiren DRİ'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliğine yönelik verilerin toplanması amaçlanmıştır.

Çalışmamızın örneklemini 2015-2016 öğretim yılında Bursa İl merkezindeki 3 lisede ve 3 ilköğretim okulunda eğitim gören 1300 öğrenci ve ebeveynleri oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri, Bilgi Toplama Formu, Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği'nin (ÇATÖ) ebeveyn ve çocuk formu, DRİ'nin çocuk-ergen ve ebeveyn formu kullanılarak toplanmıştır.

ÇATÖ çocukluk çağı anksiyete bozukluklarını tarama amacıyla kullanılan bir ölçektir. DRİ'nin kriter geçerliliğini belirlemek amacıyla (irritabilite ile anksiyete bozuklukları arasındaki ilişki düşünülerek) ÇATÖ kullanılmıştır. Çalışmamızın sonucunda ÇATÖ (ÇATÖ'nün YAB alt ölçeği de dahil) ile DRİ arasında korelasyon görülmesinden dolayı ($p < 0,001$), DRİ'nin kriter geçerliliğini sağladığı kabul edilmiştir.

Gerek iç tutarlılık, gerekse test-tekrar test güvenilirliği incelemesi sonucunda, DRİ'nin güvenilir bir ölçek olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak, DRİ Türkiye'deki çocuk ve ergenlerde irritabilite semptomlarını değerlendirmek için uygun yeni bir ölçektir. Bizim sonuçlarımız

DRİ'nin Türkçe versiyonunun ölçümlerinin Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirlik açısından orjinal DRİ ile çok benzer olduğunu göstermiştir.

Ayrıca çalışmamız Türk toplumunda klinik olmayan örnekleme doğrudan iritabiliteyi değerlendiren ilk çalışma olma özelliği de taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Duygusal Reaktivite indeksi, İritabilite, Geçerlilik
Güvenilirlik Çalışması

SUMMARY

Irritability in Children and Adolescents: Validity and Reliability of Turkish Version of Affective Reactivity Index

Irritability is defined as the low threshold of anger in response to be blocked, as a tendency to nervousness at a level that can damage himself/herself or his/her relatives around, or as a protracted period of nervousness. While irritability is listed as a symptom of multiple diagnoses, irritability definition was not included in DSM-IV TR. Irritability is encountered as a symptom in anxiety disorders, especially in generalize anxiety disorder, as in many psychiatric disorders. Furthermore, despite the strong interest of DSM-5 working group, research on irritability criteria stayed limited. In order to fill this gap, Affective Reactivity Index (ARI) which will provide us to collect comparable information from children-adolescents and their families about irritability was designed. In this study, Turkish adaptation of ARI which evaluates irritability in children and adolescents, and data collection intended for its validity and reliability was aimed.

The sample of this study comprised 1300 students who study at 3 high schools and at 3 primary schools in the centre of Bursa, and their parents.

The data of the research were collected by using Information Collecting Form, parent and children forms of The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) and ARI's children-adolescent and parent forms.

Childhood Anxiety Screening Scale is a scale using for the purpose of childhood anxiety disorders screening.

In order to determine the criterion validity of ARI, Childhood Anxiety Screening Scale was used (with considering the relationship between anxiety disorders and irritability). As a result of our work, since a correlation between SCARED (including Generalized Anxiety Disorder subscale of SCARED) and

ARI was seen ($p < 0,001$), it was accepted that ARI provided the criterion validity.

As a result of analysis of both internal consistency and test-retest reliability, it was seen that ARI was a reliable scale.

Consequently, ARI is a new, appropriate scale to evaluate irritability symptoms in children and adolescents in Turkey. Our results showed that measurements of Turkish adaptation of ARI was similar with original ARI in Turkish society in terms of validity and reliability.

Our study also bears the distinction of being the first study to evaluate irritability directly in non-clinical sample in the Turkish society.

Keywords: Affective Reactivity Index, Irritability, Validity and Reliability Study

GİRİŞ

İrritabilite'nin Tanımı

İrritabilite, engellenmeye yanıt olarak öfke eşiğinin düşük olması, kendisinin ya da çevresinin zarar görebileceği düzeyde olan sinirliliğe eğilim, sinirlilik durumunun uzun sürmesi olarak tanımlanmaktadır (1). Stringaris ve ark. (2,3) irritabiliteyi öfke patlamaları ve kızgınlıkla karakterize olan, kolay kızma ve alıngan bir duygudurum olarak ifade etmişlerdir.

Çok eski yıllarda irritabilite düşmanlığın bir parçası olarak değerlendirilmekteyken, yıllar içerisinde psikiyatrik hastalıklar açısından belirleyici bir özelliğe sahip olduğu kanısına varılmıştır (4,5).

İrritabilite DSM-IV TR'de birden fazla tanı için bir semptom olarak görülürken, irritabilitenin tanımı DSM-IV TR'de yer almamaktaydı (6). DSM-5'te ise çalışma grubunun yoğun ilgisine rağmen irritabilitenin tanı ve takibi üzerine araştırmaların sınırlı olduğu görülmektedir (7,8). Bu durum psikopatolojilerin boyutsal yapısının ve nörobiyolojik temelinin araştırılmasına verilen önem düşünüldüğünde önemli bir eksiklik olarak değerlendirilmektedir (9).

Psikopatolojilerde İrritabilite

İrritabilite öfke eşiğinin düşük olması yönüyle çocuk ve ergen psikiyatristlerinin en çok karşılaştığı belirtilerden biridir. Aynı zamanda irritabilite birçok değişik hastalığın kliniğinin bir parçası ve uzun süreli psikososyal sıkıntılarının erken belirleyicisi olarak görülmektedir (10).

İrritabilite ile ilgili yapılan bir çalışma irritabilitenin içe yönelim bozuklukları ve dışa yönelim bozukluklarının yaygın bir semptomu olduğuna değinmiştir (4). Bir başka çalışma ise ergenlik döneminde irritabilitenin yalnız içe yönelim bozukluklarının bir göstergesi olduğunu ve bu içe yönelim bozukluklarından da özellikle Yaygın Anksiyete Bozukluğu'na (YAB) ve Major Depresif Bozukluk'a (MDB) özgül olduğunu belirtmiştir (11).

Spencer ve ark. (12) iritabilitenin Bipolar Bozukluk (BB), MDB ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun (DEHB) sık görülen bir belirtisi olduğunu ancak görülme biçimleri açısından farklılıklar gösterdiğini belirtmişlerdir. DEHB'de engellenmeye karşı ortaya çıkan iritabilite hali MDB'lilerde sürekli şekildedir. Kısa süreli duygudurum değişimleri ve kısa iniş çıkışlar DEHB lehine, uzun süreli şiddetli iritabilite MDB lehine ve patlayıcı şiddet içeren bir şekilde karşımıza çıkan iritabilite BB lehine yorumlanması gerektiği ifade edilmiştir (12).

Mick ve ark. (13) çalışmalarında, DEHB tanılı 274 çocuğa Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children, K-SADS) uygulamışlar ve üç tip iritabilite tanımlamışlardır: 1) Karşıt Olma Karşıt Gelme (KOKGB) tipi iritabilite: Tüm DEHB tanılı olgularda sık görülen ve duygudurum bozukluğu riskini daha az artıran ve şiddeti daha düşük olan iritabilite tipi, 2) Sinirli/alınan (mad/cranky) tip iritabilite: Duygudurum bozukluğu olan DEHB tanılı olgularda sık görülen ve şiddeti KOKGB tipi iritabiliteden daha yüksek olup unipolar depresyon için öngörü değeri yüksek olan iritabilite tipi, 3) Çok sinirli/huysuz/alınan (super-angry/grouchy/cranky) tip iritabilite: BB'si olan DEHB tanılı olgularda sık görülen ve en şiddetli tip iritabilite olup hem unipolar depresyon hem de BB için öngörü değeri yüksek olan iritabilite tipidir. Yine aynı çalışmada KOKGB tipi iritabilitesi olan %2 olguya, sinirli-alınan (mad/cranky) tipi iritabilitesi olan %6 olguya ve çok sinirli/huysuz/alınan (super-angry/grouchy/cranky) tipi iritabilitesi olan %46 olguya BB tanısı konmuştur (13).

Ergenlerde klinik olarak anlamlı iritabilitenin genel anlamda anksiyete bozukluklarını desteklediği belirtilmektedir. İritabilite özellikle YAB'ın tanı kriterlerinden biridir (10). Sosyal Anksiyete Bozukluğu iritabilitenin semptom olarak gözleendiği hastalıklarla yüksek bir komorbidite ilişkisine sahiptir (14).

Stringaris (1), öfke patlamaları ve kızgınlıkla karakterize olan, kolay kızma ve alınan bir duygudurumla gelen hastaların uzun yıllardan bu yana

Davranış Bozukluğu (DB) ya da KOKGB tanılarıyla takip edildiklerini belirtmektedir.

Yapılan bir çalışmada iritabilitenin ergenlik dönemindeki intiharın diğer sebeplerinden bağımsız bir belirtisi olduğu bilindiğinden; intihar için prognostik bir öneme de sahip olduğu belirtilmektedir (15).

İritabilite çocuk ve ergen psikiyatrisinde en çok tartışılan konulardan biridir. DSM-5'in oluşum aşamasında iritabilitenin tanımının yanı sıra hangi hastalıklarda görüldüğü, yeni bir psikopatoloji tanısının altında incelenmesinin gerekip gerekmediği konuları da tartışma konusu olmuştur. İlk olarak tartışma kronik iritabilite ve BB tanıları arasındaki sınırlar üzerinedir. BB'nin sınırları netleştirildikçe tartışma temel semptomu duygudurum düzensizliği olan yeni bir tanı kategorisinin öne sürülmesi üzerine dönmüştür. Kanıtlar iritabilitenin çocuk ve ergen popülasyonunda yüksek dağılım oranına işaret etmesine rağmen, DSM-5 Duygudurum Düzensizlikleri'nin yeni bir alt başlığı olarak ele alınması gerektiğini belirtmiştir (16). Bu yeni alt başlık Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu (YDDB) olarak isimlendirilmiştir (17).

İritabilite ve Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu:

YDDB daha önce DSM-IV TR'de olmayan, ilk defa DSM-5 ile birlikte ortaya çıkan ve duygudurum bozuklukları içerisinde kategorize edilen yeni bir tanıdır (1). Çocuk ve ergenlerdeki muhtemel prevalansı %2-5 olarak düşünülen YDDB'nin çekirdek belirtisi kronik ağır iritabilitedir (17). Klinisyenlerin DSM-IV TR'deki mani kriterlerinde yer alan 'En az 1 hafta süreyle yükselmiş, taşkın ya da iritabl duygudurum' maddesini yaygın uygulamada göz ardı ettiği düşünülmektedir. Kronik iritabilitesi bulunan bir çok çocuğun yanlışlıkla BB tanısı aldıkları endişesi ortaya çıkmıştır. Amerikan Psikiyatri Birliği (APB) ergenlerde BB tanısının dramatik bir şekilde yükselmesi ve bu doğrultuda antimanik ilaçların yaygın kullanımını göz önüne alarak YDDB tanısını ortaya koymuştur (Tablo-1). APB'nin YDDB tanısını ortaya koymaktaki diğer amacı şiddetli ve kronik iritabilitesi olan çocuklar için bir tanı oluşturmaktır. Bu çocukların çok ciddi psikopatolojilerinin olduğu düşünülse de DSM-IV TR'de yaşamış oldukları şiddetli iritabilite belirtisini

ortaya koyan bir tanı kategorisi yoktu. Şiddetli ve kronik irritabilite şikayetiyle gelen çocuk ve ergenlerin bu şikayetleri ya görmezden gelindi, ya da DB veya KOKGB tanısıyla değerlendirildi (1). APB, YDDB tanısıyla birlikte bu hastaların belirlenmesi ve kategorize edilmesini sağlamıştır.

Tablo-1: Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu

<p>A. Sözel (örn. öfkeden kudurma) ve/ya da davranışsal (örn. İnsanlara ya da eşyalara karşı saldırgan bir tutum gösterme) olarak kendini gösteren, içinde bulunulan ya da kışkırtan duruma göre yoğunluk ya da süre açısından büyük ölçüde orantısız olan, yineleyici, ağır öfke patlamaları.</p> <p>B. Öfke patlamaları gelişim düzeyiyle tutarsızdır.</p> <p>C. Öfke patlamaları, ortalama olarak haftada üç ya da daha çok kez ortaya çıkar.</p> <p>D. Öfke patlamaları aralarındaki duygudurum, neredeyse her gün, sürekli olarak çabuk kızma ya da kızgınlık gösterme ile belirlidir ve bu durum başkalarınınca (örn. anababaları, öğretmenleri, yaşlıları) gözlenebilir.</p> <p>E. A-D tanı ölçütleri 12 aydır ya da daha uzun bir süredir vardır. Bu süre boyunca, kişinin A-D tanı ölçütlerindeki bütün belirtilerin olmadığı ardışık üç ay ya da daha uzun süre olmamıştır.</p> <p>F. A ve D tanı ölçütleri, üç ortamdan (evde, okulda, yaşlılarıyla birlikteyken) en az ikisinde vardır ve bunlardan en az birinde ağır bir biçimde kendini gösterir.</p> <p>G. Bu tanı, ilk kez, 6 yaşından önce ya da 18 yaşından sonra konmamalıdır.</p> <p>H. Öyküden elde edilen bilgilere ya da yapılan gözleme göre, A-E tanı ölçütlerinin başlangıç yaşı 10 yaşından öncedir.</p> <p>İ. Mani ya da hipomani döneminin, süre dışında, belirti tanı ölçütlerinin tam karşılandığı, bir günden daha uzun süren ayrı bir dönem hiç olmamıştır.</p> <p>J. Bu davranışlar, yalnızca majör depresyon bozukluğu dönemi sırasında ortaya çıkmaz ve başka bir ruhsal bozuklukla (örn. otizm spektrum bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, distimi) daha iyi açıklanamaz.</p> <p>Not: Bu tanı, major depresyon bozukluğu, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, davranış bozukluğu ve madde kullanım bozuklukları gibi diğer bozukluklarla birlikte konabilirse de, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk ya da bipolar bozuklukla birlikte konamaz. Belirtileri, hem yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğunun, hem de karşıt olma karşıt gelme bozukluğunun tanı ölçütlerinin karşılayan kişilere yalnızca yıkıcı duygudurum bozukluğu tanısı konur. Kişi, daha önce bir mani ya da hipomani dönemi geçirmişse, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu tanısı konmamalıdır.</p> <p>K. Bu belirtiler, bir maddenin, başka bir sağlık durumunun ya da nörolojiyle ilgili bir durumun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.</p>
--

Ölçekler

Ölçekler toplum örneklerinin taranmasında, araştırmalarda yüksek riskli ergenlerde belirtilerin izlenmesinde, homojen grupların seçiminin sağlanmasında ve tedavi uygulamalarının etkilerini değerlendirmede kullanılan ekonomik araçlardır. Çocuk ve ergenlerdeki psikopatolojinin değerlendirilmesinde çok sık kullanılan derecelendirme ölçekleri, belirtilerin ve davranışların sıklığı, şiddeti ve varlığı ile ilişkili ölçülebilir bilgi sağlamaktadır. Bu ise bize çocuk ve ergenin aynı durumdaki yaşlılarıyla ve tüm toplum ile karşılaştırılabilmesine olanak vermektedir. Bu ölçekler yoluyla çocuk ve ergenin kendisi, ebeveynler ve öğretmenler gibi farklı bilgi kaynaklarından veri elde edilebilmekte, çocuk ve ergenlerin ev okul gibi farklı ortamlardaki davranışlarıyla ilgili olarak farklı kaynaklardan bilgilere ulaşılabilmektedir. Birden fazla değerlendiriciye uygun formları bulunan ölçeklerin kullanımı çocuk ve gencin ruhsal durumu ile ilgili daha doğru sonuca ulaşmayı mümkün kılabilir. Ayrıca dereceleme ölçekleri, uygunsuz davranışlar ve halüsinasyonlar gibi sıkıntı verici olan, ergenlerin tartışmaya isteksiz oldukları belirtileri daha kolay açıklayabilmelerini sağlamada, kompulsiyonlar ve çalma davranışı gibi görüşmede gözlenmesi zor olan davranışları ortaya çıkarmada yararlı olmaktadır. Kısa ve uzun formları da olabilen ölçeklerin uzun formları çocuk ve ergen hakkında daha kapsamlı bilgi edinmek için kullanılırken, kısa formlar zaman sınırlı olduğunda ve sık kullanım gerektiğinde benzer sorunları saptamak üzere kullanılmaktadır (18).

Ölçeklere verilen yanıtların değerlendirilmesi farklı yöntemlerle olabilmekte, günümüzde pek çok dereceleme ölçeğinin bilgisayar ortamında yapılan değerlendirme sistemleri de bulunmaktadır. Ölçeklerden elde edilen puanlar geliştirilmiş olan normlarıyla kıyaslanmakta, böylece çocuğun sahip olduğu problemin türünün yanı sıra, ne tür bir girişime gereksinimi olduğu belirlenebilmektedir. Ayrıca uygulanan girişimin etkili olup olmadığı da bu ölçeklerin tekrarlayan kullanımlarıyla belirlenebilmektedir (18).

Dereceleme ölçeklerinin, uygulanmasının kolay olması, kliniklerden sistematik kıyaslama bilgileri sağlaması, hem gruplara hem de bireylere uygulanabilmesi, farklı ortamlarda farklı kişiler tarafından defalarca

yanıtlanabilmesi, uygulama ve değerlendirmesinin kolay olması ve bu nedenle ekonomik olması gibi önemli avantajlarına rağmen, bilgi kaynaklarının bildirimlerine dayalı olması nedeni ile edinilen bilgilerin öznel olması önemli kısıtlılığa yol açmaktadır. Bu nedenle elde edilen sonuçları daha geçerli ve güvenilir kılmak için, doğrudan gözlem ve görüşme gibi diğer teknikleri de birlikte kullanması önerilmektedir (18).

Ayrıca dereceleme ölçeklerinin çocuk ve gencin kendini ifade edebilme becerileri, araştırmacının ölçekle ilişkili hedefleri ve dereceleme ölçeğinin psikometrik özellikleri ile ilişkili dezavantajları bulunabilmektedir. Çocuk ve ergenlerin okuma becerileri, öğrenme güçlükleri, psikolojik gelişimleri, yaşam tecrübeleri, duygu ve davranışlarını ifade etme becerilerinin ölçeklere verilen yanıtları etkilediğine ilişkin kaygılar bulunmaktadır. Daha küçük yaşta çocuklar da kendilerini ifade edebilme becerileri, konuşma becerileri, duygusal farkındalıkları, duygu, düşünce ve davranışlarını gözlemleyebilme yetenekleri ile ilişkili zorluklar sebebiyle bu kısıtlılık daha fazladır. Ayrıca çocuklar dereceleme ölçeklerini yanıtlarken sosyal olarak istenen yönde cevap verebilmektedirler (18).

Kullanılmak istenen değerlendirme ölçeğinin seçiminde önem taşıyan bazı faktörler bulunmaktadır. Öncelikle araştırılan bilgiye bir ya da daha fazla kaynaktan ulaşma kararının verilmesi gerekmekte ve buna uygun olarak bireysel, ebeveyn ve/veya öğretmen formları bulunan ölçekler tercih edilmesi önerilmektedir. Ayrıca ölçeğin tarama veya ayrıntılı değerlendirme amacıyla kullanıldığı önceden planlanarak ölçek seçimi buna uygun yapılmalıdır. Bazı dereceleme ölçekleri genel değerlendirme sağlarken bazı dereceleme ölçekleri özgül bozukluklar ile ilişkili ek değerlendirme olanağı sağlamaktadır. Ölçek uygulaması sonucu sorunların yanı sıra güçlü yanlar ve uyum becerileri ile ilişkili bilgilere de ulaşmak isteniyorsa ölçeğin bu alanları araştırıp araştırmadığı belirlenmelidir. Ayrıca kullanmak istediğimiz dereceleme ölçeğinin o ülkedeki anadile çevirisinin yapılmış olması, o kültürde geçerli ve güvenilir olduğunun belirlenmiş olması, kullanılan toplum için belli standartlarının bulunması, elde edilen verilerin doğru yorumlanabilmesi için büyük önem taşımaktadır (18).

Ölçeğin Taşınması Gereken Özellikler

Ölçme, belirli bir amaç için yapılır. Amaç, ölçme konusu olan özellik bakımından bireyler, olaylar ya da nesnelere hakkında değerlendirme yapmak ve elde edilen değerlendirme sonuçlarına dayanarak belli kararlar vermektir. Verilen kararların doğruluğu ve uygunluğu kararların dayandığı değerlendirme sonuçlarına, dolayısıyla değerlendirmede kullanılacak olan ölçüm sonuçlarına ve ölçütün uygun olmasına bağlıdır. Bunun içinde ölçü aracının standardize olması istenir. Ölçek kalitesi standardize edilene kadar, maddeleri analiz edilir ve tekrar gözden geçirilir. Standardize edilen ölçeğin yönetimi, puanlaması ve yorumlaması dikkatli bir şekilde açıkça belirtilmelidir. Bu şekilde standardize edilen ölçeklere objektif (nesnel) ölçekler denir. Ölçeğin standardize olabilmesi ve sonrasında uygun bilgiler üretme yeteneğine sahip olması için “güvenilirlik” ve “geçerlik” olarak nitelendirilen iki özelliğe sahip olması istenir (19).

Ölçek Güvenilirliği ve Geçerliliği

1. Güvenilirlik

Ölçeğin taşınması gereken özelliklerden birisi olan güvenilirlik, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir (19). Bir başka deyişle ölçülen özelliğin rastgele hatalardan arınmış olması durumudur (20). Ölçekle sağlanan bilgilerin kararlı özellik taşıdığına, yani hatadan arındırılmış olduğuna ve aynı amaçla yapılacak ikinci bir ölçümde aynı sonuçların elde edileceğine güven duyulması gerekir (19). Güvenilirliğin dayandığı temel kavram tahmin edilebilirlik, öngörülebilirliktir (20).

Güvenilirlikle ilgili bir makalede güvenilir olmayan bir ölçeğin kullanışsız olduğunun üzerinde durulmaktadır (19).

Genel olarak ölçümlerin güvenilirliği ölçüm koşullarındaki rastgele değişkenlik altında sonuçların doğruluğunu ve tutarlılığını ifade eder. Bu

rastgele değişkenlikler kişisel durumlardan veya dışsal kaynaklardan (ses-ısı-koku) kaynaklanabilir. Güvenilirlik ölçme aracının kendisiyle değil ölçme aracından elde edilen verilerle ilişkilidir. Bu nedenle ölçenin güvenilirliği olarak ifade edilmektense ölçekten elde edilen ölçüm puanlarının güvenilirliği şeklinde ifade edilmesi daha doğru olur (21).

2. Güvenilirlik Çeşitleri

2.1. Eşdeğer (Paralel) Formlar Yöntemi

Paralel form güvenilirliğine bakmak için aynı kişilere iki farklı ölçek uygulanıp aralarındaki korelasyona bakılabilir. Korelasyon ne kadar yüksekse ölçeklerin o kadar eşdeğer olduğunu söyleriz. Ölçülen aynı şeydir. Sadece ifade tarzları ve/veya soruların tasarımı farklıdır. Bunu yapmanın bir yolu, soruları hazırlamak ve rastgele ikiye ayırarak uygulamaktır. Paralel formlar uygulaması ölçenin stabilliğini de ölçer (22).

2.2. Test/Tekrar Test Yöntemi

Aynı araştırma aracı aynı deneklere benzer şartlar altında iki veya daha fazla kez uygulanır. Burada iki ölçüm arasında fazla bir farklılık olmamalıdır. Tabii ki, ölçüm yapılan zaman aralığının ne kadar olduğu da önemlidir. Uygulama ne kadar erken tekrarlanırsa o kadar benzer sonuçlar elde edilir. Diğer taraftan çok geciktirilmesi ölçülen durumun değişmesine yol açabilir. 2-4 hafta gibi zaman aralıkları genel anlamda uygun kabul edilse de; hafıza faktörü, bireyin konuya duyarlaşması ve zaman içerisinde oluşabilecek değişiklikler de dikkate alınarak tekrar test yapılmalıdır (22).

2.3. Gözlemciler Arası Güvenilirlik Yöntemi

Uygulayıcılar arası (Inter-rater) güvenilirliği tek bir formun iki uygulayıcı tarafından uygulanması ve aralarındaki korelasyona bakılması ile ölçülür (22).

2.4. Gözlemci İçi Güvenilirlik Yöntemi

Gözlemci içi (intra-rater) güvenilirlik aynı değerlendiricinin yaptığı birden fazla ölçümün arasındaki uyum derecesidir. Aynı gözlemcinin aynı ölçüm araç ve gereçlerini kullanarak yaptığı ölçümler birbirinden farklılık gösterebilir (22).

2.5. İç Tutarlılık Yöntemleri

2.5.1. Yarıya Bölme (Split Half) Yöntemi:

Bir özelliği ölçmek için kullanılan tüm maddeler rastgele ikiye ayrılır. Ölçek bir grup bireye uygulanır ve her iki yarımın puanları hesaplanır. Bu iki yarımın karşılaştırılmasıyla (Guttman Split-Half Katsayısı) güvenilirliğin derecesi belirlenir (22).

2.5.2. Cronbach Alfa

Cronbach alfa yarıya bölmenin (matematiksel anlamda) eşdeğeridir. Güvenilirlik hesaplarında sıkça kullanılan bir katsayıdır. Maddeler arası korelasyon ortalamasını da dikkate alarak iç güvenilirliği hesaplar.

Cronbach alfa hesaplamasında ölçek maddeleri rastgele ikiye ayrılarak karşılaştırılır. Bu rastgele ikiye ayırma işlemi tüm ihtimaller için tekrarlanır. Benzer bir ölçüm de Kuder-Richardson'dur (22).

Güvenilirlik açısından paralel formlar ve uygulayıcılar arası güvenilirlik testin eşdeğerliliğini, yine uygulayıcılar arası güvenilirlik ve

test/tekrar test testin stabilliğini, yarıya bölme, Kuder-Richardson ve Cronbach alfa gibi ölçümler ise homojenliğini belirler (22).

3.Geçerlilik

Bir ölçeğin ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellikle karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesine geçerlilik denir (23). Geçerliliğin yüksek olması, büyük ölçüde, ölçülmek istenen değişkenin ifade edilebilmesine bağlıdır. Bu yönü ile doğrudan ölçmelerde geçerlik daha yüksek, dolaylı ölçmelerde ise değişkenin yeterince tanımlanamaması ve kriterlerinin yeterince duyarlı olmaması nedeniyle, geçerlik daha düşük olabilmektedir (19).

4.Geçerlilik Çeşitleri

Geçerlilik açısından kapsam geçerliliği (content validity), kriter geçerliliği (criterion validity), yapı geçerliliği (construct validity) ve görünüş geçerliliğinden (face validity) bahsedilebilir (22).

4.1.Kapsam Geçerliliği (Content Validity)

Kapsam geçerliliği, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiği ile ilgilidir (19, 23). İçeriğin boyutlarının belirlenmesini belki ölçek geliştirmedeki en zor kısımdır. Bu amaçla bir uzmanlar grubundan yararlanılabilir ve literatür desteği gerekir (22).

4.2.Kriter Geçerliliği (Criterion Validity)

Bu geçerlik türü, ölçeğin etkinliğini belirlemek amacıyla, ölçekten elde edilen puanlarla belirlenen kriter arasında, gelecekteki veya o andaki, ilişkiyi inceler (24-26). Bir başka deyişle, ölçeğin gerçek yaşamda durumları ne

kadar tahmin ettirici olduğuyla ilgilidir (22). Kriter geçerliliğinde geliştirilen ölçek sonuçlarıyla karşılaştırma yapmak için daha önce geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmış bir ölçek ya da birden fazla ölçüt temel alınır (27).

4.3. Yapı Geçerliği (Construct Validity)

Yapı birbirleriyle ilgili olduğu düşünülen belli öğelerin ya da öğeler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu bir örüntüdür. Bir ölçeğin yapı geçerliğini belirleme süreci, bilimsel kuram geliştirme süreciyle benzerdir (19).

4.4. Görünüş Geçerliği (Face Validity)

lme aracının neyi ölçtüğünü değil de neyi ölçer göründüğünü belirtmektedir. Bir ölçeğin görünüş geçerliği, o ölçeğin ölçmek istediği özelliği ölüyor gözükmesidir. Ölçeğin görünüş geçerliğinin bazı durumlarda yükseltilmesi bazı durumlarda ise gizlenmesi gerekir (19). Bu amaçla ölçekteki maddelerin görünüşü, okunabilirliği, uygulama kolaylığı gibi konular açısından değerlendirme yapılır (22).

İrritabiliteyi Değerlendiren Duygusal Reaktivite İndeksi'nin Gelişim Aşaması:

İrritabiliteyi standart bir lme aracı yardımı olmaksızın değerlendirerek çalışmalar yapmak mümkündür ancak bu çalışmalar sonucunda belirlenen irritabilite aynı yapıyı göstermeyebilir. Bu yüzden irritabilitenin farklı çalışmalarda kıyaslanması zorluklara ve yanlış tartışmalara neden olabilir. DSM-5 bu sorunu düzeltmek için adımlar atmıştır. Yeni kılavuz irritabiliteyi kesişen belirtilerle değerlendirebilmek için DRİ isminde bir ölçek içermektedir (4). 2012 yılında yayımlanan bir çalışmada irritabilitenin kesişen belirtilerle değerlendirilebilmesinin klinik çalışmaları artıracadığının ve psikopatolojilerin tanılarına daha rahat ve yüksek bir oranda ulaşılmasına yardımcı olacağığının üzerinde durulmuştur (28).

İrritabiliteyle ilgili bahsedilen bu boşluğu doldurmak için Stringaris ve ark. (2) irritabilite hakkında 6 semptom maddesi ve 1 bozulma maddesi içeren bir skala olan Duygusal Reaktivite İndeksi'ni (DRİ) geliştirmiştir. Stringaris ve ark. bu ölçekte öfke patlamaları ve kızgınlıkla karakterize olan, kolay kızma ve alingan bir duygudurum olarak ifade edilen irritabiliteyi değerlendirmek için geniş kapsamlı ve kolay anlaşılabilir maddeleri tercih etmişlerdir (2,3). İrritabiliteyi değerlendiren sorular katılımcının son 6 ayını sorgulamaktadır. Ölçek genel anlamda kronik irritabiliteyi sorgulamaktadır. Bu özellik bizlere diğer çocukların sakin bir şekilde tepki verdikleri olaylar karşısında öfke ile yanıt veren ve ailelerin 'her zaman kızgındır' olarak ifade ettikleri çocukları değerlendirebilme olanağı sağlamaktadır (2).

Duygusal Reaktivite İndeksi'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği:

DRİ'nin farklı kültürlerde ileri doğrulamaları teşvik edecek şekilde Amerikan ve İngiliz örneklerde yeterli psikometrik özellikleri olduğu gösterilmiştir (2). Ölçeğin psikometrik özellikleri birkaç ülkede toplum veya klinik örneklem grubu ile yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında değerlendirilmiştir (4,29).

Dünyadaki farklı ülkelerde ileri doğrulamaları teşvik edecek şekilde yeterli psikometrik özellikleri olduğu gösterilen DRİ'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının araştırılmamış olması, ölçeğin ülkemizde ve Türk toplumunda kullanımının yaygınlaşmasını engellemektedir.

Bu çalışmada, çocuk ve ergenlerde irritabiliteyi değerlendiren DRİ'nin Türkçe'ye uyarlanması yapılmış, Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği araştırılmıştır.

Amaçlar

Çalışmanın amaçları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

1. DRİ ebeveyn formu ve DRİ ergen formunun iç tutarlılık katsayılarının değerlendirilmesi,

2. Çocuk ve ergenlerin DRİ puanlarının ebeveynlerinin DRİ puanları ile uyumlu olup olmadığının araştırılması,
3. DRİ ölçeğinin güvenilirliğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ve test-tekrar test güvenilirlik yöntemleri ile belirlenmesi,
4. Doğrulayıcı faktör analizi ile DRİ ölçeğinin yapı geçerliliği bakımından incelenmesi,
5. DRİ ebeveyn formu ve DRİ ergen formunun ÇATÖ toplam ölçek puanı ve alt ölçek puanları ile arasındaki korelasyon incelenerek, ölçeğin kriter geçerliliğinin belirlenmesi,
6. Çocukluk çağı irritabilitesi ile daha sonra YAB, Distimi ve MDB gibi stres ile ilişkili bozuklukların gelişimi arasındaki ilişki konusunda yapılan çalışmalar (30) göz önüne alındığında, DRİ puanı ile YAB (ÇATÖ–YAB alt ölçeği tarafından ölçülen) arasındaki korelasyonun, DRİ puanı ile fobik–kaygı (ÇATÖ–Sosyal Anksiyete (SA), Ayrılma Anksiyetesi (AA) alt ölçekleri tarafından ölçülen), Panik Bozukluk (PB) arasındaki korelasyondan daha güçlü olup olmadığının araştırılması,
7. DRİ'nin yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey (SED), ebeveynlerin eğitim düzeyi ve diğer sosyodemografik özellikler bakımından karşılaştırılması hedeflenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ölçeğin Çevirisi

Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılabilmesi için Stringaris ve arkadaşları ile görüşülerek ölçeğin orijinali temin edilmiş ve gerekli izinler alınmıştır. Ölçek bir Uludağ Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve bir Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, bir Uludağ Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi tarafından geri çevirisi yapılmıştır. Türkçeye çevrilen ölçek Dr. Argyris Stringaris'e de gönderilmiştir. Dr. Argyris Stringaris tarafından önerilen düzeltmeler değerlendirildikten sonra elde edilen ölçeğin son hali Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çocuk psikiyatrisi kliniğine başvuran 15 çocuk ve ergene uygulanarak anlaşılabilirliği yönünden denenmiştir. Anlaşılamayan sorular gözden geçirilip düzeltilmiş, anlaşılmayan terimlerin yerine uygun Türkçe terimler kullanılarak ölçeğin son hali verilmiştir.

Örneklem Seçimi ve Uygulama

Araştırma için Bursa Valiliği ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Araştırma örneklem seçiminde Devlet İstatistik Enstitüsü'nün Bursa'nın mahallelere göre SED'i belirten listelerinden yararlanılmış ve üç farklı SED'i temsil edecek şekilde 3 İlköğretim Okulu ve 3 Lise seçilmiştir.

Çalışmada güç analizi yapıldığında %80 güç elde etmek için $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde, $d=0,05$ hata payı ve $p=0,5$ gözlenme oranı ile gerekli olan örneklem büyüklüğünün 800 olduğu hesaplanmıştır. Bu bağlamda çalışmaya katılmayacak kişiler de dikkate alınarak belirlenen okulların 3. ile 11. sınıfları arasından, her sınıf seviyesinden seçkisiz olarak belirlenmiş 3 sınıfın tüm öğrencileri ve bu öğrencilerin ebeveynleri çalışmaya dâhil edilmiştir. Uygulanan ölçeklerin değerlendirilmesi aşamasında 122 ölçeğin eksik

doldurulması nedeniyle çalışma dışında bırakılmış, toplam 1178 öğrenciye ait ölçek çalışmada kullanılmıştır. Ailelere ulaştırılan 1300 ebeveyn ölçeğinden, 17 ailenin çalışmaya katılmak istememesi, 361 ölçeğin getirilmemesi ve 23 ölçeğin eksik doldurulması nedeniyle çalışma dışında bırakılmış, 899 ebeveyn ölçeği çalışmada kullanılmıştır.

Test sürecinden önce ölçekler ve araştırma tekrar öğrencilere kısaca tanıtılmıştır. Araştırmacı ve ders öğretmeni gözetiminde çocuklara öz bildirim ölçeklerinin uygulanması sağlanmıştır. Akabinde ölçekleri tamamlayan öğrencilere ebeveynlerinin dolduracakları ölçekler onamlarıyla birlikte teslim edilmiştir. Belirlenen süre sonunda ebeveyn ölçekleri sınıf öğretmenlerinden teslim alınmıştır. Ölçeklerin toplanmasından sonra tekrar test uygulaması için okul yönetimi ile birlikte 20 öğrenci belirlenmiş olup bu 20 öğrenciye 10 gün sonra test tekrar uygulanmıştır.

Veri Toplama Araçları

1. Duygusal Reaktivite İndeksi

DRİ, irritabilitenin değerlendirilmesi ve izleminin gerekliliği nedeniyle Stringaris ve ark. (2) tarafından oluşturulmuştur. İrritabiliteye ilişkin 6 semptom maddesi ve bir bozulma maddesinden oluşur. Öz bildirim ve ebeveyn formları mevcuttur (EK-1, EK-2). Katılımcılar her maddeyi 3 puanlık bir skalayı (0=doğru değil, 1=bazen doğru, 2=kesinlikle doğru) kullanarak cevaplandırır. Toplam DRİ puanı ilk 6 maddenin toplamıyla belirlenir. Daha yüksek skorlar daha yüksek düzeyde irritabiliteyi yansıtacak şekilde 0 ile 12 arasında dağılım gösterir. Ölçek son 6 ay içinde irritabilitenin 3 ögesine odaklanmaktadır: Öfke reaksiyonu için eşik değer, öfke hisleri/davranışlarının sıklığı ve böyle duyguların/davranışların süresi (2,29). Yapılan çalışmalarda geçerlilik ve güvenilirliğinin oldukça yeterli düzeyde olduğu gösterilen DRİ, hem araştırma hem de klinik koşullarında kullanılabilir (2,4,29).

Ölçek irritabl duygudurumun düşmanca tutum (örn. belli insanlara yönelik hoşnutsuzluk) ya da agresyon hareketleri (başkalarına vurmak ya da

mülke hasar vermek) gibi muhtemel sonuçlarından ziyade irritabilitenin kendisini doğrulamak için tasarlanmıştır. Agresyon ve düşmanca tutum irritabiliteyle beraber olabilir ya da olmayabilir. Örneğin, irritabilite aile tarafından isteği kabul edilmeyen bir çocuğun agresif olmayan “öfleyip pöflemesi” olarak gözlemlenebilir. Çocuk için, irritabl duygudurum agresif hareketleri gerektirmesi şart olmayan bir his olarak da mevcut olabilir (2). Stringaris ve ark. (2) irritabiliteyi ya da sınırlı tabiatı ölçen önceki ölçeklerin sıklıkla agresif, antisosyal ya da hiperaktif davranış ve belirtilere dair öğeleri sıklıkla “mülke kazanç amacı olmaksızın hasar”, “kontrolümü kaybedip bir şeylere ya da birine vurabilirim gibi hissediyorum”, “beni kızdıran ne varsa saldırıyorum”, “herhangi biriyle kavgaya tutuşma”, “sakin oturamama” ve “bağırma, tekmeleme, vurma, deşarj olma” gibi maddeleri içermekte olduğunun belirtmişlerdir. Ayrıca Angold ve ark.’nın (34) ebeveyn ve çocukların katılımıyla yaptıkları gelişimsel psikiyatri alanındaki çalışmada da kısıtlılığa neden olduğu gibi irritabiliteyi değerlendirmek için kullanılan mevcut ölçekler (35) sadece ergenleri değerlendirmekteydi. DRİ bu boşluğu doldurabilecek şekilde ergenlerden ve ayrıca onların ailelerinden kıyaslanabilir bilgi toplamak için tasarlanmış bir ölçektir (2).

Özetle, ölçek mevcut bazı ölçeklerin (5,35,36) aksine kısa ve öz, mümkün olduğunca basit (örn. “İyi bir şey yapıp yeterince takdir edilmediğim zaman sinirleniyorum.” ya da “Aslında yalan söyledikleri halde doğruyu söylüyor gibi yapıyorlar.” gibi karmaşık öğelerden kaçınarak), yoğun klinikler ve epidemiyolojik çalışmalar için kullanılmaya uygun olacak şekilde tasarlanmıştır (2).

2.Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği

Çocukluk çağı anksiyete bozukluklarını tarama amacıyla Birmaher ve ark. (31) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Çakmakçı ve ark. (32) tarafından yapılan ÇATÖ'nün ebeveyn ve çocuk formu mevcuttur (EK-3, EK-4). Toplam 41 maddeden oluşan ÇATÖ'de 25 ve üzeri puanın kaygı bozukluğu için uyarı niteliği taşıdığı kabul edilmektedir. Ölçek içinde ayrıca Panik Bozukluk (PB)/Somatik Bozukluk (SB), YAB, AA, SA ve Okul

Korkusu (OK) alt ölçekleri bulunmaktadır (33). Bu ölçeğin çocuk ve ebeveyn formu çalışmamızda anksiyete düzeylerini belirlemek ve alt ölçeklerin belirlemiş olduğu kaygı bozuklukları ile DRİ korelasyonunu değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır.

3.Bilgi Toplama Formu

Araştırma için özel olarak hazırlanmış olan bu formda çocuğun yaşı, cinsiyeti, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, sosyoekonomik durumu, bedensel ve ruhsal hastalık başvurusu, anne-baba yaş ve eğitim düzeyleri, anne-baba sağlık durumu yer almaktadır. Bu bölümde elde edilen veriler, çocuğun gelişim ve psikopatolojisini etkileyebilecek önemli etmenleri belirleyebilmek için de kullanılmıştır (EK-5).

İstatistiksel Değerlendirme

DRİ'nin güvenilirlik çalışmasında ölçeğin iç tutarlılığına ve test-tekrar test bağıntısına bakılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile belirlenmiştir. Ölçeğin geçerliliğini değerlendirmek için YAB'ın bir semptomu olan irritabilite düzeyini ölçen DRİ ile anksiyete bozukluğu belirtilerini ölçen ÇATÖ puanı ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Çocukluk çağı irritabilitesi ile daha sonra YAB, distimi ve depresyon gibi stres ile ilişkili bozuklukların gelişimi arasındaki ilişki konusunda yapılan çalışmalar (30) göz önünde tutularak, DRİ puanı ile YAB (ÇATÖ–YAB alt ölçeği tarafından ölçülen) arasındaki korelasyonun, DRİ puanı ile fobik – kaygı (ÇATÖ – SA, AA alt ölçekleri tarafından ölçülen), PB arasındaki korelasyondan daha güçlü olduğu hipotezi kurulmuştur. Faktör yapısının ve dağılımının değerlendirilmesi için doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Ölçek puanları ve demografik verilerin ilişkisi değerlendirilirken ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi, iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. DRİ ölçeğinin ilk 6 maddesinden oluşan tek-faktörlü yapının uygun olup olmadığını değerlendirmek için doğrulayıcı faktör analizi yapıldı. Ölçekteki

maddelerin kategorik yapısı dikkate alınarak parametre tahmininde “ağırlıklı en küçük kareler” tahmincisi kullanıldı. Doğrulayıcı faktör analizi, R 3.2.1 yazılımında “lavaan 0.5-18” paketi kullanılarak yapıldı. Ki-kare test istatistiğinin değeri (χ^2), χ^2/v , Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI), Tucker-Lewis indeksi (TLI), “Root mean square error approximation-Yaklaşık hataların ortalama karekökü” (RMSEA) ve %90 güven aralığı, “Standardized root mean square residual-Standardize artık kareler ortalaması karekökü” (SRMR) indeksleri hesaplandı. Diğer istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel hesaplamalar esnasında anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Çalışmaya Dâhil Edilme Ölçütleri

Çalışmaya dâhil edilme ölçütleri 8-18 yaş aralığında olmak ve Bursa İli İlköğretim Okulları’nda eğitim görüyor olmak olarak belirlenmiştir.

Çalışmadan Dışlama Ölçütleri

DRİ toplam puanının önemi ve ÇATÖ’nün DRİ ile korelasyonunun doğru bir biçimde belirlenebilmesinin gerekliliği göz önünde tutularak ölçeklerde herhangi bir soruyu boş bırakmak dışlama kriteri olarak belirlenmiştir.

Etik

Araştırma konusu Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunulmuş, 30 Haziran 2015 tarihli ve 2015-13/6 sayılı kararı ile onay alındıktan sonra çalışma yürütülmüştür. Çalışmayı yürüten hekim tarafından çalışma grubuna alınması planlanan çocuk ve ergenlerin anne-babalarına aydınlatılmış onam sunulmuş, katılmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır.

BULGULAR

DRİ ve ÇATÖ'nün uygulanması sonucunda 1178 çocuk-ergenden elde edilen bilgiler değerlendirilmiştir. 1178 kişinin yaş ortalaması $13,01 \pm 2,74$ olup, değerlendirilen kişilerin, %53,65'i (n=632) kız, %46,35'i (n=546) erkektir. Çalışmaya katılan birimlerdeki öğrencilerin %20,12'si (n=237) düşük, %55,01'i (n=648) orta ve %24,87'si (n=293) yüksek SED'e sahiptir.

Ayrıca DRİ ve ÇATÖ uygulanan çocuk ve ergenlerin 899 tanesinin ebeveynine DRİ ebeveyn formu ve ÇATÖ ebeveyn formu uygulanmıştır. Tablo-2'de DRİ çocuk-ergen ve ebeveyn formlarında yer alan her bir madde için medyan (ortanca) ve minimum-maksimum puanlar verilmiştir.

Tablo-2: DRİ çocuk-ergen ve ebeveyn formlarında yer alan her bir madde için medyan(ortanca) ve minimum-maksimum puanlar

	Çocuk-ergen		Ebeveyn	
	Medyan (min-maks)	Ortalama \pm SS	Medyan (min-maks)	Ortalama \pm SS
M1	1 (0-2)	0,85 \pm 0,69	1 (0-2)	0,87 \pm 0,72
M2	0 (0-2)	0,48 \pm 0,67	0 (0-2)	0,37 \pm 0,60
M3	0 (0-2)	0,65 \pm 0,73	0 (0-2)	0,41 \pm 0,62
M4	0 (0-2)	0,42 \pm 0,65	0 (0-2)	0,38 \pm 0,61
M5	0 (0-2)	0,43 \pm 0,64	0 (0-2)	0,45 \pm 0,66
M6	0 (0-2)	0,41 \pm 0,66	0 (0-2)	0,31 \pm 0,59
M7	0 (0-2)	0,42 \pm 0,63	0 (0-2)	0,35 \pm 0,59

SS: Standart sapma; **M1:** madde1, başkaları tarafından kolayca kızdırılabilmek; **M2:** madde 2, sık sık öfkeden kontrolünü kaybetme; **M3:** madde 3, kızgınlığın uzun bir süre geçmemesi; **M4:** madde 4, çoğu zaman sinirli olma; **M5:** madde 5, sıklıkla öfkelenme; **M6:** madde 6, kolayca öfkeden kontrolü kaybetme; **M7:** madde 7, genel olarak asabiyetin problemlere neden olması.

İç tutarlılık bakımından DRİ ve ÇATÖ'nün güvenilirlikleri incelendiğinde; Cronbach alfa katsayısı DRİ çocuk ergen formu için 0,857 olarak, DRİ ebeveyn formu için 0,831 olarak; ÇATÖ çocuk-ergen formu için 0,900 olarak; ÇATÖ ebeveyn formu için ise 0,917 olarak bulunmuştur. DRİ ve ÇATÖ ölçeklerinde ters yönde madde olmadığı için maddeler olduğu gibi korunmuştur.

Çocuk-ergen DRİ sonuçlarının ebeveynlerinin DRİ sonuçları ile uyumlu olup olmadığının araştırılması için korelasyon katsayısı incelendiğinde ölçek toplam puanları ve madde puanları arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Tablo-3).

Tablo-3: DRİ çocuk-ergen formu ve ebeveyn formundan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon

n=899	r	p-değeri
Toplam puan	0,491	<0,001
M1	0,405	<0,001
M2	0,351	<0,001
M3	0,309	<0,001
M4	0,273	<0,001
M5	0,303	<0,001
M6	0,307	<0,001
M7	0,300	<0,001

M1: madde1, başkaları tarafından kolayca kızdırılabilme; **M2:** madde 2, sık sık öfkeden kontrolünü kaybetme; **M3:** madde 3, kızgınlığın uzun bir süre geçmemesi; **M4:** madde 4, çoğu zaman sinirli olma; **M5:** madde 5, sıklıkla öfkelenme; **M6:** madde 6, kolayca öfkeden kontrolü kaybetme; **M7:** madde 7, genel olarak asabiyetin problemlere neden olması.

Test-tekrar test yöntemi ile güvenilirlik incelendiğinde test-tekrar test korelasyonu çocuk-ergen ölçeği için 0,929 ($p<0,001$) ebeveyn ölçeği için ise 0,965 ($p<0,001$) olarak bulunmuştur.

DRİ kriter geçerliliği bakımından değerlendirildiğinde; ÇATÖ toplam puanı ve DRİ toplam puanı arasında hem tüm birimler açısından hem de ergenler ve çocuklar ayrı ayrı değerlendirildiğinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ayrıca DRİ puanı ile ÇATÖ alt ölçek puanları arasında da anlamlı korelasyonlar elde edilmiştir. DRİ ve ÇATÖ ebeveyn ölçek puanları arasında da anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Sadece çocuklarda DRİ toplam puanı ile ÇATÖ-AA ve ÇATÖ-SA alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki yoktur (Tablo-4).

Tablo-4: DRİ puanı ile ÇATÖ toplam ve alt-ölçek puanları arasındaki korelasyon

		ÇATO toplam	ÇATÖ PB/SB	ÇATÖ YAB	ÇATÖ AA	ÇATÖ SA	ÇATÖ OK
Tüm birimler (ergen+çocuk) (n=1178)	r	0,405	0,397	0,394	0,215	0,154	0,296
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ergenler (n=1050)	r	0,422	0,406	0,412	0,224	0,171	0,305
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Çocuklar (n=128)	r	0,283	0,334	0,270	-	-	0,241
	p	0,001	<0,001	0,002	0,089	0,962	0,006
Ebeveynler (n=899)	r	0,432	0,415	0,420	0,261	0,243	0,289
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

ÇATÖ: Çocuklarda anksiyete tarama ölçeği; **ÇATÖ-PB/SB:** ÇATÖ Panik bozukluk ve anlamlı somatik belirtiler alt ölçeği; **ÇATÖ YAB:** ÇATÖ Yaygın anksiyete bozukluğu alt ölçeği; **ÇATÖ AA:** ÇATÖ Ayrılık anksiyetesi alt ölçeği; **ÇATÖ SA:** ÇATÖ Sosyal anksiyete alt ölçeği; **ÇATÖ OK:** ÇATÖ Okul korkusu alt ölçeği

Yapısal geçerliliği incelemede ölçeğin farklı yapıları belirleme yetisinin değerlendirilmesi için DRİ toplam puanı farklı sosyodemografik özellikler bakımından karşılaştırılmıştır. Cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında DRİ çocuk-ergen toplam puanı ve DRİ ebeveyn toplam puanı açısından kızlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmazken; ÇATÖ çocuk-ergen ve ebeveyn toplam puanları ile ÇATÖ alt ölçek puanları bakımından anlamlı fark bulunmuştur (Tablo-5).

Tablo-5:DRİ ölçek puanı ile ÇATÖ toplam ve alt-ölçek puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

	Cinsiyet		p değeri
	Kız	Erkek	
DRİ toplam	3 (0-12)	2 (0-12)	0,092
DRİ ebeveyn toplam	2(0-12)	2(0-12)	0,056
ÇATÖ toplam	26(0-66)	20(0-68)	<0,001
ÇATÖ ebeveyn toplam	16(0-73)	12(0-54)	<0,001
ÇATÖ PB/SB	5(0-25)	3(0-25)	<0,001
ÇATÖ YAB	6(0-18)	4(0-18)	<0,001
ÇATÖ AA	6(0-16)	4(0-16)	<0,001
ÇATÖ SA	7(0-14)	6(0-14)	<0,001
ÇATÖ OK	1(0-8)	1(0-8)	<0,001
ÇATÖ PB/SB ebeveyn	2(0-24)	1(0-18)	<0,001
ÇATÖ YAB ebeveyn	3(0-18)	2(0-15)	<0,001
ÇATÖ AA ebeveyn	4(0-15)	3(0-13)	<0,001
ÇATÖ SA ebeveyn	6(0-14)	4(0-14)	<0,001
ÇATÖ OK ebeveyn	1(0-7)	0(0-8)	<0,001

Veriler medyan (minimum-maksimum) olarak verilmiştir.

ÇATÖ: Çocuklarda anksiyete tarama ölçeği; **ÇATÖ-PB/SB:** ÇATÖ Panik bozukluk ve anlamlı somatik belirtiler alt ölçeği; **ÇATÖ YAB:** ÇATÖ Yaygın anksiyete bozukluğu alt ölçeği; **ÇATÖ AA:** ÇATÖ Ayrılık anksiyetesi alt ölçeği; **ÇATÖ SA:** ÇATÖ Sosyal anksiyete alt ölçeği; **ÇATÖ OK:** ÇATÖ Okul korkusu alt ölçeği

DRİ çocuk-ergen toplam puanı ve DRİ ebeveyn toplam puanı açısından çocuk ve ergenler arasında anlamlı fark bulunmazken, ÇATÖ çocuk-ergen toplam puanı ve ebeveyn toplam puanı bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca ÇATÖ çocuk-ergen PB/SB, AA, SA alt ölçekleri ve ÇATÖ ebeveyn AA ve SA alt ölçekleri bakımından çocuk ve ergenler arasında anlamlı fark bulunurken, diğer alt ölçekler bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo-6).

Tablo-6: DRİ ölçek puanı ile ÇATÖ toplam ve alt-ölçek puanlarının çocuk ve ergenler arasında karşılaştırılması

	Çocuk	Ergen	p değeri
DRİ toplam	3 (0-12)	2 (0-12)	0,526
DRİ ebeveyn toplam	2(0-12)	2(0-12)	0,351
ÇATÖ toplam	25,5(1-58)	22(0-68)	0,005
ÇATÖ ebeveyn toplam	16(0-55)	14(0-73)	0,018
ÇATÖ PB/SB	5(0-20)	4(0-25)	0,036
ÇATÖ YAB	5(0-17)	5(0-18)	0,339
ÇATÖ AA	6,5(0-16)	5(0-16)	<0,001
ÇATÖ SA	6(0-14)	6(0-14)	0,023
ÇATÖ OK	1,5(0-6)	1(0-8)	0,173
ÇATÖ PB/SB ebeveyn	2(0-16)	1(0-24)	0,734
ÇATÖ YAB ebeveyn	2(0-16)	3(0-18)	0,528
ÇATÖ AA ebeveyn	5(0-15)	3(0-14)	<0,001
ÇATÖ SA ebeveyn	5(0-14)	5(0-14)	0,022
ÇATÖ OK ebeveyn	0(0-5)	1(0-8)	0,780

Veriler medyan (minimum-maksimum) olarak verilmiştir.

ÇATÖ: Çocuklarda anksiyete tarama ölçeği; **ÇATÖ-PB/SB:** ÇATÖ Panik bozukluk ve anlamlı somatik belirtiler alt ölçeği; **ÇATÖ YAB:** ÇATÖ Yaygın anksiyete bozukluğu alt ölçeği; **ÇATÖ AA:** ÇATÖ Ayrılık anksiyetesi alt ölçeği; **ÇATÖ SA:** ÇATÖ Sosyal anksiyete alt ölçeği; **ÇATÖ OK:** ÇATÖ Okul korkusu alt ölçeği

Ailede kronik hastalık bulunanlar ve bulunmayanlar arasında DRİ çocuk-ergen toplam puanı, DRİ ebeveyn toplam puanı, ÇATÖ çocuk-ergen toplam puanı ve ÇATÖ ebeveyn toplam puanları bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca ÇATÖ çocuk-ergen YAB alt ölçeği ve ÇATÖ ebeveyn PB/SB, YAB ve OK alt ölçekleri bakımından anlamlı fark bulunurken, diğer alt ölçekler bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo-7).

Tablo-7: DRİ ölçek puanı ile ÇATÖ toplam ve alt-ölçek puanlarının ailede kronik hastalık olup olmamasına göre karşılaştırılması

	Ailede kronik hastalık		p değeri
	Var	Yok	
DRİ toplam	3 (0-12)	2 (0-12)	0,003
DRİ ebeveyn toplam	2(0-12)	2(0-12)	0,037
ÇATÖ toplam	23(0-68)	22(0-66)	0,016
ÇATÖ ebeveyn toplam	16(0-73)	14(0-63)	0,021
ÇATÖ PB/SB	4,5(0-25)	4(0-25)	0,325
ÇATÖ YAB	6(0-18)	4(0-18)	<0,001
ÇATÖ AA	5(0-16)	5(0-16)	0,682
ÇATÖ SA	6(0-14)	6(0-14)	0,09
ÇATÖ OK	1(0-8)	1(0-8)	0,159
ÇATÖ PB/SB ebeveyn	2(0-24)	1(0-22)	0,007
ÇATÖ YAB ebeveyn	3(0-16)	2(0-18)	0,028
ÇATÖ AA ebeveyn	3(0-15)	3(0-14)	0,651
ÇATÖ SA ebeveyn	5(0-14)	5(0-14)	0,229
ÇATÖ OK ebeveyn	1(0-7)	0(0-8)	0,001

Veriler medyan (minimum-maksimum) olarak verilmiştir.

ÇATÖ: Çocuklarda anksiyete tarama ölçeği; **ÇATÖ-PB/SB:** ÇATÖ Panik bozukluk ve anlamlı somatik belirtiler alt ölçeği; **ÇATÖ YAB:** ÇATÖ Yaygın anksiyete bozukluğu alt ölçeği; **ÇATÖ AA:** ÇATÖ Ayrılık anksiyetesi alt ölçeği; **ÇATÖ SA:** ÇATÖ Sosyal anksiyete alt ölçeği; **ÇATÖ OK:** ÇATÖ Okul korkusu alt ölçeği

Ailede psikiyatrik hastalık bulunanlar ve bulunmayanlar arasında DRİ çocuk-ergen toplam puanı ve ÇATÖ çocuk-ergen toplam puanı bakımından anlamlı fark bulunmazken, DRİ ebeveyn toplam puanı ve ÇATÖ ebeveyn toplam puanları bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca ÇATÖ çocuk-ergen YAB alt ölçeği ve ÇATÖ ebeveyn PB/SB, YAB, SA ve OK alt ölçekleri bakımından anlamlı fark bulunurken, diğer alt ölçekler bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo-8).

Tablo-8: DRİ ölçek puanı ile ÇATÖ toplam ve alt-ölçek puanlarının Ailede psikiyatrik hastalık olup olmamasına göre karşılaştırılması

	Ailede psikiyatrik hastalık		p değeri
	var	yok	
DRİ toplam	3 (0-12)	2 (0-12)	0,44
DRİ ebeveyn toplam	4(0-12)	2(0-12)	0,004
ÇATÖ toplam	28(4-56)	22(0-68)	0,056
ÇATÖ ebeveyn toplam	23(3-73)	14(0-72)	0,001
ÇATÖ PB/SB	5(0-24)	4(0-25)	0,14
ÇATÖ YAB	7(0-17)	5(0-18)	0,002
ÇATÖ AA	6(0-14)	5(0-16)	0,469
ÇATÖ SA	7(0-14)	6(0-14)	0,504
ÇATÖ OK	1(0-7)	1(0-8)	0,677
ÇATÖ PB/SB ebeveyn	3(0-23)	1(0-24)	0,005
ÇATÖ YAB ebeveyn	5(0-16)	2(0-18)	0,001
ÇATÖ AA ebeveyn	4(0-14)	3(0-15)	0,216
ÇATÖ SA ebeveyn	7(0-14)	5(0-14)	0,034
ÇATÖ OK ebeveyn	1(0-7)	1(0-8)	0,001

Veriler medyan (minimum-maksimum) olarak verilmiştir.

ÇATÖ: Çocuklarda anksiyete tarama ölçeği; **ÇATÖ-PB/SB:** ÇATÖ Panik bozukluk ve anlamlı somatik belirtiler alt ölçeği; **ÇATÖ YAB:** ÇATÖ Yaygın anksiyete bozukluğu alt ölçeği; **ÇATÖ AA:** ÇATÖ Ayrılık anksiyetesi alt ölçeği; **ÇATÖ SA:** ÇATÖ Sosyal anksiyete alt ölçeği; **ÇATÖ OK:** ÇATÖ Okul korkusu alt ölçeği

Çocuk-ergende kronik hastalık bulunanlar ve bulunmayanlar arasında DRİ ebeveyn toplam puanı ve ÇATÖ ebeveyn toplam puanı bakımından anlamlı fark bulunmazken, DRİ çocuk-ergen toplam puanı ve ÇATÖ çocuk-ergen toplam puanları (sınırdan anlamlılık) bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca ÇATÖ çocuk-ergen PB/SB, YAB alt ölçekleri ve ÇATÖ ebeveyn PB/SB ve OK alt ölçekleri bakımından anlamlı fark bulunurken, diğer alt ölçekler bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo-9).

Tablo-9: DRİ ölçek puanı ile ÇATÖ toplam ve alt-ölçek puanlarının Çocuk-ergende kronik hastalık olup olmamasına göre karşılaştırılması

	Çocuk-ergende kronik hastalık		p değeri
	var	yok	
DRİ toplam	3 (0-12)	2 (0-12)	0,005
DRİ ebeveyn toplam	2(0-12)	2(0-12)	0,747
ÇATÖ toplam	23(0-68)	22(0-64)	0,051
ÇATÖ ebeveyn toplam	15(0-73)	14(0-72)	0,13
ÇATÖ PB/SB	5(0-25)	4(0-24)	0,003
ÇATÖ YAB	5(0-18)	5(0-18)	0,002
ÇATÖ AA	5(0-14)	5(0-16)	0,508
ÇATÖ SA	6(0-14)	6(0-14)	0,97
ÇATÖ OK	1(0-7)	1(0-8)	0,085
ÇATÖ PB/SB ebeveyn	2(0-23)	1(0-24)	0,018
ÇATÖ YAB ebeveyn	3(0-18)	2(0-16)	0,08
ÇATÖ AA ebeveyn	4(0-14)	3(0-15)	0,466
ÇATÖ SA ebeveyn	5(0-14)	5(0-14)	0,965
ÇATÖ OK ebeveyn	1(0-7)	1(0-8)	0,004

Veriler medyan (minimum-maksimum) olarak verilmiştir.

ÇATÖ: Çocuklarda anksiyete tarama ölçeği; **ÇATÖ-PB/SB:** ÇATÖ Panik bozukluk ve anlamlı somatik belirtiler alt ölçeği; **ÇATÖ YAB:** ÇATÖ Yaygın anksiyete bozukluğu alt ölçeği; **ÇATÖ AA:** ÇATÖ Ayrılık anksiyetesi alt ölçeği; **ÇATÖ SA:** ÇATÖ Sosyal anksiyete alt ölçeği; **ÇATÖ OK:** ÇATÖ Okul korkusu alt ölçeği

Çocuk-ergende ruhsal hastalık bulunanlar ve bulunmayanlar arasında DRİ çocuk-ergen toplam puanı, DRİ ebeveyn toplam puanı, ÇATÖ çocuk-ergen toplam puanı ve ÇATÖ ebeveyn toplam puanı bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca ÇATÖ çocuk-ergen PB/SB, YAB alt ölçekleri ve ÇATÖ ebeveyn PB/SB ve OK alt ölçekleri bakımından anlamlı fark bulunurken, diğer alt ölçekler bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo-10).

Tablo-10: DRİ ölçek puanı ile ÇATÖ toplam ve alt-ölçek puanlarının çocuk-ergende kronik hastalık olup olmamasına göre karşılaştırılması

	Çocuk-ergende ruhsal hastalık		p değeri
	Var	Yok	
DRİ toplam	6(0-12)	2 (0-12)	<0,001
DRİ ebeveyn toplam	6(1-12)	2(0-12)	<0,001
ÇATÖ toplam	30(5-56)	22(0-68)	0,014
ÇATÖ ebeveyn toplam	23(7-73)	14(0-72)	0,004
ÇATÖ PB/SB	10(0-24)	4(0-25)	0,004
ÇATÖ YAB	8(0-16)	5(0-18)	<0,001
ÇATÖ AA	4(0-15)	5(0-16)	0,772
ÇATÖ SA	6(0-12)	6(0-14)	0,577
ÇATÖ OK	1(0-7)	1(0-8)	0,054
ÇATÖ PB/SB ebeveyn	5(0-23)	1(0-24)	<0,001
ÇATÖ YAB ebeveyn	8(1-16)	2(1-18)	<0,001
ÇATÖ AA ebeveyn	3(0-14)	3(0-15)	0,916
ÇATÖ SA ebeveyn	5(0-13)	5(0-14)	0,468
ÇATÖ OK ebeveyn	2(0-7)	1(0-8)	0,027

Veriler medyan (minimum-maksimum) olarak verilmiştir.

ÇATÖ: Çocuklarda anksiyete tarama ölçeği; **ÇATÖ-PB/SB:** ÇATÖ Panik bozukluk ve anlamlı somatik belirtiler alt ölçeği; **ÇATÖ YAB:** ÇATÖ Yaygın anksiyete bozukluğu alt ölçeği; **ÇATÖ AA:** ÇATÖ Ayrılık anksiyetesi alt ölçeği; **ÇATÖ SA:** ÇATÖ Sosyal anksiyete alt ölçeği; **ÇATÖ OK:** ÇATÖ Okul korkusu alt ölçeği

Evde öz annesi ile yaşayan ve yaşamayanlar arasında DRİ çocuk-ergen toplam puanı, DRİ ebeveyn toplam puanı ve ÇATÖ çocuk-ergen toplam puanı bakımından anlamlı fark bulunmazken, ÇATÖ ebeveyn toplam puanı bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca ÇATÖ ebeveyn PB/SB, YAB ve AA alt ölçekleri bakımından anlamlı fark bulunurken, diğer alt ölçekler bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo-11).

Tablo-11: DRİ ölçek puanı ile ÇATÖ toplam ve alt-ölçek puanlarının evde öz annesi ile yaşayan ve yaşamayanlar ile karşılaştırılması

	Aynı evde yaşayanlar (Öz anne)		
	Yok	Var	p değeri
DRİ toplam	2(0-12)	2 (0-12)	0,484
DRİ ebeveyn toplam	3(0-12)	2(0-12)	0,464
ÇATÖ toplam	24(0-58)	22(0-68)	0,373
ÇATÖ ebeveyn toplam	22(0-52)	14(0-73)	0,022
ÇATÖ PB/SB	6(0-22)	4(0-25)	0,514
ÇATÖ YAB	6(0-14)	5(0-18)	0,372
ÇATÖ AA	6(0-14)	5(0-16)	0,31
ÇATÖ SA	7(0-11)	6(0-14)	0,734
ÇATÖ OK	1(0-5)	1(0-8)	0,895
ÇATÖ PB/SB ebeveyn	4(0-22)	1(0-24)	0,006
ÇATÖ YAB ebeveyn	4(0-15)	3(0-18)	0,023
ÇATÖ AA ebeveyn	6(0-12)	3(0-15)	0,005
ÇATÖ SA ebeveyn	6(0-14)	5(0-14)	0,733
ÇATÖ OK ebeveyn	1(0-5)	1(0-8)	0,793

Veriler medyan (minimum-maksimum) olarak verilmiştir.

ÇATÖ: Çocuklarda anksiyete tarama ölçeği; **ÇATÖ-PB/SB:** ÇATÖ Panik bozukluk ve anlamlı somatik belirtiler alt ölçeği; **ÇATÖ YAB:** ÇATÖ Yaygın anksiyete bozukluğu alt ölçeği; **ÇATÖ AA:** ÇATÖ Ayrılık anksiyetesi alt ölçeği; **ÇATÖ SA:** ÇATÖ Sosyal anksiyete alt ölçeği; **ÇATÖ OK:** ÇATÖ Okul korkusu alt ölçeği

Evde öz babası ile yaşayan ve yaşamayanlar arasında DRİ çocuk-ergen toplam puanı ve ÇATÖ çocuk-ergen toplam puanı bakımından anlamlı fark bulunmazken ve DRİ ebeveyn toplam puanı ve ÇATÖ ebeveyn toplam puanı bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca ÇATÖ çocuk-ergen YAB ve OK alt ölçekleri ve ÇATÖ ebeveyn PB/SB, AA ve OK alt ölçekleri bakımından anlamlı fark bulunurken, diğer alt ölçekler bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo-12).

Tablo-12: DRİ ölçek puanı ile ÇATÖ toplam ve alt-ölçek puanlarının evde öz babası ile yaşayan ve yaşamayanlar ile karşılaştırılması

	Aynı evde yaşayanlar (Öz baba)		
	yok	var	p değeri
DRİ toplam	3(0-12)	2 (0-12)	0,169
DRİ ebeveyn toplam	3(0-12)	2(0-12)	0,014
ÇATÖ toplam	22(0-66)	23(0-68)	0,178
ÇATÖ ebeveyn toplam	17(2-73)	14(0-72)	0,009
ÇATÖ PB/SB	5(0-25)	4(0-25)	0,127
ÇATÖ YAB	6(0-18)	5(0-18)	0,021
ÇATÖ AA	5(0-12)	5(0-16)	0,362
ÇATÖ SA	6(0-14)	6(0-14)	0,736
ÇATÖ OK	2(0-8)	1(0-8)	0,018
ÇATÖ PB/SB ebeveyn	2(0-23)	1(0-24)	0,007
ÇATÖ YAB ebeveyn	4(0-16)	2(0-18)	0,052
ÇATÖ AA ebeveyn	5(0-14)	3(0-15)	0,003
ÇATÖ SA ebeveyn	6(0-14)	5(0-14)	0,649
ÇATÖ OK ebeveyn	1(0-7)	1(0-8)	0,017

Veriler medyan (minimum-maksimum) olarak verilmiştir.

ÇATÖ: Çocuklarda anksiyete tarama ölçeği; **ÇATÖ-PB/SB:** ÇATÖ Panik bozukluk ve anlamlı somatik belirtiler alt ölçeği; **ÇATÖ YAB:** ÇATÖ Yaygın anksiyete bozukluğu alt ölçeği; **ÇATÖ AA:** ÇATÖ Ayrılık anksiyetesi alt ölçeği; **ÇATÖ SA:** ÇATÖ Sosyal anksiyete alt ölçeği; **ÇATÖ OK:** ÇATÖ Okul korkusu alt ölçeği

Annenin iş durumu açısından ölçek puanları değerlendirildiğinde; annesi ev hanımı, emekli ve düzenli bir iş sahibi olanlar arasında DRİ çocuk-ergen toplam puanı, DRİ ebeveyn toplam puanı, ÇATÖ çocuk-ergen toplam puanı ve ÇATÖ ebeveyn toplam puanı bakımından anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıca ÇATÖ çocuk-ergen YAB alt ölçeği bakımından anlamlı fark bulunurken, diğer alt ölçekler bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo-13). Gruplar YAB alt ölçek puanı bakımından ikili olarak

karşılaştırıldığında; ev hanımı ve düzenli işi olanlar arasında ($p=0,014$), ev hanımı ve emekli olanlar arasında ($p=0,023$) anlamlı fark bulunurken, düzenli işi olanlar ve emekli olanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,175$).

Tablo-13: DRİ ölçek puanı ile ÇATÖ toplam ve alt-ölçek puanlarının annenin iş durumuna göre karşılaştırılması

	Annenin iş durumu			p değeri
	Ev hanımı	Düzenli iş	Emekli	
DRİ toplam	2 (0-12)	3(0-12)	2 (0-12)	0,463
DRİ ebeveyn toplam	2(0-12)	2(0-12)	2(0-10)	0,475
ÇATÖ toplam	23(0-68)	22(0-62)	23(3-56)	0,95
ÇATÖ ebeveyn toplam	14(0-73)	14(0-63)	14,5(0-54)	0,976
ÇATÖ PB/SB	4(0-25)	4(0-20)	4(0-18)	0,569
ÇATÖ YAB	4(0-18)	5(0-18)	6(0-17)	0,008
ÇATÖ AA	5(0-16)	5(0-14)	5(0-15)	0,64
ÇATÖ SA	6(0-14)	6(0-14)	6(0-14)	0,453
ÇATÖ OK	1(0-8)	1(0-8)	1(0-4)	0,726
ÇATÖ PB/SB ebeveyn	2(0-24)	1(0-21)	1(0-20)	0,966
ÇATÖ YAB ebeveyn	2(0-16)	3(0-18)	4(0-16)	0,116
ÇATÖ AA ebeveyn	4(0-14)	3(0-15)	3(0-10)	0,784
ÇATÖ SA ebeveyn	5(0-14)	5(0-14)	5,5(0-14)	0,428
ÇATÖ OK ebeveyn	0(0-8)	1(0-6)	0(0-4)	0,135

Veriler medyan (minimum-maksimum) olarak verilmiştir.

ÇATÖ: Çocuklarda anksiyete tarama ölçeği; **ÇATÖ-PB/SB:** ÇATÖ Panik bozukluk ve anlamlı somatik belirtiler alt ölçeği; **ÇATÖ YAB:** ÇATÖ Yaygın anksiyete bozukluğu alt ölçeği; **ÇATÖ AA:** ÇATÖ Ayrılık anksiyetesi alt ölçeği; **ÇATÖ SA:** ÇATÖ Sosyal anksiyete alt ölçeği; **ÇATÖ OK:** ÇATÖ Okul korkusu alt ölçeği

DRİ toplam puanı, DRİ ebeveyn toplam puanı, ÇATÖ çocuk-ergen ve ebeveyn toplam puanları açısından babanın iş durumu bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo-14). Ayrıca ÇATÖ çocuk ergen ve ebeveyn alt ölçekleri bakımından da anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo-14:DRİ ölçek puanı ile ÇATÖ toplam ve alt-ölçek puanlarının babanın iş durumuna göre karşılaştırılması

	Baba iş durumu			p değeri
	Çalışmıyor	Düzenli iş	Emekli	
DRİ toplam	2 (0-12)	2(0-12)	2 (0-12)	0,937
DRİ ebeveyn toplam	2(0-11)	2(0-12)	2(0-12)	0,725
ÇATÖ toplam	25(0-7-66)	22(0-68)	24(1-56)	0,151
ÇATÖ ebeveyn toplam	16,5(0-52)	14(0-73)	16(0-54)	0,616
ÇATÖ PB/SB	5(0-25)	4(0-25)	5(0-19)	0,206
ÇATÖ YAB	5(0-18)	5(0-18)	5(0-17)	0,605
ÇATÖ AA	6(0-13)	5(0-16)	5(0-15)	0,094
ÇATÖ SA	7(0-14)	6(0-14)	7(0-14)	0,233
ÇATÖ OK	2(0-7)	1(0-8)	1(0-6)	0,118
ÇATÖ PB/SB ebeveyn	1,5(0-20)	2(0-24)	1(0-20)	0,577
ÇATÖ YAB ebeveyn	2(0-16)	2(0-18)	3(0-12)	0,451
ÇATÖ AA ebeveyn	4,5(0-14)	3(0-15)	3,5(0-12)	0,156
ÇATÖ SA ebeveyn	5(0-13)	5(0-14)	5(0-14)	0,663
ÇATÖ OK ebeveyn	1(0-5)	1(0-8)	0(0-5)	0,140

Veriler medyan (minimum-maksimum) olarak verilmiştir.

ÇATÖ: Çocuklarda anksiyete tarama ölçeği; **ÇATÖ-PB/SB:** ÇATÖ Panik bozukluk ve anlamlı somatik belirtiler alt ölçeği; **ÇATÖ YAB:** ÇATÖ Yaygın anksiyete bozukluğu alt ölçeği; **ÇATÖ AA:** ÇATÖ Ayrılık anksiyetesi alt ölçeği; **ÇATÖ SA:** ÇATÖ Sosyal anksiyete alt ölçeği; **ÇATÖ OK:** ÇATÖ Okul korkusu alt ölçeği

Üç farklı SED'i temsil edecek şekilde okullar değerlendirildiğinde; düşük SED'li okullar, orta SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında DRİ çocuk-ergen toplam puanı, ÇATÖ çocuk-ergen toplam puanı ve ÇATÖ ebeveyn toplam puanı bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca ÇATÖ çocuk-ergen PB/SB, YAB, AA, SA, OK alt ölçekleri ve ÇATÖ ebeveyn PB/SB, AA, SA alt ölçekleri bakımından anlamlı fark bulunurken; diğer alt ölçekler bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo-15).

Tablo-15: DRİ ölçek puanı ile ÇATÖ toplam ve alt-ölçek puanlarının SED'e (okullara göre) göre karşılaştırılması

	SED			p değeri
	Düşük	Orta	Yüksek	
DRİ toplam	3 (0-12)	2(0-12)	2 (0-12)	0,004
DRİ ebeveyn toplam	2(0-12)	2(0-12)	2(0-10)	0,754
ÇATÖ toplam	25(0-68)	22(0-66)	20(0-60)	<0,001
ÇATÖ ebeveyn toplam	15(0-73)	15(0-72)	8(0-30)	<0,001
ÇATÖ PB/SB	5(0-25)	4(0-25)	3(0-20)	<0,001
ÇATÖ YAB	6(0-18)	5(0-18)	4(0-17)	0,003
ÇATÖ AA	6(0-14)	5(0-16)	4(0-13)	<0,001
ÇATÖ SA	7(0-14)	6(0-14)	5(0-14)	<0,001
ÇATÖ OK	1(0-8)	1(0-8)	1(0-8)	0,002
ÇATÖ PB/SB ebeveyn	2(0-23)	2(0-24)	1(0-8)	0,022
ÇATÖ YAB ebeveyn	3(0-16)	3(0-18)	2(0-14)	0,474
ÇATÖ AA ebeveyn	4(0-14)	4(0-15)	1(0-9)	<0,001
ÇATÖ SA ebeveyn	5(0-14)	5(0-14)	2(0-10)	<0,001
ÇATÖ OK ebeveyn	1(0-7)	1(0-7)	0(0-8)	0,865

Veriler medyan (minimum-maksimum) olarak verilmiştir.

ÇATÖ: Çocuklarda anksiyete tarama ölçeği; **ÇATÖ-PB/SB:** ÇATÖ Panik bozukluk ve anlamlı somatik belirtiler alt ölçeği; **ÇATÖ YAB:** ÇATÖ Yaygın anksiyete bozukluğu alt ölçeği; **ÇATÖ AA:** ÇATÖ Ayrılık anksiyetesi alt ölçeği; **ÇATÖ SA:** ÇATÖ Sosyal anksiyete alt ölçeği; **ÇATÖ OK:** ÇATÖ Okul korkusu alt ölçeği

İstatistiksel olarak anlamlı bulunan ölçek ve alt ölçek puanları için daha sonra ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Gruplar DRİ toplam puanı bakımından ikili olarak karşılaştırıldığında; düşük SED'li okullar ve orta SED'li okullar arasında ($p=0,001$) anlamlı fark bulunurken, düşük SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında ($p=0,159$), orta SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında ($p=0,077$) anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo-16).

Gruplar ÇATÖ çocuk-ergen toplam puanı bakımından ikili olarak karşılaştırıldığında; düşük SED'li okullar ve orta SED'li okullar arasında ($p<0,001$), düşük SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında ($p<0,001$), orta SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında ($p=0,002$) anlamlı fark bulunmuştur (Tablo-16).

Gruplar ÇATÖ ebeveyn toplam puanı bakımından ikili olarak karşılaştırıldığında; düşük SED'li okullar ve orta SED'li okullar arasında ($p=0,588$) anlamlı fark bulunmazken, düşük SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında ($p<0,001$), orta SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında ($p<0,001$) anlamlı fark bulunmuştur (Tablo-16).

Gruplar PB/SB alt ölçek puanı bakımından ikili olarak karşılaştırıldığında; düşük SED'li okullar ve orta SED'li okullar arasında ($p<0,001$), düşük SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında ($p<0,001$), orta SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında ($p=0,013$) anlamlı fark bulunmuştur (Tablo-16).

Gruplar YAB alt ölçek puanı bakımından ikili olarak karşılaştırıldığında; düşük SED'li okullar ve orta SED'li okullar arasında ($p<0,001$), düşük SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında ($p<0,001$) anlamlı fark bulunurken, orta SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında ($p=0,622$) anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo-15).

Gruplar AA alt ölçek puanı bakımından ikili olarak karşılaştırıldığında; düşük SED'li okullar ve orta SED'li okullar arasında ($p=0,033$), düşük SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında ($p<0,001$), orta SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında ($p<0,001$) anlamlı fark bulunmuştur (Tablo-15).

Gruplar SA alt ölçek puanı bakımından ikili olarak karşılaştırıldığında; düşük SED'li okullar ve orta SED'li okullar arasında ($p=0,089$) anlamlı fark bulunmazken, düşük SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında ($p<0,001$), orta SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında ($p<0,001$) anlamlı fark bulunmuştur (Tablo-16).

Gruplar OK alt ölçek puanı bakımından ikili olarak karşılaştırıldığında; düşük SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında ($p=0,211$) anlamlı fark bulunmazken, düşük SED'li okullar ve orta SED'li okullar arasında ($p=0,001$), orta SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında ($p=0,041$) anlamlı fark bulunmuştur (Tablo-16).

Gruplar PB/SB ebeveyn alt ölçek puanı bakımından ikili olarak karşılaştırıldığında; düşük SED'li okullar ve orta SED'li okullar arasında

($p=0,386$), orta SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında ($p=0,150$) anlamlı fark bulunmazken, düşük SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında ($p=0,005$) anlamlı fark bulunmuştur (Tablo-16).

Gruplar AA ebeveyn alt ölçek puanı bakımından ikili olarak karşılaştırıldığında; düşük SED'li okullar ve orta SED'li okullar arasında ($p=0,876$) anlamlı fark bulunmazken, düşük SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında ($p<0,001$), orta SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında ($p<0,001$) anlamlı fark bulunmuştur (Tablo-16).

Gruplar SA ebeveyn alt ölçek puanı bakımından ikili olarak karşılaştırıldığında; düşük SED'li okullar ve orta SED'li okullar arasında ($p=0,768$) anlamlı fark bulunmazken; düşük SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında ($p<0,001$), orta SED'li okullar ve yüksek SED'li okullar arasında ($p<0,001$) anlamlı fark bulunmuştur (Tablo-16).

Tablo-16: DRİ ölçek puanı ile ÇATÖ toplam ve alt-ölçek puanlarının SED'e (okullara göre) göre karşılaştırılması-ikili karşılaştırma sonuçları

	İkili karşılaştırma p değerleri		
	Düşük-Orta	Düşük-Yüksek	Orta-Yüksek
DRİ toplam	0,001	0,159	0,077
DRİ ebeveyn toplam	-	-	-
ÇATÖ toplam	<0,001	<0,001	0,002
ÇATÖ ebeveyn toplam	0,588	<0,001	<0,001
ÇATÖ PB/SB	<0,001	<0,001	0,013
ÇATÖ YAB	0,001	0,009	0,622
ÇATÖ AA	0,033	<0,001	<0,001
ÇATÖ SA	0,089	<0,001	<0,001
ÇATÖ OK	0,001	0,211	0,041
ÇATÖ PB/SB ebeveyn	0,386	0,005	0,15
ÇATÖ YAB ebeveyn	-	-	-
ÇATÖ AA ebeveyn	0,876	<0,001	<0,001
ÇATÖ SA ebeveyn	0,768	<0,001	<0,001
ÇATÖ OK ebeveyn	-	-	-

Veriler medyan (minimum-maksimum) olarak verilmiştir.

ÇATÖ: Çocuklarda anksiyete tarama ölçeği; **ÇATÖ-PB/SB:** ÇATÖ Panik bozukluk ve anlamlı somatik belirtiler alt ölçeği; **ÇATÖ YAB:** ÇATÖ Yaygın anksiyete bozukluğu alt ölçeği; **ÇATÖ AA:** ÇATÖ Ayrılık anksiyetesi alt ölçeği; **ÇATÖ SA:** ÇATÖ Sosyal anksiyete alt ölçeği; **ÇATÖ OK:** ÇATÖ Okul korkusu alt ölçeği

Üç farklı SED'i temsil edecek şekilde ailenin aylık gelirleri değerlendirildiğinde; düşük SED'li aileler, orta SED'li aileler ve yüksek SED'li aileler arasında ÇATÖ çocuk-ergen toplam puanı ve ÇATÖ ebeveyn toplam

puanı bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca ÇATÖ çocuk-ergen PB/SB, AA, SA alt ölçekleri ve ÇATÖ ebeveyn PB/SB, AA, SA alt ölçekleri bakımından anlamlı fark bulunurken, diğer alt ölçekler bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo-17).

Tablo-17: DRİ ölçek puanı ile ÇATÖ toplam ve alt-ölçek puanlarının SED'e (ailenin aylık gelirine göre) göre karşılaştırılması

	SED			p değeri
	Düşük	Orta	Yüksek	
DRİ toplam	3 (0-12)	2(0-12)	2 (0-12)	0,324
DRİ ebeveyn toplam	2(0-12)	2(0-12)	2(0-12)	0,159
ÇATÖ toplam	25,5(0-64)	23(0-68)	19(0-62)	<0,001
ÇATÖ ebeveyn toplam	16(0-73)	15(0-63)	11(0-46)	<0,001
ÇATÖ PB/SB	6(0-23)	5(0-25)	3(0-21)	<0,001
ÇATÖ YAB	5(0-18)	5(0-18)	4(0-17)	0,321
ÇATÖ AA	6(0-16)	5(0-16)	4(0-14)	<0,001
ÇATÖ SA	7(0-14)	7(0-14)	5(0-14)	<0,001
ÇATÖ OK	1(0-8)	1(0-8)	1(0-8)	0,294
ÇATÖ PB/SB ebeveyn	2(0-24)	1(0-21)	1(0-12)	0,006
ÇATÖ YAB ebeveyn	3(0-16)	3(0-18)	2(0-12)	0,526
ÇATÖ AA ebeveyn	5(0-14)	4(0-15)	2(0-10)	<0,001
ÇATÖ SA ebeveyn	6(0-14)	5(0-14)	3(0-14)	<0,001
ÇATÖ OK ebeveyn	1(0-7)	1(0-7)	0(0-8)	0,148

Veriler medyan (minimum-maksimum) olarak verilmiştir.

ÇATÖ: Çocuklarda anksiyete tarama ölçeği **DRİ:** Duygusal reaktivite indeksi **PB/SB:** Panik bozukluk ve anlamlı somatik belirtiler alt ölçeği; **YAB:** Yaygın anksiyete bozukluğu alt ölçeği; **AA:** Ayrılık anksiyetesi alt ölçeği; **SA:** Sosyal anksiyete alt ölçeği; **OK:** Okul korkusu alt ölçeği **SED:** Sosyoekonomik düzey

Gruplar ÇATÖ çocuk-ergen toplam puanı bakımından ikili olarak karşılaştırıldığında; düşük SED'li aileler ve orta SED'li aileler arasında ($p=0,039$), düşük SED'li aileler ve yüksek SED'li aileler arasında ($p<0,001$),

orta SED'li okullar ve yüksek SED'li aileler arasında ($p<0,001$) anlamlı fark bulunmuştur (Tablo-18).

Gruplar ÇATÖ ebeveyn toplam puanı bakımından ikili olarak karşılaştırıldığında; düşük SED'li aileler ve orta SED'li aileler arasında ($p=0,101$) anlamlı fark bulunmazken, düşük SED'li aileler ve yüksek SED'li aileler arasında ($p<0,001$), orta SED'li aileler ve yüksek SED'li aileler arasında ($p<0,001$) anlamlı fark bulunmuştur (Tablo-17).

Gruplar PB/SB alt ölçek puanı bakımından ikili olarak karşılaştırıldığında; düşük SED'li aileler ve orta SED'li aileler arasında ($p=0,063$) anlamlı fark bulunmazken; düşük SED'li aileler ve yüksek SED'li aileler arasında ($p<0,001$), orta SED'li aileler ve yüksek SED'li aileler arasında ($p<0,001$) anlamlı fark bulunmuştur (Tablo-18).

Gruplar AA alt ölçek puanı bakımından ikili olarak karşılaştırıldığında; düşük SED'li aileler ve orta SED'li aileler arasında ($p<0,001$), düşük SED'li aileler ve yüksek SED'li aileler arasında ($p<0,001$), orta SED'li aileler ve yüksek SED'li aileler arasında ($p<0,001$) anlamlı fark bulunmuştur (Tablo-18).

Gruplar SA alt ölçek puanı bakımından ikili olarak karşılaştırıldığında; düşük SED'li aileler ve orta SED'li aileler arasında ($p=0,346$) anlamlı fark bulunmazken, düşük SED'li aileler ve yüksek SED'li aileler arasında ($p<0,001$), orta SED'li aileler ve yüksek SED'li aileler arasında ($p<0,001$) anlamlı fark bulunmuştur (Tablo-18).

Gruplar PB/SB ebeveyn alt ölçek puanı bakımından ikili olarak karşılaştırıldığında; düşük SED'li aileler ve orta SED'li aileler arasında ($p=0,089$), orta SED'li aileler ve yüksek SED'li aileler arasında ($p=0,210$) anlamlı fark bulunmazken, düşük SED'li aileler ve yüksek SED'li aileler arasında ($p=0,003$) anlamlı fark bulunmuştur (Tablo-18).

Gruplar AA ebeveyn alt ölçek puanı bakımından ikili olarak karşılaştırıldığında; düşük SED'li aileler ve yüksek SED'li aileler arasında ($p<0,001$), düşük SED'li aileler ve orta SED'li aileler arasında ($p=0,011$), orta SED'li aileler ve yüksek SED'li aileler arasında ($p<0,001$) anlamlı fark bulunmuştur (Tablo-18).

Gruplar SA ebeveyn alt ölçek puanı bakımından ikili olarak karşılaştırıldığında; düşük SED'li aileler ve orta SED'li aileler arasında ($p=0,160$) anlamlı fark bulunmazken; düşük SED'li aileler ve yüksek SED'li aileler arasında ($p<0,001$), orta SED'li aileler ve yüksek SED'li aileler arasında ($p<0,001$) anlamlı fark bulunmuştur (Tablo-18).

Tablo-18: DRİ ölçek puanı ile ÇATÖ toplam ve alt-ölçek puanlarının SED'e (okullara göre) göre karşılaştırılması-ikili karşılaştırma sonuçları

	İkili karşılaştırma p değerleri		
	Düşük-Orta	Düşük-Yüksek	Orta-Yüksek
DRİ toplam	-	-	-
DRİ ebeveyn toplam	-	-	-
ÇATÖ toplam	0,039	<0,001	<0,001
ÇATÖ ebeveyn toplam	0,101	<0,001	<0,001
ÇATÖ PB/SB	0,063	<0,001	<0,001
ÇATÖ YAB	-	-	-
ÇATÖ AA	<0,001	<0,001	<0,001
ÇATÖ SA	0,346	<0,001	<0,001
ÇATÖ OK	-	-	-
ÇATÖ PB/SB ebeveyn	0,089	0,003	0,21
ÇATÖ YAB ebeveyn	-	-	-
ÇATÖ AA ebeveyn	0,011	<0,001	<0,001
ÇATÖ SA ebeveyn	0,16	<0,001	<0,001
ÇATÖ OK ebeveyn	-	-	-

Veriler medyan (minimum-maksimum) olarak verilmiştir. **ÇATÖ:** Çocuklarda anksiyete tarama ölçeği; **ÇATÖ-PB/SB:** ÇATÖ Panik bozukluk ve anlamlı somatik belirtiler alt ölçeği; **ÇATÖ YAB:** ÇATÖ Yaygın anksiyete bozukluğu alt ölçeği; **ÇATÖ AA:** ÇATÖ Ayrılık anksiyetesi alt ölçeği; **ÇATÖ SA:** ÇATÖ Sosyal anksiyete alt ölçeği; **ÇATÖ OK:** ÇATÖ Okul korkusu alt ölçeği

DRİ çocuk-ergen toplam puanı ile anne ve baba eğitim düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde anne ve baba eğitim düzeyleri düştükçe, DRİ çocuk-ergen toplam puanı anlamlı olarak yükseldiği görülmüştür. Ancak ne anne ne de baba eğitim düzeyi ile DRİ ebeveyn toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo-19).

Tablo-19: DRİ çocuk-ergen ve ebeveyn toplam puanı ile anne ve baba eğitim düzeyi arasındaki ilişki

		Anne eğitim düzeyi	Baba eğitim düzeyi
DRİ çocuk-ergen toplam puanı	r	-0,068	-0,083
	p	0,019	0,004
DRİ ebeveyn toplam puanı	r	-	-
	p	0,528	0,130

Madde analizi sonucunda, madde-bütün korelasyonlarının en düşüğünün 0,433 (madde 3), en yüksekine ise 0,647 (madde 5) olduğu görülmüştür. Ölçekten çıkartıldığında Cronbach Alfa değerini arttıran hiçbir madde bulunmamaktadır. Stringaris ve ark. (2) tarafından önerilen ilk 6 maddeden oluşan tek faktörlü modelin uygun olup olmadığının değerlendirilmesinde, hem çocuk-ergen hem de ebeveyn örneklemi için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları Tablo-20’de verilmiştir. Buna göre her iki durum için elde edilen uyum iyiliği ölçütlerinin kabul edilebilir düzeyde oldukları görülmüştür.

Tablo-20: DRİ ölçeğinin ilk 6 maddesinden oluşan tek-faktörlü yapının uygun olup olmadığını değerlendirmek için yapılan doğrulayıcı faktör analizi

Uyum indeksi	Çocuk-Ergen	Ebeveyn
χ^2	14.946, $\nu=9$, $p=0.092$	11.871, $\nu=9$, $p=0.221$
χ^2/ν	1.667	1.319
RMSEA	0.024, $p=0.985$	0.019, $p=0.981$
%90 G.A.	0.000-0.044	0.000-0.045
SRMR	0.033	0.035
TLI	0.995	0.997
CFI	0.997	0.998

ν : Serbestlik derecesi **RMSEA**: Root mean square error approximation-Yaklaşık hataların ortalama karekökü **G.A.**: Güven aralığı **SRMR**: Standardized root mean square residual-Standardize artık kareler ortalaması karekökü **TLI**: Tucker-Lewis indeksi **CFI**: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi

TARTIŞMA VE SONUÇ

Duygusal Reaktivite İndeksi (DRİ), irritabilitenin değerlendirilmesi ve izleminin gerekliliği nedeniyle oluşturulmuştur. Çalışmamızda da Stringaris ve ark. (2) tarafından oluşturulan ölçek Türkçe'ye çevrilerek güvenilirlik ve geçerlilik analizine tabi tutulmuştur. Gerek iç tutarlılık, gerekse test-tekrar test güvenilirliği incelemesi sonucunda, DRİ'nin güvenilir bir ölçek olduğu görülmüştür. ÇATÖ kriter olarak kabul edildiğinde, anksiyete ile DRİ'den belirlenen irritabilite düzeyi arasında uyum incelendiğinde, özellikle YAB alt ölçeği ile DRİ arasında anlamlı korelasyon görülmesinden dolayı, DRİ'nin kriter geçerliliğini sağladığı kabul edilmiştir.

Çalışmada olgu alma esnasında cinsiyet, SED ve yaş gibi değişkenlerin dağılımına dikkat edildiği için, elde edilmiş olan verilerde irritabiliteye etki edebilecek faktörlerin dışlanması sağlanmıştır.

Bulguların Duygusal Reaktivite İndeksi'nin Geçerliliği Bakımından Değerlendirilmesi:

Çalışmamızda DRİ'nin geçerlilik analizi yapı ve kriter geçerliliği bakımından incelenmiştir. Kriter geçerliliği ölçeğin etkinliğini belirlemek amacıyla, ölçekten elde edilen puanlarla belirlenen kriter arasında, gelecekteki veya o andaki ilişkiyi inceler. Stringaris ve ark. tarafından oluşturulan DRİ'nin ölçtüğü irritabilite ile anksiyete bozuklukları (özellikle YAB) arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir. Bunu destekler nitelikte irritabilite, DSM-IV TR'de YAB tanı kriterlerinde yer almaktadır (37). Araştırmacılar, klinik önemi olan irritabilitenin, çocuk ve ergen anksiyete bozukluklarında sıklıkla ortaya çıktığını gözlemlemiştir (38-41). DRİ ve ÇATÖ skorları arasındaki korelasyonu değerlendiren bir çalışmada; anksiyete bozukluğu puanı yüksek olan ergenlerde özellikle irritabilitenin ortaya çıkma ihtimalinin yüksek olduğu ve klinisyenlerin, anksiyete bozukluğu olan ergenlerde bozukluğa neden olabilecek irritabilitenin olup olmadığını

kesinlikle belirlemeleri gerektiği vurgulanmıştır. Diğer taraftan, irritabilite anksiyete bozukluğu olan ergenler tarafından sık bir şikâyet olduğu için, klinisyenlerin irritabilitesi olan ergenleri, anksiyete bozuklukları açısından değerlendirmeleri gerekli olabilir (42). Çocukluk çağı irritabilitesi ile daha sonra YAB, distimi ve depresyon gibi stres ile ilişkili bozuklukların gelişimi arasındaki ilişki konusunda daha önce yapılan çalışmalar göz önünde tutulursa, DRİ puanı ile YAB (ÇATÖ-YAB alt ölçeği tarafından ölçülen) arasındaki korelasyonun, DRİ puanı ile fobik-kaygı (ÇATÖ-SA, AA alt ölçekleri tarafından ölçülen) ve PB arasındaki korelasyondan daha güçlü olduğu hipotezi kurulmuştur (26). Ayrıca DeSousa ve ark. (29) DRİ toplam ölçek puanı ile Spence çocuk anksiyete ölçeğinin (SÇAÖ) YAB alt ölçek puanı arasındaki korelasyonun, DRİ toplam ölçek puanı ile SÇAÖ'nin SA, AA, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Fiziksel Yaralanma alt ölçek puanları arasındaki korelasyondan daha güçlü olduğunu; fakat DRİ toplam ölçek puanı ile SÇAÖ'nün PB alt ölçek puanı arasındaki korelasyondan farklı olmadığını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde DRİ puanı ile YAB arasındaki korelasyon, DRİ puanı ile PB arasındaki korelasyon ile benzer olmakla birlikte; DRİ puanı ile SA ve DRİ puanı ile AA puanları arasındaki korelasyonlardan daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda da bu kavramlardaki beklenen ilişkiden dolayı, çocuklardaki anksiyeteyi ölçmede bir araç olarak kullanılan ÇATÖ kriter olarak kabul edilerek, anksiyete düzeyi ile incelenen ölçekten (DRİ) belirlenen irritabilite düzeyi arasındaki ilişki incelenmiştir. Gerek ÇATÖ bütününden elde edilen puan, gerekse ÇATÖ'nün YAB, SA, AA, OK alt ölçek puanları ile DRİ toplam puanı arasında, aynı yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu doğrultuda DRİ'nin kriter geçerliliğinin sağlandığı belirtilebilir.

Çalışmamızda hem çocuk-ergen hem de ebeveyn formlarından elde edilen sonuçlar dikkate alınarak, ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmek için yaptığımız doğrucayı faktör analizi sonucunda, Stringaris ve ark. (2) tarafından önerilen ilk 6 maddeden oluşan tek faktörlü model için elde edilen ölçütlere göre yeterli düzeyde oldukları görülmüştür. Ki-kare değerlerine bağlı olarak test edilen model uygun bulunmuştur. Ancak, örneklem büyüklüğünün

artmasıyla sabit serbestlik derecesinde ki-kare değerinin arttığı bilinmektedir. Diğer taraftan küçük örneklem büyüklüklerinde ki-kare test istatistiğinin değeri de düşmekte ve bu durum model uyumunun reddedilmesi için yapay bir eğilime neden olmaktadır. Bu nedenle ki-kare istatistiğinin tek başına model uyumunun varlığı ya da yokluğuna dair yeterince geçerli bir kanıt sağlamadığı belirtilmiştir (43-45). Ki-kare test istatistiği üzerindeki örneklem büyüklüğünün bu etkisini biraz olsun ortadan kaldırmak için ve bu olumsuzluktan kaçınarak daha standart bir karşılaştırma yapmak için Wheaton ve ark. (46) χ^2/v ölçütünün kullanılmasını önermiştir. Wheaton ve ark. (46), kabul edilebilir düzey olarak 5'in altında olması gerektiğini belirtirken, Tabachnick ve Fidell (47), χ^2/v ölçütünün 2 ve altında olması gerektiğini belirtmişlerdir. Çalışmamızda ise, χ^2/v ölçütü çocuk-ergen formu için 1,667; ebeveyn formu için ise 1,319 olarak elde edilmiştir. χ^2/v ölçütü model uyumunu doğrulayıcı yöndedir.

Bir diğer uyum iyiliği ölçütü olan SRMR, gözlenen korelasyonlar ve modelden elde edilen korelasyonlar arasındaki uyuşmazlığın ortalamasının bir ölçütüdür(48). Bazı yazarlar bu değer 0,05'den küçük olması gerektiğini belirtirken; iyi model uyumu için RMSEA değerinin 0,08'den küçük olması gerektiğini de belirtmişlerdir (49-51). RMSEA değerinin 0 olması ise mükemmel model uyumunu göstermektedir. Bizim çalışmamızda da RMSEA değeri çocuk-ergen için 0,033; ebeveynler için ise 0,035 olarak elde edilmiştir. Çalışmamızda hem çocuk-ergen hem de ebeveyn örneklemi için elde edilen SRMR değerleri model uyumu yönündedir.

Görelî uyum indeksleri olan TLI ve CFI, kurulan modelden elde edilen χ^2 test istatistiği değerinin, hiçbir gözlenen değişken arasında korelasyon olmayacak şekilde kurulan (null) modelden elde edilen χ^2 test istatistiği değeri ile karşılaştırılmasına dayanmaktadır (52,53). Hu ve Bentler (50) CFI değerinin 0,95'den büyük olması gerektiğini belirtmiştir. Stringaris ve ark.'ın (2) farklı psikolojik hastalıklara sahip ve sağlıklı çocuk-ergenler üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında, Amerika ve İngiltere örneklemelerinden elde ettikleri sonuçlara göre, Amerika örnekleminde çocuk-ergenler için CFI ve TLI indekslerinin her ikisi de 1,00 olarak elde edilirken,

ebeveynler için CFI indeksi 0,99, TLI indeksi ise 1,00 olarak elde edilmiştir. İngiltere örnekleme için ise, çocuk-ergenler için CFI ve TLI sırasıyla 0,99 ve 0,98 olarak elde edilirken; ebeveynler için her iki ölçüt de 1,00 olarak elde edilmiştir. DeSousa ve ark. (29) tarafından çocuk-ergen okul çocukları üzerinde yapılan çalışmada, CFI değerinin 0,999, TLI'nın ise 0,998 olarak bulunduğu belirtilmiştir. Mulraney ve ark. (4) tarafından Avusturya'da ergen ve yetişkinler üzerinde yapılan çalışmada, ergenler için CFI değeri 0,95, ebeveynler için ise 1,00 olarak elde edilmiştir. Çalışmamızda elde edilen CFI ve TLI değerleri her iki örneklem için de Stringaris ve ark. (2) ve DeSousa ve ark.'nın (29) çalışmalarına benzer şekilde, model uyumu için önerilen kesim değerinin üzerinde bulunmuştur.

Bir diğer uyum iyiliği ölçütü olan RMSEA, Steiger ve Lind (54) tarafından geliştirilmiş olup, modelde tahmin edilen parametre sayısına karşı oldukça duyarlı olmasından dolayı en iyi bilgi verici uyum indekslerinden biri olarak belirtilmiştir (51,55). MacCallum ve ark. (56), RMSEA değerinin 0,05 ile 0,10 arasında olmasının iyi uyumu, 0,10'un üzerinde olmasının ise zayıf uyumu gösterdiğini belirtmiştir. Hu ve Bentler (50) ise kabul edilebilir uyum için, RMSEA değerinin 0,06'nın altında olması gerektiğini belirtmiştir. Çalışmamızda çocuk-ergen için RMSEA değeri 0,024, ebeveynler için ise 0,019'dur. Bu değerler Stringaris ve ark.'ın (2), DeSousa ve ark.'ın (29) DRİ için elde etmiş oldukları RMSEA değerlerinden daha düşüktür. Ayrıca, RMSEA değerinin %90 güven aralığının mükemmel uyum için alt sınırının 0, yaklaşık uyum için ise $<0,05$ olması gerektiği belirtilmiştir (45,57). Üst sınır ise ideal olarak 0,08 veya daha düşük olmalıdır. RMSEA'nın popülasyon değerinin 0,05'den küçük olduğu tek yönlü hipotezi test edildiğinde, H_0 hipotezinin kabul edilmesi modelin uygun olduğunun bir göstergesidir (38). Çalışmamızda çocuk-ergen için RMSEA değerinin %90 güven aralığının mükemmel uyum için alt sınırı $<0,001$ olarak, üst sınır değeri ise 0,044 olarak bulunmuştur. Ayrıca, RMSEA popülasyon değerinin 0,05'den küçük olduğu yönünde kurulan tek yönlü hipotez için H_0 hipotezi kabul edilmektedir. Bu doğrultuda, ilgili ölçütler mükemmel model uyumunu göstermektedir. Ebeveynler için de sonuçlar benzer yöndedir.

Genel olarak χ^2 / v , RMSEA, RMSEA'nın %90 güven aralığı, SRMR, TLI ve CFI gibi ölçütler dikkate alındığında doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre hem çocuk-ergen hem de ebeveyn örneklemleri için DRİ'nin yapısal geçerliliği mevcuttur. Bu veriler, DRİ'nin irritabiliteyi değerlendirebilmek ve bu sayede klinik çalışmaların artışına katkı sağlamak; psikopatolojilerin tanılarında daha rahat ve yüksek bir oranda ulaşılmasına yardımcı olmak amacıyla pratik kullanım olanağı sunabileceğini göstermektedir.

Bulguların Duygusal Reaktivite İndeksi'nin Güvenilirliği Bakımından Değerlendirilmesi:

DRİ ölçeğinin güvenilirlik analizi, iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirlik analizi yöntemleri ile incelenmiştir. DeSousa ve ark. (29) tarafından yapılan güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı DRİ toplam puanı için 0,843 olarak bildirilmiştir. Mulraney ve ark. (4) tarafından yapılan güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı DRİ toplam puanı için 0,80 olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda Cronbach alfa katsayısı DRİ toplam puanı için 0,857; DRİ ebeveyn formu için 0,831 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test yöntemi ile güvenilirlik incelendiğinde test-tekrar test korelasyonu çocuk-ergen ölçeği için 0,929 ($p < 0,001$) ebeveyn ölçeği için ise 0,965 ($p < 0,001$) olarak bulunmuştur.

Analizler sonucunda DRİ ölçeğinin yüksek düzeyde güvenilir bir ölçek olduğu belirtilebilir.

Bulguların Sosyodemografik Veriler Açısından Değerlendirmesi

1. Bulguların Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi

DeSousa ve ark. (29) 8-17 yaş aralığındaki 133 okul çocuğuna DRİ'yi uygulamışlar; çalışmalarında cinsiyet bakımından anlamlı fark bulmadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca Stringaris ve ark. (2) Amerika ve İngiltere'den elde ettikleri örneklemlerde DRİ'yi uyguladıklarında, hem

çocuk-ergen formu hem de ebeveyn formu için, kızlar ve erkeklerin irritabilite düzeyleri arasında anlamlı fark bulmadıklarını belirtmişlerdir. DRİ ile ilgili Avusturya'da yapılan bir başka çalışmada da, hem ergenler hem de ebeveynler için toplam DRİ puanında cinsiyet bakımından fark bulunmadığı belirtilmiştir (4). Benzer şekilde çalışmamızda da gerek çocuk-ergen formu gerekse ebeveyn formu için, kızlar ve erkeklerin arasında irritabilite düzeyleri bakımından anlamlı fark yoktur.

ÇATÖ ile yapılan çalışmalarda ise anksiyete düzeylerinin çoğunlukla kızlarda erkeklerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer sonuçlar ebeveyn formunda da gözlenmiştir (58-60). Yapılan klinik bir çalışmada ÇATÖ-YAB alt ölçeği ile belirlenen puanlar kızlarda erkeklerden daha yüksek oranda bulunmuştur (61). Essau ve ark.'nın (62) 556 Alman ilköğrencisi üzerinde, SÇAÖ ve ÇATÖ'nün geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirdikleri çalışmalarında, ÇATÖ'nün bütün alt ölçek puanları ve toplam ölçek puanı bakımından kızlar ve erkekler arasında anlamlı fark olduğunu, kızların erkeklere göre daha yüksek anksiyete semptomlarına sahip olduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde Muris ve ark. (60) tarafından okul çocukları üzerinde ÇATÖ ve SÇAÖ arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmalarında da, tüm ölçek puanlarının kızlarda erkeklerden daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda da ÇATÖ toplam ölçek puanları ve bütün alt ölçek puanlarının kızlarda erkeklerden anlamlı olarak yüksek bulunması, kızların erkeklere göre daha yüksek anksiyete semptomlarına sahip olduğu literatür bilgisini doğrulamaktadır.

2.Bulguların Yaş Değişkeni Açısından Değerlendirilmesi

Mulraney ve ark. (4) ergenler, erişkinler ve ebeveynler üzerinde yaptıkları çalışmada, DRİ toplam skoru ve yaş arasında anlamlı ilişki bulunmadığını belirtmişlerdir. DeSousa ve ark. (29), katılımcıları çocuk ve ergen olarak iki yaş grubuna ayırdıklarında, DRİ toplam ölçek puanı açısından anlamlı fark bulunmadığını belirtmişlerdir. Benzer şekilde bizim çalışmamızda da 8-10 yaş aralığı çocuk, 11-18 yaş aralığını ergen olmak

üzere iki yaş grubu arasında karşılaştırma yapıldığında, hem çocuk-ergen formu hem de ebeveyn formu için iki yaş grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. İrritabilitenin YAB'ın bir semptomu olduğu düşünülerek YAB alt ölçeği değerlendirildiğinde, hem çocuk-ergen hem de ebeveyn formu için ÇATÖ YAB alt ölçek puanları bakımından da iki yaş grubu arasında anlamlı fark bulunmadığı gözlenmiştir. Muris ve ark. (63) 8-13 yaş arasındaki okul çocuklarında yaptıkları çalışmalarında, ÇATÖ toplam puanı ile yaş arasında negatif yönde anlamlı korelasyon varken, YAB ve PB alt ölçekleri ile yaş arasında anlamlı korelasyon olmadığını belirtmişlerdir. Çalışmamızda da ÇATÖ toplam puanı ile yaş arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuşken, irritabilitenin bir semptomu olduğu YAB ile ilişkin YAB alt ölçeği ve PB ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

3.Bulguların Sosyoekonomik Düzey Değişkeni Açısından Değerlendirilmesi

DeSousa ve ark. (29), çalışmalarında orta SED'e sahip ailelerden gelen özel okul öğrencileri ile düşük SED'e sahip ailelerden gelen devlet okulu öğrencileri, çocuk-ergen formundan elde edilen toplam DRİ puanı bakımından değerlendirildiğinde; düşük SED'e sahip ailelerden gelen özel okul öğrencilerinin, orta SED'e sahip ailelerden gelen devlet okulu öğrencilerine göre daha yüksek puanlarının olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da çocuk-ergen formundan elde edilen toplam DRİ ölçek puanı bakımından değerlendirildiğinde; düşük SED'e sahip ailelerden gelen okul öğrencilerinin, orta SED'e sahip ailelerden gelen okul öğrencilerine göre daha yüksek puanlarının olduğu belirlenmiştir. Çocuktaki agresyon için tanımlanmış ailesel risk etmenleri şöyledir: Düşük anne eğitim seviyesi, düşük gelir, zayıf ebeveynlik becerileri ve ebeveynlerdeki ruhsal bozukluklar (64). Agresyon kelime anlamı olarak irritabilite ile benzer problemleri açıklamak için kullanılmaktadır (1). Bu bağlamda düşük SED'e sahip ailelerden gelen çocukların daha fazla irritabilite semptomları göstermesi beklenen bir durumdur. DeSouza ve ark. (65) tarafından yapılan çalışmanın,

lkemizle benzer gelişmişlik düzeyine sahip olan Brezilya'da yapıldığı düşünüldüğünde de sonuçlarımızın benzer çıkması beklenen bir durumdur.

4.Bulguların Anne-Baba Eğitim Düzeyi Açısından Değerlendirilmesi

Eğitim düzeyi arttıa annelerin ocuk yetiştirme tutumları geleneksellikten sıyrılıp daha olumlu hale gelmeye ve çocuklarda daha az davranışsal ve duygusal sorunlara rastlanmaya başlanmaktadır (66). Psikopatoloji gelişiminde ebeveyn eğitim seviyesi bir risk faktörüdür (67). Yapılan çalışmalarda ebeveyn eğitim düzeyi ile çocuktaki psikiyatrik hastalık arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (68-71). İrritabilitenin bir çok psikiyatrik hastalığın semptomu ve YDDB'nin çekirdek belirtisi olduğu düşünüldüğünde; çalışmamızda anne ve baba eğitim düzeyleri arttıa irritable düzeyinin anlamlı olarak azalması daha önce yapılan çalışmaları destekler niteliktedir.

5.Bulguların Psikiyatrik Hastalık yks Açısından Değerlendirilmesi

Kronik irritable olan çocukların genelde karmaşık ruhsal öyküleri bulunmaktadır. Bu ocuklarda, göreceli aşırı ve kronik irritable öyküsüyle sık karşılaşılır ve bu durum YDDB tanı ltleri tam karşılanmadan önce de bulunur. Tanı konmadan önceki bu görünüm KOKGB tanısı için yeterli olmuş olabilir. Benzer olarak YDDB olan birçok ocuğun DEHB ve anksiyete bozukluğu için de tanı ölçütlerini karşılayan belirtileri vardır ve bu tanılar çoğu kez erken yaşta konur. Kimi ocuklarda MDB tanı ltleri de karşılanabilir (17). Bu bilgilerden yola çıkarak irritable düzeyinin psikiyatrik hastalık tanısı bulunan çocuklarda, psikiyatrik hastalık tanısı bulunmayan çocuklara göre daha yüksek düzeyde olması beklenir. Bizim alışmamızda da benzer olarak psikiyatrik hastalığı olan ocukların DRİ (ocuk-ergen ve ebeveyn formları) toplam puanı psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

6.Bulguların Kronik Hastalık Öyküsü Açısından Değerlendirilmesi

Gortmaker ve ark. (72) yaptıkları çalışmada kronik hastalığı olan ergenlerin %10'unda sosyal geri çekilme, saldırganlık gibi davranış problemleri yaşandığını, depresyon, anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve kronik hastalığı olan çocuklarda olmayanlara göre 1,55 kat daha sık ruhsal bozukluk görüldüğünü belirtmişlerdir. İrritabilitenin de anksiyete bozukluklarının bir semptomu olduğu düşünüldüğünde çocukta kronik hastalık varlığında irritabilite düzeyinin yüksek olması beklenir. Bizim çalışmamızda da kronik hastalığı bulunan çocukların DRİ puanlarının, kronik hastalığı bulunmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

7.Bulguların Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Açısından Değerlendirilmesi

Geniş aile, kronik yaşam zorlukları, aile üyelerinde psikiyatrik hastalık ve alkol problemlerinin bulunması ile çocuk ve ergenlerde görülen psikiyatrik hastalıkların ilişkili olduğu bildirilmiştir (73). Çalışmamızda da çocuklar-ergen formundan elde edilen sonuçlara göre irritabilite düzeyleri bakımından ailesinde psikiyatrik hastalık olanlar ve olmayanlar arasında fark görülmezken; ebeveyn formlarından elde edilen sonuçlara göre ailesinde psikiyatrik hastalık bulunan çocukların irritabilite düzeyleri anlamlı olarak daha yüksektir.

8.Bulguların Ailede Kronik Hastalık Öyküsü Açısından Değerlendirilmesi

Ailede kronik hastalık varlığı ile ilgili yazın incelendiğinde; ebeveynlerde kronik hastalığın olması durumunda çocuğun işlevselliğinin olumsuz etkilendiği, ebeveyn çocuk arasındaki ilişkinin bozulduğu, daha fazla evlilik sorunlarının olduğu ve aile içindeki çocuklar da dâhil diğer üyelerin bu durumdan olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (74,75). Steele ve ark.'nın (76) yaptığı çalışmada annenin kronik hastalığında daha yüksek oranda olmakla

birlikte, hem annede hem babada kronik hastalık varlığının çocukta içe atım problemlerini arttırdığı belirtilmiştir. Çalışmamızda DRİ ölçeğinin hem çocuk-ergen formu hem de ebeveyn formlarından elde edilen sonuçlara göre ailesinde kronik hastalık bulunan çocukların irritabilite düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. İrritabilite düzeylerinin psikiyatrik hastalıklarda, özellikle de içe atım problemlerinde yüksek olduğu düşünüldüğünde, bizim sonuçlarımız daha önceki çalışmaları desteklemektedir (10,14).

Çalışmamızda ebeveynlerin psikopatolojilerinin incelenmemesi ve psikopatoloji değerlendirilmelerinin yapılandırılmış görüşmeler ile yapılmamış olması ise çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Aynı zamanda, bu çalışmadaki tüm çocuklar ve ergenler bir İlerdeki okulların örnekleminin parçasıdır. Dolayısıyla ileri çalışmalar bu bulguları klinik örneklemlerde tekrarlamayı denemeli ve DRİ'nin Türkçe versiyonunun klinik kullanımını incelemelidir. Çalışmamızın güçlü yanları ise; çalışma örnekleminin farklı kültürlerde insanların yaşadığı, Türkiye'nin nüfus bakımından 4. büyük ili olan Bursa'daki düşük, orta ve yüksek SED'den okullardan oluşması, geçerlilik güvenilirlik çalışması için istatistiksel olarak hesaplanan gerekli örneklem sayısının 1,5 kat fazlası alınarak yapılmış olmasıdır. Ayrıca çalışmamız ülkemizde doğrudan irritabiliteyi değerlendiren ilk çalışma olma özelliği de taşımaktadır.

Sonuç olarak, DRİ Türkiye'deki çocuk ve ergenlerde irritabilite semptomlarını değerlendirmek için uygun yeni bir ölçektir. Bizim sonuçlarımız DRİ'nin Türkçe versiyonu ölçümlerinin Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirlik açısından orjinal DRİ ile çok benzer olduğunu göstermiştir. Eğer ileri çalışmalar ölçeğin klinik örneklemdaki özelliklerini değerlendirirse, DRİ, ülkemizdeki çocuk ve ergenlerde irritabilitenin değerlendirilmesinde ve klinik takiplerde önemli bir araç olabilir.

KAYNAKLAR

1. Stringaris A, Taylor E. Disruptive Mood: Irritability in Children and Adolescents: Oxford University Press; 2015.
2. Stringaris A, Goodman R, Ferdinando S et al. The Affective Reactivity Index: a concise irritability scale for clinical and research settings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2012; 53 (11): 1109-17.
3. Stringaris A. Irritability in children and adolescents: a challenge for DSM-5. *European child & adolescent psychiatry* 2011;20(2):61-6.
4. Mulraney MA, Melvin GA, Tonge BJ. Psychometric properties of the Affective Reactivity Index in Australian adults and adolescents. *Psychological assessment* 2014;26(1):148-55.
5. Buss AH, Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of consulting psychology* 1957;21(4):343-49.
6. Diagnostic and statistical manual-text revision (DSM-IV-TRim, 2000). American Psychiatric Association, 2000.
7. Oppositional defiant disorder. DSM-5 development [Internet]. 2011.
8. Association AP. Temper dysregulation disorder with dysphoria. DSM-5 development. 2011.
9. Insel T, Cuthbert B, Garvey M et al. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry* 2010;167(7):748-51.
10. Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *American Journal of Psychiatry* 2011;168(2):129-142.
11. Stringaris A, Goodman R. Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2009;48(4):404-12.
12. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology* 2007;32(6):631-42.
13. Mick E, Spencer T, Wozniak J, Biederman J. Heterogeneity of irritability in attention-deficit/hyperactivity disorder subjects with and without mood disorders. *Biological Psychiatry* 2005;58(7):576-82.
14. Mulraney M, Melvin G, Tonge B. Brief report: Can irritability act as a marker of psychopathology? *Journal of Adolescence* 2014;37(4):419-23.
15. Pickles A, Aglan A, Collishaw S, Messer J, Rutter M, Maughan B. Predictors of suicidality across the life span: the Isle of Wight study. *Psychological Medicine* 2010;40(09):1453-66.
16. Krieger FV, Leibenluft E, Stringaris A, Polanczyk GV. Irritability in children and adolescents: past concepts, current debates, and future opportunities. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2013;35(1):32-39.
17. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.

18. Myers K, Winters NC. Ten-year review of rating scales. I: overview of scale functioning, psychometric properties, and selection. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2002;41(2):114-22.
19. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik; 2004.
20. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001;40(11):1337-45.
21. Dimitrov DM. *Quantitative research in education*: New York, NY: Whittier Publications Inc; 2008.
22. Aktürk Z, Acemoğlu H. Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik. *Dicle Medical Journal/Dicle Tip Dergisi* 2012;39(2):316-19.
23. Tekin H. *Eğitimde ölçme ve değerlendirme*: Yargı yayınevi; 1991.
24. Thorndike R, Cunningham G, Hagen E. *Measurement and evaluation in psychology and education*; 1961.
25. O'Connor RE. *Issues in the measurement of health-related quality of life*: National Centre for Health Program Evaluation; 1993.
26. Gürsakal N. *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı Yayınları; 2001.
27. Sencan H. *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005.
28. Narrow WE, Clarke DE, Kuramoto SJ et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part III: development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5. *American Journal of Psychiatry* 2013;170(1):71-82.
29. DeSousa DA, Stringaris A, Leibenluft E, Koller SH, Manfro GG, Salum GA. Cross-cultural adaptation and preliminary psychometric properties of the Affective Reactivity Index in Brazilian Youth: implications for DSM-5 measured irritability. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* 2013;35(3):171-80.
30. Stringaris A, Psych M, Cohen P, Pine DS, Leibenluft E. Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. *The American Journal of Psychiatry* 2009;166(9):1048-54.
31. Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L, Bridge J, Monga S, Baugher M. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1999;38(10):1230-6.
32. Karaceylan Çakmakçı F. *Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Unpublished Expertise Thesis, Department of child and adolescent psychiatry Kocaeli University, Faculty of Medicine, Kocaeli. 2004.
33. Şişman FN, Kadioğlu H, Ergün A, Erol S. Okul Çocuklarında Somatizasyon ve Somatik Belirtiler Nedeniyle Okul Revirine Başvuru Durumu. *Journal of Psychiatric Nursing* 2013;4(3):131-6.
34. Angold A. Diagnostic interviews with parents and children. *Child and Adolescent Psychiatry* 2002:32-51.
35. del Barrio V, Aluja A, Spielberger C. Anger assessment with the STAXI-CA: Psychometric properties of a new instrument for children and adolescents. *Personality and Individual Differences* 2004;37(2):227-44.

36. Burney DM, Kromrey J. Initial development and score validation of the Adolescent Anger Rating Scale. *Educational and Psychological Measurement* 2001;61(3):446-60.
37. Diagnostic and Statistical Manual-Text Revision (DSM-IV-TRim, 2000): American Psychiatric Association; 2000.
38. Comer JS, Pincus DB, Hofmann SG. Generalized Anxiety Disorder and The Proposed Associated Symptoms Criterion Change For Dsm-5 in A Treatment-Seeking Sample of Anxious Youth. *Depression and Anxiety* 2012;29(12):994-1003.
39. Kendall PC, Pimentel SS. On the physiological symptom constellation in youth with generalized anxiety disorder (GAD). *Journal of Anxiety Disorders* 2003;17(2):211-21.
40. Pina AA, Silverman WK, Alfano CA, Saavedra LM. Diagnostic efficiency of symptoms in the diagnosis of DSM-IV: generalized anxiety disorder in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2002;43(7):959-67.
41. Tracey SA, Chorpita BF, Douban J, Barlow DH. Empirical evaluation of DSM-IV generalized anxiety disorder criteria in children and adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology* 1997;26(4):404-14.
42. Stoddard J, Stringaris A, Brotman MA, Montville D, Pine DS, Leibenluft E. Irritability in child and adolescent anxiety disorders. *Depression and Anxiety* 2014;31(7):566-73.
43. Jöreskog KG. A general approach to confirmatory maximum likelihood factor analysis. *ETS Research Bulletin Series* 1967(2):183-202.
44. Bentler PM, Bonett DG. Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*. 1980;88(3):588-606.
45. Wentz JC, Erford BT, Dimitrov DM. *Statistical Methods for Validation of Assessment Scale Data in Counseling and Related Fields*. Alexandria: VA, American Counseling Association. *Bordón Revista de Pedagogía* 2012;64(3):160-4.
46. Wheaton D. Assessing reliability and stability in panel models. *Sociological Methodology*; 1977.
47. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. Boston Massachusetts Allyn and Bacon; 2001.
48. Brown TA. *Confirmatory factor analysis for applied research*: Guilford Publications; 2015.
49. Byrne B. *Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: Basic concepts, Application, and programming*, NJ: Lawrence Erlabum Mathwah; 1998.
50. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal* 1999;6(1):1-55.
51. Diamantopoulos A. Modelling with LISREL: A Guide for The Uninitiated. *Journal of Marketing Management* 1994; 10(1-3):105-136.
52. Tucker LR, Lewis C. A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika* 1973;38(1):1-10.
53. Bentler PM. Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin* 1990;107(2):238-46.

54. Steiger JH, Lind JC, editors. Statistically based tests for the number of common factors. annual meeting of the Psychometric Society, Iowa City, IA; 1980.
55. Steiger JH. Point estimation, hypothesis testing, and interval estimation using the RMSEA: Some comments and a reply to Hayduk and Glaser. *Structural Equation Modeling* 2000;7(2):149-62.
56. MacCallum RC, Browne MW, Sugawara HM. Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods* 1996;1(2):130-49.
57. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online* 2003;8(2):23-74.
58. Muris P, Merckelbach H, Gadet B, Moulart V, Tierney S. Sensitivity for treatment effects of the screen for child anxiety related emotional disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 1999;21(4):323-35.
59. Muris P, Dreessen L, Bögels S, Weckx M, Melick M. A questionnaire for screening a broad range of DSM-defined anxiety disorder symptoms in clinically referred children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004;45(4):813-20.
60. Muris P, Merckelbach H, Ollendick T, King N, Bogie N. Three traditional and three new childhood anxiety questionnaires: Their reliability and validity in a normal adolescent sample. *Behaviour Research and Therapy* 2002;40(7):753-72.
61. Bodden DH, Bögels SM, Muris P. The diagnostic utility of the screen for child anxiety related emotional disorders-71 (SCARED-71). *Behaviour Research and Therapy* 2009;47(5):418-25.
62. Essau CA, Muris P, Ederer EM. Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale and the Screen for Child Anxiety Related emotional disorders in German children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2002;33(1):1-18.
63. Muris P, Merckelbach H, Schmidt H, Mayer B. The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences* 1998;26(1):99-112.
64. Côté SM, Boivin M, Nagin DS et al. The role of maternal education and nonmaternal care services in the prevention of children's physical aggression problems. *Archives of General Psychiatry* 2007;64(11):1305-12.
65. Sustainability and equity: a better future for all [Online]. Human Development Report, Available at: <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2011/download/> (Accessed: October 2011). 2011.
66. Demirkaya SK, Aksu H, Yılmaz N, Özgür BG, Eren E, Avcil SN. Bir Üniversite Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Olguların Tanıları ve Sosyodemografik Özellikleri; 2015.
67. Demirkaya SK, Abali O. Annelerin çocuk yetiştirme tutumlarının okul öncesi dönem davranış sorunları ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2012;13(1):67-74.

68. Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M et al. Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico: The use of combined measures. *Archives of General Psychiatry* 1988;45(12):1120-6.
69. Costello EJ, Keeler GP, Angold A. Poverty, race/ethnicity, and psychiatric disorder: A study of rural children. *American Journal of Public Health* 2001;91(9):1494-8.
70. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. *The Future of Children* 1997:55-71.
71. Bor W, Najman JM, Andersen MJ, O'callaghan M, Williams GM, Behrens BC. The relationship between low family income and psychological disturbance in young children: an Australian longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1997;31(5):664-75.
72. Gortmaker SL, Walker DK, Weitzman M, Sobol AM. Chronic conditions, socioeconomic risks, and behavioral problems in children and adolescents. *Pediatrics* 1990;85(3):267-76.
73. Bilaç Ö, Ercan ES, Uysal T, Aydın C. İlköğretim Öğrencilerinde Anksiyete ve Duygudurum Bozuklukları Yaygınlığı ve Sosyodemografik Özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2014;25(3):171-80.
74. Lewis FM, Hammond MA, Woods NF. The family's functioning with newly diagnosed breast cancer in the mother: The development of an explanatory model. *Journal of Behavioral Medicine* 1993;16(4):351-70.
75. Armistead L, Klein K, Forehand R. Parental physical illness and child functioning. *Clinical Psychology Review* 1995;15(5):409-22.
76. Steele RG, Forehand R, Armistead L. The role of family processes and coping strategies in the relationship between parental chronic illness and childhood internalizing problems. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1997;25(2):83-94.

EKLER

EK-1: Duygusal Reaktivite İndeksi

Katılımcının Adı:

Yaş:

Lütfen, son altı ay içinde ve yaşlarınızla kıyaslandığında, aşağıdaki cümlelerden her birinin, duygularınız/davranışlarınızı ne kadar tanımladığını kutucukları işaretleyerek belirtiniz.

Lütfen boş bırakmayınız

	Doğru değil	Biraz doğru	Kesinlikle doğru
1. Başkaları tarafından kolayca kızdırılıyorum.			
2. Sık sık öfkeden kontrolümü kaybederim.			
3. Kızgınlığım uzun bir süre geçmez.			
4. Çoğu zaman sinirliyimdir.			
5. Sıklıkla öfkelenirim.			
6. Kolayca öfkeden kontrolümü kaybederim.			
7. Genel olarak, asabiyetim problemlere neden olur.			

Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

© 2012 Stringaris A (King's College London), Goodman R (King's College London), Ferdinando S (King's College London), Razdan V (National Institutes of Health), Muhrer E (National Institutes of Health), Leibenluft E (National Institutes of Health), Brotman MA (National Institutes of Health).

Bu materyal, klinisyenler tarafından kendi hastaları için kullanılmak üzere izinsiz çoğaltılabilir. Elektronik kullanım gibi herhangi bir başka kullanım için, yazarların önceden yazılı izni gerekmektedir.

EK-2: Duygusal Reaktivite İndeksi Aile

Katılımcının Adı:

Yaş:

Lütfen, son altı ay içinde ve yaşitlarıyla kıyaslandığında, aşağıdaki cümlelerden her birinin, çocuğunuzun duygu ve davranışlarını ne kadar tanımladığını kutucukları işaretleyerek belirtiniz. Lütfen boş bırakmayınız.

	Doğru değil	Biraz doğru	Kesinlikle doğru
1. Başkaları tarafından kolayca kızdırılır.			
2. Sık sık öfkeden kontrolünü kaybeder.			
3. Kızgınlığı uzun bir süre geçmez.			
4. Çoğu zaman sinirlidir.			
5. Sıklıkla öfkelenir.			
6. Kolayca öfkeden kontrolünü kaybeder.			
7. Genel olarak asabiyeti problemlere neden olur.			

Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

© 2012 Stringaris A (King's College London), Goodman R (King's College London), Ferdinando S (King's College London), Razdan V (National Institutes of Health), Muhrer E (National Institutes of Health), Leibenluft E (National Institutes of Health), Brotman MA (National Institutes of Health).

Bu materyal, klinisyenler tarafından kendi hastaları için kullanılmak üzere izinsiz çoğaltılabılır. Elektronik kullanım gibi herhangi bir başka kullanım için, yazarların önceden yazılı izni gerekmektedir

EK-3: Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) Anne-Baba Formu

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

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

	0 Doğru değil ya da nadiren doğru	1 Bazen ya da kısmen doğru	2 Çok doğru ya da çoğu kez
1. Çocuğum korktuğu zaman nefes almakta zorlanır.			
2. Çocuğumun okulda başı ağrır.			
3. Çocuğum fazla tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmaz.			
4. Çocuğum ev dışında bir yerde uyuduğunda korkar.			
5. Çocuğum diğer insanların kendisini sevip sevmediğinden endişe (kaygı) duyar.			
6. Çocuğum korktuğumda bayılacak gibi hisseder.			
7. Çocuğum gergindir (huzursuzdur).			
8. Çocuğum nereye gitsem (sanki gölgem gibi) beni izler.			
9. İnsanlar çocuğuma gergin (huzursuz) göründüğünü söyler.			
10. Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla birlikteyken kendini gergin (huzursuz) hisseder.			
11. Çocuğumun okulda karnı ağrır.			
12. Çocuğum korktuğumda delirecekmiş gibi hisseder.			
13. Çocuğum yalnız uyumaktan korkar.			
14. Çocuğum diğer çocuklar kadar iyi olup olmadığı konusunda endişelenir (kaygılanır).			
15. Çocuğum korktuğumda çevresindekileri gerçek değilmiş gibi hisseder.			
16. Çocuğum anne ve babasına kötü şeylerin olduğu kabuslar görür.			

17. Çocuğum okula gitmek konusunda endişelenir (kaygılanır).			
18. Çocuğum korktuğunda kalbi hızlı çarpar.			
19. Çocuğumda titremeler olur.			
20. Çocuğum kendisine kötü şeylerin olduğu kabuslar görür.			
21. Çocuğum işlerin kendisi için yolunda gidip gitmeyeceği konusunda endişe (kaygı) duyar.			
22. Çocuğum korktuğumda çok terler.			
23. Çocuğum endişeli (kaygılı) biridir.			
24. Çocuğumun hiç bir nedeni olmayan (sebepsiz) korkuları olur.			
25. Çocuğum evde yalnız kalmaktan korkar.			
26. Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla konuşmakta zorlanır.			
27. Çocuğum korktuğu zaman boğulacakmış gibi hisseder.			
28. İnsanlar çocuğuma çok fazla endişelendiğini (kaygılandığını) söyler.			
29. Çocuğum ailesinden uzakta olmaktan hoşlanmaz.			
30. Çocuğum sıkıntı (ya da panik) atakları geçireceğinden korkar.			
31. Çocuğum anne ve babasının başına kötü bir şeyler gelmesinden korkar.			
32. Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla birlikteyken çekingen (utangaç) olur.			
33. Çocuğum gelecekte neler olacağı konusunda endişelenir (kaygılanır).			
34. Çocuğum korktuğumda kusacakmış gibi hisseder.			
35. Çocuğum işleri ne kadar iyi yaptığı konusunda endişelenir (kaygılanır).			
36. Çocuğum okula gitmekten korkar.			
37. Çocuğum olmuş bitmiş şeyler için endişelenir (kaygılanır).			
38. Çocuğum korktuğumda başı döner.			
39. Çocuğum diğer çocuklarla veya yetişkinlerle beraberken ve onlar kendini izlerken bir şeyler yapması gerektiğinde (örneğin: sesli okumak, konuşmak, bir oyun oynamak) gergin (huzursuz) olur.			
40. Çocuğum bir partiye, eğlenceye (dansa) ya da fazla tanımadığı insanların olacağı herhangi bir yere gideceği zaman gergin (huzursuz) olur.			
41. Çocuğum çekingen (utangaç) biridir.			

EK-4: Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) Çocuk Formu (8 yaş ve büyük)

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

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

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

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

EK-5: Bilgi Toplama Formu

1. Cinsiyetiniz: () Kız () Erkek
2. Doğum tarihiniz:/...../.....
3. Anne ve babanız birlikte mi?
() evet () boşanmış () babam vefat etti () annem vefat etti
4. Annenizin eğitimi:
() Hiç okula gitmemiş () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu
() Üniversite mezunu
5. Babanızın eğitimi:
() Hiç okula gitmemiş () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu
() Üniversite mezunu
6. Annenizin şu andaki iş durumu:
() Ev hanımı () Düzenli bir işte çalışıyor () Emekli
7. Babanızın şu andaki iş durumu:
() Çalışmıyor () Düzenli bir işte çalışıyor () Emekli
8. Aylık ortalama gelir düzeyiniz:
() 1000 tl ve altı () 1000-3300tl () 3300 tl üzeri
9. Sizinle birlikte evde yaşayanlar (uygun olanı işaretleyin)
Öz annem () Öz babam () Üvey annem () Üvey babam () Diğer ()
10. Kaç kardeşiniz? İşaretleyiniz.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ve üzeri
11. Siz ailenizin kaçınıcı çocuğusunuz?
() 1. çocuk () 2. çocuk () 3. çocuk () 4. çocuk () 5. Çocuk ve üzeri
12. Ailenizde kronik bir fiziksel hastalığı (örn: şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, kanser, epilepsi, astım, kansızlık) ya da fiziksel özürlü (örn: görme, işitme, konuşma engelli ya da tekerlekli sandalye kullanan) olan var mı? Açıklayınız.
() Evet, var: () Hayır yok.
() Annem..... () Babam..... () Kardeşim..... () Diğer.....
13. Ailenizde bir psikiyatristten (ruh sağlığı uzmanı) tanı aldığını bildiğiniz ruhsal hastalığı (örn: şizofreni, bipolar bozukluk, depresyon, zeka geriliği, otizm) olan var mı? Açıklayınız.
() Evet, var: () Hayır yok.
() Annem..... () Babam..... () Kardeşim..... () Diğer.....
14. Sizin kronik bir fiziksel hastalığınız (astım, alerji, şeker hastalığı v.b) var mı? Açıklayınız.
() Evet, var: () Hayır yok
15. Sizin ruhsal bir hastalığınız var mı? Açıklayınız.
() Evet, var: () Hayır yok

TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca, bilgisini ve deneyimlerini istek ve özveriyle paylaşan, her an desteğini yanımda hissettiğim değerli hocam Doç. Dr. Ayşe Pınar VURAL'a ve uzmanlık eğitimim sürecinde katkılarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Yeşim TANELİ'ye içtenlikle teşekkür ederim.

Sadece rotasyon döneminde değil her ihtiyaç duyduğumda bilgi ve tecrübelerini paylaşan Psikiyatri AD öğretim üyeleri Prof. Dr. Selçuk KIRLI, Prof. Dr. Aslı SARANDÖL, Doç. Dr. Enver Yusuf SİVRİOĞLU, Doç. Dr. Cengiz AKKAYA, Doç. Dr. Saygın EKER'e ve tüm psikiyatri kliniği çalışanlarına teşekkürü bir borç bilirim.

Çocuk Nörolojisi rotasyonumda derin bilgilerinden faydalandığım, Prof. Dr. Mehmet Sait OKAN, Uzm. Dr. Muhittin BODUR ve tüm nöroloji çalışanlarına samimiyetleri için çok teşekkür ederim.

Tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Deniz SİĞİRLİ'ya çok teşekkür ederim.

Asistanlığım boyunca beraber çalışıp, her zaman desteklerini aldığım ve çok güzel anılar biriktirdiğim değerli meslektaşlarım, dört yılın en değerli kazanımı olan asistan arkadaşlarıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

Hastanemizde birlikte çalışma fırsatı bulduğum bütün uzmanlara, asistan arkadaşlara, psikologlara, hemşirelere ve tüm personele teşekkür ederim.

Her şeyden önce beni sonsuz sevgi ve özveriyle destekleyen sevgili eşim Fatma'ya, anneme ve babama, kardeşlerim Ahmet ve Ali'ye ve tüm aileme en içten teşekkürlerimi ve minnettarlığımı sunarım.

Ömer KOCAEL

ÖZGEÇMİŞ

Konya'da, 1985 yılında ailemin üçüncü çocuğu olarak dünyaya geldim. İlkokulu Şükrü Doruk İlkokulu'nda, ortaokulu Meram Ortaokulu'nda, liseyi Karaman Fen Lisesi'nde, tıp fakültesi eğitimini ise 2011 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladım. Mezun olduktan sonra 4 ay Afyon İhsaniye Toplum Sağlığı Merkezi'nde pratisyen hekim olarak görev yaptım. Ağustos 2011'de Uludağ Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimime başladım.

Dr. Ömer KOCAEL

