TÜRKİYE CUMHURİYETİ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ADOLESANLARDA SCL-90-R İLE PSİKİYATRİK SEMPTOMLARIN TARAMASI

Zahide YALAKİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

SOSYAL PEDİATRİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Filiz ŞİMŞEK ORHON

ANKARA

2019

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ADOLESANLARDA SCL-90-R İLE PSİKİYATRİK SEMPTOMLARIN TARAMASI

Zahide YALAKİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

SOSYAL PEDİATRİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Filiz ŞİMŞEK ORHON

ANKARA

2019

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum "Adolesanlarda SCL-90-R ile Psikiyatrik Semptomların Taraması" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Zahide YALAKİ

Tarih: 27.11.2019

İmza:



KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda
Zahide YALAKİ tarafından hazırlanan 'Adolesanlarda SCL-90-R ile Psikiyatrik Semptomların Taraması' adlı tez çalışması aşağıda isimleri bulunan jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OYBİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.
Tez savunma tarihi:27.11.2019

İmza
Prof. Dr. Sevgi BAŞKAN
Ankara Üniversitesi
Jüri Başkanı

İmza
Prof. Dr. Filiz ŞİMŞEK ORHON
Ankara Üniversitesi
Üye

İmza
Doç. Dr. Demet Soylu ALTUN
Ufuk Üniversitesi
Raportör

Tez hakkında alınan jüri kararı Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza
Prof. Dr. Mehmet Akan
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan i
Kabul ve Onay ii
İçindekiler iii
Önsöz v
Simgeler ve Kısaltmalar vi
Şekiller vii
Çizelgeler viii
1. GİRİŞ 1
1.1. Genel Bilgiler 4
1.1.1. Ergenlik Dönemi Fizyolojisi 4
1.2. Ergenlikte Büyüme 7
1.2.1. Fiziksel Büyüme 7
1.2.2. Cinsel Gelişim 9
1.2.3. Psikososyal Gelişim 10
1.2.3.1. Ergenlik Kuramları 13
1.3. Ergenlik Döneminde Karşılaşılabilecek Sorunlar 16
1.3.1. Fiziksel ve Tıbbi Sorunlar 16
1.3.1.1. Boy Kısalığı 16
1.3.1.2. Skolyoz 17
1.3.1.3. Obesite 17
1.3.1.4. Jinekomasti 18
1.3.1.5. Puberte Bozuklukları 18
1.3.1.6. Polikistik Over Sendromu 19
1.3.2. Davranış Sorunları 20
1.3.2.1. Yeme Bozuklukları 20
1.3.2.2. Madde/Alkol Kullanımı 21
1.3.2.3. Şiddet Davranışı 22
1.3.3. Ruhsal Sorunlar 22
1.3.3.1. Somatizasyon 22
1.3.3.2. Obsesif-Kompulsif Bozukluk 24
1.3.3.3. Depresyon 25
1.3.3.4. Anksiyete Bozukluğu 26
1.3.3.5. Öfke Patlamaları 27
1.3.4. Ergenlerde ruhsal sorunlar ile ilgili olarak ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalar 28
1.4. Araştırmanın Amacı 30
2. GEREÇ ve YÖNTEM 31
2.1. Sosyodemografik Veri Formu 32
2.2. SCL-90-R Semptom Tarama Testi 32
2.2.1.SCL-90-R Semptom Tarama Testinin Alt Ölçekleri 33
2.2.1.1.Somatizasyon 33
2.2.1.2. Obsesif - Kompulsif Belirtiler 33
2.2.1.3. Kişilerarası Duyarlılık 33
2.2.1.4. Depresyon 33

2.2.1.5. Anksiyete 34
2.2.1.6. Öfke ve Düşmanlık 34
2.2.1.7. Fobik Anksiyete 34
2.2.1.8. Paranoid Düşünceler 35
2.2.1.9. Psikotizm 35
2.2.1.10. Ek Belirtiler 35
2.2.2. SCL-90-R Semptom Tarama Testinin Puanlama ve Yorumlanması 35
2.3. Araştırmanın Amaçları ve Hipotezleri: 36
2.4. İstatistiksel Yöntem 37
3. BULGULAR 38
3.1. Çalışmaya Katılan Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri 38
3.2. Çalışmaya Katılan Ergenlerin Ebeveynlerinin Sosyodemografik Özellikleri 39
3.3. SCL-90-R Testinin Değerlendirilmesi 40
3.4. SCL-90-R Alt Grup Puanlarının Ergenlerin Sosyodemografik Verileri ile İlişkisi 44
3.5. SCL-90-R Alt Grup Puanları ile Ailenin Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişki 50
3.6. SCL-90-R Testinden <1 ve >1 Puan Alan Ergenlerin Sıklığının Ergenlerin ve EbeveynlerininSosyodemografik Özellikleri ile Karşılaştırılması 56
4. TARTIŞMA 64
4.1. ErgenlerinKişisel Bilgilerine Yönelik Verilerin Değerlendirilmesi 65
4.1.1. Cinsiyet ve Yaş 65
4.1.2. Ergenlerin Okul ve Sigara İçme Özellikleri 71
4.2. Ailelerin Bilgilerine Yönelik Verilerin Değerlendirilmesi 73
4.2.1. Anne-Baba Eğitim Düzeyi, Çalışma Durumları ve Gelir Düzeyleri 73
4.2.2. Aile Yapısı 76
4.2.3. Çocuk Sayısı 77
4.2.4. Ailede Psikiyatrik Hastalık 78
5. SONUÇ ve ÖNERİLER 81
ÖZET 85
SUMMARY 88
KAYNAKLAR 91
EKLER 99
Ek-1: Etik Raporu 99
Ek-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ebeveyn formu) 100
Ek-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ergen formu) 102
Ek-4. Sosyodemografik veri formu 103
Ek-5. SCL-90R tarama testi 105
ÖZGEÇMİŞ 110

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, fikir ve görüşleri ile her zaman bana destek olan saygıdeğer tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Filiz ŞİMŞEK ORHON'a,

Öğrencisi olmakla her zaman gurur duyduğum Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde geçen öğrencilik ve asistanlık dönemlerinden sonra Sosyal Pediatri Yüksek Lisans eğitim fırsatını bana veren Sayın Prof. Dr. Sevgi BAŞKAN ve Prof. Dr. Betül ULUKOL'a,

Tezimin istatistiksel değerlendirmelerinde titizlikle yardımcı olan Sayın Doç. Dr. M.Ayşin Taşar'a, tezimdeki anketlerin değerlendirilmesinde yardımcı olan Psikolog İlyas Çakır'a,

Hayatımın her aşamasında, beni her zaman destekleyen ve haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim anne ve babama,

Çalışmalarım sırasında yaptıkları yardım ve gösterdikleri sabırları nedeniyle sevgili eşim ile canım çocuklarım Ege ve Arda'ya teşekkür ederim.

SİMGELER VE KISALTMALAR

ANKS	Anksiyete
BKI	Beden Kitle İndeksi
HHG	Hipotalamus-Hipofiz-Gonad
DEPR	Depresyon
EK	Ek Belirtiler
FOBİ	Fobik Anksiyete
FSH	Folikül Stimüle Edici Hormon
GnRH	Gonadotropik Salgılatıcı Hormon
GSİ	Genel Semptom İndeksi
KİŞİ	Kişilerarası Duyarlılık
LH	Lüteinize Edici Hormon
OKB	Obsesif-Kompulsif Bozukluk
ÖFKE	Öfke-Düşmanlık
PARA	Paranoid Düşünce
PSİKO	Psikotik Belirtiler
SCL-90-R	Symptom Check List-90-R
SOMA	Somatizasyon
UNESCO	Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Pubertedeki hormonal değişim ve etkileri 6
Şekil 1.2. Tanner-Marshall evrelerine göre kız ve erkeklerde pubertal gelişim 7
Şekil 1.3. Ergenliğin fiziksel gelişim özellikleri 9
Şekil 1.4. Freud'a göre gelişim dönemleri 14
Şekil 1.5. Erikson'a göre gelişim evreleri 15
Şekil 1.6. Piaget'e göre bilişsel dönemler 16

ÇİZELGELER

Çizelge 3.1. Çalışmaya katılan ergenlerin sosyodemografik özellikleri 39
Çizelge 3.2. Çalışmaya katılan ergenlerin ebeveynlerininsosyodemografik özellikleri 40
Çizelge 3.3. Çalışmaya katılan ergenlerin SCL-90-R alt grup puanlarının ortancaları 41
Çizelge 3.4. Çalışmaya katılan ergenlerin SCL-90-R alt ölçeklerinden alınan puanların gruplaması 42
Çizelge3.5. Çalışmaya katılan ergenlerin SCL-90-R alt grup puanlarının korelasyonu 43
Çizelge 3.6. SCL-90-R alt gruplarından alınan puanların cinsiyet ile karşılaştırılması 46
Çizelge 3.7. SCL-90-R alt gruplarından alınan puanların okul tipi ve başarısı ile karşılaştırılması 47
Çizelge 3.8. SCL-90-R alt gruplarından alınan puanların ergenin sigara kullanımı ile karşılaştırılması 49
Çizelge 3.9. SCL-90-R alt gruplarından alınan puanların anne-baba eğitim durumu, çalışma durumu ve meslekleri ile karşılaştırılması 52
Çizelge 3.10. SCL-90-R alt gruplarından alınan puanların aile tipi ve ailede psikiyatrik hastalık varlığı ile karşılaştırılması 53
Çizelge 3.11. SCL-90-R alt gruplarından alınan puanların çocuk sayısı ile karşılaştırılması 55
Çizelge 3.12. SCL-90-R alt gruplarından alınan puanların ailenin aylık gelir durumu ile karşılaştırılması 55
Çizelge 3.13. SCL-90-R testinden<1 ve >1 puan alma sıklığının ergenlerin sosyodemografik verileri ile karşılaştırılması 57
Çizelge 3.14. SCL-90-R testinden<1 ve >1 puan alma sıklığının ailenin sosyodemografik verileri ile karşılaştırılması 61

1. GİRİŞ

İnsanoğlu, tüm yaşamı boyunca farklı gelişim dönemlerinden geçmekte ve bu dönemlerde farklı özellikler göstermektedir. Ergenlik (adolesan) dönemi, insan yaşamında bir geçiş dönemi olmakla beraber psikolojik, psikososyal ve kültürel birçok durumdan etkilenen dinamik bir süreçtir. Bu nedenle bilimsel çalışmalarda her yönü ile araştırılan ve en çok merak edilen konulardan birisi olmuştur. Ergen kelimesi 'adolescent' kelimesinin karşılığı olarak kullanılmaktadır. Bu kelimenin kökünün latincede büyümek ve olgunlaşmak anlamına gelen 'adolescere' kelimesinden kaynaklandığı bilinmektedir. 'Adolesan' kelimesini ilk kez 1904'te ergen biliminin kurucusu Stanley Hall kullanmış ve ergenlik dönemini psikolojik ve psikososyal olarak 'yeniden doğuş' dönemi olarak tanımlamıştır (Curtis, 2015; Çuhadaroğlu, 1996; Santrock, 2012, s:140 ve Steinberg, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO); ergenleri 10-19 yaş aralığındaki bireyler, gençleri ise 15-24 yaş aralığındaki bireyler olarak tanımlamaktadır. Bu iki kesişen grup birleşik olarak "genç insanlar" grubunu oluşturmakta ve 10-24 yaş aralığını kapsamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ergenlik dönemi, insan hayatında bir bireyin artık çocuk olmadığı ancak henüz yetişkin de olmadığı bir dönem olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde bireyler fiziksel ve psikolojik olarak çok büyük değişimler yaşamaktadır (WHO, 2003). UNESCO (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü) ise, ergenlik dönemini 15-25 yaş arasındaki bireyler olarak tanımlamaktadır (UNESCO, 2011). Dünya nüfusunun %20'sini, Türkiye nüfusunun ise %23,5'ini gençlerin oluşturduğu; bu nüfusun %15,6'sının ise adolesan dönemi gençleri kapsadığı bildirilmiştir (TÜİK, 2018 ve WHO, 2003).

Ergenlik dönemi; kişilere, toplumlara ve ergenliğin yaşandığı dönemlere göre farklı özellikler göstermektedir. Bu dönemde, fiziksel büyüme, cinsel gelişim, psikososyal değişim ve olgunlaşma meydana gelmekte vebu süreç çocukluktan

erişkin hayata geçiş dönemi olarak kabul edilmektedir. Ergenin bu dönemde duygusal, fiziksel, cinsel ve sosyal gelişim ve değişimler yaşadığı bildirilmektedir. Bu büyüme, olgunlaşma ve değişim dönemine uyum sağlama davranışları sırasında ergenin farklı problemler ile karşı karşıya gelebileceği bilinmektedir (Dopheide, 2006 ve Kim, 2003).

Literatürde puberte dönemi ile ilgili olayların belirli bir sıraya göre oluştuğu, ancak başlama zamanı ve seyrinin kişiler arasında değişkenlik gösterdiği bildirilmektedir. Bununla birlikte, fiziksel olarak puberte belirtileri başlayan ergenlerin aynı zamanda bilişsel ve psikolojik olarak da gelişiminin tamamlanmasının gerçekleşemeyebileceği gözlenmektedir. Pubertesi daha erken başlayan, fiziksel ve cinsel gelişimi tamamlanmak üzere olan bir ergenin, bilişsel ve ruhsal açıdan çocuk gibi davranabileceği, bu durumun aksine pubertesi daha geç başlayanlarda bilişsel ve ruhsal olarak olgunluk gözlenirken, cinsel gelişiminin henüz başlangıç evrelerinde olabileceği bildirilmektedir (Call ve ark., 2002 ve Holland-Hall ve Burstein, 2016).

Ergenlik döneminde ebeveynlerin ilk dikkatlerini çeken durum fiziksel değişimler ve davranış değişiklikleri olmaktadır. Fiziksel değişimlerin ergenin çocukluktan çıkıp yetişkin birey olma görünümünü sağladığı için ebeveynler açısından olumlu ve gurur verici olarak karşılandığı; davranış değişikliklerinin ise ebeveynler tarafından kendilerine karşı çıkma ve otoriteye karşı gelme olarak algılandığı çalışmalarda bildirilmiştir (Call ve ark., 2002; Kim, 2003 veSantrock, 2012, s:15).

Ergenler ergenlik döneminde fiziksel, davranışsal ve psikolojik olarak bir takım sorunlarla karşı karşıya gelebilmektedir. Biyolojik olarak ergenin vücudunda meydana gelen değişikliklere uyum sağlamaya çalışırken farklı psikolojik tepkiler ve davranış şekilleri geliştirebileceği bildirilmiştir (Kim, 2003). Ergenliğin gelişim

aşamalarının her birinde ergenden başarması beklenen görevler bulunmaktadır. Gelişimdeki bu görevlerin başarılı bir şekilde tamamlanmasının ergenin kişilik oluşumunda etkili olduğu bildirilmiştir (Santrock, 2012,s:15).Ergenin bu gelişim aşamasında yaşayacağı yenilgilerin ve düş kırıklıklarının, kişilik gelişiminde izler bırakmasına ayrıca psikolojik olarak etkilenmesineve kimlik bocalamasına neden olabileceği açıktır (Güvenç ve Aktaş, 2006 veFlannery, 2006).

Ergenlik döneminde bir takım davranışsal problemler görülebilmektedir. Ergenler zamanlarının çoğunu kendi yaşıtlarıyla geçirdiğinden ve çevresindeki arkadaşlarını taklit etme davranışlarını gösterdiğinden bu dönemde şiddet ile karşılaşma ihtimalinde artış olmaktadır. Ergenlerin bu dönemde kendilerinden daha küçük olan çocuklara göre daha çok suç işlediği, çetelere ve çete faaliyetlerine daha sık katıldıkları ve sonuçta şiddete maruz kalma ihtimallerinin arttığı bildirilmektedir (Flannery, 2006).

Büyüme ve cinsel gelişme sırasında kişiler arasında çeşitli farklılıkların ortaya çıkabileceği ve bu farklılıklara alışma ve yeni duruma uygun davranışları öğrenme sırasında birtakım gerginliklerin meydana gelebileceği bildirilmiştir. Bu dönemde ergenlerin ruhsal bakımdan daha duyarlı olabileceği, zayıf ya da şişman olmak, özgüvende eksiklik, kendini yetersiz görmek, cinsel sorunlarını veya diğer özel sorunlarını ebeveyni ile konuşamamak, kendisine çocuk gibi davranılması, yanlış anlaşılmak, yeni insanlarla tanışma sırasında korku duymak, okulda başarılı olamamak ve daha güzel veya yakışıklı olamamak gibi konularda kaygılarının gelişebileceği çalışmalarda gösterilmiştir (Ekşi, 1999; Ertem, 2005 ve Santrock, 2012,s:140). Duygu durum bozuklukları, okul sorunları ve ilişki zorlukları ergenlerde sık rastlanan davranış sorunları olarak belirtilmiştir. Ergenlerde bu dönemde somatizasyon, obsesif-kompülsif belirtiler (OKB), depresyon, anksiyete bozukluğu, fobik anksiyete ve paranoid düşünceler gibi psikiyatrik belirtilerin de gelişebileceği çalışmalarda bildirilmiştir (Akayve ark.,2016 ve Call ve ark., 2002).

Ergenlik dönemi ve eşlik eden ruhsal bozukluklar ile ilgili çalışmalar incelendiğinde; kızlar arasında depresyon (Sung ve Son, 2000 ve Ward ve ark., 2000), somatizasyon (Bouman, 2002 veVictorin, 2006), anksiyete (Lu ve ark., 2007) ve OKB'nin (Lyoo ve ark., 2001); erkeklerde ise öfke (Starner ve Peters, 2004) ve saldırgan davranışların (Gül ve Güneş, 2009) daha fazla olduğu saptanmıştır.

Literatürde ergenlerde sık görülen psikiyatrik belirtilerin (somatizasyon, OKB, depresyon, anksiyete bozukluğu, fobik anksiyete ve paranoid düşünceler) tamamını içeren genel değerlendirme taramalarının yapıldığı çalışmalar az sayıda bulunmaktadır (Arıkan ve Antar, 2007;Aşkın ve ark., 1995ve Saatçi ve Akpınar, 2006). Ergenlerde psikiyatrik sorunların erken dönemde tanınması ve boyutunun iyi anlaşılması bu sorunların önlenmesinde büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle çalışmamızda; ergenlik döneminde olan ve çeşitli nedenlerle hastaneye başvuran çocuklarda psikiyatrik belirtilerin sıklığının belirlenmesi ve bunları etkileyen sosyodemografik etmenlerin saptanması amaçlanmıştır.

1.1. Genel Bilgiler

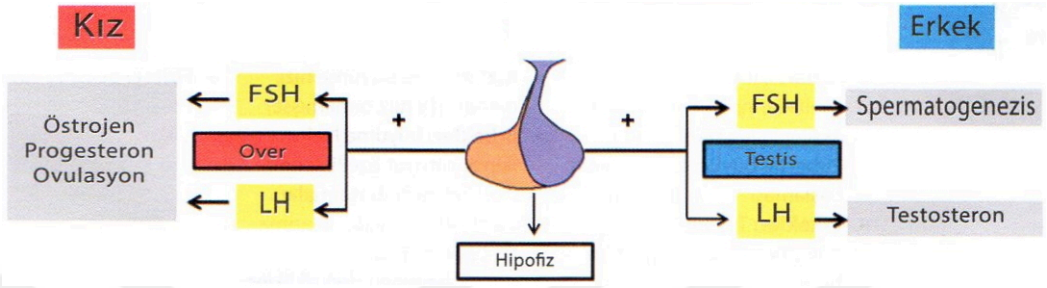
1.1.1. Ergenlik Dönemi Fizyolojisi

Ergenlik dönemi insan yaşamındaki en kritik dönemlerden birisi olup çocuğun sadece fiziksel olarak değil, hormonal, ruhsal ve sosyal açıdan da çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanmaktadır. Bu dönem, biyolojik, bilişsel ve psikososyal olarak farklı özellikler gösteren erken, orta ve geç ergenlik şeklinde üç evreden oluşmaktadır. Ergenler arasında büyüme hızı ile ilgili bireysel farklılıklar bulunmakla birlikte bu süreç genellikle öngörülebilir ve benzer gözlenmektedir (Anık ve Büyükgebiz, 2017 ve Holland-Hall ve Burstein,2016).

Puberte, ergenliğe geçişteki nöroendokrin ve fiziksel değişiklikleri kapsamaktadır. Yapılan çalışmalarda çeşitli nöroendokrin mekanizmaların uyarılması ile hipotalamus-hipofiz-gonad (HHG) ekseninin aktivasyonunun sağlandığı ve böylece pubertal değişikliklerin başladığı gösterilmiştir. Bu süreçte birçok faktörün etkisi olduğu bilinmekte olup pubertenin başlamasındaki kişisel farklılıkların önemli nedenini ise çevresel ve genetik faktörlerin oluşturduğu bildirilmiştir (Holland-Hall ve Burstein, 2016 ve Lee, 2003).

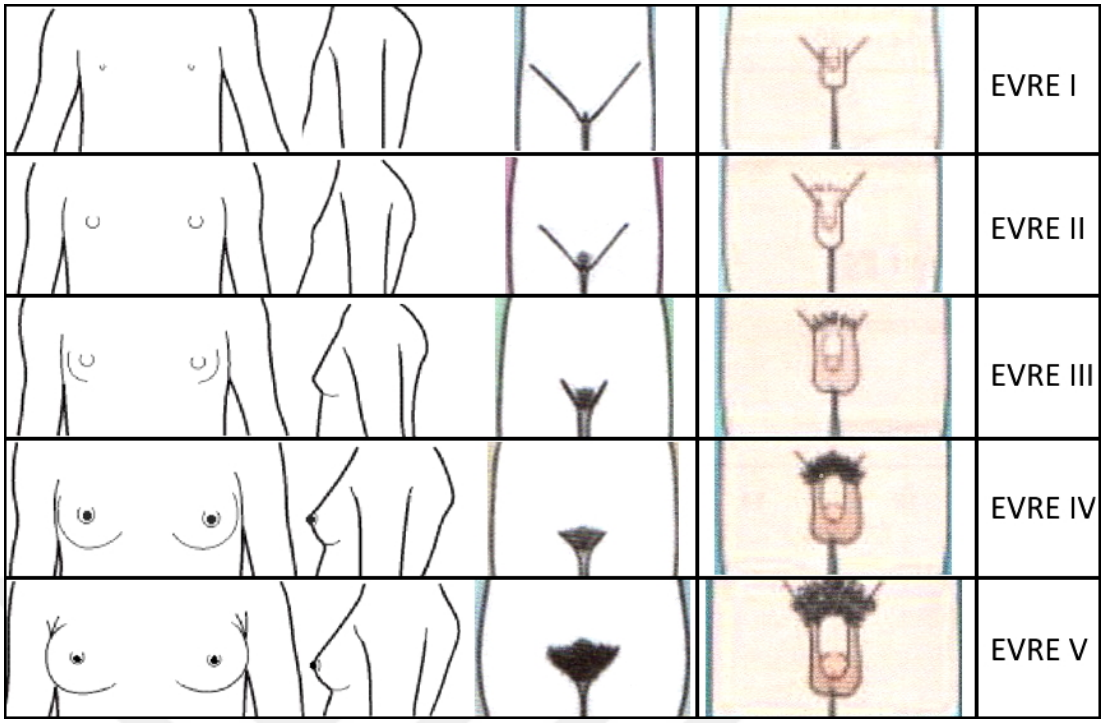
Pubertede rol alan lüteinize edici hormon (LH) ve folikül stimüle edici hormonun (FSH) intrauterin dönemin 10-12. haftasında hipofizden salınmaya başladığı ve gebeliğin 20-24.haftasında maksimum düzeye ulaştığı bilinmektedir. Gebeliğin son dönemlerinde fetoplasental ünitede üretilen cinsiyet steroidlerinin negatif geri bildirim etkisi ile fetal hipotalamik gonadotropin salgılatıcı hormonun (GnRH) ve hipofizer gonadotropin salınımının azaldığı, bunun sonucunda doğumda FSH ve LH'nın serum düzeylerinin düşük olduğu bildirilmektedir. Folikül uyarıcı hormon ve LH düzeyleri steroidlerin negatif geri bildirim etkisinden bağımsız olarak iki yaş civarında saptanamayacak düzeye gelmektedir. Bu hormonlardaki baskılanmanın santral sinir sistemindeki inhibitör sistemler tarafından olduğu düşünülmektedir. Gonadotropin salgılatıcı hormonun pulsatil salınarak HHG aksının tekrar aktivasyon kazanması pubertenin başlamasını sağlamaktadır. Puberte döneminde serum FSH düzeyinin 2,5 kat, LH düzeyinin ise 25 kat arttığı bildirilmiştir. Pubertal dönemde düzeyleri artan LH ve FSH gonadlarda özgün reseptörlerine bağlanarak, gonadal olgunlaşmaya ve cinsiyet hormonlarının (erkeklerde testosteron, kızlarda östradiol) üretimine neden olmaktadır. Serum düzeyi artan LH'nın erkeklerde testosteron üretimini sağladığı, FSH'nın ise spermatogonyaların olgunlaşmasını sağladığı bilinmektedir. Kızlarda ise FSH ve LH'nın ovulasyonda rol aldığı, FSH'nın ayrıca overlerde foliküllerin büyüme, gelişme ve olgunlaşmasından sorumlu olduğu saptanmıştır. Androjenlerin ise seksüel gelişmede görev yaptığı, her iki cinsiyette seksüel kıllanma ve akne gelişiminden sorumlu olduğu bildirilmektedir. Östrojen, her iki cinsiyette de somatik büyüme ve gelişimden sorumlu temel hormon olarak yer almaktadır (Anık ve Büyükgebiz, 2017;

Choi ve Yoo, 2013; Holland-Hall ve Burstein, 2016; Lee, 2003 veNathan ve Palmert, 2005) (Şekil 1.1).



Şekil 1.1. Pubertedeki hormonal değişim ve etkileri (Nathan BM ve Palmert MR, 2005'ten Türkçe'ye çevrilmiştir)

Ergenliğin normal başlama yaşı kızlarda 8-13 yaş iken erkeklerde 9-14 yaş olarak bildirilmiştir. Tanner-Marshall tarafından geliştirilmiş olan puberteyi tanımlayıcı standartlar, pubertenin hangi evrede olduğunun değerlendirilmesinde yararlanılan tablolardır. Tanner'e göre evre 1 prepubertal olarak nitelendirilirken, evre 5 pubertenin son evresi olarak tanımlanmaktadır (Holland-Hall ve Burstein, 2016 ve Lee, 2003) (Şekil 1.2).



Şekil 1.2. Tanner-Marshall evrelerine göre kız ve erkeklerde pubertal gelişim (Anık A ve Büyükgebiz A, 2017 ve Tarım Ö, 2017'den alınmıştır)

1.2. Ergenlikte Büyüme

1.2.1. Fiziksel Büyüme

Ergenlik döneminde artan hormonların etkisi ile en önemli değişikliklerden birisinin hızlı fiziksel büyüme olduğu saptanmıştır. Ergenler bu dönemde 3-5 yıl gibi bir süre içerisinde yetişkin boylarına ulaşmaktadır. Ergenlik döneminde erişkin boy uzunluğunun %20-25 kadarının kazanıldığı bildirilmiştir (Holland-Hall ve Burstein, 2016 ve Rosenfield ve ark., 2014).

Büyüme hızındaki artışın kızlarda puberte döneminin erken evresinde yaklaşık 11-12 yaşlarında (Tanner evre 2-3 döneminde) ve genellikle menstruel siklusun yaklaşık bir yıl öncesinde olduğu saptanmıştır. Kızlarda uzama döneminin yaklaşık 2-3 yıl devam ettiği ve bu dönem boyunca uzama hızları ortalamasının 8,25

cm/yıl olduğu bildirilmektedir. Menarş sonrası boy uzamasının azaldığı ve kemik yaşı 15 yaşa ulaştığında büyümenin %99 oranında tamamlandığı gözlenmektedir (Anık ve Büyükgebiz, 2017; Holland-Hall ve Burstein, 2016; Rosenfield ve ark., 2014 ve Tarım, 2017).

Erkeklerin büyüme hızındaki artışın ise kızlara göre daha geç olduğu ve 18 yaşına kadar devam ettiği bildirilmiştir. Erkeklerde puberte dönemindeki büyüme hızındaki artışın genellikle 13-15 yaşları arasında (Tanner evre 3-4 döneminde) gözlendiğive bu dönemde yıllık ortalama boy uzamasının 10-12 cm/yıl olduğu bildirilmiştir. Bu dönemdeki büyüme artışı sonucunda erkeklerde 28-31 cm boy artışı sağlanmaktadır. Kemik yaşı erkeklerde 17 yaşa ulaştığında büyümenin %99'unun tamamlandığı bildirilmektedir (Bordini ve Rosenfield, 2011; Holland-Hall ve Burstein, 2016 ve Pinyerd ve Zipf, 2005).

Pubertede önce ekstremitelerde, sonra gövde ve göğüs çevresinde büyüme olmaktadır. Erkeklerde yağsız vücut kitlesinde artış olurken, kızlarda yağ dokusunda artış gözlenmektedir. Ayrıca bu gelişim sırasında iç organların büyüklüklerinde ve kemik, kas ve yağ kitlelerinde artış olduğu; bu dönemde iskelet kitlesi, kalp, akciğerler, karaciğer, dalak, böbrekler, pankreas, tiroid ve adrenal bezler gibi bazı organların ağırlık ve büyüklük açısından iki katına çıktığı, tonsiller, adenoidler vetimus gibi lenfoid dokuların büyüklüğünün ise gerilediği saptanmıştır (Anık ve Büyükgebiz, 2017; Rosenfield ve ark., 2014 ve Terasawa, 2012).Şekil 1.3'de ergenliğin fiziksel gelişim özellikleri gösterilmiştir.

Özellik	Erken ergenlik	Orta ergenlik	Geç ergenlik
Ortalama yaş (yıl)	10-13	14-17	18-21
Fiziksel	**Kızlar:** ikincil cinsiyet özelliklerinin (meme, pubik, aksiller kıllanma) gelişimi, pubertal büyüme hamlesinin başlaması **Erkekler**: testislerde büyüme, genital büyümenin başlaması	**Kızlar:** zirve büyüme hızı, menarş (henüz olmamışsa) **Erkekler**: Büyüme hızlı, ikincil cinsiyet özelliklerinin gelişimi, gece boşalmaları, yüzde ve gövdede kıllanma, seste değişiklik -Vücut yapısında değişiklikler -Akne	-Fiziksel gelişme yavaşlar -Erkeklerde kas kitlesinde artış

Şekil 1.3. Ergenliğin fiziksel gelişim özellikleri (Tüzün ve Ataman, 2017'den alınmıştır)

1.2.2. Cinsel Gelişim

Kızlarda meme gelişiminin, erkeklerde ise testis volümünün artmasının pubertenin ilk göstergesi olduğu bilinmektedir. Ancak pubik kıllanmanın kızların %10-20'sinde ilk puberte bulgusu olabileceği de bildirilmiştir. Meme gelişimi ortalama 10-11 yaşları arasında (8-12 yaş) başlamakta ve yaklaşık 3-4 yılda, genellikle 14 yaş civarında tamamlanmaktadır. Meme gelişimini izleyen ortalama 1-1,5 yıldan sonra pubik kıllanmanın, 2-2,5 yıl (0,5-3 yıl) sonra da menstruasyonun başladığı saptanmıştır. Menstrüel kanamaların ilk iki yıl içinde düzensizlikler göstermesi normal olarak kabul edilmiştir. Puberte boyunca memelerin yanısıra overler, uterus, vajen, labiumlar ve klitorisin de boyutlarının arttığı bilinmektedir (Bordini ve Rosenfield, 2011; Holland-Hall ve Burstein, 2016; Pinyerd ve Zipf, 2005 ve Rosenfield ve ark., 2014).

Erkeklerde pubertenin ilk bulgusu genellikle testisin uzun çapının ≥2,5 cm ya da testis hacminin ≥4 ml ulaşmasıdır. Ergenlik döneminin başlangıç aşamasında asimetrik olabilen testis büyümesinindaha sonra simetrik olarak büyümesini tamamladığı bildirilmiştir. Erkeklerde testis hacminde artışın ortalama 12 yaş (9,5-13

yıl) civarında başladığı, daha sonra skrotum derisinin incelip, kıvrımlı bir hal aldığı ve penis boyutunda artış olduğu bilinmektedir. Pubik kıllanmanın testis hacmindeki artıştan 1-1,5 yıl sonra, aksiller kıllanmanın ise pubertenin ortalarında başladığı bildirilmektedir (Bordini ve Rosenfield, 2011; Bourguignon, 2004; Holland-Hall ve Burstein, 2016 ve Lee, 2003).

1.2.3. Psikososyal Gelişim

Ergenlik; cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayıp, kişinin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı bir dönem olarak tanımlanmıştır. Bu olgunlaşma dönemine biyolojik, bilişsel ve sosyoduygusal değişimlerin yol açtığı bilinmektedir. Ergenin fiziksel olarak değişimi ile toplum içindeki rolü de değişmekte, daha önceki çocuksu davranışlarının yerine yetişkin davranışları oluşturmaya başlamakta ve böylece ergen kendi kişiliği için kimlik geliştirmeye çalışmaktadır. Bu dönemde ergenin, önce anne-babanın etkisinden çıkmaya çalıştığı ve ailesini dolaylı veya açık olarak eleştirmeye başladığı gözlenmektedir (Holland-Hall ve Burstein, 2016, s:926; Santrock, 2012 ve Tüzün ve Ataman, 2017, s:1373).

Ergenlik dönemindeki psikososyal olgunlaşma erken, orta ve geç ergenlik evreleri olarak adlandırılan üç gruba ayrılmıştır.

Erken ergenlik denilen 12-14 yaş grubunda; ergen vücudunda meydana gelen fizyolojik değişiklikler nedeni ile kendine yabancılaşma hissedebilmektedir. Boyunun yaşıtlarına göre kısa olması, yüzünde sakal veya vücudunda kılların olmaması ve kızlarda göğüslerin küçük veya büyük olmasının ergen için önemli bir sorun haline gelebildiği gözlenmektedir. Bu dönemde ergenler, vücutlarındaki değişimlerin normal olup olmadığını sorgular, kendi vücutlarını başkaları ile karşılaştırır ve pubertal gelişimi ile ilgili endişe duyabilir. Çalışmalarda ergenlerde kendi bedenini beğenmeme duygusu çok fazla olursa, ergenin diyet yapmaya

çalışabileceği ve sonuçta çeşitli yeme bozuklukları geliştirebileceği bildirilmiştir (Curtis, 2015; Santrock, 2012 ve Tüzün ve Ataman, 2017, s:1373).

Erkeklerde bu dönemde özellikle boy büyümesinin gerçekleşmesi ruh sağlığı açısından olumlu etkilere sahiptir. Buna karşın, kızlarda erken gelişim varlığında yaşıtlarına göre benlik saygılarının daha düşük olduğu, depresyon ve anksiyete bozukluklarının görülme riskinin ise daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu dönemde vücut görünümünün değişmesi, dürtülerin artması ve cinsel kimliğin ön plana çıkması ergende gerginliğe neden olabilmekte ve aynı cinsiyetten bir ya da iki kişiyle yakın arkadaşlık kurmaya çalışabilmektedir. Ergenlerin arkadaş grupları giyim şekillerini de etkilemekte ve ergen bu dönemde dış görünüşünü daha fazla önemsemeye başlamaktadır (Derman, 2012; Ekşi, 1999 ve Pataki, 2007, s:3035).

Bu dönemde ergende fiziksel değişimin yanında bilişsel olarak da soyut düşünce yeteneğinin gelişmeye başladığı gözlenmektedir. Bulundukları zamanı düşünmenin yanısıra geleceğe yönelik kaygılar yaşamaya ve soyut düşünmenin başlaması ile birlikte din, politika, ölüm, felsefe gibi kavramlar üzerinde daha çok düşünmeye başladıkları saptanmıştır. Ergenin çevrenin getirdiği değişiklikleri ve otoriteyi sorguladığı, duygusal dalgalanmalarının sık görüldüğü ve bir gün neşeli iken ertesi gün depresif olabileceği bildirilmektedir. Ergenin bu değişikliklerle baş edebilmesi için bu dönemde ciddi bir aile desteğine ihtiyacı olduğu bildirilmiştir (Douvan ve Erikson, 1997; Flannery, 2006 ve Santrock, 2012).

Orta ergenlik; 15-17 yaş arasını kapsayan olgunlaşma ve öğrenmenin etkisi ile uyum becerilerinin daha iyi kullanılabildiği bir dönem olarak tanımlanmıştır. Bu dönem aynı zamanda cinsel kimlik gelişiminin önemli olduğu, pubertal gelişimin yavaşladığı ve ergenin bedenine alıştığı dönem olarak bilinmektedir. Her iki cins de kendisini tanımaya ve buna uygun sosyal roller edinmeye başlamıştır. Bu dönemde soyut düşünme ile entellektüel kapasitede artma ve yaratıcılık başlamakta ve sosyal sorumluluk ve idealler önemli hale gelmektedir. Bilişsel gelişim ve yaratıcılık ile

ergenlerin bu dönemde her şeyi yapabileceklerine inandıkları ve riskli davranışlarda bulunabilecekleri bildirilmektedir (Flannery, 2006; Pataki, 2007, s:3035; Susman ve Rogol, 2004, s:15 ve Tüzün ve Ataman, 2017, s:1373).

Ergenin genetik veya başka nedenlerle yaşının gelişimsel normaline ulaşamadığı durumlarda olumsuz duygular hissedebileceği ve sonuçta anksiyete ve depresyon gibi sorunlar geliştirebileceği saptanmıştır. Bu dönemde ergenlerin anne-babadan ayrılarak, kendisini ifade edebilen farklı birey olmaya ve bu durumu da ebeveynlerine kabul ettirmeye çalıştıkları bildirilmektedir. Çelişkili duygular içinde olan ergenler, farklı birey olma çabası gösterirken otorite ile çatışmalar yaşayabilmektedir. Bu dönemde aileye karşı gelme, isyankar davranışlar, evden kaçma, uyuşturucu madde kullanımı ve abartılı cinsel davranışlar gibi sorunlar gelişebileceği bildirilmiştir. Literatürde, ailelerin bu dönemde anlayışlı olması ve ergene uygun şekilde davranması ile fazla çatışma yaşamadan ergenin bu dönemi de atlatabileceği ve bireyselliğini kazanabileceği bildirilmiştir. Buna karşın, ebeveynlerin aşırı tepki göstermesi ile ortaya çıkan otorite çatışmalarının ergende anksiyete, dışa vurum davranış sorunları ve depresyonun oluşmasına neden olabileceği gözlenmektedir(Derman, 2012; Santrock, 2012 ve Susman ve Rogol, 2004, s:15).

Aileden ayrılma ve bağımsızlık kazanma istekleri nedeni ile bu dönemde arkadaş grupları ön plana çıkmakta, spor ve çeşitli sosyal aktivitelere yönelmeler gözlenmekte ve karşı cinse ilgi artmaktadır (Bacanlı, 2018 ve Tüzün ve Ataman, 2017).

Geç ergenlik ise; 18 yaşlarında başlayıp 20'li yaşlara kadar devam eden dönem için tanımlanmaktadır. Büyüme ve cinsel gelişme bu dönemde tamamlanmış, endişeler sona ermiş ve bir kimlik duygusu oluşmuştur. Ergen için ailenin düşüncesi ve kararları tekrar önemli hale gelmiş, sosyal ilişkiler arkadaş grubundan çok kişisel ilişkilere yönelmiştir. Bu dönemde akranlarla ilişkiler daha az önemli olmakta ve

genellikle karşı cinsle duygusal bağlar daha önemli hale gelmektedir. Ergenin bu dönemde kimliğinin oluştuğu ve yakın ilişki kurma, meslek ve eş seçebilme becerileri kazandığı gözlenmektedir (Bacanlı, 2018, Curtis, 2015; Santrock, 2012 ve Tüzün ve Ataman, 2017).

1.2.3.1. Ergenlik Kuramları

Ergenlik dönemindeki değişimleri ve bu değişimlerin altında yatan mekanizmaları inceleyen pek çok kuram ve araştırma bulunmaktadır. Ergenler konusunda ilk bilimsel araştırmayı Stanley Hall yapmıştır. Hall, Darwin'in evrim teorisinden etkilenmiş, ergenliği insan evrimindeki ilkellikten uygarlığa geçiş dönemi olarak simgelemiş ve ergenlikte olan hormonal değişimler sonucu ruh halinin değiştiğini vurgulamıştır. Hall, ergenlerin bu geçiş dönemi sırasında bazen enerji dolu ve coşkulu olurken bazen tam tersi kayıtsızlık ve sıkılma davranışı gösterdiği, bazen neşeli iken birden değişip hüzünlü olabileceği, kibirlilik ve övünme davranışı gösterirken, daha sonra utangaçlık duygusuna kapılabileceği, bir durum karşısında duyarlılık gösterirken benzer başka durumlarda umursamazlık yapabileceği gibi çelişkili davranışlar sergileyebildiğini belirtmiş; ergenliği 'fırtına ve stres dönemi' olarak tanımlamış ve 'ergenlik karmaşası' kavramını psikolojiye kazandırmıştır. (Curtis, 2015; Ertem, 2005 ve Santrock, 2012).

Psikoanalitik kuramlar içerisinde ergenlik ile ilgili diğer önemli çalışmalar Freud, Erikson ve Piaget tarafından yapılmıştır.

Freud kişilik gelişimini beş evreden oluşan 'psikoseksüel gelişim kuramı' ile açıklamıştır. Bu dönemler; oral dönem (doğum ile 1,5 yaş arası), anal dönem (1,5-3 yaş arası), fallik dönem (3-6 yaş arası), latent (gizil) dönem (6-12 yaş arası) ve genital dönem (puberteden sonra) olarak tanımlanmıştır. Freud, latent dönemde çocukların cinsel ilgilerini bastırdığını ve sosyal ve entelektüel becerilerini geliştirdiğini belirtmiş vebu dönemin çocukların ergenlik döneminde karşılaşacağı

çatışmalı döneme hazırlanma dönemi olduğunu öne sürmüştür. Genital dönem ise puberteden sonra başlayan ergenlik dönemi olarak tanımlanmış ve bu dönemin ergenliğin ilk dönemleri olan 11-13 yaşlarında başlayıp genç yetişkinlik dönemine kadar sürdüğü bildirilmiştir (Ertem, 2005; Feigelman, 2016, s: 48 ve Santrock, 2012). Freud'a göre ergenlik, meydana gelen fizyolojik değişimler nedeni ile bir alt üst olma devresi ve 'karmaşa' dönemi olarak tanımlanmıştır. Hormonal değişim ile cinsel dürtüler başta olmak üzere çeşitli dürtüler artmakta ve ergeni geçici olarak psişik bir kriz dönemine itebilmektedir. Latent dönemde baskılanan saldırgan ve cinsel dürtülerin tekrar ortaya çıkma tehlikesi gösterebildiği saptanmış ve bu dürtüler nedeni ile ergenlerin, fiziksel görüntüleri ve düşünceleri dahil kendileriyle daha çok ilgilenmeye başladıkları bildirilmiştir. Bu dönemde ergenlerin sadece kendilerini düşündükleri ve eleştiriler karşısında savunmaya geçtikleri gözlenmekte olup başkalarının gözündeki imaj ergenler için çok önemli olmaktadır (Bacanlı, 2018; Bernstein ve ark., 1994; Curtis, 2015 ve Santrock, 2012). Freud'un gelişim dönemleri Şekil 1.4'de gösterilmiştir.

Oral dönem	**Anal dönem**	**Fallik dönem**	**Latent dönem**	**Genital dönem**
Bebeğin haz kaynağı ağızdır.	Çocuğun haz kaynağı anüstür.	Çocuğun haz kaynağı cinsel organlarıdır.	Çocuk cinsel ilgilerini bastırır, sosyal ve entelektüel becerilerini geliştirir.	Cinselliğin tekrar uyandığı bir zamandır; cinsel haz kaynağı aile dışından birisidir.
Doğum-1,5 yaş	1,5-3 yaş	3-6 yaş	6 yaştan puberteye	Puberteden sonra

Şekil 1.4. Freud'a göre gelişim dönemleri (Santrock, 2012'den alınmış ve Türkçe'ye çevrilmiştir)

Erik Erikson ise insanın, Freud'un ileri sürdüğü psikoseksüel dönemlerden çok psikososyal evreler içerisinde geliştiğini ve yaşam boyunca sekiz evreden geçtiğini belirtmiştir. Bu evreler; bebeklik dönemi ile ilk yılı içeren güvene karşı güvensizlik,1-3 yaşı kapsayan özerkliğe karşı utangaçlık ve şüphe,3-5 yaş dönemi içerisinde olan girişimciliğe karşı suçluluk,6 yaş-ergenlik arası dönemde olan başarıya karşı aşağılık duygusu,10-20 yaş ergenlik dönemindeki kimlik kazanımına karşı kimlik karmaşası,20-30'lu yaşları kapsayan yakınlığa karşı yalnızlık, 40-50'li

yaşlar olan dönemde üretkenliğe karşı durgunluk ve son evre olan 60'lı yaşlar ve sonrasını kapsayan benlik bütünlüğüne karşı umutsuzluk olarak tanımlanmıştır (Bernstein ve ark., 1994; Erikson, 1968; Feigelman, 2016, s:48; Santrock, 2012 ve Pataki, 2007). Erikson ergenliği normatif bir kriz dönemi olarak tanımlamış ve bu dönemdeki krizleri ergen ne kadar başarılı bir şekilde çözebilirse gelişiminin o kadar sağlıklı olacağını belirtmiştir (Ağaoğlu, 2016; Curtis, 2015; Erikson, 1968ve Santrock, 2012).Erikson'a göre gelişim evreleri Şekil 1.5'de gösterilmiştir.

Erikson'un Evreleri	Gelişimsel Dönem
Benlik bütünlüğüne karşı umutsuzluk	İleri yetişkinlik (60'lı yaşlar ve sonrası)
Üretkenliğe karşı durgunluk	Orta yetişkinlik (40'lı, 50'li yaşlar)
Yakınlığa karşı yalnızlık	İlk yetişkinlik (20'li, 30'lu yaşlar)
Kimlik kazanımına karşı kimlik karmaşası	Ergenlik (10-20 yaş)
Başarıya karşı aşağılık duygusu	Orta ve son çocukluk (ilkokul yılları, 6 yaştan puberteye)
Girişimciliğe karşı suçluluk	İlk çocukluk (okulöncesi yıllar, 3-5 yaş)
Özerkliğe karşı utanç ve şüphe	Bebeklik (1-3 yaş)
Güvene karşı güvensizlik	Bebeklik (ilk yıl)

Şekil 1.5. Erikson'a göre gelişim evreleri (Santrock, 2012'den alınmış ve Türkçe'ye çevrilmiştir)

Ergenlerin bilişsel gelişimi ile ilgili bilgiler ise Piaget'in teorisine dayanmaktadır. Piaget'e göre bilişsel gelişim dört dönemden oluşmaktadır. Ergenler ilk üç evre olan duyu-hareket, işlem öncesi ve somut işlemler dönemini tamamladıktan sonra 11-12 yaşlarında soyut işlemler evresine girmektedir. Bu dönemde ergenler varsayım kurabilmekte, mantıksal sonuçlar çıkarabilmekte ve karmaşık problemleri sistematik olarak çözebilmektedir (Feigelman, 2016, s:48; Santrock, 2012 ve Steinberg, 2002). Piaget ilk çalışmalarında soyut işlemler düşüncesinin hem başlangıcının hem de sağlamlaşmasının erken ergenlik sırasında (11-15 yaş arasında) tamamlandığını belirtmiştir. Ancak daha sonradan soyut işlemler düşüncesinin daha geç ergenliğe (15-20 yaş arası) kadar tamamlanmadığı

sonucuna varmıştır (Call ve ark., 2002; Curtis, 2015; Santrock, 2012 ve Steinberg ve Morris, 2001).Şekil 1.6'da Piaget'in tanımladığı bilişsel dönemlergösterilmiştir.

Duygusal-motor dönem	**İşlem öncesi dönem**	**Somut işlemler dönemi**	**Soyut işlemler dönemi**
Bebek duyusal deneyimlerini fiziksel eylemleriyle koordine ederek dünya hakkında bir anlayış geliştirir. Bebek, doğumda varolan refleksif ve içgüdüsel eylemden, dönemin sonuna doğru sembolik düşüncenin başlangıcına ilerler.	Çocuk dünyayı sözcüklerle ve imgelerle tanımlamaya başlar. Bu sözcükler ve imgeler, artan sembolik düşünceyi yansıtmaktadır. Çocuk duyusal bilginin ve fiziksel eylemin ilişkilendirilmesinin ötesine geçmektedir.	Çocuk, somut olaylar hakkında mantıklı bir biçimde akıl yürütebilir ve nesneleri farklı gruplar halinde sınıflandırabilir.	Ergen daha soyut, idealist ve mantıklı bir biçimde akıl yürütür.
Doğumdan 2 yaşa kadar	2-7 yaş	7-11 yaş	11 yaş-yetişkinlik boyunca

Şekil 1.6. Piaget'e göre bilişsel dönemler (Santrock, 2012'den alınmış ve Türkçe'ye çevrilmiştir)

1.3. Ergenlik Döneminde Karşılaşılabilecek Sorunlar

1.3.1. Fiziksel ve Tıbbi Sorunlar

1.3.1.1. Boy Kısalığı

Normal büyüme çocuklarda sağlığın en önemli göstergelerinden birisidir. Ergenlik döneminde büyüme sıçraması kızlarda Tanner evre2-3'te, erkeklerde ise Tanner evre 4-5'te meydana gelmektedir. Bu durumun ortalama kronolojik yaş olarak kızlarda 12 yaşa, erkeklerde ise 14 yaşa denk geldiği bildirilmiştir. Ancak bazı durumlarda bu boy sıçraması olamamakta ve ergenlik dönemindeki çocuklarda boy kısalığı gelişebilmektedir. Boyun yaşa ve cinsiyete göre -2 standart sapmadan düşük olması boy kısalığı olarak tanımlanmaktadır. Boy kısalığı ile başvuran çocukların çoğunda normalin varyantı boy kısalığının saptandığı, patolojik boy kısalığının ise

%3-30 oranında olduğu bildirilmektedir (Baş ve Bereket, 2017 ve Grote ve ark., 2008).

1.3.1.2. Skolyoz

Skolyoz omurganın ön-arka plandaki eğriliği olarak tanımlanmaktadır. Normal bir insan omurgası ön veya arka plandan bakıldığında düz olmakla birlikte çocuk ve adolesan yaş grubunda 10 dereceden az minör eğriliklerin sık görüldüğü bildirilmektedir. Ergenlik dönemindeki erkeklerin %5'i, kızların ise %10-14'ünde vertebralarda hafif bir eğrilik gözlenmektedir. Eğer bu eğrilikler 10 dereceden fazla ise ergenlerin takip edilmeleri gereklidir. Skolyozun nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte en sık idiyopatik skolyoz görülmektedir. Bununla birlikte; etyolojide herediter, genetik, hormonal ve biyokimyasal birçok neden de yer almaktadır. İdiyopatik skolyozun 10 yaşından sonra görülen tipi adolesan idiyopatik skolyozu olarak tanımlanmıştır. Skolyozun boy artışının pik yaptığı dönemde erkeklerde 14 yaş ve kızlarda 12 yaş civarında daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Mistovich ve Spiegel, 2016 ve Noshchenko ve ark., 2015).

1.3.1.3. Obesite

Yapılan çalışmalarda son 30 yıl içerisinde dünyada obezite sıklığının çocuklarda iki, adolesanlarda ise üç kat arttığı saptanmıştır. Adolesan dönemde obez olan çocukların %50'sinin yetişkin yaşlarda da obez olduğu bildirilmektedir(CDC 2013; WHO, 2013).Obezitenin başlıca sebebi tüketilenden daha fazla enerji alınmasıdır. Adolesan döneminde hızlı büyüme ve gelişmenin olması enerji ve besin öğelerine ihtiyacı arttırmaktadır. Diğer yandan, adolesanlar gelişen teknoloji ile birlikte zamanlarının büyük çoğunluğunu spor aktiviteleri yaparak geçirmek yerine televizyon ve bilgisayar başında bulunmayı tercih etmektedir. Çalışmalarda çocuk ve adolesanlarda obezitenin çoğunlukla yetersiz fiziksel aktivite ve düzensiz beslenmeden kaynaklandığı gösterilmiştir (Daniels, 2005 ve Melnyk ve ark., 2009).

1.3.1.4. Jinekomasti

Genellikle fizyolojik olarak meydana gelen jinekomasti erkeklerde yenidoğan, puberte ve yaşlılık dönemleri olarak yaşamın üç döneminde görülebilmektedir. Jinekomastinin altında yatan nedenin meme dokusu düzeyinde östrojen-androjen etkisi arasındaki dengesizlik olduğu ve bu durumun da multifaktöriyel olduğu düşünülmektedir. Ergenlik döneminde görülen jinekomasti erkek çocuklarda 10-16 yaşları arasında %40 civarında görülebilmektedir. Jinekomastinin genellikle sekonder seks karakterlerinin ortaya çıkmasından yaklaşık 6 ay sonra ve büyümenin zirve yaptığı dönemde görülebileceği ve Tanner evre 3-4'de pik yapabileceği bildirilmiştir. Klinik olarak meme dokusunda ağrı, şişlik ve görüntü olarak rahatsızlık hissinin bulunması önemli bulgulardandır. Ergenlik döneminde gelişen jinekomastinin %75-90'ının 2-3 yıl içinde kendiliğinden gerilediği gözlenmekle birlikte, %10'dan az olguda kalıcı jinekomastinin gelişebileceği de bildirilmiştir (Braunstein, 2007; Derman, 2000; Diamantopoulos ve Bao, 2007 ve Durmaz ve Akgül, 2017).

1.3.1.5. Puberte Bozuklukları

*Erken Puberte:*Kızlarda 8, erkeklerde 9 yaşından önce sekonder seks karakterlerinin başlaması erken puberte olarak tanımlanmaktadır. Erken puberte hormon üretiminin primer kaynağına bağlı olarak santral (gonadotropin bağımlı/gerçek erken puberte) veya periferik (gonadotropin bağımsız/yalancı erken puberte) olarak sınıflandırılmaktadır. Santral erken pubertede GnRH pulse jeneratörünün erken aktivasyonu sonucu HHG aksı uyarılmakta ve erken puberte başlamaktadır. Santral erken pubertenin her zaman izoseksüel olduğu ve HHG aksının aktivasyonu ile seks hormon sekresyonunda artışın olması ile cinsel olgunlaşmanın da meydana geldiği bildirilmektedir (de Vries ve ark, 2004;Holland-Hall ve Burstein, 2016).

GnRH'dan bağımsız olarak FSH ve LH seviyesinin veya gonadal seks streoidlerinin (östradiol, testosteron) artması ile oluşan ergenlik periferik (yalancı) erken ergenlik olarak tanımlanmaktadır. Yalancı erken pubertede sekonder seks karakterleri ortaya çıkmakta, buna karşın normal HHG aks etkileşimi bulunmamaktadır. Bu durumda seks karakterleri izoseksüel veya heteroseksüel olabilmektedir (de Vries ve ark, 2004).

Erken ergenlikile gonadal steroidlerin artması sonucunda hızlı boy uzaması ve vücut gelişimi ve kemik gelişiminde hızlanma meydana gelmektedir. Erken ergenliği olan çocukların kemik epifizlerinde erken kapanma olacağından,çocukluk çağında boylarından bağımsız olarak erişkin dönemde boylarının kısa kalabileceği bildirilmektedir (Parent ve ark., 2003; Holland-Hall ve Bursteın, 2016).

Geç Puberte: Kızlarda 13, erkeklerde 14 yaşını doldurmasına karşın herhangi bir puberte bulgusunun olmaması geç puberte olarak tanımlanmaktadır. Pubertede nöroendokrin eksenin olgunlaşmaması veya gonadal disfonksiyona bağlı olarak gecikme olabilir. Pubertenin gecikmesi, primer bir sorundan kaynaklanabileceği gibi sistemik olarak başka bir soruna sekonder de gelişebilmektedir. Bilateral kriptorşidizm ile birlikte disgenetik testisler, atrofik testis, testis torsiyonu, travma, kabakulak ve coxsackie gibi enfeksiyonlar, kemoterapi, radyoterapiveya cerrahiye bağlı olarak hormonal etkilenme ile pubertenin gecikebileceği bildirilmiştir(Holland-Hall ve Bursteın, 2016 veLee ve Houk, 2007).

1.3.1.6. Polikistik Over Sendromu

Polikistik over sendromu; genellikle ergenlik döneminde başlayan, sekonder amenore nedeni olabilen ve menstruasyon düzensizlikleriyle seyreden bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. Klinik bulguların oluşmasında hiperandrojenizm ve kronik anovulasyon asılrolü oynamaktadır. Bulgular genellikle peripubertal dönemden itibaren artan androjene bağlı olarak hirsutizm, akne, cilt yağlanması, alopesi ve

menstrüel düzensizlikler (oligo-amenore ve disfonksiyonel uterus kanamaları) ile ortaya çıkmaktadır (Deligeroroglou ve ark, 2010; Harmancı ve Yıldız, 2011 ve Ibáñez ve ark., 2017).

Ergenliğin başladığı ilk dönemlerde HHG aksı immatür olduğundan bu dönemde izlenen oligomenore çoğunlukla fizyolojik olarak kabul edilmekte ve oligomenorenin ilk adet tarihinden sonraki 2 yıl içerisinde düzelmesi beklenmektedir. Ergende oligomenore 2 yıldan uzun süredir devam ederse polikistik over sendromu açısından mutlaka araştırılması gerektiği bildirilmektedir (Homburg ve Lambalk, 2004).

1.3.2. Davranış Sorunları

1.3.2.1. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları; anoreksiya nervosa, bulimia nervosa ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu şeklinde üç tip olarak tanımlanmıştır. Ergenlik döneminde 14-18 yaşlarında sık olarak görülebilmekte ve hastaların %95'ini kızlar oluşturmaktadır. Çalışmalarda ergen kızlarda yeme bozukluklarının sıklığı %0,7 olarak bildirilmiştir (Boeck, 1998; Domine ve ark,. 2009 ve Fairburn ve Harrison, 2003).

Anoreksiya nervoza hastalığı bulunan kişilerin zayıf olmak ve ince kalmak için abartılmış bir istek duydukları ve kendilerinin şişman olduğuna inandıkları bildirilmektedir. Anoreksiya nervosanın, büyüme ve gelişimi normal olan kızlarda, genellikle puberte sonrası başladığı ve başlangıç zamanının ergenlerde menarştan kısa bir süre sonra olduğu saptanmıştır. Hastalığın genellikle beden şekli ya da kilo ile ilgili bir uyarıdan sonra veya puberte ile ilgili bedensel değişiklikler ve beden imgesi ile ilgili kaygıların tetiklemesi ile başladığı bildirilmektedir. Bu nedenle ergenlerin yiyeceklerini azalttığı, aynı zamanda düzenli egzersizler yaptıkları

gözlenmiştir. Bu ergenlerde kilo kaybı istenilen boyutta olmazsa, istemli kusmaların başladığı ve laksatif almaya başladıkları da saptanmıştır (Coupey, 1998; Fairburn ve Harrison, 2003 ve Weaver ve Liebman, 2011).

Bulimiya nervozada ise hastaların şişmanlıktan korktukları gözlenmektedir. Bulimiya nervozalı hastaların anoreksiya nervosalı hastalara göre kendi vücudundan tiksinme durumunun daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bulimiya nervosalı hastaların aşırı miktarlarda yiyeceği kısa sürede yediği, ancak sonrasında bu yeme işlevi ile aşırı miktarda kilo aldığını düşündüğünden, kusarak, laksatif ya da diüretik kullanarak ve aşırı egzersizler yaparak kilolarını vermeye çalıştıkları bildirilmektedir (Boeck, 1998; Coupey, 1998 ve Rome, 2012).

1.3.2.2. Madde/Alkol Kullanımı

Ergenlerin alkol, tütün, esrar ve eroin gibi maddelerin kullanımı konusunda karmaşık bir biyolojik ve psikososyal gelişimden, çevresel mesajlardan ve toplumsal tutumlardan etkilendiği belirtilmektedir. Erken yaşta madde kullanımına başlayan bireylerin bağımlı olma riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Aile içi çatışmalar, yetersiz ebeveyn-ergen ilişkisi, ciddi veya tutarsız aile disiplini, alkol ya da madde kullanan ebeveyn varlığı, ergenin kendisinde duygusal instabilite bulunması, okul başarısının düşük olması, ihmalkarlık, düşük benlik saygısı, zayıf dürtü kontrolünün olması ve kullanmaya 14 yaşından önce başlanması gibi risk faktörleri ergenlik döneminde alkol ve madde kullanımı için risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Davranış bozuklukları, anti-sosyal kişilik bozukluğu, depresyon ve yeme bozuklukları madde kullanan ergenlerde eşlik eden psikiyatrik tanılar olarak belirtilmektedir (Bonomo ve Proimos, 2005 ve Stager, 2016).

1.3.2.3. Şiddet Davranışı

Dünya Sağlık Örgütü, şiddeti dünya genelinde birinci halk sağlığı problemi olarak kabul etmektedir. Ergenler aile ya da daha büyük topluluklarda ciddiyeti değişken olacak şekilde şiddetin uygulayıcısı, kurbanı veya gözlemcisi olabilmektedir. Yoksulluk, madde kullanımı, ateşli silahlara kolay erişebilme, akran zorbalığı, toplumsal şiddet varlığı ve aile ilişkilerinin zayıf olmasının ergenin şiddete eğilim riskini arttırdığı bildirilmektedir. Yapılan bir araştırmada; gençlerin %18'inin son 30 gün içinde bir tabanca, sopa veya bıçak taşıdığı, %6'sının silahla okula gittiği ve %8'inin okul içerisinde bir silahla yaralandığı bildirilmiş; diğer bir araştırmada ise erkeklerin kızlardan daha fazla silah veya bıçak taşıdığı saptanmıştır (Kann ve ark., 2016 ve Stager, 2016).

1.3.3. Ruhsal Sorunlar

Ergenlik döneminde, ruhsal ve bedensel değişim ile birlikte sosyal değişim de olmaktadır. Bu değişimlere uyum sağlamada zorluk yaşayan ergenlerde bazı psikiyatrik bozuklukların gelişebileceği bildirilmektedir (Bujoreanu ve ark., 2014 veSadock, 2007).

1.3.3.1. Somatizasyon

Somatizasyon (bedenselleştirme) geniş kapsamlı bir klinik spektrumdur. Erken yaşta başlayan, tekrarlayıcı bedensel yakınma ve belirtilerle seyreden, fizik muayene bulgularıyla ve laboratuvar sonuçlarıyla açıklanamayan, çok sayıda tıbbi yardım arama davranışıyla ilişkili bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Aslında somatizasyon, kişinin hissetiği ruhsal sıkıntılarının ve psikososyal stresinin fiziksel belirtilerle ifade edilme şeklidir (Hollifield, 2007; Lipowski, 1988 ve Mohapatra ve ark., 2014). Psikiyatrik bozukluk olarak ilk kez DSM-III'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) somotoform bozuklukların bir alt başlığı olarak sınıflandırılmıştır

(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001 ve Hilty ve ark., 2001). DSM-5'te ise somatizasyon bozukluğu ve ayrım göstermeyen somatoform bozukluk aynı başlıkta birleştirilmiş ve bedensel belirti bozukluğu olarak tanımlanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013 ve Sadock, 2007).

Somatizasyon bozukluğunun %90'ının 25 yaşından önce başladığı ve ilk belirtilerin çoğunlukla ergenlik döneminde ortaya çıktığı bildirilmiştir. Bozukluğun etiyolojisinde; genetik, öğrenme, sosyokültürel etmenler, psikodinamik etkenler, stres faktörleri ve bunlarla baş etme şekilleri bulunmaktadır. Aile üyelerinde bedensel hastalık ya da somatizasyon davranışının olması, çocuğun bedensel yakınmalar yoluyla çevreden ilgi ve sevgi görmesi, bu davranışı erken yaştaki deneyimleri ile öğrenmesi ve buna bağlı sekonder kazançlar elde etmesi somatizasyonu destekleyen etkenler olarak bildirilmektedir (Hollifield, 2007).

Çeşitli çalışmalarda çocuk ve ergenlerdeki somatizasyon belirtileri arasında sıklıkla baş ağrısı ve karın ağrısı gibi fiziksel yakınmaların olduğu gösterilmiştir (Hollifield, 2007; Postilnik ve ark., 2006 ve Vila ve ark., 2009). Ağrı şikayeti dışında en sık görülen belirtilerin; nefes darlığı, bulantı, baş dönmesi, halsizlik, göğüs ağrısı, baygınlık, uyumada güçlük ve yorgunluk olduğu farklı çalışmalarda bildirilmektedir (Lieb ve ark., 2002 ve Saps ve ark., 2009). Yapılan çalışmalarda çocuk ve gençlerin %5-48'inin her hafta ya da iki haftada bir bu şikayetleri tekrarladıkları bildirilmiştir (Köroğlu, 2013; Lieb ve ark., 2002 ve Saps ve ark., 2009).

Gençlerde görülen somatizasyon bozukluklarının diğer ruhsal bozukluklar ile beraber görülebildiği bildirilmektedir. Bu bozukluklar içerisinde anksiyete belirtilerinin sıklıkla somatoform bozukluğuna eşlik ettiği gösterilmiştir (Bujoreanu ve ark., 2014; Lieb ve ark., 2002). Yapılan bir çalışmada; somatizasyon bozukluğu tanısı konan olguların %60'ına eş psikiyatrik tanı konduğu ve bunlar içerisinde en sık anksiyete bozukluğunun (%42) eşlik ettiği belirtilmiştir (Bujoreanu ve ark., 2014). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, çocuk ve gençlerde somatizasyon

bozukluklarının %15,7'sinde majör depresyon ve %37,2'sinde anksiyete bozukluğu ile birliktelik gösterdiği saptanmıştır (Pehlivantürk ve Ünal, 2000).

1.3.3.2. Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Obsesif-kompulsif bozukluk; obsesyon ve kompulsiyonlardan birinin veya ikisinin de bulunduğu kronik anksiyete belirtileri olarak tanımlanmaktadır. Strese neden olan, inatçı düşünce, fikir, hayal ve dürtüler obsesyon (saplantı) olarak; obsesyonlarla ilişkili anksiyetenin etkisini gidermek için tekrarlanan, hareket, davranış veya fikirler ise kompulsiyon (zorlantı) olarak tanımlanmıştır (Sadock, 2007). Obsesyon ve kompulsiyonların genellikle birarada olduğu, tek başına obsesif belirtilerin nadir görüldüğü, buna karşın tek başına kompulsiyonların olabileceği bildirilmektedir (Avcı, 2008: Hollander, 2008 ve Sadock, 2007).

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda; bu belirtilerin sadece ergenlik ve erişkinlik dönemine özgü olmadığı, çocuklukta da sıklıkla görüldüğü saptanmıştır (Avcı, 2008 ve Sadock, 2007). Obsesif-kompulsif bozukluğu olan erişkin hastalarda hastalık belirtilerinin genellikle çocukluk çağında başladığı, çocuk ve ergenlerde OKB'nin sıklığının %1-4 arasında olduğu belirtilmektedir (Hollander, 2008; Jenike, 2001 ve Sadock, 2007).

Erişkinlerde görülen OKB'de cinsiyetler arasında fark saptanmazken, çocukluk yaş grubunda yapılan çalışmalarda hastalığın erkeklerde çocukluk çağında, kızlarda ise ergenlik döneminde başladığı bildirilmektedir. Ergenlik döneminde erkeklerde görüldüğü zaman OKB'nin daha ağır seyrettiği, ayrıca OKB tanısı alan çocukların sıklıkla tek çocuk veya ilk çocuk olduğu saptanmıştır (Jenike, 2001 ve Towbin ve Riddle, 2002).

Yapılan çalışmalarda çocuklar ve ergenlerin genellikle gülünç olma ve alay edilme endişesi nedeni ile bu yakınmalarını yıllarca sakladıkları, hastaneye başvurduklarında obsesyonlarından ve tekrarlayıcı hareket veya düşüncelerinden söz etmedikleri, bu nedenle de depresyon ya da kaygı bozukluğu gibi farklı tanıları alabildikleri bildirilmiştir (Avcı, 2008 ve Hollander, 2008). En sık görülen obsesyonun kirlenme ve mikrop bulaşma korkusu olduğu, sevdiklerine ve kendine zarar geleceği endişesinin, simetri ve düzenle ilgili obsesyonların, saldırganlık, cinsellik ve dinle ilgili obsesyonların da diğer sık obsesyonlar olduğu bildirilmiştir (Avcı, 2008 ve Hollander, 2008). Obsesif-kompulsif bozukluğu olan hastaların %70'inde bu duruma eşlik eden en az bir komorbid bozukluk olduğu düşünülmektedir. Bu bozukluklar içerisinde en sık depresif bozukluk ve ayrılık kaygısı bozukluğunun eşlik ettiği bildirilmektedir (Rapoport ve Inoff-Germain, 2000).

1.3.3.3. Depresyon

Ergenlik döneminde depresyon ve anksiyete bozukluklarının en önemli ruh sağlığı sorunu olduğu gözlenmektedir (Eskin ve ark., 2008 ve Hamrin ve Pachler, 2005). Depresyon, yaşamda birçok strese karşı duyulan normal bir tepki olarak değerlendirilmekte ve duygu durumunda değişiklikler, ümitsizlik, keder ve cesaretin kırılması gibi duyguları içermektedir. Sosyoekonomik seviye, aile içinde yaşanan sorunlar, kişinin hayatındaki olumsuz tecrübeler, kayıplar, istismar, benlik saygısının düşük olması ve okuldaki başarısızlık gibi nedenler depresyon ile ilişkili bulunmuştur. Ergenlik döneminde depresyonun görülme sıklığının %5-20 arasında değiştiği ve kızlarda erkeklere göre daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Birmaher ve ark., 2007; Dopheide, 2006; Saluja ve ark., 2004 ve Ye ve ark., 2014).

Özellikle orta ergenlik döneminde anne ve baba ile olan çatışmaların arttığı bildirilmektedir. Ergenlik döneminde bireyin özerklik kazanması için anne ve babaları ile çatışma yaşaması belli oranda normal kabul edilmektedir. Ancak bu çatışmaların şiddetli olmasının ergende depresyon, düşük benlik saygısı veanksiyete

bozukluğunun gelişimine neden olabileceği belirtilmiştir (Burwell ve Shirk, 2006 ve Özdemir, 2014).

Ergenlerde gözlenen depresyonda sigara, alkol ve madde kullanımı ve intihar girişimi gibi riskli davranışların da sık görüldüğü bildirilmektedir.Depresif ergenlerde iştahta azalma veya tersi bir durum olarak aşırı yemek yeme, uyumada güçlük, hiç uyuyamama veya aşırı uyuma isteği, benlik saygısında azalma, karar vermede ve dikkatini toplamada güçlük, umutsuzluk hissi ve sinirlilik halinin sık görüldüğü, bu belirtilerin ergende yeni stres oluşumuna ve ayrıca çevre, arkadaş ve okul ilişkilerinde de bozulmalara yol açabileceği bildirilmiştir (Afifi ve ark., 2006; Burwell ve Shirk, 2006 ve Eskin ve ark., 2008). Evden veya okuldan kaçma, ders çalışmama, okul başarısında düşüklük ve öfke nöbetleri gibi sorunların ergenlerdeki depresyonda sık görülebileceği; akranları ile yaşayacağı problemlerin de ergende sosyal kaygı ve özgüven yetersizliği gibi durumlara yol açarak depresyon gelişimi için risk oluşturabileceği öne sürülmüştür(Afifi ve ark., 2006 ve Allen ve ark., 2006).

1.3.3.4. Anksiyete Bozukluğu

Fiziksel veya duygusal olarak zarar görme, incinme ve kayıp tehdidi karşısında verilmesi beklenen tepki ‘korku’ olarak tanımlanmaktadır. Tehlikeli olarak algılanan ancak oluşma ihtimali düşük olduğu için sadece ‘ihtimal’ düzeyindeki tehlikeye verilen tepki ise ‘anksiyete’olarak tanımlanmıştır. Normalde kişiyi olası tehlikelere karşı dikkatli olmaya yönelttiği için anksiyete normal gelişimin bir parçası olarak kabul edilmekte ve genellikle sorun oluşturmamaktadır. Ancak anksiyetenin uzun sürmesi, günlük yaşamı etkilemesi ve günlük işlevleri bozması durumunda bu durum patolojik olarak kabul edilmektedir (Lu ve ark., 2007 ve Muris ve Field, 2008).

Ergenlerde anksiyete bozukluğunun sık görüldüğü bildirilmiştir. Çocukların yaşla birlikte gelişen bilişsel işlevleri sonucunda olası tehditlerin sonuçlarını

kavrayabilmeleri, gelecekteki olasılıklarla ilgili düşüncelerinin ve farkındalıklarının artması gibi nedenlerin ergenlikte anksiyete bozukluğunun nedeni olabileceği düşünülmüştür. Ergenlerde görülen anksiyete bozukluklarının;yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılma anksiyetesi, sosyal fobi, OKB, özgül fobi, panik bozukluk ve postravmatik ya da akut stres bozukluğu olarak pek çok alt grupları tanımlanmıştır (Akay ve ark., 2016, s:232). Bu bozukluklar da ergenin okul başarısını ve çevresi ile ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca anksiyete bozukluğu olan ergenlerde anksiyeteyi bastırmak için madde ve alkol kullanımı ve intihar girişimi gibi olumsuz davranışların da sık görülebileceği bildirilmiştir (Beidel ve ark., 1999 ve Muris ve Field, 2008).

1.3.3.5. Öfke Patlamaları

Her yaş grubunda olduğu gibi öfke ergenlerin de önemli duygusal ifade şekillerinden birisi olarak kabul edilmektedir. Ancak öfkenin uygun şekilde ifade edilememesi durumunda kişide fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara neden olabileceği bildirilmiştir. Öfkenin şiddeti ve ergenin öfkelenme sonucunda yaptığı saldırgan davranış kişiden kişiye ve öfkeyi doğuran nedene bağlı olarak değişebilmektedir. Aşırı öfke durumlarında otokontrol ve gerçeği değerlendirmenin bozulabileceği saptanmış ve şiddetli öfke sonucunda ergen etrafı kırıp zarar veriyorsa bu davranışın ağır bir psikiyatrik bozukluk belirtisi olabileceği bildirilmiştir (Starner ve Peters, 2004). Uygun bir şekilde ifade edilmediğinde, insanların öfkelenen kişiden uzaklaştığı gözlenmektedir. Çevresindeki kişilerin uzaklaşmasının öfkelenen kişide benlik kavramında olumsuzluk, benlik saygısında azalma, kişilerarası ilişkilerinde ve aile içi iletişiminde çatışmalar yaşama ve suçluluk duygusu gibi olumsuz duygulara neden olabildiği belirtilmiştir (Starner ve Peters, 2004 ve Strayer ve Roberts, 2004).

1.3.4. Ergenlerde ruhsal sorunlar ile ilgili olarak ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalar

Ülkemizde ergenler ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı gruplarda çeşitli ruhsal belirtiler saptanmıştır. Deniz ve arkadaşlarının (2004) yaptığı bir çalışmada; somatizasyon, anksiyete, obsesyon ve depresyon belirtilerinin kız öğrencilerde daha sık gözlendiği; paranoid ve öfke belirtilerinin ise erkek öğrencilerde daha sık olduğu bildirilmiştir.

Eray ve arkadaşlarının (2015) çocuklardaki fiziksel belirtiler ile psikosomatik semptomlar arasındaki ilişkiyi araştırdıkları ve 2014-2015 öğretim yılında lise bir, iki, üç ve dördüncü sınıfa devam eden 500 öğrencinin incelendiği bir çalışmada; kızlarda erkeklere göre psikosomatik belirti sıklığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kronik veya psikiyatrik bir hastalığı bulunanlarda ve ailesinde kronik fiziksel ya da psikiyatrik hastalığı olanlarda psikosomatik belirtilerin daha fazla olduğu saptanmış ve duygusal desteğin az olduğu ve ergenin yaptığı her davranışa müdahaleciliğin ve sinirliliğin fazla olduğu ailelerde gençlerin psikosomatik belirtileri daha fazla yaşadığı bildirilmiştir.

Albayrak ve Kutlu'nun (2009) ergenlerin öfke ifade şeklini bireysel ve ailesel özellikleri ile karşılaştırdıkları ve 276 lise son sınıf öğrencisinde Sürekli Öfke/Öfke İfade Tarzı Ölçeğinin kullanıldığı bir çalışmada; beden kitle indeksi "zayıf" olan öğrencilerin sürekli öfke ve öfke içe vurum düzeylerinin diğer öğrencilere göre daha düşük olduğu; BKI'si"obez" olarak hesaplanan öğrencilerin ise sürekli öfke ve öfke içe vurum düzeylerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Saldırgan davranışlarda bulunduğunu belirten öğrencilerin sürekli öfke, öfke içe vurum ve öfke dışa vurum düzeylerinin diğer öğrencilere göre yüksek olduğu gözlenmiş; toplumda girişken davranışlar sergilediğini ifade eden öğrencilerde ise öfke içe vurum düzeyi diğer öğrencilere göre daha düşük saptanmıştır. Yine aynı çalışmada, aile yapılarını 'baskıcı aile' olarak belirten öğrencilerin sürekli öfke ve öfke dışa vurum

düzeylerinin daha yüksek olduğu; ‘anlayışlı/ilgili’aile yapısına sahip olduğunu belirten öğrencilerin ise öfke düzeylerinin diğer öğrencilere göre daha düşük olduğu bildirilmiştir.

Eskin ve arkadaşlarının (2008) lise birinci sınıf öğrencilerinde Çocuk Depresyon Envanterini kullanarak yaptıkları bir çalışmada; öğrencilerin %18’inin depresyon envanterinden yüksek puan aldığı belirlenmiş; ergenin özsaygısında düşüklük olması, sosyal desteğin az olması ve sorun çözme becerisinin yetersiz olması gibi durumların ergenlik dönemi depresyon gelişiminde risk faktörleri olduğu saptanmış ve ergenlik dönemi depresyonunun önlenmesi için kişinin özsaygısı ile sosyal desteğinin arttırılmasının ve sorun çözme becerilerini geliştiren girişimlerin yararlı olabileceği belirtilmiştir.

Ergen yaş grubunda ruhsal sorunlarla ilgili dünyada yapılmış çalışmalardan birinde; Amedahe ve Owusu-Banahene (2007); erkeklerin kızlardan daha fazla öfkeli olduğunu, daha fazla saldırgan davranış sergilediğini, bunu daha çok fiziksel kuvvet kullanarak yaptığını ve bu durumdan da hoşlandığını bildirmiştir.

Brezilya’da üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, depresyon ve anksiyete bozuklukları sıklığı %44 olarak belirlenmiş; Japonya’da üniversite birinci sınıf öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise aynı sıklık %53,4 olarak saptanmıştır (Nogueira-Martins ve ark., 2004 ve Tomoda ve ark., 2000).

Jordanova ve Zorcec’in (2016) 243 çocukta somatoform yakınmaları inceledikleri bir çalışmada; kızlarda somatoform, erkeklerde ise nörotik yakınmalarındaha çok olduğu ve kaygı düzeylerinin bu çocuklarda daha yüksek olduğu saptanmış; somatizasyon bulguları olan çocukların annelerinin de benzer yakınmaları olduğu gözlenmiştir.

Travma sonrası stres ve ruhsal belirti gelişiminin incelendiği başka bir çalışmada ise; iki veya daha fazla sayıda travmaya maruz kalan 2641 ergende SCL-90 ölçeği kullanılmış ve intihar düşüncesi, somatizasyon, OKB, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik semptomların daha sık olduğu gözlenmiştir (Tanaka ve ark., 2016).

Rasing ve arkadaşlarının (2019) ebeveyn ilişkileri ve ergenlerin anksiyetesi arasındaki ilişkiyi araştırdıkları ve 142 kız ergen, 138 anne ve 113 baba ile yapılan bir çalışmada; babaların duygusal desteğinin ergen yaş grubunda depresyon ve anksiyete sıklığı ile negatif ilişkili olduğu saptanmıştır.

1.4. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı; ergenlik döneminde olan ve çeşitli nedenlerle hastaneye başvuran çocuklarda ruhsal belirtilerin sıklığının belirlenmesi ve bunları etkileyen sosyodemografik etmenlerin saptanmasıdır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma HastanesiÇocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde Mart 2018-Ekim 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın etik kurul izni 25.04.2018 tarih ve 0043/441 sayı ile S.B.Ü. Ankara Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulundan alınmıştır(Ek-1).

Kesitsel bir çalışma olan araştırmamıza Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine çeşitli nedenlerle başvuran,14-18 yaş grubunda olanve çalışmaya katılmayı kabul edenler dahil edilmiştir.

Araştırma dışında bırakılma ölçütleri şunlardır:

- Ateşli akut hastalığı bulunanlar
- Kronik sistemik hastalığı olanlar
- Daha önceden herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı mevcut olanlar
- Mental retardasyonu veya serebral palsisi olanlar
- Ailesinden veya ergenin kendisinden imzalı onam formunun alınamadığı katılımcılar
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ergen veya ebeveynler

Çalışmaya katılmayı kabul eden ergenlere ve ebeveynlerine (hastaneye beraber geldikleri anne veya babalarına) çalışma hakkında bilgi verilmiş olup, araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerdenve ergenlerden bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınmıştır (Ek- 2 ve Ek-3).

Ergenlere 15 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu ve Symptom Check List (SCL-90-R) tarama testi uygulanmıştır.

2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan ve 15 sorudan oluşan formda; ergenin cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, okuduğu lisenin türü (Anadolu, meslek, imam hatip, özel), anne ve baba eğitim düzeyleri, anne-baba mesleği, aile tipi (çekirdek aile, geniş aile, boşanmış ebeveyn), çocuk sayısı, okul başarısı, ailede psikiyatrik hastalık varlığı, ailenin gelir durumu ve sigara kullanımının olup olmadığı şeklinde sorular bulunmaktadır (Ek-4).

2.2. SCL-90-R Semptom Tarama Testi

Hopkins Symptom Check List envanterinden yararlanılarak Derogatis ve arkadaşları tarafından 1977 yılında geliştirilmiş olan test kendi kendini değerlendirme ölçeği olarak tanımlanmaktadır (Derogatis ve ark., 1977). Bu test, testin uygulandığı kişilerdeki psikiyatrik belirtilerin ne düzeyde olduğunu ve hangi alanlara yayıldığını gösteren bir ölçü aracı olarak kullanılmaktadır. Bu ölçeğin Dağ (1991) tarafından ülkemiz için geçerlilik ve güvenirlilik çalışması yapılmıştır. Revize edilmiş SCL-90-R, özellikle alan çalışmalarında kullanıldığında hızlı veri toplamak için oldukça avantaj sağlayan bir test olarak önerilmektedir. Ayrıca bu test ile kişide var olan psikopatolojinin çok boyutlu olarak değerlendirilebileceği de bildirilmiştir (Aşkın ve ark., 1995).

Psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren 90 maddeden oluşanSCL-90-R tarama testinde,10 alt ölçek bulunmaktadır: Somatizasyon (SOMA) 12 madde, obsesif-kompulsif belirtiler (OKB) 10 madde, kişilerarası duyarlılık (KİŞİ) 9 madde, depresyon (DEPR) 13 madde, anksiyete (ANKS) 10 madde, öfke-düşmanlık (ÖFKE) 6 madde, fobik anksiyete (FOBİ) 7 madde, paranoid düşünce(PARA) 6 madde ve psikotik belirtiler (PSİKO) 10 maddeden oluşmaktadır. Test ayrıca bu boyutlara

girmeyen maddelerden oluşan ek belirtiler ölçeğini (EK) (7 madde) (suçluluk duyguları, yeme ve uyku bozuklukları, vb.) içermektedir (Aşkın ve ark., 1995 ve Dağ, 1991) (Ek-5).

2.2.1.SCL-90-R Semptom Tarama Testinin Alt Ölçekleri

2.2.1.1.Somatizasyon

Kişiyi rahatsız eden fiziksel şikayetlerin saptandığı bölüm olup vücudun çeşitli organve sistemlerindeki (kalp, mide, bağırsak, solunum vb) fonksiyon bozukluklarıyla ilgili sıkıntıları yansıtmaktadır.

2.2.1.2. Obsesif - Kompulsif Belirtiler

Tekrar eden düşünceler ve davranışların saptanmasında kullanılan bölümdür. Obsesif düşünceler, kişilerin olmasını veya yaşanılmasını istemediği, fakat buna engel olamayarak karşı konulmaz bir biçimde sürekli yaşanan düşüncelerdir.

2.2.1.3. Kişilerarası Duyarlılık

Bu bölümde, bireyin kendini başkalarıyla karşılaştırdığında yetersizlik ve küçüklük duygularına kapılması, çevresindekilerle ilişkilerinde kendisini küçük görmesi, sosyal ilişkilerinde zorluk yaşaması, rahatsızlık hissetmesi ve kalabalık topluluklara girmek istememesi gibi negatif düşünce ve duygular saptanmaktadır.

2.2.1.4. Depresyon

Bu alt bölümde, genel ümitsizlik, karamsarlık, kişilerarası iletişimi kesme isteği, tekrarlayan ve ısrarlı intihar düşüncelerigibi belirtiler saptanmaktadır. Süre

olarak en az iki haftalık süre boyunca depresif duygu ve düşüncenin devam etmesi, her şeye ilgisiz olunması ve bunlara eşlik eden ek belirtiler (iştahın artması veya azalması, buna bağlı kilo değişimleri, uyku sorunları, değersizlik hissi ve suçluluk duygularının olması, dikkatini toplayamama vb) sorgulanmaktadır.

2.2.1.5. Anksiyete

Testin bu bölümünde kişideki anksiyetenin varlığı araştırılmaktadır. Bu bölümde rahatsızlık hissi, sinirlilik, gerginlik ve yorgunluk gibi kaygıları gösteren belirtiler saptanmaya çalışılır. Kaygı, kişininnedeni belli olmayan bir şekilde sürekli kötü bir haber alacakmış gibi hissetmesi olarak tanımlanmaktadır. Kaygıda; kişide uzun bir süredir devam eden huzursuzluk varlığı, kişinin bunun gerçek sebebini bilememesi ve bu huzursuzluğun kişinin normal günlük yaşantısını bozabilmesi önemlidir.

2.2.1.6. Öfke ve Düşmanlık

Düşmanlık, saldırganlık, kızma, istemediği şeylere karşı koyma, sinirlilik hali ve küskün davranışlar sergileme gibi özelliklerin sorgulandığı bölümdür.

2.2.1.7. Fobik Anksiyete

Test uygulanan kişide belirli bir şeye, objeye veya duruma karşı olan, geçmeyen ve ısrarla devam eden korkunun varlığı araştırılır. Gerçekte hissedilen tehlike yoğunluğuyla, gerçek tehlike durumu arasında bir orantı yoktur. Kişinin hissettiği korku nedeniyle olayları veya durumu aşırı bir şekilde büyüterek korktuğunu ifade ettiği bölüm olarak tanımlanmaktadır.

2.2.1.8. Paranoid Düşünceler

Şüphecilik, büyüklük, düşmanlık, merkeziyetçilik, yansıtıcı düşünceler ve hezeyanlar gibi paranoid davranışları sorgulayan bölümdür.

2.2.1.9. Psikotizm

Kişinin insanlardan ve ilişkilerden soyutlanarak, içe kapanma ve yalnızlık gibi dramatik belirtilere doğru aşamalı gidişini araştırır.

2.2.1.10. Ek Belirtiler

Uyku bozuklukları, iştahta olan değişiklik ve suçluluk duygularının olup olmadığı ile ilgili belirtileri sorgulayan maddelerdir.

2.2.2. SCL-90-R Semptom Tarama Testinin Puanlama ve Yorumlanması

SCL-90-R Semptom Tarama Testinde her madde doğrudan ifadeleri içermektedir. Ölçekte yer alan yanıtlar; "hiç"= 0 puan, ‘çok az’=1 puan, ‘orta derecede’=2 puan, ‘oldukça fazla’=3 puan ve ‘ileri derecede’=4 puan gözönüne alınarak işaretlenmektedir. Puanlama her madde üzerindeki puanların toplanması ile elde edilir. Alt ölçek puanları, her boyutu içeren maddelerden alınan puanların toplamının o boyutu oluşturan madde sayısına bölünmesiyle elde edilmekte ve böylece 0,00 ile 4,00 değerleri arasında bir değer elde edilmektedir. Sonunda bu 10 boyut üzerinde deneğin puanlarından oluşan bir profil ortaya çıkmaktadır. Genel semptom indeksi (GSİ) de tüm maddelere yapılan puanların ortalaması olup 0,00 ile 4,00 değerleri arasında değişebilen en önemli gösterge olarak belirtilmektedir. Testin değerlendirilmesinde her alt grup için hesaplanan puan <0,5 ise “problem yok”; 0,5-

0,99 arasında ise “orta düzeyde sorun”; >1 ise “önemli ruhsal problem vardır”şeklinde yorumlanmaktadır(Aşkın ve ark., 1995; Aydemir ve Köroğlu, 2009 ve Dağ, 1991).

2.3. Araştırmanın Amaçları ve Hipotezleri:

Spesifik amaç 1: Genel pediatri polikliniğe farklı sebeplerle başvuran ergenlerde psikiyatrik belirtilerin olup olmadığını incelemektir.

Hipotez 1a: Psikiyatri polikliniklerine başvurmamalarına rağmen ergenlerde ifade edemedikleri psikiyatrik belirtilerin olması öngörülmüştür.

Spesifik amaç 2: Psikiyatrik belirtileri olan ergenlerin bu belirtilerinin sosyodemografik veriler ile ilişkisini incelemektir.

Hipotez 2a: Psikiyatrik belirtilerin cinsiyet farklılığına göre değişmesi,

Hipotez 2b: Psikiyatrik belirtilerin; okul başarısı kötü olanlarda> okul başarısı iyi olanlar şeklinde,

Hipotez 2c: Psikiyatrik belirtilerin; meslek lisesinde okuyanlarda> diğer liseler şeklinde,

Hipotez 2d: Psikiyatrik belirtilerin; ergenlerin anne-baba eğitim seviyesi düşük olanlarda >anne-baba eğitim seviyesi yüksekolanlar şeklinde,

Hipotez 2e: Psikiyatrik belirtilerin; çalışmayan annelerin çocuklarında daha sık olması,

Hipotez 2f: Belirtilerin; sosyoekonomik durumu düşük olan ailelerde >sosyoekonomik durumu yüksek olan aileler şeklinde,

Hipotez 2g: Belirtilerin; çok çocuklu ailelerde >az çocuklu aileler şeklinde,

Hipotez 2h: Belirtilerin; ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda >ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanlar şeklinde olması öngörülmüştür.

2.4. İstatistiksel Yöntem

Verilerin analizi SPSS (Stastistical Package For the Social Sciences) for Windows 20,0 paket programında yapılmıştır. Sürekli ve kesikli sayısal değişkenlerin dağılımının normale yakın olup olmadığı Kolmogorov Smirnov testiyle araştırılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sürekli ve kesikli sayısal değişkenler için dağılımları ortanca (en küçük – en büyük) şeklinde, kategorik değişkenler ise olgu sayısı ve "%" biçiminde gösterilmiştir. Gruplar arasında ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi ile araştırılmıştır. Kategorik değişkenler Pearson'un Ki-Kare veya Fisher'in Kesin Sonuçlu Ki-Kare testiyle değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

Araştırmaya Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine çeşitli nedenlerle başvuran 650 hasta dâhil edilmiştir. Anketlerin doldurulması sırasında çalışmadan ayrılanlar ve anketleri tam doldurmayanlar araştırma dışında bırakılmış ve araştırma 620 ergen ile tamamlanmıştır. Çalışmaya katılan ergenlerden SCL-90-R testinden yüksek puan alan tüm hastalar çalışmada yer alan psikolog tarafından tekrar değerlendirilmiş ve hastanenin Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine yönlendirilmiştir.

3.1. Çalışmaya Katılan Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmamızda çalışma grubunu oluşturan ergenlerin yaşları, eğitim düzeyleri, okudukları okul tipleri, kendi değerlendirmelerine göre okul başarıları ve sigara kullanıp kullanmadıkları değerlendirilmiştir. Ergenlerin 405'i (%65,3) kız, 215'i (%34,7) erkektir. Çalışmaya katılan tüm ergenlerin yaş ortancası 16 yaş (14-18 yaş) olarak bulunmuştur. Cinsiyet ve yaşlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ergenlerin 238'inin(%38,4) meslek lisesi, 175'inin (%28,2) özel lise, 116'sının (%18,7) imam hatip ve 91'inin (%14,7) ise Anadolu liselerine devam etmekte olduğu öğrenilmiştir. 252'si (%40,6) okul başarısını 'iyi' olarak nitelendirirken diğerleri okul başarılarını orta-kötü olarak nitelendirmiştir. Ergenlerin 206'sı (%33,6) sigara kullandığını belirtmiştir. Çalışmaya katılan ergenlerin sosyodemografik özellikleri Çizelge 3.1'de gösterilmektedir.

Çizelge 3.1. Çalışmaya katılan ergenlerin sosyodemografik özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Kız	405	65,3
Erkek	215	34,7
Yaş		
14	52	8,4
15	126	20,3
16	143	23,1
17	247	39,8
18	52	8,4
Sınıf		
9	145	23,4
10	129	20,8
11	113	18,2
12	233	37,6
Okul tipi		
Meslek	238	38,4
Özel	175	28,2
İmam hatip	116	18,7
Anadolu	91	14,7
Okul başarısı		
İyi	252	40,6
Orta	281	45,3
Kötü	87	14,1
Sigara kullanıyor musunuz?		
Evet	206	33,2
Hayır	414	66,8

3.2. Çalışmaya Katılan Ergenlerin Ebeveynlerinin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya dâhil edilen ergenlerin ebeveynlerinin sosyodemografik özellikleri değerlendirilmiştir. Annelerin 464'ünün (%74,8) ev hanımı olduğu, 156'sının (%25,2) çalıştığı; ailelerin çoğunun çekirdek aileden oluştuğu (%66,5), çocuk sayısının genellikle üç ve üzerinde olduğu (%57,7), %56,8'inin aylık gelir düzeyinin <2000 TL olduğu ve aylık gelir düzeyi 4000 TL üzerinde olan ailenin bulunmadığı saptanmıştır. Çizelge 3.2'de çalışmaya katılan ergenlerin ebeveynlerinin sosyodemografik özellikleri gösterilmektedir.

Çizelge 3.2. Çalışmaya katılan ergenlerin ebeveynlerininsosyodemografik özellikleri

	n	%
Anne eğitimi		
Okur-yazar	67	10,8
İlkokul	286	46,1
Ortaokul	118	19,0
Lise-üniversite	149	24,1
Baba eğitimi		
Okur-yazar	34	5,5
İlkokul	232	37,4
Ortaokul	153	24,7
Lise-üniversite	201	32,4
Anne mesleği		
Ev hanımı	464	74,8
Çalışıyor	156	25,2
Baba mesleği		
Memur	140	22,6
Serbest meslek	355	57,3
Özel	125	20,2
Aile tipi		
Çekirdek	412	66,5
Geniş	113	18,2
Anne-baba ayrı	95	15,3
Çocuk sayısı		
1	55	8,9
2	207	33,4
≥3	358	57,7
Ailenin aylık gelir durumu		
<2000TL	352	56,8
2000-4000TL	268	43,2
>4000 TL	0	0
Ailede psikiyatrik hastalık		
Var	52	8,4
Yok	568	91,6

3.3. SCL-90-R Testinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan ergenlerin SCL-90-R testinden aldıkları puanların değerlendirilmesinde; psikotik belirtiler ve fobik anksiyete dışındaki alt grupların tümünde ortanca puanları 0,5 puan ve üzerinde bulunmuştur. Çalışmaya katılan ergenlerin SCL-90-R alt grup puanlarının ortancaları Çizelge 3.3'te gösterilmiştir.

Çizelge 3.3. Çalışmaya katılan ergenlerin SCL-90-R alt grup puanlarının ortancaları

	SOMA	ANKS	OKB	DEPR	KİŞİ	PSİKO	PARANO	ÖFKE	FOBİK	EK	GSİ
Median	0,75	0,60	0,90	0,61	0,66	0,30	0,66	0,83	0,14	0,85	0,67
Min-max	0-3,25	0-3,70	0-3,40	0-3,53	0-3,88	0-3,30	0-4	0-4	0-3,85	0-3,42	0-3,18

Çalışmaya katılan ergenlerin SCL-90-R alt ölçeklerinden aldığı puanlar <0,5; 0,5-0,99 ve >1 olarak gruplanmıştır (Çizelge 3.4). Çalışmaya katılan ergenlerin 57'sinin (%9,1) SCL-90-R testinin tüm alt ölçeklerinden testin yorumlanmasında "önemli ruhsal problem vardır" şeklinde ifade edilen >1 puan aldığı belirlenmiştir. 355'inin (%57,3) ise en az bir ve daha fazla alt gruplardan >1 puan aldıkları saptanmıştır. Çalışmaya katılan tüm ergenlerin 208'inde (%33,6) tüm alt gruplardan alınan puan <1 bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çocukların SCL-90-R alt ölçek puanlarının değerlendirilmesinde; 251'inde (%40,5) somatizasyon, 201'inde (%32,4) anksiyete, 282'sinde (%45,5) OKB, 216'sında (%34,8) depresyon, 234'ünde (%37,7) kişilerarası ilişkilerde duyarlılık, 126'sında (%20,3) psikotik belirtiler, 220'sinde (%35,5) paranoid düşünce, 271'inde (%43,7) öfke, 107'sinde (%17,3) fobik anksiyete, 281'inde (%45,3) ek ölçek ve 213'ünde ise (%34,4) GSİ alt gruplarında >1 puan elde edilmiştir. Tüm alt gruplardan alınan puanların birbiri ile aralarında pozitif yönde korelasyon olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.5).

Çizelge 3.4. Çalışmaya katılan ergenlerin SCL-90-R alt ölçeklerinden alınan puanların gruplaması

	<0,5 puan n(%)	**0,5-0,99 puan n (%)**	**>1 puan n (%)**
SOMATİZASYON	195 (31,5)	174 (28,1)	251 (40,5)
ANKSİYETE	246 (39,7)	173 (27,9)	201 (32,4)
OKB	170 (27,4)	168 (27,1)	282 (45,5)
DEPRESYON	261 (42,1)	143 (23,1)	216 (34,8)
KİŞİ	236 (38,1)	150 (24,2)	234 (37,7)
PSİKOTİZM	379 (61,1)	115 (18,5)	126 (20,3)
PARANOİD	220 (35,5)	180 (29,0)	220 (35,5)
ÖFKE	219 (35,3)	130 (21,0)	271 (43,7)
FOBİ	407 (65,6)	106 (17,1)	107 (17,3)
EK	187 (30,2)	152 (24,5)	281 (45,3)
GSİ	237 (38,2)	170 (27,4)	213 (34,4)

Çizelge3.5. Çalışmaya katılan ergenlerin SCL-90-R alt grup puanlarının korelasyonu

		SOMA	ANKS	OKB	DEPR	KİŞİ	PSİKO	PARANO	ÖFKE	FOBİ	EK	GSİ
SOMA	r	1	.766**	.713**	.669**	.570**	.633**	.561**	.626**	.596**	.704**	.803**
	p		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
ANKS	r	.766**	1	.778**	.822**	.766**	.809**	.730**	.750**	.763**	.807**	.920**
	p	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
OKB	r	.713**	.778**	1	.814**	.778**	.768**	.731**	.721**	.686**	.740**	.895**
	p	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
DEPR	r	.669**	.822**	.814**	1	.847**	.804**	.770**	.728**	.753**	.797**	.929**
	p	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
KİŞİ	r	.570**	.766**	.778**	.847**	1	.786**	.782**	.702**	.720**	.723**	.882**
	p	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
PSİKO	r	.633**	.809**	.768**	.804**	.786**	1	.763**	.729**	.752**	.749**	.891**
	p	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000
PARA	r	.561**	.730**	.731**	.770**	.782**	.763**	1	.703**	.665**	.703**	.839**
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000
ÖFKE	r	.626**	.750**	.721**	.728**	.702**	.729**	.703**	1	.605**	.715**	.831**
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000
FOBİ	r	.596**	.763**	.686**	.753**	.720**	.752**	.665**	.605**	1	.683**	.818**
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000
	n	620	620	620	620	620	620	620	620	620	620	620
EK	r	.704**	.807**	.740**	.797**	.723**	.749**	.703**	.715**	.683**	1	.872**
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000
GSİ	r	.803**	.920**	.895**	.929**	.882**	.891**	.839**	.831**	.818**	.872**	1
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	

***Korelasyon 0.001 seviyesinde anlamlıdır (Bivariate korelasyon).*

3.4. SCL-90-R Alt Grup Puanlarının Ergenlerin Sosyodemografik Verileri ile İlişkisi

Çizelge 3.6.'da SCL-90-R alt gruplarından alınan puanların çalışmaya katılan ergenlerin cinsiyeti ile karşılaştırılması verilmiştir. Çalışmaya alınan kızlarda somatizasyon, depresyon, anksiyete, OKB, kişilerarası duyarlılık, öfke, paranoid düşünce, fobik anksiyete, ek bulgular ve GSİ ortanca puanlarında erkeklerin aldığı puanlara göre anlamlı yükseklik saptanmıştır ($p<0,05$).

Ergenlerin yaşları ile SCL-90-R alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Okul tiplerine göre tarama testi değerlendirildiğinde; somatizasyon, depresyon, anksiyete, OKB, kişilerarası duyarlılık, öfke, fobik anksiyete, ek bulgular ve GSİ'de okul tipleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Buna karşın, tüm okul tipleri arasında paranoid düşünce alt grup ortancası açısından anlamlı farklılık belirlenmiştir($p=0,014$). Anadolu liselerinde okuyan ergenlerde paranoid düşünce puanı en düşük iken özel liselerde okuyanlarda en yüksek olarak bulunmuştur (Çizelge3.7). Paranoid düşünce alt grubu puanlarında; meslek lisesi öğrencileri ve Anadolu lisesi öğrencileri arasında ($p=0,036$), özel lise öğrencileri ve Anadolu lisesi öğrencileri arasında ($p=0,004$) ve özel lise öğrencileri ve imam hatip lisesi öğrencileri arasında ($p=0,024$) anlamlı farklılık saptanmıştır.

Çalışmaya katılan ergenlerden okuldaki başarı durumlarını tanımlamaları istenmiştir. Kendi tanımlamalarına göre okul başarı durumları açısından psikotik belirtiler dışındaki diğer alt gruplarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Buna karşın, okul başarı durumlarını kötü olarak tanımlayanların psikotik belirti puanları diğerlerinden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Psikotik belirti alt

ölçeği puanları açısından; tüm başarı durumları arasında (p=0,007), başarı durumlarını ‘iyi’ olarak tanımlayanlar ile ‘orta’ olarak tanımlayanlar arasında(p=0,016) ve başarı durumlarını ‘kötü’ olarak tanımlayanlar ile ‘iyi’ olarak tanımlayanlar arasında (p=0,005) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Çizelge 3.7).

Çizelge 3.6. SCL-90-R alt gruplarından alınan puanların cinsiyet ile karşılaştırılması

	SOMA	DEPR	ANKS	OKB	KİŞİ	ÖFKE	PSİKO	PARANO	FOBİK	EK	GSİ
Cinsiyet											
Kız	0,91 (0-3,25)	0,76 (0-3,53)	0,70 (0-3,70)	1,00 (0-3,40)	0,77 (0-3,88)	0,83 (0-4,00)	0,30 (0-3,30)	0,66 (0-4,00)	0,28 (0-3,85)	0,85 (0-3,42)	0,76 (0-3,18)
Erkek	0,58 (0-2,91)	0,46 (0-2,92)	0,50 (0-3,10)	0,70 (0-3,30)	0,55 (0-3,66)	0,66 (0-3,83)	0,30 (0-2,90)	0,50 (0-3,66)	0,14 (0-2,71)	0,71 (0-3,00)	0,56 (0-2,68)
p değeri*	***0,000***	***0,000***	***0,000***	***0,000***	***0,000***	***0,005***	0,117	***0,002***	***0,003***	***0,001***	***0,000***

***Mann Whitney U testi*

Çizelge 3.7. SCL-90-R alt gruplarından alınan puanların okul tipi ve başarısı ile karşılaştırılması

	SOMA	DEPR	ANKS	OKB	KİŞİ	ÖFKE	PSİKO	PARANO	FOBİK	EK	GSİ
Okul tipi											
Meslek	0,83 (0-3,25)	0,61 (0-3,53)	0,60 (0-3,70)	0,90 (0-3,30)	0,77 (0-3,88)	0,83 (0-4,00)	0,35 (0-3,10)	0,66 (0-3,16)	0,28 (0-3,85)	0,85 (0-3,42)	0,74 (0-2,96)
Özel	0,75 (0-3,16)	0,76 (0-3,30)	0,60 (0-3,60)	0,90 (0-3,30)	0,66 (0-3,77)	0,83 (0-4,00)	0,20 (0-3,30)	0,67 (0-3,83)	0,28 (0-3,14)	1,00 (0-3,42)	0,72 (0-3,18)
İmam hatip	0,75 (0-2,83)	0,61 (0-3,15)	0,50 (0-3,10)	0,80 (0-3,40)	0,66 (0-3,77)	0,83 (0-4,00)	0,30 (0-3,10)	0,58 (0-4,00)	0,28 (0-2,71)	0,85 (0-3,00)	0,61 (0-2,95)
Anadolu	0,75 (0-3,25)	0,53 (0-3,38)	0,50 (0-2,90)	0,90 (0-2,40)	0,55 (0-3,22)	0,50 (0-3,66)	0,20 (0-2,20)	0,50 (0-3,33)	0,14 (0-2,71)	0,71 (0-3,14)	0,58 (0-2,55)
pdeğeri *	0,253	0,406	0,289	0,261	0,188	0,104	0,281	***P[a]:0,014*** ***P[b]:0,036*** ***P[c]: 0,004*** ***P[d]: 0,024***	0,301	0,141	0,223
Okul başarısı											
İyi	0,75 (0-3,25)	0,55 (0-3,07)	0,60 (0-3,50)	0,85 (0-3,20)	0,66 (0-3,66)	0,66 (0-4,00)	0,20 (0-2,90)	0,66 (0-3,66)	0,14 (0-3,00)	0,85 (0-3,14)	0,62 (0-2,72)
Orta	0,83 (0-3,25)	0,69 (0-3,53)	0,60 (0-3,70)	0,90 (0-3,40)	0,77 (0-3,88)	0,83 (0-4,00)	0,30 (0-3,30)	0,66 (0-4,00)	0,28 (0-3,14)	0,85 (0-3,42)	0,72 (0-3,18)
Kötü	0,75 (0-2,83)	0,61 (0-2,92)	0,60 (0-3,00)	0,80 (0-2,80)	0,77 (0-3,66)	0,83 (0-4,00)	0,40 (0-3,10)	0,66 (0-2,83)	0,28 (0-3,85)	1,00 (0-3,00)	0,77 (0-2,68)
p değeri*	0,245	0,274	0,070	0,101	0,119	0,070	***P[d]: 0,007*** ***P[e]:0,016*** ***P[f]:0,005*** P[g]:0,301	0,416	0,073	0,217	0,120

Kruskal Wallis testi,ikili testlerde Mann Whitney U testi kullanılmıştır
a:tüm okul tipleri, b: meslek ve anadolu, c: özel ve anadolu, d: özel ve imam hatip liseleri karşılaştırılmıştır
d: tüm başarı durumu, e: iyi ve orta, f: iyi ve kötü, g: orta ve kötü karşılaştırılmıştır

Çocukların okudukları sınıf düzeyleri ile SCL-90-R alt grup puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sigara kullanan ergenlerde kullanmayanlara göre anksiyete ($p=0,045$), öfke ($p=0,001$) ve psikotik belirtiler ($p=0,044$) alt grup ortanca puanlarında istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptanmıştır (Çizelge 3.8).

Çizelge 3.8. SCL-90-R alt gruplarından alınan puanların ergenin sigara kullanımı ile karşılaştırılması

	SOMA	DEPR	ANKS	OKB	KİŞİ	ÖFKE	PSİKO	PARANO	FOBİK	EK	GSİ
Sigara kullanımı											
Evet	0,83 (0-3,25)	0,72 (0-3,30)	0,60 (0-3,70)	0,90 (0-3,30)	0,66 (0-3,77)	1,00 (0-4,00)	0,30 (0-3,30)	0,66 (0-3,83)	0,28 (0-3,14)	1,00 (0-3,42)	0,75 (0-3,18)
Hayır	0,75 (0-3,25)	0,61 (0-3,53)	0,60 (0-3,50)	0,90 (0-3,40)	0,66 (0-3,88)	0,66 (0-4,00)	0,30 (0-3,10)	0,66 (0-4,00)	0,14 (0-3,85)	0,85 (0-3,42)	0,63 (0-2,96)
p değeri*	0,389	0,365	***0,045***	0,573	0,358	***0,001***	***0,044***	0,135	0,324	0,060	0,175

***Mann Whitney U testi*

3.5. SCL-90-R Alt Grup Puanları ile Ailenin Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişki

Çizelge 3.9'da SCL-90-R alt gruplarından alınan puanların anne-baba eğitim durumu, çalışma durumu ve meslekleri ile karşılaştırılması yer almaktadır. Çalışmaya alınan ergenlerin annelerinin ve babalarının eğitim durumu açısından alt grup ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak istatistiksel olarak farklılık gözlenmemesine karşın, anneleri 'okur-yazar değil/okur-yazar' olarak sınıflanan grupta; kişilerarası duyarlılık, öfke, psikotik belirtiler ve GSİ alt ölçek puan ortancalarının diğer eğitim gruplarına göre yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, babalarının eğitim düzeyleri 'okur-yazar değil/okur-yazar' olan ergenlerde de psikotik belirtiler ve öfke alt ölçek puan ortancalarında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da yükseklik olduğu görülmüştür.

Annelerin herhangi bir işte çalışma durumlarına göre SCL-90-R testi değerlendirildiğinde; çalışan annelerin çocuklarında somatizasyon, depresyon, OKB, kişilerarası duyarlılık, psikotik belirtiler, fobik anksiyete, ek puan ve GSİ ortanca puanlarında ev kadını olanların çocuklarına göre yükseklik olduğu görülmesine karşın, bu alt grup puanlarından sadece depresyon puan ortancası açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,02$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte; serbest meslek sahibi olan babaların çocuklarında somatizasyon, anksiyete, depresyon, kişilerarası duyarlılık ve GSİ ortanca puanlarında diğer gruplara göre yükseklik gözlenmiştir ($p>0,05$)(Çizelge 3.9).

Çizelge 3.10'da SCL-90-R alt grup puanlarının aile tipi ve ailede psikiyatrik hastalık varlığı açısından karşılaştırılması gösterilmiştir. Çekirdek aile yapısına sahip olan ergenlerde kişilerarası duyarlılık, fobik anksiyete ve GSİ puanları daha düşük olarak saptanmasına karşın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Anne ve babası ayrılmış olan ergenlerde, çekirdek aile ve geniş aile yapısı olanlara göre depresyon alt grup puanı anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (sırası ile $p=0,018$; $p=0,025$). Anne ve babası ayrılmış olan ergenlerde

somatizasyon, anksiyete, OKB, kişilerarası duyarlılık, öfke, ek puan ve GSİ puan ortancaları daha yüksek olmasına karşın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Ailesinde psikiyatrik hastalık tanısı bulunan ergenlerde bulunmayanlara göre; somatizasyon, depresyon, anksiyete, psikotik belirtiler, OKB, fobik anksiyete, öfke, paranoid düşünce, kişilerarası duyarlılık, ek puan ve GSİ olmak üzere tüm alt grup ortanca puanlarında yükseklik saptanmıştır. Bununla birlikte; anksiyete ($p=0,043$), öfke ($p=0,008$) ve psikotik belirtiler ($p=0,031$) alt gruplarındaki yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Çizelge 3.10).

Çizelge 3.9. SCL-90-R alt gruplarından alınan puanların anne-baba eğitim durumu, çalışma durumu ve meslekleri ile karşılaştırılması

	SOMA	DEPR	ANKS	OKB	KİŞİ	ÖFKE	PSİKO	PARANO	FOBİK	EK	GSİ
Anne eğitimi											
Okur-yazar*	0,75 (0-2,50)	0,61 (0-3,15)	0,60 (0-3,50)	0,90 (0-3,40)	0,88 (0-3,77)	1,00 (0-4,00)	0,40 (0-3,10)	0,66 (0-4,00)	0,28 (0-2,71)	0,85 (0-2,57)	0,78 (0-2,95)
İlkokul	0,75 (0-3,08)	0,59 (0-3,30)	0,60 (0-3,60)	0,90 (0-3,30)	0,66 (0-3,88)	0,83 (0-4,00)	0,20 (0-3,10)	0,66 (0-3,83)	0,14 (0-3,14)	0,85 (0-3,42)	0,63 (0-3,18)
Ortaokul	0,75 (0-3,25)	0,76 (0-3,38)	0,65 (0-3,50)	1,00 (0-3,30)	0,66 (0-3,66)	0,83 (0-3,50)	0,35 (0-3,30)	0,66 (0-3,33)	0,28 (0-3,00)	0,85 (0-3,42)	0,76 (0-2,90)
Lise-üniv	0,75 (0-3,16)	0,69 (0-3,53)	0,60 (0-3,70)	0,90 (0-3,20)	0,66 (0-3,66)	0,66 (0-4,00)	0,30 (0-2,50)	0,66 (0-3,66)	0,14 (0-3,85)	0,75 (0-3,28)	0,64 (0-2,82)
p değeri**	0,606	0,302	0,491	0,378	0,508	0,173	0,246	0,351	0,327	0,700	0,429
Baba eğitimi											
Okur-yazar*	0,83 (0-2,50)	0,61 (0-3,15)	0,55 (0-3,10)	0,90 (0-3,40)	0,88 (0-3,77)	1,08 (0-4,00)	0,55 (0-3,10)	0,58 (0-4,00)	0,21 (0-2,71)	0,85 (0-2,42)	,79 (,02-2,95)
İlkokul	0,83 (0-3,08)	0,61 (0-3,53)	0,60 (0-3,60)	0,90 (0-3,30)	0,66 (0-3,88)	0,83 (0-4,00)	0,30 (0-2,90)	0,66 (0-3,83)	0,28 (0-3,14)	0,85 (0-3,42)	0,65 (0-3,18)
Ortaokul	0,75 (0-3,25)	0,69 (0-3,38)	0,70 (0-3,70)	0,90 (0-3,30)	0,77 (0-3,66)	0,83 (0-3,83)	0,30 (0-3,30)	0,66 (0-3,33)	0,28 (0-3,00)	0,85 (0-3,42)	0,75 (0-2,90)
Lise-üniv.	0,66 (0-3,16)	0,61 (0-3,38)	0,60 (0-3,50)	0,80 (0-3,10)	0,66 (0-3,66)	0,83 (0-4,00)	0,30 (0-2,90)	0,66 (0-3,66)	0,14 (0-3,85)	0,85 (0-3,14)	0,63 (0-2,72)
p değeri**	0,162	1,00	0,606	0,686	0,571	0,677	0,745	0,799	0,707	0,976	0,847
Anne meslek											
Ev hanımı	0,75 (0-3,25)	0,61 (0-3,53)	0,60 (0-3,60)	0,90 (0-3,40)	0,66 (0-3,88)	0,83 (0-4,00)	0,30 (0-3,10)	0,66 (0-4,00)	0,14 (0-3,85)	0,85 (0-3,42)	0,63 (0-3,18)
Çalışıyor	0,87 (0-3,25)	0,76 (0-3,23)	0,60 (0-3,70)	1,00 (0-3,30)	0,77 (0-3,11)	0,83 (0-4,00)	0,40 (0-3,30)	0,66 (0-3,66)	0,28 (0-2,42)	1,00 (0-3,14)	0,74 (0-2,82)
p değeri***	0,231	***0,020***	0,220	0,085	0,307	0,169	0,181	0,308	0,142	***0,035***	0,083
Baba meslek											
Memur	0,66 (0-3,16)	0,53 (0-3,38)	0,50 (0-3,10)	0,80 (0-3,40)	0,66 (0-3,77)	0,83 (0-4,00)	0,30 (0-3,10)	0,66 (0-4,00)	0,14 (0-2,71)	0,85 (0-3,14)	0,59 (0-2,95)
Serbest	0,83 (0-3,25)	0,61 (0-3,38)	0,70 (0-3,70)	0,90 (0-3,30)	0,77 (0-3,88)	0,83 (0-4,00)	0,30 (0-3,30)	0,66 (0-3,83)	0,28 (0-3,85)	0,85 (0-3,42)	0,74 (0-3,18)
Özel	0,66 (0-3,25)	0,61 (0-3,53)	0,50 (0-3,50)	0,90 (0-2,60)	0,66 (0-3,55)	0,83 (0-3,83)	0,30 (0-2,90)	0,66 (0-3,66)	0,28 (0-2,28)	0,84 (0-3,28)	0,64 (0-2,72)
p değeri**	0,562	0,762	0,117	0,506	0,473	0,748	0,992	0,907	0,422	0,586	0,315

**Okur-yazar olmayanlar ve sadece okur-yazar olanlar birleştirilmiştir*

*** Kruskal Wallis testi*

********Mann Whitney U testi*

Çizelge 3.10. SCL-90-R alt gruplarından alınan puanların aile tipi ve ailede psikiyatrik hastalık varlığı ile karşılaştırılması

	SOMA	DEPR	ANKS	OKB	KİŞİ	ÖFKE	PSİKO	PARANO	FOBİK	EK	GSİ
Aile tipi											
Çekirdek	0,75 (0-3,25)	0,61 (0-3,38)	0,60 (0-3,50)	0,90 (0-3,40)	0,66 (0-3,77)	0,83 (0-4,00)	0,30 (0-3,10)	0,66 (0-4,00)	0,14 (0-3,85)	0,85 (0-3,42)	0,64 (0-2,95)
Geniş	0,66 (0-3,25)	0,61 (0-3,53)	0,60 (0-3,60)	0,90 (0-3,30)	0,77 (0-3,88)	0,83 (0-4,00)	0,30 (0-2,90)	0,66 (0-3,83)	0,28 (0-3,14)	0,85 (0-3,42)	0,68 (0-3,18)
Anne-baba ayrı	0,91 (0-3,08)	0,84 (0-3,23)	0,70 (0-3,70)	1,10 (0-3,30)	0,88 (0-3,55)	1,16 (0-3,83)	0,30 (0-3,30)	0,66 (0-3,66)	0,28 (0-2,42)	1,00 (0-3,14)	0,78 (0-2,82)
p değeri*	0,342	***P[a]: 0,041*** ***P[b]: 0,018*** ***P[c]: 0,025***	0,089	0,278	0,203	0,145	0,323	0,669	0,804	0,385	0,234
Ailede psikiyatrik hastalık											
Var	0,91 (0-2,83)	0,76 (0-2,92)	0,75 (0-2,90)	1,00 (0-3,20)	0,88 (0-2,77)	1,16 (0-4,00)	0,45 (0-2,00)	0,74 (0-2,66)	0,28 (0-2,57)	1,00 (0-3,00)	0,87 (0-2,51)
Yok	0,75 (0-3,25)	0,61 (0-3,53)	0,60 (0-3,70)	0,90 (0-3,40)	0,66 (0-3,88)	0,83 (0-4,00)	0,30 (0-3,30)	0,66 (0-4,00)	0,14 (0-3,85)	0,85 (0-3,42)	0,64 (0-3,18)
p değeri**	0,152	0,148	***0,043***	0,232	0,233	***0,008***	***0,031***	0,083	0,306	0,154	0,074

***Kruskal Wallis testi,* ****Mann Whitney U testi*

a: çekirdek aile, geniş ve anne-baba ayrı, b: çekirdek aile ve anne-baba ayrı, c: geniş aile ve anne-baba ayrı karşılaştırılmıştır

Çizelge 3.11, SCL-90-R alt gruplarından alınan puanların ailedeki çocuk sayısı ile karşılaştırılmasını göstermektedir. Çalışmamıza katılan ergenlerin ailelerindeki çocuk sayılarına göre SCL-90-R testi değerlendirildiğinde; somatizasyon, anksiyete, OKB, öfke, kişilerarası duyarlılık, psikotik belirtiler alt grup puanlarında ve GSİ puanlarında anlamlı farklılıklar görülmüştür.

Tek çocuk olan ergenlerde bir kardeşi olanlara göre anksiyete ($p=0,008$), öfke ($p=0,027$) ve psikotik belirtiler ($p=0,028$) alt gruplarında ve GSİ ($p=0,037$) ortanca puanlarında istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptanmıştır. Buna karşın, tek çocuk olma ile üç veya daha fazla çocuklu bir ailede bulunma arasında alt grup puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bir kardeşi olan ergenler ile üç ve daha fazla çocuklu bir aileden gelenler arasında anksiyete, OKB, öfke, kişilerarası duyarlılık, psikotik belirtiler ve GSİ ortanca puanlarında anlamlı farklılık saptanmıştır (Çizelge 3.11). Üç ve daha fazla çocuklu bir aileden gelenlerin bu alt ölçek puanları iki kardeş olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan ergenlerin ailelerinin aylık gelir düzeyleri <2000 TL, 2000-4000 TL ve >4000 TL olarak sınıflandırılmasına karşın çalışmada >4000 TL aylık gelir düzeyi olan aile saptanmadığından istatistiksel değerlendirme iki grup üzerinden yapılmıştır. Çalışmaya katılan ailelerin yıllık gelir düzeyi <2000 TL olan ergenlerde, somatizasyon, anksiyete, kişilerarası ilişkilerde duyarlılık, OKB ve GSİ puan ortancalarında anlamlı yükseklik saptanmıştır ($p<0,05$). Aylık gelir düzeyi <2000TL olan ergenlerde öfke ve fobik anksiyete alt gruplarında da yükseklik saptanmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Çizelge 3.12'de aylık gelir düzeyine göre SCL-90-R alt grup puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Çizelge 3.11. SCL-90-R alt gruplarından alınan puanların çocuk sayısı ile karşılaştırılması

	SOMA	DEPR	ANKS	OKB	KİŞİ	ÖFKE	PSİKO	PARANO	FOBİK	EK	GSİ
Çocuk sayısı											
1	0,83 (0-2,58)	0,69 (0-3,15)	0,90 (0-2,70)	0,90 (0-3,40)	0,66 (0-3,77)	0,83 (0-4,00)	0,40 (0-3,10)	0,66 (0-4,00)	0,28 (0-2,57)	1,00 (0-2,71)	0,84 (0-2,95)
2	0,66 (0-3,16)	0,61 (0-3,53)	0,50 (0-3,70)	0,80 (0-3,20)	0,66 (0-3,55)	0,66 (0-3,83)	0,20 (0-2,80)	0,50 (0-3,66)	0,14 (0-2,57)	0,71 (0-3,28)	0,56 (0-2,82)
≥ 3	0,83 (0-3,25)	0,61 (0-3,38)	0,60 (0-3,60)	0,90 (0-3,30)	0,77 (0-3,88)	0,83 (0-4,00)	0,30 (0-3,30)	0,66 (0-3,83)	0,28 (0-3,85)	0,85 (0-3,42)	0,73 (0-3,18)
p değeri*	***P[a]: 0,005***	0,397	***P[a]: 0,011***	***P[a]: 0,044***	***P[a]:0,038***	***P[a]: 0,027***	***P[a]:0,016***	0,141	0,644	0,082	***P[a]: 0,028***
	P[b]:0,064		***P[b]:0,008***	P[b]: 0,123	P[b]: 0,097	***P[b]: 0,027***	***P[b]:0,028***				***P[b]: 0,037***
	P[c]: 0,959		P[c]:0,191	P[c]: 0,781	P[c]: 0,787	P[c]:0,255	P[c]: 0,420				P[c]:0,442
	P[d]: 0,002		***P[d]: 0,020***	***P[d]: 0,017***	***P[d]: 0,016***	***P[d]: 0,030***	***P[d]:0,011***				***P[d]:0,020***

Kruskal Wallis testi, ikili testlerde Mann Whitney U testi kullanılmıştır

a: 1,2 ve ≥3 birbiri ile, b: 1 ile 2, c: 1 ile ≥3, d: 2 ve ≥3 ile karşılaştırılmıştır

Çizelge 3.12. SCL-90-R alt gruplarından alınan puanların ailenin aylık gelir durumu ile karşılaştırılması

	SOMA	DEPR	ANKS	OKB	KİŞİ	ÖFKE	PSİKO	PARANO	FOBİK	EK	GSİ
Ailenin aylık gelir durumu (TL)											
<2000	0,83 (0-3,16)	0,61 (0-3,30)	0,60 (0-3,70)	0,95 (0-3,40)	0,77 (0-3,88)	0,83 (0-4,00)	0,30 (0-3,30)	0,66 (0-4,00)	0,28 (0-3,85)	0,85 (0-3,42)	0,75 (0-3,18)
2000-4000	0,66 (0-3,25)	0,61 (0-3,53)	0,50 (0-3,10)	0,80 (0-3,20)	0,66 (0-3,66)	0,74 (0-4,00)	0,30 (0-2,90)	0,66 (0-3,66)	0,14 (0-2,71)	0,85 (0-3,42)	0,61 (0-2,90)
p değeri*	***0,001***	0,089	***0,032***	***0,014***	***0,022***	0,106	0,075	0,416	0,108	0,415	***0,033***

* *Mann Whitney U testi*

3.6. SCL-90-R Testinden <1 ve >1 Puan Alan Ergenlerin Sıklığının Ergenlerin ve EbeveynlerininSosyodemografik Özellikleri ile Karşılaştırılması

Çizelge 3.13'te çalışmaya katılan ergenlerin SCL-90-R testinden <1 ve >1 puan alma yüzdesinin ergenlerin sosyodemografik verileri ile karşılaştırılması yer almaktadır.

SCL-90-R Testinden <1 ve >1 puan alan ergenlerin sıklığının cinsiyete göre karşılaştırılmasında; somatizasyon, depresyon, anksiyete, OKB, kişilerarası duyarlılık, fobik anksiyete, ek belirtiler ve GSİ alt puanlarında >1 puan alan kızların oranının erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). Kızların %40,7'si, erkeklerin ise %22,3'ü GSİ puanlamasında >1 puan almıştır.

Ergenlerin yaşları, okuldaki sınıf düzeyleri ve başarı durumlarına göreSCL-90-R Testinden <1 ve >1 puan alan ergen yüzdesinde anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Meslek lisesinde okuyanlarda diğer okullardakilere göre depresyon alt ölçeğinden >1 puan alan ergen sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,035$). Meslek Lisesinde okuyanların %41,2'si depresyon alt ölçeğinden >1 puan almışken, Anadolu Lisesinde okuyanlarda ise bu oran %22 olarak saptanmıştır.

Sigara kullanan ergenlerde öfke, psikotik belirti, paranoid düşünce ve ek belirtiler alt ölçeğinde >1 puan alma sıklığı sigara kullanmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p< 0,05$).

Çizelge 3.13. SCL-90-R testinden<1 ve >1 puan alma sıklığının ergenlerin sosyodemografik verileri ile karşılaştırılması

	SOMA		DEPR		ANKS		OKB		KİŞİ		ÖFKE	
	<1	>1	<1	>1	<1	>1	<1	>1	<1	>1	<1	>1
Cins n(%)												
Kız	217(53,6)	188(46,4)	242 (59,8)	163(40,2)	254 (62,7)	151 (37,3)	202 (49,9)	203 (50,1)	237 (58,5)	168 (41,5)	215 (53,1)	190 (46,9)
Erkek	152 (70,7)	63 (29,3)	162 (75,3)	53 (24,7)	165 (76,7)	50 (23,3)	136 (63,3)	79 (36,7)	149 (69,3)	66 (30,7)	134 (62,3)	81 (37,7)
p*	***0,000***		***0,000***		***0,000***		***0,001***		***0,008***		0,027	
Yaş n(%)												
14	30 (57,7)	22 (42,3)	35 (67,3)	17 (32,7)	36 (69,2)	16 (30,8)	29 (55,8)	23 (44,2)	33 (63,5)	19 (36,5)	24 (46,2)	28 (53,8)
15	70 (55,6)	56 (44,4)	84 (66,7)	42 (33,3)	85 (67,5)	41 (32,5)	69 (54,8)	57 (45,2)	73 (57,9)	53 (42,1)	72 (57,1)	54 (42,9)
16	81 (56,6)	62 (43,4)	93 (65,0)	50 (35,0)	95 (66,4)	48 (33,6)	70 (49,0)	73 (51,0)	85 (59,4)	58 (40,6)	86 (60,1)	57 (39,9)
17	161 (65,2)	86 (34,8)	163 (66,0)	84 (34,0)	174 (70,4)	73 (29,6)	143 (57,9)	104 (42,1)	160 (64,8)	87 (35,2)	141 (57,1)	106 (42,9)
18	27 (51,9)	25 (48,1)	29 (55,8)	23 (44,2)	29 (55,8)	23 (44,2)	27 (51,9)	25 (48,1)	35 (67,3)	17 (32,7)	26 (50,0)	26 (50,0)
p*	0,205		0,676		0,356		0,541		0,601		0,410	
Sınıf n(%)												
9	91 (62,8)	54 (37,2)	101 (69,7)	44 (30,3)	101 (69,7)	44 (30,3)	84 (57,9)	61 (42,1)	88 (60,7)	57 (39,3)	78 (53,8)	67 (46,2)
10	69 (53,5)	60 (46,5)	85 (65,9)	44 (34,1)	90 (69,8)	39 (30,2)	66 (51,2)	63 (48,8)	78 (60,5)	51 (39,5)	77 (59,7)	52 (40,3)
11	59 (52,2)	54 (47,8)	68 (60,2)	45 (39,8)	67 (59,3)	46 (40,7)	49 (43,4)	64 (56,6)	70 (61,9)	43 (38,1)	61 (54,0)	52 (46,0)
12	150 (64,4)	83 (35,6)	150 (64,4)	83 (35,6)	161 (69,1)	72 (30,9)	139 (59,7)	94 (40,3)	150 (64,4)	83 (35,6)	133 (57,1)	100 (42,9)
p	0,061		0,454		0,226		0,224		0,855		0,735	
Okul tipi n(%)												
Meslek	131 (55,0)	107 (45,0)	140 (58,8)	98 (41,2)	161 (67,6)	77 (32,4)	123 (51,7)	115 (48,3)	140 (58,8)	98 (41,2)	132 (55,5)	106 (44,5)
Özel	112 (64,0)	63 (36,0)	107 (61,1)	68 (38,9)	109 (62,3)	66 (37,7)	96 (54,9)	79 (45,1)	108 (61,7)	67 (38,3)	90 (51,4)	85 (48,6)
İmam hatip	67 (57,8)	49 (42,2)	77 (66,4)	39 (33,6)	81 (69,8)	35 (30,2)	63 (54,3)	53 (45,7)	74 (63,8)	42 (36,2)	68 (58,6)	48 (41,4)
Anadolu	59 (64,8)	32 (35,2)	71 (78)	20 (22,0)	68 (74,7)	23 (25,3)	56 (61,5)	35 (38,5)	64 (70,3)	27 (29,7)	59 (64,8)	32 (35,2)
p*	0,199		***0,035***		0,201		0,459		0,277		0,195	
Okul başarısı n(%)												
İyi	155 (61,5)	97 (38,5)	168 (66,7)	84 (33,3)	176 (69,8)	76 (30,2)	146 (57,9)	106 (42,1)	167 (66,3)	85 (33,7)	153 (60,7)	99 (39,3)
Orta	163 (58)	118 (42,0)	178 (63,3)	103 (36,7)	185 (65,8)	96 (34,2)	144 (51,2)	137 (48,8)	165 (58,7)	116 (41,3)	148 (52,7)	133 (47,3)
Kötü	51 (58,6)	36 (41,4)	58 (66,7)	29 (33,3)	58 (66,7)	29 (33,3)	48 (55,2)	39 (44,8)	54 (62,1)	33 (37,9)	48 (55,2)	39 (44,8)
p*	0,701		0,688		0,603		0,299		0,199		0,170	
Sigara kullanıyor musunuz? n(%)												
Evet	119 (57,8)	87 (42,2)	127 (61,7)	79 (38,3)	129 (62,6)	77 (37,4)	111 (53,9)	95 (46,1)	127 (61,7)	79 (38,3)	97 (47,1)	109 (52,9)
Hayır	250 (60,4)	164 (39,6)	277 (66,9)	137 (33,1)	290 (70,0)	124 (30,0)	227 (54,8)	187 (45,2)	259 (62,6)	155 (37,4)	252 (60,9)	162 (39,1)
p*	0,531		0,196		0,063		0,823		0,826		***0,001***	

**Ki-kare testi*

Çizelge 3.13. (Devam) SCL-90-R testinden<1 ve >1 puan alma sıklığının ergenlerin sosyodemografik verileri ile karşılaştırılması

	PSİKO		PARANO		FOBİK		EK		GSİ	
	<1	>1	<1	>1	<1	>1	<1	>1	<1	>1
Cins n(%)										
Kız	316 (78,0)	89 (22,0)	252 (62,2)	153(37,8)	322 (79,5)	83 (20,5)	207 (51,1)	198 (48,9)	240 (59,3)	165 (40,7)
Erkek	178 (82,8)	37(17,2)	148 (68,8)	67 (31,2)	191 (88,8)	24 (11,2)	132 (61,4)	83 (38,6)	167 (77,7)	48 (22,3)
p*	0,160		0,101		***0,003***		***0,014***		***0,000***	
Yaş n(%)										
14	40 (76,9)	12 (23,1)	34 (65,4)	18 (34,6)	42 (80,8)	10 (19,2)	28 (53,8)	24 (46,2)	33 (63,5)	19 (36,5)
15	100 (79,4)	26 (20,6)	85 (67,5)	41 (32,5)	101 (80,2)	25 (19,8)	72 (57,1)	54 (42,9)	79 (62,7)	47 (37,3)
16	112 (78,3)	31 (21,7)	92 (64,3)	51 (35,7)	118 (82,5)	25 (17,5)	82 (57,3)	61 (42,7)	96 (67,1)	47 (32,9)
17	204 (82,6)	43 (17,4)	163 (66,0)	84 (34,0)	210 (85,0)	37 (15,0)	135 (54,7)	112 (45,3)	169 (68,4)	78 (31,6)
18	38 (73,1)	14 (26,9)	26 ((50,0)	26 (50,0)	42 (80,8)	10 (19,2)	22 (42,3)	30 (57,7)	30 (57,7)	22 (42,3)
p*	0,540		0,238		0,777		0,414		0,552	
Sınıf n(%)										
9	120 (82,8)	25 (17,2)	97 (66,9)	48 (33,1)	118 (81,4)	27 (18,6)	84 (57,9)	61 (42,1)	93 (64,1)	52 (35,9)
10	101 (78,3)	28 (21,7)	84 (65,1)	45 (34,9)	106 (82,2)	23 (17,8)	72 (55,8)	57 (44,2)	87 (67,4)	42 (32,6)
11	90 (79,6)	23 (20,4)	73 (64,6)	40 (35,4)	91 (80,5)	22 (19,5)	59 (52,2)	54 (47,8)	70 (61,9)	43 (38,1)
12	183 (78,5)	50 (21,5)	146 (62,7)	87 (37,3)	198 (85,0)	35 (15,0)	124 (53,2)	109 (46,8)	157 (67,4)	76 (32,6)
p*	0,756		0,866		0,701		0,762		0,723	
Okul tipi n(%)										
Meslek	190 (79,8)	48 (20,2)	147 (61,8)	91 (38,2)	193 (81,1)	45 (18,9)	127 (53,4)	111 (46,6)	153 (64,3)	85 (35,7)
Özel	130 (74,3)	45 (25,7)	105 (60,0)	70 (40,0)	139 (79,4)	36 (20,6)	87 (49,7)	88 (50,3)	108 (61,7)	67 (38,3)
İmam hatip	94 (81,0)	22 (19,0)	81 (69,8)	35 (30,2)	98 (84,5)	18 (15,5)	69 (59,5)	47 (40,5)	78 (67,2)	38 (32,8)
Anadolu	80 (87,9)	11 (12,1)	67 (73,6)	24 (26,4)	83 (91,2)	8 (8,8)	56 (61,5)	35 (38,5)	68 (74,7)	23 (25,3)
p*	0,069		0,070		0,085		0,194		0,183	
Okul başarısı n(%)										
İyi	211 (83,7)	41 (16,3)	173 (68,7)	79 (31,3)	219 (86,9)	33 (13,1)	141 (56,0)	111 (44,0)	170 (67,5)	82 (32,5)
Orta	216 (76,9)	65 (23,1)	174 (61,9)	107 (38,1)	226 (80,4)	55 (19,6)	156 (55,5)	125 (44,5)	182 (64,8)	99 (35,2)
Kötü	67 (77,0)	20 (23,0)	53 (60,9)	34 (39,1)	68 (78,2)	19 (21,8)	42 (48,3)	45 (51,7)	55 (63,2)	32 (36,8)
p*	0,116		0,202		0,068		0,431		0,708	
Sigara kullanıyor musunuz? n(%)										
Evet	151 (73,3)	55 (26,7)	118 (57,3)	88 (42,7)	166 (80,6)	40 (19,4)	101 (49,0)	105 (51,0)	31 (63,6)	75 (36,4)
Hayır	343 (82,9)	71 (17,1)	282 (68,1)	132 (31,9)	347 (83,8)	67 (16,2)	238 (57,5)	176 (42,5)	276 (66,7)	138 (33,3)
p*	***0,005***		***0,008***		0,316		0,046		0,448	

**Ki-kare testi*

Çizelge 3.14'de ergenlerin SCL-90-R testinden<1 ve >1 puan alma sıklığının ailenin sosyodemografik verileri ile karşılaştırılması verilmiştir.

Ergenlerin SCL-90-R testinden<1 ve >1 puan alma yüzdesinin anne ve babanın eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05).

Çalışan annelerin çocuklarında psikotik belirti, fobik anksiyete ve ek belirtiler alt ölçeğinde >1 puan alanların sıklığı çalışmayan annelerin çocuklarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0,05). Serbest meslek ile uğraşan babaların çocuklarında somatizasyon alt ölçeğinden >1 puan alma sıklığının diğerlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,038).

Anne ve babası ayrı olan ergenlerde depresyon ve psikotik belirti alt ölçeğinde >1 puan alanların sıklığı çekirdek ve geniş ailedekilere göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p<0,05).

Üç ve üzeri çocuklu ailelerden gelen ergenlerde somatizasyon alt ölçeğinden >1 puan alan katılımcı sıklığı diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0.035). Tek çocuk olan ergenlerin anksiyete, öfke, psikotik belirti ve fobik anksiyete alt ölçeklerinde >1 puan alma sıklığı kardeşi olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Ailenin gelir düzeyi <2000TL olan ergenlerde somatizasyon, anksiyete, OKB ve GSİ alt gruplarında >1 puan alma sıklığı diğer gelir grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan ergenlerde öfke alt ölçeğinde >1 puan alanların oranı aile öyküsü bulunmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,016) (Çizelge 3.14). Ailesinde psikiyatrik hastalık bulunanların %59,6'sında, bulunmayanların ise %42,3'ünde öfke alt ölçeğinde >1 puan alınmıştır.

Çizelge 3.14. SCL-90-R testinden<1 ve >1 puan alma sıklığının ailenin sosyodemografik verileri ile karşılaştırılması

	SOMA		DEPR		ANKS		OKB		KİŞİ		ÖFKE	
	<1	>1	<1	>1	<1	>1	<1	>1	<1	>1	<1	>1
Anne eğitimi n(%)												
Okur-yazar	39 (58,2)	28 (41,8)	46 (68,7)	21 (31,3)	46 (68,7)	21 (31,3)	34 (50,7)	33 (49,3)	40 (59,7)	27 (40,3)	32 (47,8)	35 (52,2)
İlkokul	163 (57,0)	123 (43,0)	189 (66,1)	97 (33,9)	201 (70,3)	85 (29,7)	160 (55,9)	126 (44,1)	178 (62,2)	108 (37,8)	168 (58,7)	118 (41,3)
Ortaokul	72 (61,0)	46 (39,0)	74 (62,7)	44 (37,3)	72 (61,0)	46 (39,0)	58 (49,2)	60 (50,8)	73 (61,9)	45 (38,1)	65 (55,1)	53 (44,9)
Lise-üniversite	95 (63,8)	54 (36,2)	95 (63,8)	54 (36,2)	100 (67,1)	49 (32,9)	86 (57,7)	63 (42,3)	95 (63,8)	54 (36,2)	84 (56,4)	65 (43,6)
p*	0,567		0,823		0,349		0,457		0,953		0,432	
Baba eğitimi n(%)												
Okur-yazar	20 (58,8)	14 (41,2)	24 (70,6)	10 (29,4)	24 (70,6)	10 (29,4)	18 (52,9)	16 (47,1)	21 (61,8)	3 (38,2)	15 (44,1)	19 (55,9)
İlkokul	123 (53,0)	109 (47,0)	147 (63,4)	85 (36,6)	155 (66,8)	77 (33,2)	123 (53,0)	109 (47,0)	141 (60,8)	91 (39,2)	136 (58,6)	96 (41,4)
Ortaokul	95 (62,1)	58 (37,9)	96 (62,7)	57 (37,3)	97 (63,4)	56 (36,6)	81 (52,9)	72 (47,1)	91 (59,5)	62 (40,5)	87 (56,9)	66 (43,1)
Lise-üniversite	131 (65,2)	70 (34,8)	137 (68,2)	64 (31,8)	143 (71,1)	58 (28,9)	116 (57,7)	85 (42,3)	133 (66,2)	68 (33,8)	111 (55,2)	90 (44,8)
p*	0,067		0,581		0,459		0,747		0,566		0,445	
Anne mesleği n(%)												
Ev hanımı	284 (61,2)	180 (38,8)	311 (67,0)	153 (33,0)	322 (69,4)	142 (30,6)	263 (56,7)	201 (43,3)	297 (64,0)	167 (36,0)	269 (58,0)	195 (42,0)
Çalışıyor	85 (54,5)	71 (45,5)	93 (59,6)	63 (40,4)	97 (62,2)	59 (37,8)	75 (48,1)	81 (51,9)	89 (57,1)	67 (42,9)	80 (51,3)	76 (48,7)
p*	0,139		0,093		0,096		0,062		0,121		0,145	
Baba mesleği n(%)												
Memur	93 (66,4)	47 (33,6)	92 (65,7)	48 (34,3)	97 (69,3)	43 (30,7)	81 (57,9)	59 (42,1)	88 (62,9)	52 (37,1)	71 (50,7)	69 (49,3)
Serbest meslek	196 (55,2)	159 (44,8)	228 (64,2)	127 (35,8)	229 (64,5)	126 (35,5)	182 (51,3)	173 (48,7)	217 (61,1)	138 (38,9)	201 (56,6)	154 (43,4)
Özel	80 (64,0)	45 (36,0)	84 (67,2)	41 (32,8)	93 (74,4)	32 (25,6)	75 (60,0)	50 (40,0)	81 (64,8)	44 (35,2)	77 (61,6)	48 (38,4)
p*	***0,038***		0,825		0,112		0,161		0,756		0,200	
Aile tipi n(%)												
Çekirdek	247 (60,0)	165 (40,0)	278 (67,5)	134 (32,5)	290 (70,4)	122 (29,6)	231 (56,1)	181 (43,9)	268 (65,0)	144 (35,0)	241 (58,5)	171 (41,5)
Geniş	69 (61,1)	44 (38,9)	75 (66,4)	38 (33,6)	73 (64,6)	40 (35,4)	64 (56,6)	49 (43,4)	66 (58,4)	47 (41,6)	64 (56,6)	49 (43,4)
Anne-baba ayrı	53 (55,8)	42 (44,2)	51 (53,7)	44 (46,3)	56 (58,9)	39 (41,1)	43 (45,3)	52 (54,7)	52 (54,7)	43 (45,3)	44 (46,3)	51 (53,7)
p*	0,707		***0,038***		0,075		0,143		0,113		0,097	
Çocuk sayısı n(%)												
1	32 (58,2)	23 (41,8)	31 (56,4)	24 (43,6)	30 (54,5)	25 (45,5)	28 (50,9)	27 (49,1)	36 (65,5)	19 (34,5)	28 (50,9)	27 (49,1)
2	138 (66,7)	69 (33,3)	135 (65,2)	72 (34,8)	150 (72,5)	57 (27,5)	127 (61,4)	80 (38,6)	132 (63,8)	75 (36,2)	131 (63,3)	76 (36,7)
≥3	199 (55,6)	159 (44,4)	238 (66,5)	120 (33,5)	239 (66,8)	119 (33,2)	183 (51,1)	175 (48,9)	218 (60,9)	140 (39,1)	190 (53,1)	168 (46,9)
p*	***0,035***		0,341		***0,036***		0,053		0,696		***0,043***	

**Ki-kare testi*

Çizelge 3.14. SCL-90-R testinden<1 ve >1 puan alma sıklığının aileninsosyodemografik verileri ile karşılaştırılması (DEVAMI)

	PSİKO		PARANO		FOBİK		EK		GSİ	
	<1	>1	<1	>1	<1	>1	<1	>1	<1	>1
Anne eğitimin(%)										
Okur-yazar	52 (77,6)	15 (22,4)	45 (67,2)	22 (32,8)	53 (79,1)	14 (20,9)	38 (56,7)	29 (43,3)	43 (64,2)	24 (35,8)
İlkokul	234 (81,8)	52 (18,2)	185 (64,7)	101 (35,3)	241 (84,3)	45 (15,7)	163 (57,0)	123 (43,0)	191 (66,8)	95 (33,2)
Ortaokul	93 (78,8)	25 (21,2)	76 (64,4)	42 (35,6)	94 (79,7)	24 (20,3)	60 (50,8)	58 (49,2)	74 (62,7)	44 (37,3)
Lise-üniversite	115 (77,2)	34 (22,8)	94 (63,1)	55 (36,9)	125 (83,9)	24 (16,1)	78 (52,3)	71 (47,7)	99 (66,4)	50 (33,6)
p*	0,656		0,952		0,571		0,625		0,868	
Baba eğitimin(%)										
Okur-yazar	26 (76,5)	8 (23,5)	23 (67,6)	11 (32,4)	25 (73,5)	9 (26,5)	21 (61,8)	13 (38,2)	20 (58,8)	14 (41,2)
İlkokul	185 (79,7)	47 (20,3)	153 (65,9)	79 (34,1)	194 (83,6)	38 (16,4)	129 (55,6)	103 (44,4)	153 (65,9)	79 (34,1)
Ortaokul	128 (83,7)	25 (16,3)	94 (61,4)	59 (38,6)	127 (83,0)	26 (17,0)	80 (52,3)	73 (47,7)	100 (65,4)	53 (34,6)
Lise-üniversite	155 (77,1)	46 (22,9)	130 (64,7)	71 (35,3)	167 (83,1)	34 (16,9)	109 (54,2)	92 (45,8)	134 (66,7)	67 (33,3)
p*	0,470		0,804		0,538		0,768		0,847	
Anne mesleğin(%)										
Ev hanımı	379 (81,7)	85 (18,3)	305 (65,7)	159 (34,3)	393 (84,7)	71 (15,3)	265 (57,1)	199 (42,9)	314 (67,7)	150 (32,3)
Çalışıyor	115 (73,7)	41 (26,3)	95 (60,9)	61 (39,1)	120 (76,9)	36 (23,1)	74 (47,4)	82 (52,6)	93 (59,6)	63 (40,4)
p*	***0,032***		0,275		***0,026***		***0,036***		0,067	
Baba mesleğin(%)										
Memur	107 (76,4)	33 (23,6)	95 (67,9)	45 (32,1)	121 (86,4)	19 (13,6)	78 (55,7)	62 (44,3)	90 (64,3)	50 (35,7)
Serbest meslek	283 (79,7)	72 (20,3)	225 (63,4)	130 (36,6)	286 (80,6)	69 (19,4)	191 (53,8)	164 (46,2)	228 (64,2)	127 (35,8)
Özel	104 (83,2)	21 (16,8)	80 (64,0)	45 (36,0)	106 (84,8)	19 (15,2)	70 (56,0)	55 (44,0)	89 (71,2)	36 (28,8)
p*	0,392		0,639		0,237		0,879		0,343	
Aile tipin(%)										
Çekirdek	337 (81,8)	75 (18,2)	273 (66,3)	139 (33,7)	345 (83,7)	67 (16,3)	229 (55,6)	183 (44,4)	280 (68,0)	132 (32,0)
Geniş	91 (80,5)	22 (19,5)	71 (62,8)	42 (37,2)	93 (82,3)	20 (17,7)	63 (55,8)	50 (44,2)	73 (64,6)	40 (35,4)
Anne-baba ayrı	66 (69,5)	29 (30,5)	56 (58,9)	39 (41,1)	75 (78,9)	20 (21,1)	47 (49,5)	48 (50,5)	54 (56,8)	41 (43,2)
p*	***0,026***		0,372		0,533		0,541		0,117	
Çocuk sayısın(%)										
1	38 (69,1)	17 (30,9)	33 (60,0)	22 (40,0)	42 (76,4)	13 (23,6)	23 (41,8)	32 (58,2)	31 (56,4)	24 (43,6)
2	176 (85,0)	31 (15,0)	143 (69,1)	64 (30,9)	182 (87,9)	25 (12,1)	123 (59,4)	84 (40,6)	145 (70,0)	62 (30,0)
≥3	280 (78,2)	78 (21,8)	224 (62,6)	134 (37,4)	289 (80,7)	69 (19,3)	193 (53,9)	165 (46,1)	231 (64,5)	127 (35,5)
p*	***0,019***		0,227		***0,039***		0,060		0,130	

**Ki-kare testi*

Çizelge 3.14. SCL-90-R testinden<1 ve >1 puan alma sıklığının aileninsosyodemografik verileri ile karşılaştırılması (DEVAMI)

	SOMA		DEPR		ANKS		OKB		KİŞİ		ÖFKE	
	<1	>1	<1	>1	<1	>1	<1	>1	<1	>1	<1	>1
Ailenin gelir durumu n(%)												
<2000 TL	195 (55,4)	157 (44,6)	220 (62,5)	132 (37,5)	24 (63,6)	128 (36,4)	176 (50,0)	176 (50,0)	209 (59,4)	143 (40,6)	194 (55,1)	158 (44,9)
2000-4000 TL	174 (64,9)	94 (35,1)	184 (68,7)	84 (31,3)	195 (72,8)	73 (27,2)	162 (60,4)	106 (39,6)	177 (66,0)	91 (34,0)	155 (57,8)	113 (42,2)
p*	***0,017***		0,111		***0,016***		***0,010***		0,090		0,498	
Ailede psikiyatrik hastalık n(%)												
Var	29 (55,8)	23 (44,2)	30 (57,7)	22 (42,3)	29 (55,8)	23 (44,2)	23 (44,2)	29 (55,8)	28 (53,8)	24 (46,2)	21 (40,4)	31 (59,6)
Yok	340 (59,9)	228 (40,1)	374 (65,8)	194 (34,2)	390 (68,7)	178 (31,3)	315 (55,5)	253 (44,5)	358 (63,0)	210 (37,0)	328 (57,7)	240 (42,3)
p*	0,565		0,238		0,057		0,120		0,191		***0,016***	

**Ki-kare testi*

Çizelge 3.14. SCL-90-R testinden <1 ve >1 puan alma sıklığının ailenin sosyodemografik verileri ile karşılaştırılması (DEVAMI)

	PSİKO		PARANO		FOBİK		EK		GSİ	
	<1	>1	<1	>1	<1	>1	<1	>1	<1	>1
Ailenin gelir durumu n(%)										
<2000 TL	272 (77,3)	80 (22,7)	227 (64,5)	125 (35,5)	285 (81,0)	67 (19,0)	189 (53,7)	163 (46,3)	218 (61,9)	134 (38,1)
2000-4000 TL	222 (82,8)	46 (17,2)	173 (64,6)	95 (35,4)	228 (85,1)	40 (14,9)	150 (56,0)	118 (44,0)	189 (70,5)	79 (29,5)
p*	0,088		0,987		0,180		0,573		***0,026***	
Ailede psikiyatrik hastalık n(%)										
Var	6 (69,2)	16 (30,8)	29 (55,8)	23 (44,2)	41 (78,8)	11 (21,2)	24 (46,2)	28 (53,8)	31 (59,6)	21 (40,4)
Yok	458 (80,6)	110 (19,4)	371 (65,3)	197 (34,7)	472 (83,1)	96 (16,9)	315 (55,5)	253 (44,5)	376 (66,2)	192 (33,8)
p*	0,50		0,168		0,437		0,197		0,339	

**Ki-kare testi*

4. TARTIŞMA

Ergenlik, insan yaşamında önemli bir geçiş dönemidir. Bu dönemde boy uzaması, kilo artışı, meme gelişimi, yağ ve kas dokularının artması ve sekonder seks karakterlerinin gelişimi gibi fiziksel değişiklikler sonucu puberte tamamlandığında ergen yetişkin bir birey görünümü almaktadır. Ancak bu dönem sadece fiziksel gelişimden oluşmamakta, bireyin psikososyal olarak da yoğun ve karmaşık aşamalardan geçtiği, kendini topluma bir birey olarak kabul ettirmeye çalıştığı, toplumda söz sahibi olmak için çabaladığı ve toplum içerisinde bir kimlik edinmeye çalıştığı dönem olarak da tanımlanmaktadır. Bu nedenlerle ergenlik dönemi; fiziksel büyümenin, cinsel gelişimin ve psikososyal olgunlaşmanın gerçekleştiği, başlangıç ve bitiş sürelerinin kişiden kişiye değiştiği ve bu dönemdeki duygu ve davranışların normal olup olmadığının belirlenmesinde güçlük çekilen bir dönemdir.

Yaşam boyunca en önemli biyolojik ve sosyal değişim dönemlerinden birisi olan ergenlik döneminde çocukluk dönemiyle karşılaştırıldığında ruh sağlığı sorunlarının arttığı bildirilmiştir. Yapılan çeşitli çalışmalarda ergenlerde anksiyete, depresyon, somatizasyon ve öfke gibi ruhsal bozukluklar ayrı ayrı incelenmiştir (Görker ve ark., 2004; Kesebir, 2004; Muris ve Field, 2008; Pehlivantürk, 2008 ve Steinberg, 2014). Ancak ergenlerde birden fazla ruhsal bozukluk veya psikiyatrik belirti aynı zamanda birarada bulunabilmekte ve ergeni rahatsız edebilmektedir. Bazı ergenler bu karmaşık duygu veya davranışlarından rahatsız olarak doktora başvurabilirken, bazıları ise bu durumlarından rahatsız olmayabilir veya kendilerinde psikiyatrik belirti olduğunun farkında olmayabilir. Literatürde ergenlerde birden fazla psikiyatrik belirtinin varlığını araştıran çalışmalar az sayıda bulunmaktadır.

Çalışmamızda farklı sebeplerle genel çocuk polikliniklerine başvuran ve psikiyatrik yakınma belirtmeyen ergenlerde kendilerini rahatsız eden psikiyatrik belirtilerin varlığının araştırılması amaçlanmıştır. Literatürde üniversite

öğrencilerinde ve meslek lisesine giden öğrencilerde birden fazla psikiyatrik belirtinin araştırıldığı çok az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Ancak psikiyatrik yakınma olmaksızın herhangi bir nedenle çocuk polikliniklerine başvuran ergenlerde yapılan buna benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm ergenlere SCL-90-R psikiyatrik tarama testi uygulanmış, testin değerlendirmesi yapılmış ve testten yüksek puan alanlar ergen psikiyatrisine yönlendirilmiştir. Psikiyatrik belirti tarama testinin değerlendirilmesi 10 alt gruba göre yapılmış ve test verileri ergenlerin ve ailelerinin sosyodemografik verileri ve ergenlerin okul özellikleri ile karşılaştırılmıştır.

4.1. ErgenlerinKişisel Bilgilerine Yönelik Verilerin Değerlendirilmesi

4.1.1. Cinsiyet ve Yaş

Ergenlik döneminde karşılaşılabilecek psikiyatrik semptomları belirleyebilmek amacı ile yaptığımız çalışmada; tarama testi ile ergenlerin %40,5'inin somatizasyon, %32,4'ünün anksiyete, %45,5'inin OKB, %34,8'inin depresyon, %37,7'sinin kişilerarası ilişkilerde duyarlılık, %20,3'ünün psikotik belirtiler, %35,5'inin paranoid düşünce, %43,7'sinin öfke, %17,3'ünün fobik anksiyete, %45,3'ünün ek belirtialt ölçek grupları ve %34,4'ününise GSİ alt ölçek gruplarından>1 puan aldıkları görülmüştür. Testin değerlendirilmesinde; >1 puan "önemli ruhsal problem vardır" şeklinde yorumlanmaktadır. Saatçi ve Akpınar'ın (2006) üniversite öğrencilerinde yaptığı benzer bir çalışmada da; öğrencilerin %24,8'inde somatizasyon, %31,3'ünde anksiyete, %40,8'inde depresyon, %61,2'sinde OKB, %25,3'ünde psikotik belirtiler, %55,1'inde paranoid düşünce, %39,4'ünde öfke, %50,6'sında kişilerarası duyarlılık, %13,8'inde fobik anksiyete ve %11,6'sında GSİ alt ölçeklerinde >1 puan alındığı bildirilmiştir. Aşkın ve arkadaşlarının (1995) 537 meslek lisesi öğrencisinde yaptığı benzer bir çalışmada ise; depresyon, anksiyete, kişilerarası duyarlılık, psikotik belirtiler ve GSİ alt ölçeklerinin puanlarının>1 olduğu saptanmıştır. Bu çalışmadaki veriler ile çalışmamız karşılaştırıldığında;23 yıl önceki bu verilere göre ergenlerde psikiyatrik belirtilerin giderek artmakta olduğu ve daha çok semptomun birarada bulunduğu

düşünülmüştür. Çalışmamız, Saatçi ve Akpınar'ın üniversite öğrencilerindeki çalışması ile karşılaştırıldığında; ergenlik dönemi sıkıntılarının yoğun yaşandığı 14-18 yaş grubu lise öğrencilerinde somatizasyon, öfke ve fobik anksiyete gibi psikiyatrik semptomların daha yüksek oranda görüldüğü gözlenmiştir. Buna karşın; depresyon, OKB, psikotik belirtiler, paranoid düşünce ve kişilerarası duyarlılık gibi semptomların ise üniversite öğrencilerinde daha sıklıkla gözlendiği saptanmıştır.

Önceki çalışmalarda; çocuk psikiyatrisi polikliniklerine başvuran ergenlerde aynı zamanda birden fazla psikiyatrik semptomun (depresyon, psikotik belirtiler, anksiyete bozuklukları vb) bulunabildiği ve bu ergenlerin intihar girişimine eğilimlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Akın ve ark., 2012 ve Recart ve ark. 2002). Demirarslan ve arkadaşlarının (1999) SCL-90-R ile yaptığı bir çalışmada; ergenlerin birden fazla psikiyatrik semptomunun olduğu ve çeşitli alt gruplardan yüksek puan aldıkları bildirilmiştir. Benzer şekilde Görker ve arkadaşlarının (2004) yaptığı bir çalışmada ise; 1079 ergenin %15,2'sinin birden fazla psikiyatrik semptomunun bulunduğu ve değerlendirme sonucunda komorbid psikiyatrik hastalık tanısı aldıkları saptanmıştır. Aras ve arkadaşlarının (2007)822 ergenin dosyalarının retrospektif incelenmesi ile yaptığı bir çalışmada da; depresyon ve anksiyetenin sıklıkla birlikte görüldüğü saptanmıştır. Çalışmamızda önemli bir bulgu olarak; SCL-90-R testinin tüm alt gruplarından alınan puanların birbiri ile aralarında pozitif yönde korelasyon saptanması ergende görülen bir ruhsal belirtiye ek olarak başka ruhsal sorunların da eşlik edebileceğini göstermektedir. Bu bulguyu destekler nitelikte olmak üzere; çalışmamızda yer alan ergenlerin %57,3'ünün birden fazla alt grup ölçeğinden yüksek puan aldığı, başka bir deyişle bu ergenlerde birden fazla ruhsal belirtinin birarada bulunduğu gözlenmiş ve bu bulgu önceki çalışmalardaki bulgular ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızdaki amaçlardan biri ergenlerdeki psikiyatrik belirtilerin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini saptamaktır. Yapılan önceki çalışmalarda kızlarda ergenlik döneminde psikiyatrik belirtilerin daha sık olduğu gösterilmiştir (Aşkın ve ark., 1995; Hollifield, 2007; Postilnik ve ark., 2006; Saatçi ve Akpınar,

2006). Çalışmamızda da önceki çalışmalara benzer olarak, kızlarda somatizasyon, depresyon, anksiyete, OKB, kişilerarası duyarlılık, öfke, paranoid belirtiler, fobik anksiyete ve ek belirtilerin erkeklere göre daha sık görüldüğü ve GSİ'nin de daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Literatür incelendiğinde; üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda somatizasyon bozukluğunun %7,7 oranında gözlendiği, kadın/erkek oranının ise 3/1 olduğu saptanırken, benzer başka çalışmalarda da kadın/erkek oranın 5-20/1 olarak değiştiği ve kadın cinsiyetin somatizasyon bozukluğu gelişimi için risk faktörü olarak kabul edildiği bildirilmiştir (Bouman, 2002;Martin ve ark., 2007 ve Victorin, 2006). Somatizasyonun kızlarda daha sık görülmesinin nedenleri ile ilgili çeşitli hipotezler ileri sürülmüştür. Ailedeki duygusal ortamın niteliğinin somatik belirtilerin gelişimi için önemli olduğu, duygusal desteğin olmadığı veya az olduğu, ergenin yaptığı veya söylediği şeylere müdahalenin ve öfkenin fazla olduğu ailelerde daha sık psikosomatik belirtilerle karşılaşıldığı bildirilmektedir (Eray ve ark., 2015). Yapılan bir çalışmada; sıklıkla fiziksel bir hastalık görülmemesine rağmen somatizasyon puanları yüksek olan kadınların fiziksel belirtileri daha sık ve daha yüksek puanladıkları gözlenmiştir. Bu durum kadınlarda somatizasyon sıklığının nedenini açıklayamamakla birlikte somatik semptomların algılanmasının psikososyal bir boyutu olduğunu düşündürmüştür (Von Wijk, 1997). Kaya (1996)'nın yapmış olduğu bir çalışmada; erkeklerin girişken, kavgacı ve atak olmasının toplumumuzda normal kabul edildiği, kız çocuklarının ise uysal, sessiz, söz dinler, konuşmayan ve duygularını anlatmayan bir birey olmalarının beklendiği bildirilmiştir. Sonuçta bu farklılığın, yaşadığı sorunlarla başedemediği durumlarda kızlarda psikosomatik belirtilerin gelişimine neden olabileceği bildirilmektedir.

Meesters ve arkadaşlarının (2003) yapmış olduğu bir çalışmada; pediatrik yaş grubunda olan ve bir hastalığı bulunan bireylerin somatizasyon ölçeğinden aldığı puanların sağlıklı çocukların puanlarından daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ancak bu çocuklardaki belirtilerin somatizasyondan mı yoksa hastalık belirtisinden mi kaynaklandığının ayrımının zor olacağı bildirilmiş, hastalık boyunca gelişebilecek

stres durumunda dasomatik belirtilerin ortaya çıkabileceği ileri sürülmüştür. Çalışmamızda herhangi bir akut ve kronik hastalığı olmayan ve sağlıklı olduğu düşünülen ergenlerde somatizasyon puanlarında yükseklik saptanmıştır. Bu bulgu, kronik hastalığa bağlı stres durumu olmadan da ergen yaş grubunda somatizasyonun ortaya çıkabileceğini göstermektedir.

Çocuklarda somatizasyon bozukluk belirtilerine ek ruhsal bozukluklar da bildirilmiştir. Saatçi ve Akpınar (2006) SCL-90-R ile üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada; kızlarda somatizasyon ve depresyon alt ölçek puanlarında yükseklik olduğunu bildirmiştir. Zhou ve arkadaşlarının (2000) yaptığı bir çalışmada ise; ruhsal sorunlar arasında en sık OKB'nin olduğu, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete ve fobik belirtilerin kızlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada da; psikolojik danışma servisine başvuran kız öğrencilerde somatik belirtiler, anksiyete, OKB ve depresyon belirtilerinin daha yüksek olduğu; erkek öğrencilerde ise paranoid belirti ve öfke puan ortalamalarının yüksek saptandığı bildirilmiştir (Deniz ve ark., 2004). Somatoform bozukluğu olan çocuklarda özellikle kızlarda anksiyete ve depresyon belirtilerinin sık ortaya çıktığı belirtilmektedir (Ayaz ve ark., 2012; Bujoreanu ve ark., 2014; Lieb ve ark., 2000 ve Pehlivantürk ve Ünal, 2000). Literatürde somatizasyon bozukluğu tanısı konulan olguların %60'ına eş psikiyatrik tanı konulduğu ve bu duruma en sık anksiyete bozukluğunun (%42) eşlik ettiği belirtilmiştir (Bujoreanu ve ark., 2014). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise; çocuk ve gençlerde somatizasyon bozukluklarının %15,7 oranında majör depresyon ve %37,2 oranında ise anksiyete bozukluğu ile birliktelik gösterdiği saptanmıştır (Pehlivantürk ve Ünal, 2000).

Çalışmamızda kızlarda OKB puanlarında da anlamlı yükseklik olduğu saptanmıştır. Literatürde obsesif-kompulsif bozukluk sıklığı %1-4 arasında değişmektedir (Samuels ve Nestadt, 1997). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir alan çalışmasında; erişkinlerde OKB'nin yaşam boyu görülme sıklığı %2,5 olarak bildirilmiştir (Hollander, 2008). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, bu bozukluğun

bir yılda görülme sıklığı %1,5 ve yaşam boyu görülme sıklığı ise %3 olarak saptanmıştır (Şahin, 2007). Çocukluk döneminde bu oran %0,1-1,9 ve ergenlik döneminde ise %4,1 olarak bildirilmiştir (Rapoport ve Inoff-Germain, 2000 ve Wewetzer ve ark.,2001).Çocukluk döneminde erkeklerde OKB daha sık görülürken, erişkin dönemde erkek/kız oranının eşit olduğu hatta bazı çalışmalarda da kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Hemmings ve ark., 2004; Hollander, 2008 ve Samuels ve Nestadt, 1997). Çalışmamızda OKB belirtilerinin kızlarda daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu bulguya benzer şekilde ergenlik döneminde OKB sıklığını kızlarda daha fazla bulan çalışmalara da rastlanmıştır (Abay ve ark., 2010 ve Brynska ve Wolanczyk, 2005).

Yapılan çalışmalarda OKB olan kişilerde ek psikiyatrik belirtilerin de birarada görülebildiği bildirilmiştir. Sıklıkla eşlik eden bozuklukların depresyon, anksiyete, alkol kötü kullanımı, madde kötü kullanımı, sosyal fobi, panik atak ve bipolar bozukluk olduğu saptanmıştır (Bayar ve Yavuz, 2008 ve Rasmussen ve Eisen, 1994).

Literatürde eleştirilmeye, olumsuz bir biçimde değerlendirilmeye ya da reddedilmeye karşı duyarlılık olarak tanımlanan sosyal fobinin ve hayvan korkusu, yüksekten korkma, uçağa, asansöre binme gibi durumsal korkular olarak tanımlanan özgül fobik anksiyetenin kızlarda erkeklere göre 2,5 kat daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Levent ve ark., 2006 ve Sadock, 2007). Saatçi ve Akpınar'ın (2006) yaptığı çalışmada cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık saptanmazken, Merikangas ve arkadaşlarının (2002) yaptığı bir çalışmada ise fobi sıklığının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda da Merikangas ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmaya benzer şekilde kızlarda fobik anksiyete puanı erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Yaşamın önemli duygusal ifadelerinden birisi olan öfke davranışının uygun şekilde açığa çıkarılmaması ya da ifade edilememesinin ergende fiziksel, psikolojik

ve sosyal sorunlara neden olabileceği bildirilmiştir. Aşırı öfke duygusunun yaşanması ve buna bağlı davranış sorunlarının erkeklerde daha sık görüldüğü saptanmıştır (Albayrak ve Kutlu, 2009; Amedahe ve Owusu-Banahene, 2007; Deniz ve ark., 2004 ve D'Zurilla ve ark., 2003). Bu durumun, her iki cinsiyetin yetiştirilme tarzından ve toplumun her iki cinsiyetten beklentilerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Lochman ve ark., 2006). Önceki bir çalışmada; liseye devam eden erkek öğrencilerde öfke-dışa puanlarının yüksek olduğu ve öfkelerinin daha çok dışarıya yansıtıldığı, buna karşın kız öğrencilerde ise öfke-içe puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Erdur-Baker ve ark., 2009). Bu çalışmalardan farklı olarak, çalışmamızda öfke alt ölçek puanı kızlarda daha yüksek olarak saptanmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde, sürekli öfke ve dışa vurulan öfke düzeyinin kız öğrencilerde, öfkeyi kontrol altında tutmanın ise erkek öğrencilerde daha yüksek olduğunu bildiren bazı çalışmalar literatürde bulunmaktadır (Evren ve ark., 2015 ve Özmen ve ark., 2009).

Çalışmamızda test puanları yaşlara göre değerlendirildiğinde; ergenlerin SCL-90-R test alt grup puanlarında yaş açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Aşkın ve arkadaşlarının (1995) yaptığı bir çalışmada; somatizasyonun 14-16 yaş grubunda ve OKB'nin ise 17-18 yaş grubunda anlamlı ölçüde daha düşük olduğu; anksiyete, fobik anksiyete ve psikotik belirtilerin ise 14-16 yaş grubunda daha yüksek oranda bulunduğu saptanmıştır. Bu çalışmada; ergenliğin başlarında (13-14 yaşlarında) anksiyetenin daha yoğun olarak gözlendiği, buna karşın yaş arttıkça ruhsal belirtilerin görülme oranının düştüğü bildirilmiştir. Ergenlik döneminin sonuna doğru ergende artık kimlik gelişiminin yavaş yavaş tamamlanması, çatışmaların azalmaya başlaması ve dolayısıyla ergenin artık toplumda yerini almaya başlaması ile bu karmaşa döneminin azalmasının bu durumun altında yatan neden olduğu bildirilmiştir. Başka bir deyişle; hormonal gelişim ve duygusal çatışmaların yoğun olduğu 13-14 yaşlarında ergenin henüz kimlik karmaşası içinde olması nedeniyle psikiyatrik semptomlara daha sık rastlanabildiği bildirilmiştir (Şengüder, 2006). Buna karşın, çalışmamızda ruhsal belirtiler ile yaş arasında bir ilişkinin bulunmaması ve yaş gruplarından bağımsız olarak 14-18 yaş grubunda genel olarak

ruhsal semptomların saptanması çocukların içinde yaşadığı aile ve toplumla ilgili genel psikososyal ve sosyoekonomik durum ile açıklanabilir.

4.1.2. Ergenlerin Okul ve Sigara İçme Özellikleri

Çalışmamızda ergenlerin okudukları okulların tiplerine göre değerlendirildiğinde SCL-90-R alt grup puanları açısından çeşitli farklılıklar gözlenmiştir. Meslek lisesinde okuyanlarda diğer okullardakilere göre depresyon alt ölçeğinden >1 puan alan ergen sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Meslek lisesinde okuyanların %41,2'si depresyon alt ölçeğinden >1 puan almışken, Anadolu lisesinde okuyanlarda ise bu oran %22 olarak saptanmıştır. Çalışmamızdakine benzer şekilde lise öğrencilerinde yapılmış başka bir çalışma literatürde bulunmadığından dolayı yeterli karşılaştırma yapılamamıştır. Aşkın ve arkadaşlarının (1995) meslek lisesi öğrencilerinde yaptıkları bir çalışmada; öğrencilerin %46'sının ekonomik zorunluluktan dolayı meslek lisesini seçtikleri bildirilmiştir. Dolayısıyla, toplumumuzda meslek liselerine genellikle sosyoekonomik düzeyi veya okul başarısı düşük olan öğrencilerin gittiği düşünüldüğünden bu öğrencilerin, düşük sosyoekonomik düzeyin getirdiği zorluklar veya okul başarısızlıkları nedeni ile yaşadıkları stres sonucunda depresyon puanlarında artış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmaya katılan ergenlerden okuldaki başarı durumlarını tanımlamaları istenmiştir. Okul başarısını kötü olarak tanımlayan ergenlerde psikotik belirtiler alt grup ortancasından alınan puanlarda yükseklik saptanmıştır.Çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine çeşitli şikayetlerle başvuran 12-18 yaş grubu ergenlerin incelendiği bir çalışmada; kızlarda %24,7, erkeklerde ise %40,7 oranında okul başarısızlığı nedeni ile psikiyatri polikliniğine başvurulduğu, yapılan değerlendirme sonucunda bu ergenlerin anksiyete, duygu durum bozukluğu, davranış bozukluğu, iletişim bozukluğu ve daha az oranda psikotik bozukluk tanısı aldıkları bildirilmiştir

(Görker ve ark., 2004). Campano ve Munakata'nın yapmış olduğu (2004) ve 650 ortaokul öğrencisinin öfke durumlarının, psikosomatik şikayetlerinin ve akademik başarı durumlarının incelendiği bir çalışmada; öğrencilerde yüksek öfke düzeyi ve düşük akademik başarı puanının psikosomatik şikayetlerle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızdaki ergenlerde de literatürle uyumlu olarak, okul başarısının psikiyatrik semptom gelişiminde önemli bir faktör olduğu saptanmış ve ergenlerin okul başarısındaki düşüklük nedeni ile yaşadığı stresin ve ailesinden gördüğü baskının psikiyatrik semptomların ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızdaki ergenlerde sınıf düzeylerine göre SCL-90-R alt grup puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürde sınıf düzeyleri ile psikiyatrik semptomlar arasında ilişkinin bulunmadığını bildiren çeşitli çalışmalar vardır (Sarı, 2008 ve Şengüder, 2006). Diğer yandan, Uğurlu ve Akın'ın yapmış olduğu bir çalışmada (2008); üniversite 1. sınıföğrencilerinde psikiyatrik semptomların daha sık görüldüğü, 2 ve 3. sınıf öğrencilerinde ise bu belirtilerin görülme oranının düştüğü bildirilmiştir. Bu durumun nedeni olarak üniversiteye yeni başlayan öğrencilerin ailelerinden ve arkadaş çevrelerinden ayrılmaları, yeni bir ortam olan üniversite ve çevresine uyum sağlamada zorluk çekmeleri, eğitim ortamında yaşadıkları olumsuz tecrübeler, üniversite ortamına uyum sağlayana kadar yaşadıkları çekingenlik ve güvensizlik gibi karmaşık duygular olduğu öne sürülmüş, buna karşın sınıf büyüdükçe kazanılan tecrübeler ve bilgilerin öğrencilerin kendine güvenlerini artırdığı düşünülmüştür.

Ergenlik döneminin gelişim aşamalarında orta ve geç ergenlik dönemlerinde bireyin kendisini ailesine ve arkadaş gruplarına kabul ettirebilmek için zararlı alışkanlıklara yönelebilecekleri çeşitli çalışmalarda bildirilmektedir (Santrock, 2012, s:435ve Sarı, 2008). Ülkemizde yapılan bir çalışmada; üniversiteye giden ve sigara ve alkol kullanımı olan öğrencilerde ruhsal belirti görülme oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Saatçi ve Akpınar, 2006). Çalışmamızda da sigara kullanan ergenlerde öfke, psikotik belirti, paranoid düşünce ve ek belirtiler alt ölçeğinde >1

puan alma sıklığı sigara kullanmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur Ergenlerin yaşadıkları kimlik karmaşası, stres, sınav kaygıları, otoriteye direnç göstermeleri, heyecan arayışı, yetersizlik hissi ve aile veya sosyal çevrelerinde yaşadıkları sorunlar gibi nedenlerle zararlı alışkanlıklara yönelebilecekleri düşünülmektedir.

4.2. Ailelerin Bilgilerine Yönelik Verilerin Değerlendirilmesi

4.2.1. Anne-Baba Eğitim Düzeyi, Çalışma Durumları ve Gelir Düzeyleri

Anne-babanın yaşı, eğitim durumu, ailenin sosyoekonomik düzeyi, ebeveynlerin kişilik yapıları ve birbirleriyle olan ilişkileri çocuklarına karşı tutum ve davranışlarını etkileyebilmektedir. Ebeveynlerin çocuklarını yetiştirme sırasındaki tutumlarının, özellikle ergenlik çağındaki çocuklarının kişilik gelişimi ve sosyal çevrelerindeki davranışları üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir (Dinçer, 2008 ve Santrock, 2012, s:272). Ergenlik döneminin her aşamasında aile desteği çok önemlidir. Bu dönemde aile yapısında meydana gelen değişiklikleri inceleyen çalışmalarda, ergenlik dönemi ilerledikçe ebeveyn-ergen yakınlığında azalma olduğu saptanmıştır. Önceki bir çalışmada; ergenlerin %41'i anne-babaları ile olan ilişkilerinin eşit olduğunu tanımlarken, %19'u anneleri ile %39'u ise babaları ile daha güçlü ilişkiler içinde olduklarını ifade etmiştir (Akün, 2013).Diğer yandan, çalışmalarda sosyoekonomik düzeyin, aile bireyleri arasındaki yakınlık ve güç ilişkilerini belirlemede önemli bir etkenolduğu da bildirilmiştir (De Goede ve ark., 2009 ve Simons ve ark., 2001). Düşük sosyoekonomik düzeydeki ergenler sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlara göre, ebeveynleri ve kendileri arasındaki yakınlığın daha az olduğunu ve aile içinde hiyerarşinin daha fazla olduğunu belirtmiştir (Eryüksel ve Akün, 2003). Ergen-ebeveyn ilişkisini ebeveyn tutumları açısından inceleyen diğer bir çalışmada da sosyoekonomik düzey arttıkça, ebeveynlerinin tutumlarının ergenler tarafından daha demokratik olarak algılandığı bildirilmiştir (Dinçer, 2008).

Ebeveynlerin eğitim düzeyi ve meslekleri çocuklarına olan tutumlarını önemli derecede etkilemektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan anne-babanın çocuklarını yetiştirirken demokratik tutum sergilediği; buna karşın düşük eğitim düzeyine sahip olan anne-babanın ise otoriter bir davranış gösterdiği saptanmıştır. Eğitim düzeyi düşük olan ailelerde; bilgisizlik nedeni ile anne-babanın hata yapması, çocuklarının eğitiminde kendi yetiştirilme tarzlarına bağlı kalmaları ve çağın gerektirdiği yeniliklere açık olmamaları çocuklarının gelişim sürecinde hatalı davranış göstermesine ve davranışlarının olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (De Goede ve ark., 2009). Eğitim düzeyi yüksek olan ailelerde ise çocukların kendilerini ifade edebilmeleri nedeniyle ergenlik döneminde daha az sorunlarla karşılaşıldığı gözlenmiştir (Beavers ve Hampson, 2000; Santrock, 2012,s:262 ve Simons ve ark., 2001).

Önceki bir çalışmada; anne eğitim düzeyi ilkokul olanlarda depresyon, anksiyete, öfke, kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, psikotik belirtiler ve ek bulgu puanlarında; baba eğitim düzeyi ilkokul olanlarda ise psikotik belirtiler, fobik anksiyete ve ek bulgu puanlarında yükseklik saptanmıştır (Şengüder, 2006). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise, baba eğitim düzeyi düşük olanlarda OKB, depresyon ve psikotik belirti puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Saatçi ve Akpınar, 2006). Sağlık yüksekokul öğrencilerinde yapılan farklı bir çalışmada ise; anne eğitim durumu ile psikiyatrik belirtiler arasında ilişki saptanmamış, eğitim düzeyi düşük olan babaların çocuklarında ise psikiyatrik belirti puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Uğurlu ve Akın, 2008). Bu çalışmaya benzer olarak çalışmamızda; anne eğitim düzeyi ile ergenlerin aldıkları alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ancak istatistiksel olarak anlamlı olmasa da anneleri ‘okur-yazar değil/okur-yazar’ olarak sınıflanan grupta; kişilerarası duyarlılık, öfke, psikotik belirtiler ve GSİ alt ölçek puan ortancalarının diğer eğitim gruplarına göre yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, babalarının eğitim düzeyleri ‘okur-yazar değil/okur-yazar’ olan ergenlerde de psikotik belirtiler ve öfke alt ölçek puan ortancalarında anlamlı olmasa da yükseklik olduğu görülmüştür. Bu bulgular; eğitim seviyesi düşük olan ailelerde ebeveynlerin kendi yetiştirilme tarzı ve bilgileri doğrultusunda çocuklarını yetiştirmeye çalışmasının

ergen ile ebeveyn arasında çatışmaların yaşanmasına neden olabileceğini ve psikiyatrik sorunların ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir. Ebeveynlerin çocuk yetiştirilmesi konusunda bilgi seviyesinin yüksek olmasının yetiştireceği çocukların ruh sağlığını olumlu olarak etkileyeceği açıktır.

Çalışmamızda, çalışan annelerin çocuklarında depresyon puan ortancasının anlamlı bir şekilde yüksek olduğu, ayrıca bu grupta psikotik belirtiler, fobik anksiyete ve ek belirtilerde>1 puan alan ergen sayısının anneleri çalışmayanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer yandan, serbest meslek ile uğraşan babaların çocuklarında somatizasyon alt ölçeğinden >1 puan alma sıklığı diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışan ebeveynlerin gün içinde iş yoğunluğu nedeni ile eve geldiklerinde çocukları ile yeterince ilgilenememesi, ergenin sorunlarını farkedememesi veya geç farketmesinin psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasında etken olduğu düşünülebilir. Benzer bir çalışmada da anne mesleği ile ergende anksiyete, OKB, psikotik belirti, kişilerarası duyarlılık ve fobik anksiyetede artış saptanırken, baba mesleği ile ilişki saptanmamıştır (Saatçi ve Akpınar, 2006).

Ailenin gelir düzeyi yükseldikçe sosyal anlamda ergenler daha özgür olmakta, giyim şekli ve sosyal çevresi değişmektedir. Ancak bu olanaklara ekonomik nedenlerle sahip olamayan ergenlerde kendilerini yetersiz ve eksik görme gibi duygusal ve davranışsal sorunların ortaya çıkabileceği öne sürülmektedir (Beavers ve Hampson, 2000 ve Santrock, 2012, s:262). Sosyoekonomik durumu yüksek olan ailelerin, çocuklarına daha çok özgürlük tanıdığı, kısıtlayıcı davranışlarının daha az olduğu ve daha çok demokratik tutumla çocuklarını yetiştirdiği; sosyoekonomik düzeyi orta olan ailelerin çocuklarından eğitim ve meslek edinme konusunda beklentilerinin yüksek olduğu ve bu beklentiyi sürekli ergene yansıttıkları için ergenlik döneminde bu ergenlerde kaygı oluştuğu; sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerde ise çocuklarına genellikle katı disiplin ve baskı uygulandığı, çocuğun davranışları veya söyledikleri ile alay edildiği, küçümseme, azarlama, bağırma ve fiziksel ceza gibi davranışlarla çocukların yetiştirildiği belirlenmiştir (Dinçer, 2008; Kahraman, 2016). Çalışmamıza katılan ve ailelerinin gelir düzeyi <2000 TL olan

ergenlerin somatizasyon, anksiyete, OKB ve GSİ alt ölçeklerinden >1 puan aldıkları ve bu ergenlerde kişilerarası ilişkilerde duyarlılık alt ölçek ortanca puanında da diğer gelir gruplarına göre anlamlı yükseklik olduğu saptanmıştır. Literatürde çalışmamızı destekler nitelikte olmak üzere; sosyoekonomik durumu düşük olan öğrencilerde yüksek olanlara göre psikiyatrik semptomların daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Özellikle somatizasyon sorununun sosyoekonomik düzey düşüklüğü ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir (Uğurlu ve Akın, 2008 ve Santrock, 2012, s:262). Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan ergenlerin, sosyoekonomik düzeyi düşük olan ergenlere göre daha olumlu benlik saygısına sahip oldukları ve duygularını kontrol etmede, ergenlik dönemindeki değişikliklere uyum sağlamada ve aile ile uyumlu ilişkiler kurma konusunda daha başarılı oldukları, bütün bu nedenlerle bu grupta ruhsal sorunların daha az görüldüğü bildirilmiştir (Sarı, 2008).

4.2.2. Aile Yapısı

Ebeveynlerin boşanması çocuğu etkileyen ve çocukluk ve ergenlik döneminde ruhsal sorunlara yol açabilen bir durumdur. Yapılan çalışmalarda; boşanmış ailelerde, aile üyelerinin birbirleriyle etkileşiminin seyrek olduğu, aralarındaki ilişkilerin azaldığı, bu uzaklık ve ilgisizlik nedeni ile çocukların duygularının ve davranışlarının genellikle farkında olmadıkları ve böylece ailenin koruyucu olma görevinde bozulmalar ve aksaklıklar görüldüğü bildirilmektedir (Akün 2013; Beavers ve Hampson, 2000 ve Kahraman, 2016). Ebeveynleri ayrılmış olan çocuk ve ergenlerde yapılmış çalışmalarda; boşanmanın hemen sonrasında şok, mutsuzluk, öfke veyalnızlık gibi duyguların ortaya çıktığı; durumu kabullenememe ve içe kapanma ile birlikte depresif duygu durum bozukluklarının geliştiği ve çocukların anne-babalarının tartışma veya kavgalarının sorumlusu olarak kendilerini suçladıkları da bildirilmiştir (Franck ve ark., 2007; Milevsky ve ark., 2007 ve Öngider, 2013). Önceki bir çalışmada; ayrılmış ebeveynlerin çocuklarının ruhsal hastalık belirleme ölçeklerinden öfke-düşmanlık alt ölçeğinden yüksek puan aldıkları saptanmıştır (Şengüder, 2006).

Çalışmalarda; her çocuğun anne-baba ayrılığına verdiği tepkinin farklı olduğu, boşanma sonrasında 12 yaş altındaki çocukların olayı algılamaya çalıştığı ve kabullenmede güçlük çektiği, 12 yaş üzerindeki ergenlerin boşanma sonrasında daha hırçın ve öfkeli davranışlar sergilediği, 15-17 yaş arasındaki erkek çocukların bu dönemde alkol ve sigara gibi zararlı alışkanlıklar edindiği, kızların ise çoğunlukla intihar girişiminde bulundukları bildirilmiştir (Amato, 2010;Feyzioğlu ve Kuşçuoğlu, 2011 ve Storksen ve ark., 2006).

Çalışmamızda da önceki çalışmalara benzer şekilde; anne ve babası ayrı olan ergenlerde depresyon ve psikotik belirti alt ölçeğinde >1 puan alanların oranı çekirdek ve geniş ailedekilere göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Anne ve babası ayrılmış olan ergenlerde somatizasyon, anksiyete, OKB, kişilerarası duyarlılık, öfke, ek puan ve GSİ puan ortancalarının da anlamlı fark olmasa da yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu bulgular önceki çalışmaları destekler nitelikte olmak üzere; ergenlerin ebeveyn ayrılığından ciddi olarak etkilendiğini ve sorunlarla başetmekte zorlanma sonucu psikiyatrik belirtiler geliştirdiğini göstermektedir. Diğer bir deyişle, anne ve babanın birarada olduğu aile yapısında ergen-aile ilişkilerinin daha yakın olduğu ve ergene ihtiyacı olan aile desteğinin sağlandığı, bu nedenle psikiyatrik semptomların puanlarının düşük bulunduğu düşünülebilir.

4.2.3. Çocuk Sayısı

Önceki çalışmalarda; çocuk sayısı fazla olan ailelerde, anne-babanın çocuklarıyla iletişiminin azaldığı, çocuklara olan ilginin bölündüğü, büyük çocuklara daha ilgisiz davranıldığı, aksine küçük çocuklara ise daha koruyucu bir tutum gösterdikleri bildirilmiştir (Kramer, 2010; Milevsky ve ark., 2007). Diğer yandan, ebeveynlerin çocuklarına karşı tutumları çocuğun ailedeki sırasına göre değişebilmektedir. İlk çocuktan beklentiler genellikleyüksek olurken, anne-babaların ortanca veya son çocuklarına karşı ya çok katı kurallar uyguladığı ya da gevşek tutum sergilediği saptanmıştır. Diğer yandan, tek çocuklu ailelerde çocuğun, her istediğinin yapılması, tüm imkanların ona sunulması sonucunda paylaşımcılıktan

uzak olabileceği ve bencil davranışlarda bulunabileceği düşünülmektedir (Kramer, 2010; Milevsky ve ark., 2007; Şengüder, 2006 ve Yıldız-Bıçakçı, 2004).

Duyan ve arkadaşlarının (2008) lise öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada; kardeş sayısı arttıkça ergenlerin yalnızlık durumlarının arttığı gözlenmiş, ailenin diğer çocuklarla da ilgilenmesi gerektiğinden ergene anne-babasının yeterince zaman ayırmaması veya ayıramaması veya onu büyük gördükleri için sorunlarını kendisinin halletmesini beklemeleri gibi nedenlerden dolayı ergenin kendisini yalnız hissettiği bildirilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada da; ergenlerin kardeş sayısı arttıkça somatizasyon ve fobik anksiyete puanlarında artış olduğu saptanmıştır (Şengüder, 2006). Çalışmamıza katılan ergenlerin kardeş sayılarına göre SCL-90-R testi değerlendirildiğinde, tek çocuk olan ergenlerde bir kardeşi olanlara göre anksiyete, öfke, psikotik belirtiler alt grubunda ve GSİ'nin ortanca puanlarında istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptanmıştır. Literatürdeki yorumlara benzer olarak; iki çocuklu ailelerde paylaşmanın, yardımlaşmanın ve aile içi iletişimin daha dengeli olduğu, tek çocuk olan ailelerde ise ergenin her istediğinin yapıldığı, yapılmadığı dönemlerde de tepki olarak anksiyete veya öfke gibi agresif davranışlar sergilediği düşünülmüştür. Diğer yandan, çalışmamızda üç ve daha fazla çocuklu bir aileden gelen ergenlerin anksiyete, OKB, öfke, kişilerarası duyarlılık, psikotik belirtiler ve GSİ alt ölçek puanları iki kardeş olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. İki çocuklu ailelerde aile içi iletişimin daha dengeli ve tutarlı olduğu, buna karşın üç veya daha fazla çocuklu ailelerde ilginin çocuklara eşit olarak bölünmemesi, baskıcı bir tutum sergilenmesi veya aksine serbest bırakılması gibi davranışlar sonucu ergende farklı psikiyatrik belirtilerin geliştiği düşünülmüştür.

4.2.4. Ailede Psikiyatrik Hastalık

Yapılan çalışmalarda psikiyatrik hastalıklarda, özellikle duygulanım bozukluklarında genetik geçişin etiyolojide önemli bir yer aldığı, anne veya babanın birinde duygulanım bozukluğu var ise çocukta depresyon görülme riskinin %27-30, hem anne hem de babada duygulanım bozukluğu var ise çocukta depresyon görülme

riskinin %50-75 oranında olduğu vedepresif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin anne ve babalarındaki depresyonun da genellikle erken başlangıçlı olduğu bildirilmiştir (Birmaher ve ark., 1996; Feldman, 2000 veLatalova ve ark., 2014). Başka bir çalışmada; depresyon tanısı olan anne ve/veya babanın çocukları 20 yaşına kadar izlenmiş ve bu çocukların %50'sinin majör depresyon atağı geçirdiği saptanmıştır (Wells ve ark., 1985).

Jones ve Craddock (2002) tarafından yapılan bir çalışmada; psikotik belirtileri olan erişkin kadın hastaların birinci derece akrabalarında da çoğunlukla psikotik belirtilerin bulunduğu ve bu durumun ailevi geçiş gösterdiği bildirilmiştir. Ellibeş majör depresyon, 22 distimik bozukluk ve 16 majör depresyon ile birlikte eş tanı olarak distimik bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde yapılan başka bir çalışmada ise; depresyon ile birlikte eş tanı olarak distimik bozukluğu ve ailede depresyon öyküsü olanlarda depresyonun daha şiddetli seyrettiği bildirilmiştir (Goodman ve ark., 2000). Depresyon tanısı olan erişkinlerde depresyon gelişimi açısından risk faktörlerinin araştırıldığı bir çalışmada da hastaların %17,5'i ailede psikiyatrik hastalık olduğunu bildirmiştir (Ünal ve ark.,2002). Obsesif-kompulsif bozuklukların ailesel geçişi ile ilgili yapılan çalışmalarda ise; hastaların birinci derece akrabalarındaki OKB oranı %3,4 olarak bildirilirken, hastalık 14 yaşından önce başlamışsa bu oranın %8,8'e çıkabildiği saptanmıştır (Kinnear ve ark., 2001).

Kadınlarda daha sık görülen panik bozukluk için yapılan çalışmalarda da panik bozukluğun belli ailelerde yoğunlaştığı, bu durumun da genetik etyolojiyi düşündürdüğü bildirilmiştir (Latalova ve ark., 2014). Panik bozukluk olanların birinci derece akrabalarında risk %10 bulunurken, olmayanların akrabalarında ise risk %2 olarak saptanmıştır. Bu hasta grubunda eş zamanlı olarak depresyon, kişilik bozukluğu ve alkol-madde kullanımına da sıklıkla rastlandığı bildirilmiştir (Sand ve ark., 2000). Kadınlarda daha yaygın görülen fobide genetik geçişin kan tutma-yaralanma fobisinde daha fazla olduğu düşünülmektedir. Aile öyküsünün fobi türüne göre %20-40 arasında değiştiği, sosyal fobinin ise %30 olduğu bildirilmiştir (Arısoy, 2004). Aile öyküsnün yoğun olduğu bir diğer psikiyatrik belirti olan anksiyete

bozukluğunda da genetik rolün yapılan çalışmalarda %31 civarında olduğu belirlenmiştir (Comings ve ark., 2000).

Benzer olarak, çalışmamızda ailesinde psikiyatrik hastalık tanısı bulunan ergenlerde somatizasyon, depresyon, anksiyete, psikotik belirtiler, OKB, fobik anksiyete, öfke, paranoid düşünce, kişilerarası duyarlılık, ek puan ve GSİ olmak üzere tüm alt grup ortanca puanlarında yükseklik saptanmış, anksiyete, öfke ve psikotik belirtiler alt gruplarındaki yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve öfke puanından >1 puan alan ergen sayısı ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan ergenlere göre belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Bu bulgular literatürle uyumlu olarak ailede psikiyatrik hastalık varlığının çocuk ve ergende psikiyatrik hastalık gelişimi için önemli bir risk faktörü olduğunu düşündürmüştür.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnsan yaşamının önemli bir dönemi olan ergenlik döneminde yaşanan fiziksel gelişim süreci ile birlikte psikososyal açıdan da değişimler olmaktadır. Bu dönemi bazı ergenlerin rahat ve sorunsuz bir şekilde atlatabildiği, bazı ergenlerin ise ruhsal belirtilerle karşı karşıya kaldığı ve bu belirtilerin hem kendisi hem de çevresi tarafından farkedilmediği gözlenmektedir. Çalışmamızda; çeşitli nedenlerle hastaneye başvuran ergenlerde psikiyatrik belirtilerin sıklığının belirlenmesi ve bunları etkileyen sosyodemografik etmenlerin saptanması amaçlanmıştır. Farklı sebepler ile çocuk polikliniklerine başvuran ergenlerde çeşitli psikiyatrik belirtiler saptanmış ve bunların çeşitli faktörler ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Araştırmaya 14-18 yaş grubunda olan 620 ergen katılmıştır.

1. Çalışmaya katılan ergenlerin 405'i (%65,3) kız, 215'i (%34,7) erkektir.
2. Ergenlerin yaş ortancası 16 yaş (14-18) olarak bulunmuştur.
3. Ergenlerin 238'i (%38,4) meslek lisesi, 175'i (%28,2) özel lise, 116'sı (%18,7) imam hatip ve 91'i (%14,7) Anadolu liselerine devam etmektedir.
4. Ergenlerin 252'si (%40,6) okul başarısını 'iyi' olarak nitelendirirken diğerleri okul başarılarını orta-kötü olarak nitelendirmiştir.
5. Ergenlerin 206'sı (%33,6) sigara kullandığını belirtmiştir.
6. Çalışmaya katılan ergenlerin annelerinin 464'ünün (%74,8) ev hanımı olduğu, 156'sının (%25,2) çalıştığı öğrenilmiştir.
7. Ailelerin çoğunun çekirdek aileden oluştuğu (%66,5) ve çocuk sayısının genellikle üç ve üzerinde olduğu (%57,7) gözlenmiştir.
8. Araştırmaya katılan ergenlerin SCL-90-R testinden aldıkları puanların değerlendirilmesinde; fobik ve psikotik belirtiler alt grubu hariç diğer grupların puanları ortanca olarak 0,5 puanın üzerinde bulunmuştur.
9. SCL-90-R testinin tüm alt gruplarının birbiri ile aralarında pozitif yönde korelasyon olduğu saptanmıştır.
10. Araştırmaya katılan çocukların SCL-90-R alt ölçek puanlarının değerlendirilmesinde; 251'inde (%40,5) somatizasyon, 201'inde (%32,4)

anksiyete, 282'inde (%45,5) OKB, 216'ında (%34,8) depresyon, 234'ünde (%37,7) kişilerarası ilişkilerde duyarlılık, 126'ında (%20,3) psikotik belirtiler, 220'inde (%35,5) paranoid düşünce, 271'inde (%43,7) öfke, 107'inde (%17,3) fobik, 281'inde (%45,3) ek ölçek ve 213'ünde ise (%34,4) GSİ alt gruplarında testin yorumlanmasında "önemli ruhsal problem vardır" şeklinde ifade edilen >1 puan elde edilmiştir.

11. Ergenlerin yaşları ile SCL-90-R alt grup puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.
12. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde; kızlarda somatizasyon, depresyon, anksiyete, OKB, kişilerarası duyarlılık, öfke, paranoid düşünce, fobik anksiyete, ek bulgular ve GSİ ortanca puanlarında erkeklerin aldığı puanlara göre anlamlı yükseklik saptanmıştır ($p<0,05$).
13. Somatizasyon, depresyon, anksiyete, OKB, kişilerarası duyarlılık, fobik anksiyete, ek belirtiler ve GSİ alt puanlarında >1 puan alan kızların oranının erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). Kızların %40,7'si, erkeklerin ise %22,3'ü GSİ puanlamasında >1 puan almıştır.
14. Tüm okul tipleri arasında paranoid düşünce alt grup ortancası açısından anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p=0,014$). Anadolu liselerinde okuyan ergenlerde paranoid düşünce puanı en düşük iken özel liselerde okuyanlarda en yüksek olarak bulunmuştur.
15. Meslek lisesinde okuyanlarda diğer okullardakilere göre depresyon alt ölçeğinden >1 puan alan ergen sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,035$). Meslek lisesinde okuyanların %41,2'si depresyon alt ölçeğinden >1 puan almışken, Anadolu lisesinde okuyanlarda ise bu oran %22 olarak saptanmıştır.
16. Kendi tanımlamalarına göre okul başarı durumu kötü olanların psikotik belirti puanları diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur ($p=0,007$).
17. Sigara kullanan ergenlerde kullanmayanlara göre anksiyete ($p=0,045$), öfke ($p=0,001$) ve psikotik belirtiler ($p=0,044$) alt grup ortanca puanlarında istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptanmıştır.

18. Sigara kullanan ergenlerde öfke, psikotik belirti, paranoid düşünce ve ek belirtiler alt ölçeğinde >1 puan alma sıklığı sigara kullanmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p< 0,05$).
19. Çalışan annelerin çocuklarında depresyon puan ortancası açısından istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptanmıştır ($p=0,02$).
20. Çalışan annelerin çocuklarında psikotik belirti, fobik anksiyete ve ek belirtiler alt ölçeğinde >1 puan alanların oranı çalışmayan annelerin çocuklarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
21. Somatizasyon alt ölçeğinden >1 puan alma sıklığı serbest meslek ile uğraşan babaların çocuklarında diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,038$).
22. Çalışmaya katılan ergenlerin aile gelir düzeyi <2000 TL olanlarda somatizasyon, anksiyete, kişilerarası ilişkilerde duyarlılık, OKB ve GSI puanlarında diğer gelir gruplarına göre anlamlı yükseklik saptanmıştır.
23. Anne ve babası ayrılmış olan ergenlerde, çekirdek aile ve geniş aile yapısı olanlara göre depresyon alt grup puanı anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (sırası ile $p=0,018$; $p=0,025$).
24. Anne ve babası ayrı olan ergenlerde depresyon ve psikotik belirti alt ölçeğinde >1 puan alanların oranı çekirdek ve geniş ailedekilere göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0,05$).
25. Tek çocuk olan ergenlerde bir kardeşi olanlara göre anksiyete ($p=0,008$), öfke ($p=0,027$), psikotik belirtiler ($p=0,028$) alt grubunda ve GSİ'nin ($p=0,037$) ortanca puanlarında istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptanmıştır.
26. Üç ve daha fazla çocuklu bir aileden gelenlerin anksiyete, OKB, öfke, kişilerarası duyarlılık, psikotik belirtiler ve GSİ alt ölçek puanları iki kardeş olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
27. Tek çocuk olan ergenlerin anksiyete, öfke, psikotik belirti ve fobik anksiyete alt ölçeklerinde >1 puan alma sıklığı kardeşi olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
28. Üç ve üzeri çocuklu ailelerden gelen ergenlerde somatizasyon alt ölçeğinden >1 puan alan katılımcı sıklığı diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,035$).

29. Ailesinde psikiyatrik hastalık tanısı bulunan ergenlerde; anksiyete (p=0,043), öfke (p=0,008) ve psikotik belirtiler (p=0,031) alt grup ortanca puanlarında istatistiksel olarak anlamlı yükseklik bulunmuştur.
30. Ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan ergenlerde öfke alt ölçeğinde >1 puan alanların oranı psikiyatrik aile öyküsü bulunmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,016). Ailesinde psikiyatrik hastalık bulunanların %59,6'sında, bulunmayanların ise %42,3'ünde öfke alt ölçeğinde >1 puan alınmıştır.

Sonuç olarak, ergen yaş grubundaki çocuklar fiziksel, davranışsal ve ruhsal olarak bir takım sorunlarla karşı karşıya gelebilmektedir. Çalışmamızda ergenlerde özellikle kızlarda somatizasyon, depresyon, anksiyete bozukluğu, OKB, fobik anksiyete, psikotik belirtiler, paranoid düşünceler, uyku-yeme bozuklukları (ek belirtiler) ve öfke gibi çeşitli psikiyatrik belirtilerin varlığı saptanmıştır. Ergenlerdeki bu psikiyatrik belirtilerin ebeveynlerin meslekleri, ailenin tipi, sosyoekonomik durumu, çocuk sayıları, ailedeki psikiyatrik hastalık öyküsü ve ergenin okul özellikleri ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza alınan ergenlerin belirgin bir ruhsal yakınması olmamasına karşın belirtilerin saptanması bu yaş grubunda ruhsal sorunların kolaylıkla gözden kaçabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle ergenlerde psikiyatrik sorunların erken dönemde tanınması ve boyutunun iyi anlaşılması, bu sorunların önlenmesinde ve ergenin sağlıklı bir erişkin haline gelmesinde büyük önem taşımaktadır. Pediatri polikliniklerinde taramaların uygun şekilde yapılması ile bulunan olguların Psikiyatri kliniklerinde izleme alınması ergenin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığının korunması açısından gereklidir.

ÖZET

Adolesanlarda SCL-90-R İle Psikiyatrik Semptomların Taraması

Ergenlik dönemi insan yaşamındaki en kritik dönemlerden birisi olup çocuğun sadece fiziksel olarak değil, hormonal, ruhsal ve sosyal açıdan da çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde ergen birçok fiziksel, cinsel ve ruhsal gelişim ve değişimler yaşamaktadır. Önceki çalışmalarda; ergenlik döneminde somatizasyon, obsesif-kompülsif belirtiler, depresyon, öfke, anksiyete bozukluğu, fobik anksiyete ve paranoid düşünceler gibi ruhsal sorunların ortaya çıkabileceği ve bu sorunların kolaylıkla gözden kaçabileceği bildirilmektedir. Çalışmamızda; ergenlik döneminde olan ve çeşitli nedenlerle Ankara'daki bir hastaneye başvuran çocuklarda psikiyatrik belirtilerin sıklığının belirlenmesi ve bunları etkileyen sosyodemografik etmenlerin saptanması amaçlanmıştır.

Kesitsel bir çalışma olan araştırmamıza Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine çeşitli nedenlerle başvuran, 14-18 yaş grubunda olan ve çalışmaya katılmayı kabul edenler dahil edilmiştir. Araştırma dışında bırakılma ölçütleri; ateşli akut hastalığı bulunanlar, daha önceden psikiyatrik hastalık tanısı olanlar, mental retardasyonu veya serebral palsisi olanlar, aileden imzalı onam formunun alınamadığı ergenler ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ergenlerdir. Çalışmaya katılanlara 15 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu ve Symptom Check List (SCL-90-R) tarama testi uygulanmıştır. Psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren 90 maddeden oluşan SCL-90-R tarama testinde, somatizasyon, depresyon, anksiyete, psikotik belirtiler, OKB, fobik anksiyete, öfke, paranoid düşünce, kişilerarası duyarlılık, ek puan şeklinde 10 alt ölçek bulunmaktadır. Puanlama her madde üzerindeki puanların toplanması ile elde edilmekte olup alt ölçek puanları, her boyutu içeren maddelerden alınan puanların toplamının o boyutu oluşturan madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Sonunda bu 10 boyut üzerinde deneğin puanlarından oluşan bir profil ortaya çıkmaktadır. Testin değerlendirilmesinde her alt grup için hesaplanan puan <0,5 ise "problem yok"; 0,5-0,99 arasında ise "orta düzeyde sorun"; >1 ise "önemli ruhsal problem vardır" şeklinde yorumlanmaktadır.

Araştırmaya 14-18 yaş grubunda olan 620 ergen katılmıştır. Çalışmaya katılan ergenlerin 405'i (%65,3) kız, 215'i (%34,7) erkektir. Yaş ortancası 16 yaş (14-18) olarak bulunmuştur. Ergenlerin 238'i (%38,4) meslek lisesi, 175'i (%28,2) özel lise, 116'sı (%18,7) imam hatip ve 91'i (%14,7) Anadolu liselerine devam etmektedir. Ergenlerin 252'si (%40,6) okul başarısını 'iyi' olarak nitelendirirken diğerleri okul başarılarını orta-kötü olarak nitelendirmiştir. Ergenlerin 206'sı (%33,6) sigara kullandığını belirtmiştir. Annelerin 464'ünün (%74,8) ev hanımı olduğu,

156'sının (%25,2) çalıştığı öğrenilmiştir. Ailelerin çoğunun çekirdek aileden oluştuğu (%66,5) ve çocuk sayısının genellikle üç ve üzerinde olduğu (%57,7) gözlenmiştir.

Araştırmaya katılan ergenlerin SCL-90-R testinden aldıkları puanların değerlendirilmesinde; fobik ve psikotik belirtiler dışındaki diğer alt grupların puanları ortanca olarak >0,5 üzerinde bulunmuştur. SCL-90-R testinin tüm alt grup puanlarının birbirleri ile aralarında pozitif yönde korelasyon olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan çocukların SCL-90-R alt ölçek puanlarının değerlendirilmesinde; 251'inde (%40,5) somatizasyon, 201'inde (%32,4) anksiyete, 282'inde (%45,5) OKB, 216'ında (%34,8) depresyon, 234'ünde (%37,7) kişilerarası ilişkilerde duyarlılık, 126'ında (%20,3) psikotik belirtiler, 220'inde (%35,5) paranoid düşünce, 271'inde (%43,7) öfke, 107'inde (%17,3) fobik, 281'inde (%45,3) ek ölçek ve 213'ünde ise (%34,4) GSİ alt gruplarında elde edilen puanların >1 olması "önemli ruhsal problem vardır" şeklinde yorumlanmıştır. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde; kızlarda somatizasyon, depresyon, anksiyete, OKB, kişilerarası duyarlılık, öfke, paranoid düşünce, fobik anksiyete, ek bulgular ve GSİ ortanca puanlarında erkeklerin aldığı puanlara göre anlamlı yükseklik saptanmıştır ($p<0,05$). Somatizasyon, depresyon, anksiyete, OKB, kişilerarası duyarlılık, fobik anksiyete, ek belirtiler ve GSİ alt puanlarında >1 puan alan kızların oranının erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). Okul tipleri açısından bakıldığında; Anadolu liselerinde okuyan ergenlerde paranoid düşünce puanı en düşük iken özel liselerde okuyanlarda en yüksek olarak bulunmuştur. Meslek lisesinde okuyanlarda diğer okullardakilere göre depresyon alt ölçeğinden >1 puan alan ergen sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,035$). Okul başarı durumlarını kötü olarak tanımlayanların psikotik belirti puanları diğerlerinden yüksek bulunmuştur. Sigara kullanan ergenlerde kullanmayanlara göre anksiyete ($p=0,045$), öfke ($p=0,001$) ve psikotik belirtiler ($p=0,044$) alt grup ortanca puanlarında istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptanmıştır. Çalışan annelerin çocuklarında depresyon puan ortancası açısından istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptanmıştır ($p=0,02$). Somatizasyon alt ölçeğinden >1 puan alma sıklığı serbest meslek ile uğraşan babaların çocuklarında diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,038$). Çalışmaya katılan ergenlerin ailesinin gelir düzeyi <2000 TL olanlarda somatizasyon ($p=0,001$), anksiyete ($p=0,032$), kişilerarası duyarlılık ($p=0,022$), OKB ($p=0,014$) ve GSI puanlarında ($p=0,033$) anlamlı yükseklik saptanmıştır. Anne ve babası ayrılmış olan ergenlerde, çekirdek aile ve geniş aile yapısı olanlara göre depresyon ve psikotik semptom alt grup puanı anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (sırası ile $p=0,018$; $p=0,025$). Anne ve babası ayrı olan ergenlerde depresyon ve psikotik belirti alt ölçeğinde >1 puan alanların oranı çekirdek ve geniş ailedekilere göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Ailesinde psikiyatrik hastalık tanısı bulunan ergenlerde; anksiyete ($p=0,043$), öfke ($p=0,008$) ve psikotik belirtiler ($p=0,031$) alt grup ortanca puanlarında istatistiksel olarak anlamlı yükseklik bulunmuştur. Tek çocuk olan ergenlerde bir kardeşi olanlara göre anksiyete ($p=0,008$), öfke ($p=0,027$), psikotik belirtiler ($p=0,028$) alt grubunda ve GSİ'nin ($p=0,037$) ortanca puanlarında istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptanmıştır. Üç ve daha fazla çocuklu bir aileden gelenlerin anksiyete,

OKB, öfke, kişilerarası duyarlılık, psikotik belirtiler ve GSİ alt ölçek puanları iki kardeş olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç olarak; çalışmamızda ergenlerde özellikle kızlarda somatizasyon, depresyon, anksiyete bozukluğu, OKB, fobik anksiyete, psikotik belirtiler, paranoid düşünceler, uyku-yeme bozuklukları (ek belirtiler) ve öfke gibi çeşitli psikiyatrik belirtilerin varlığı saptanmıştır. Ergenlerdeki bu psikiyatrik belirtilerin ebeveynlerin çalışma durumu, anne ve babanın boşanmış olma durumu, ailenin gelir durumu, çocuk sayıları, ailedeki psikiyatrik hastalık öyküsü, ergenin devam ettiği okulun özellikleri ve okul başarısı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza alınan ergenlerin belirgin bir ruhsal yakınması olmamasına karşın belirtilerin saptanması bu yaş grubunda ruhsal sorunların kolaylıkla gözden kaçabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak bilinen ergenlik döneminde psikiyatrik sorunların erken dönemde tanınması ve boyutunun iyi anlaşılması bu sorunların önlenmesinde ve hem ergen hem de erişkin sağlığının korunmasında büyük önem taşımaktadır. Pediatri polikliniklerinde taramaların uygun şekilde yapılması sonucu bulunan olguların Psikiyatri kliniklerinde izleme alınması ergenin ruhsal sağlığının korunması açısından gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Ergen, SCL-90-R testi, psikiyatrik belirtiler

SUMMARY

Screening of Psychiatric Symptoms with Scl-90 in Adolescents

Adolescence is one of the most critical phases in human life and it is defined as the transition period from childhood to adulthood when children not only develop physically, but also hormonally, mentally and socially. Previous studies report that psychological problems such as somatization, obsessive-compulsive symptoms, depression, anger, anxiety disorder, phobic anxiety, and paranoid thoughts may appear and easily overlooked during adolescence. The aim of this study was to investigate the presence of psychiatric symptoms in adolescents who apply to the general pediatric outpatient clinic of a major hospital in Ankara for different reasons.

Our study, which is a cross-sectionalstudy, includes adolescents who applied to Ankara Education and Research Hospital Children's Outpatient Clinic for various reasons, who were between 14 and 18 years of age and gave consent to participate in the study. Exclusion criteria were illnesses with acute fever, history of psychiatric disorder, mental retardation or cerebral palsy, adolescent whose families did not provide signed informed consent and adolescents who did not want to participate. Participants were given sociodemographic data form consisting of 15 questions and SCL-90-R screening test. The SCL-90-R screening test consists of 90 items with 10 subscales of somatization, depression, anxiety, psychotic symptoms, OCD, phobic anxiety, anger, paranoid thought, interpersonal sensitivity, and additional score. The scores were calculated by adding each item’s point and subscale scores are calculated by dividing the total of subscale item points with subscale item number. In the end a profile consisting of a subject’s scores over 10 subscales is obtained. The test scores for each subscale is evaluated as “no problem” if the score is <0.5, “medium level problem” if the score is between 0.5 and 0.99, and “severe psychological problem” if the score is >1.

620 adolescents between 14 and 18 years of age participated in the study. 405 (65.3%) of the participating adolescents were female and 215 (34.7%) were male. Median age was found as 16 (14-18). 238 (34.8%) of the adolescents were vocational high school students, 175 (28.2%) were private high school students, 116 (18.7%) were religious vocational high school students, and 91 (14.7%) were Anatolian high school students. 252 (40.6%) of the adolescents reported their school success as “good” while others reported it as “medium-bad.” 206 (33.6%) of the adolescents reported that they smoke. 464 (74.8%) of the adolescent mothers were housewives, 156 (25.2%) were working. Most of the families were nucleus families (66.5%) and number of childrenwere generally observed to be more than three (57.7%).

In the evaluation of SCL-90-R test scores of the participating adolescents, the median values of all subscales, except phobic and psychotic symptoms, were > 0.5. All of the subscale scores of the SCL-90-R test were found to be in positive correlation with each other. In evaluation of the SCL-90-R subscale scores of the

participating adolescents, somatization in 251 (40.5%), anxiety in 201 (32.4%), OCD in 216 (45.5%), depression in 216 (34.8%), sensitivity in interpersonal relations in 234 (37.7%), psychotic symptoms in 126 (20.3%), paranoid thought in 220 (35.5%), anger in 271 (43.7%), phobic in 107 (17.3%), additional score in 281 (45.3%), and GSI subgroups in 213 (34.4%) of the cases were found to be >1 which interpreted as indication of important psychological problems. When gender is considered, median scores of somatization, depression, anxiety, OCD, interpersonal sensitivity, anger, paranoid thought, phobic anxiety, additional score and GSI were found to be significantly higher in females compared to males ($p<0.05$). When school types were considered, paranoid thought subscale scores of adolescents attending Anatolian high schools were lowest, while adolescents attending private high schools had highest scores. Frequency of adolescents who got >1 scores on depression subscale was significantly higher among adolescents attending vocational high schools compared to adolescents attending other school types ($p<0.035$). The psychotic subscale scores were significantly higher among adolescents who defined their school success as 'bad' compared to those who defined their school success as 'good'. Anxiety ($p=0.045$), anger ($p=0.01$) and psychotic symptoms (0.044) subscale median scores were significantly higher among the adolescents who smoked compared to those who do not smoke. Depression scale median scores were significantly higher among adolescents whose mothers were working ($p=0.02$). The frequency of getting >1 score in somatization subscale was higher among adolescents whose fathers were self-employed compared to other adolescents ($p=0.038$). Scores of somatization ($p=0.01$), anxiety ($p=0.032$), interpersonal sensitivity ($p=0.022$), OCD ($p=0.014$) and GSI ($p=0.033$) were significantly higher among participating adolescents whose family income was <2000TRY. The adolescents whose parents were separated had significantly higher depression and psychotic symptoms subscale scores compared to those living in a nuclear family or extended family structure ($p=0.018$ and $p=0.025$ respectively). Frequency of >1 depression and psychotic symptoms subscale scores among adolescents whose parents were separated was significantly higher compared to adolescents living in a nuclear family or extended family structure ($p=0.05$). Adolescents with a family history of psychiatric illness were found to have significantly higher median scores in anxiety ($p=0.043$), anger (0.008), and psychotic symptoms (0.031). Adolescents who had no siblings had significantly higher median subscale scores in anxiety ($p=0.008$), anger (0.027), psychotic symptoms (0.028), and GSI (0.037) compared to adolescents with one sibling. Adolescents with three or more siblings had higher subscale scores in anxiety, OCD, anger, interpersonal sensitivity, psychotic symptoms and GSI compared to those who had two siblings.

As a result, existence of psychiatric symptoms among adolescents, especially among females such as anxiety disorder, OCD, phobic anxiety, psychotic symptoms, paranoid thoughts, sleep-eating disorder (additional symptoms) and anger were observed. These symptoms were related to parents' occupations, parents' marital status, incomestatus, number of siblings, family history of psychiatric illness, and type of high schools. Despite the participating adolescents expressed no psychiatric complaints, the findings suggest psychiatric symptoms can easily be overlooked in this age group. Therefore, during adolescence period, known as the transition period from childhood to adulthood, it is important to determine psychiatric problems in early stages and their scope should be well understood to help prevent these

problems and protect both the adolescent and adult health. It is necessary to refer the determined cases as a result of appropriate psychiatric screening in pediatric outpatient clinics to adolescent psychiatrics clinics to protect psychiatric health of adolescents.

Key words: adolescent, SCL-90R test, psychiatric symptoms

KAYNAKLAR

ABAY E, PULULAR A, MEMİŞ ÇÖ, SÜT N (2010). Edirne ili merkezindeki lise öğrencilerinde obsesif-kompulsif bozukluğun epidemiyolojisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*,**23**: 230-237.

AFIFI M, AL RIYAMI A, MORSI M, AL KHARUSIL H (2006) Depressive symptoms among high school adolescents in Oman. *East Mediterr Health J*, **2**: 126-137.

AĞAOĞLU E (2016). Kişilik gelişimi. Eğitim Psikolojisi. Ed: Bayrak C, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Basımevi.

AKAY AP, ERCAN ES, PERÇİNEL İ (2016). Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları. Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları 9.baskı, Ankara.

AKIN E, BERKEM M (2012). İntihar girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik tanıların, demografik ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*; **17**: 228-32.

AKÜN E (2013) Yapısal aile sistemleri kuramı bağlamında ergenlik döneminde aile yapısı ve ergenlik dönemi sorunları. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, **53**: 85-116.

ALBAYRAK B, KUTLU Y (2009). Ergenlerde öfke ifade tarzı ve ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **3**: 57-69.

ALLEN JP, PORTER MR, MCFARLAND FC (2006). Leaders and followers in adolescent close friendships: susceptibility to peer influence as a predictor of risky behavior, friendship instability, and depression. *Dev Psychopathol*, **18**: 155-172.

AMATO PR (2010). Research on Divorce: Continuing Trends and New Developments.*J Marriage Fam***72:** 650-666.

AMEDAHE FK, OWUSU-BANAHENE NO (2007). Sex differences in the forms of aggressionamong adolescent students in Ghana. *Research in Education*.**78**:54-64.

AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ (2001). Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş 4. baskı, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, Çeviri ed: Köroğlu E., Ankara.

AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ (2013). Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı, 5.baskı.Çeviri ed: Köroğlu E, Ankara.

ANIK A, BÜYÜKGEBİZ A (2017). Kızlarda büyüme ve cinsel gelişme. İçinde: Yurdakök Pediatri. Ed: Yurdakök M.1. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi. s: 1367-1372.

ARAS Ş, ÜNLÜ G TAŞ F (2007). Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirtiler, tanılar ve tanıya yönelik incelemeler. *Klinik Psikiyatri*;**10**:28-37.

ARIKAN Ş, ANTAR S (2007). Diyabet kampına katılan ergen ve çocukluk çağındaki tip 1 diyabetik hastaların ruhsal bulgu ve belirtilerinin değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi,***34**: 294-298.

ARISOY Ö (2004). Psikiyatrik Genetik. *Düşünen Adam*; **17**: 109-125.

AŞKIN R, ILISU B, ÇİLLİ A, ALTUĞ F, KAYA N, KUCUR R (1995). Lise öğrencilerinde SCL-90-R ile semptom taraması. *Düşünen Adam*, **8**: 43-47.

AVCI A, TAHİROĞLU AY (2008). Obsesif kompulsif bozukluk. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ed: Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E ve ark.. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, p: 337-350.

AYAZ AB, AYAZ M, FİŞ NP, GÜLER AS (2012). Gençlerdeki somatorform bozukluklarda kaygı düzeyi, annenin bağlanma biçimi ve aile işlevselliği.*Klinik Psikiyatri*, **15**: 121-128.

BACANLI H (2018) Eğitim psikolojisi. 25.baskı, Ankara: Pegem Akademi

BAŞ S, BEREKET A (2017). Boy kısalığına Yaklaşım. İçinde: Yurdakök Pediatri. Ed: Yurdakök M.1. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi. s: 3909-3925.

BAYAR R, YAVUZ M (2008). Obsesif kompulsif bozukluk. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri,***62**: 185-192

BEAVERS, R, HAMPSON RB (2000). The beavers systems model of family functioning. *J Family Therapy*,**22:** 128-143.

BEIDEL DC, TURNER SM, MORRIS TL (1999). Psychopathology of childhood social phobia.*J AmAcad Child Adolesc Psychiatry*,**38**: 643-650.

BERNSTEİN DA, CLARKE-STEWART A, ROY EJ., SRULL TK, WİCKENS CD.(1994). Psychology. (3rd Ed.) Boston: Houghton Mifflin.

BIRMAHER B, RYAN ND, WILLIAMSON DE, BRENT DA, KAUFMAN J, DAHL RE, PEREL J, NELSON B (2007). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **35**: 1427-39.

BOECK MA (1998). Bulimia nervosa. In: Friedman SB, ed. Comprehensive Adolescent Health Care.2nd ed. St Louis: Mosby. p. 263-8.

BONOMO Y, PROİMOS J: Substance misuse: alcohol, tobacco, inhalants, and otherdrugs, *BMJ*,**330**:777–780, 2005.

BORDINI B, ROSENFIELD RL (2011). Normal pubertal development: part II: clinical aspects of puberty. *Pediatr Rev*, **32**: 281-92.

BOUMAN NH (2002). Somatoform disorders in childhood and adolescence. *Int Congr Ser*, **1241:** 185-8.

BOURGUIGNON JP (2004). Control of the onset of puberty. In: PescovitZ OH, Eugster EA, eds. Pediatric Endocrinology: Mechanism, Manifestations, and Manangment. 1st ed. Philadephia, USA: Lipincott Williams and Wilkins; p.285-98.

BRAUNSTEIN GD (2007). Clinical practice. Gynecomastia. *N Engl J Med*; **357**: 1229-1237.

BRYNSKA A, WOLANCZYK T (2005). Epidemiology and phenomenology of obsessive-compulsive disorder in non-referred young adolescents: a Polish Perspective. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, **14**: 319-327.

BUJOREANU S, RANDALL E, THOMSON K, IBEZIAKO P (2014). Characteristics of medically hospitalized pediatric patients with somatoform diagnoses. *Hospital Pediatrics*, **4**: 283-290.

BURWELL RA, SHIRK SR (2006) Self processes in adolescent depression: The role of self-worth contingencies. *J Res Adolescence*, **16:** 479–490.

CALL KT, RIEDEL AA, HEIN K, MCLOYD V, PETERSEN A, KIPKE M (2002). Adolescent Health and Well-Being in the Twenty-First Century: A Global Perspective. *J Research on Adolescence*, **12**: 69–98

CAMPANO JP, MUNAKATA T (2004). Anger and aggression among Filipino students. *Adolescence*, **39:** 757-64.

CENTERS FOR DİSEASE CONTROL AND PREVENTİON [CDC] (2013). Adolescent and schoolhealth. EriĢim Tarihi: 07.07.2019 EriĢim site adı: http://www.cdc.gov/HealthyYouth/index.htm.

CHOI JH, YOO HW (2013). Control of puberty: genetics, endocrinology, and environment. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*, **20**: 62-8.

COMINGS DE, DIETZ G, GADE-ANDAVOLU R, BLAKE H, MUHLEMAN D, HUSS M, SAUCIER G, MACMURRAY JP (2000): Association of the neutral endopeptidase (MME) gene with anxiety. *Psychiatr Genet*; **10**: 91-94.

COUPEY SM (1998). Anorexia nervosa. In: Friedman SB, ed. Comprehensive Adolescent HealthCare. 2nd ed. St Louis: Mosby. p. 247-62.

CURTIS AC (2015). Defining adolescence. *J Adolescent and Family Health*, **7**: 1-40.

ÇUHADAROGLU F, CANAT S, KILIÇ E, SENOL S, RUGANCI N, ÖNCÜ B, HOŞGÖR AG, IŞIKLI S, AVCI A (2004). Ergen ve Ruhsal Sorunlar. Durum Saptama Çalışması. Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) Raporları, Ankara s: 14-21.

DAĞ İ (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*; **2**: 5-12.

DANIELS J (2005). Weight and weight concerns: are they associated with reported depressivesymptoms in adolescents? *J Pediatr Health Care*, **19**: 33- 41.

DE GOEDE HA, BRANJE JT, MEEUS HJ (2009). Developmental changes in adolescents' perceptions of relationships with their parents. *J Youth and Adolescence*, **38:** 75–78.

DEGORATIS LR. SCL-90 (1977): Administration, scoring and procedure manual for the revised version. Baltimore, MD: Johns Hopkins Univ., School of Medicine,Clinical Psychometrics Unit.

DE VRIES L, KAUSCHANSKY A, SHOHAT M, PHILLIP M (2004). Familial central precocious puberty suggests autosomal dominant inheritance. *J Clin Endocrinol Metab*, **89**: 1794-800.

DELIGEROROGLOU E, ATHANASOPOULOS N, TSIMARIS P, DIMOPOULOS KD, VRACHNIS N, CREATSAS G. (2010). Evaluation and management of adolescent amenorrhea. *Ann NY Acad Sci*, **1205:** 23-32.

DEMİRARSLAN P, SARILGAN C, SAYIN I (1999) Gençlik Polikliniğine Başvuran Ergenlerde Başvuru Semptomlarının Değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **36**: 176-179.

DENİZ E, AVŞAROĞLU S ve HAMARTA E (2004). Psikolojik danışma servisine başvuran üniversite öğrencilerinin psikolojik belirti düzeyleri. XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, 1-12.

DERMAN O (2000). Pubertal Jinekomasti. *Katkı Pediatri Dergisi*, **21:** 788-801.

DERMAN O (2012). Adolesana yaklaşım. Ergen Sağlığı. Ed: Derman O, Kanbur N, Akgül S. Ankara: Aydoğdu Basımevi, s: 3-6.

DIAMANTOPOULOS S, BAO Y (2007). Gynecomastia and prematüre thelarche: a guide for practitioners. *Pediatr Rev*, **28**: 57-68.

DİNÇER B (2008). Alt ve üst sosyo-ekonomik düzeyde lise ikinci sınıfa devam eden ergenlerin anne baba tutumlarını algılamaları ile arkadaşlık ilişkilerinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.

DOMINE F, BERCHTOLD A, AKRE C, MICHAUD PA, SURIS JC (2009). Disordered eating behaviors: what about boys? *J Adolesc Health*, **44**: 111-117.

DOPHEIDE JA (2006) Recognizing and treating depression in children and adolescents. *Am J Health Syst Pharm*, **63**: 233-243.

DOUVAN E, ERIK ERIKSON (1997). Critical times, critical theory. *Child psychiatry and human development*, **28**: 15-21.

DURMAZ Y, AKGÜL S. Jinekomasti. İçinde: Yurdakök Pediatri. Edt.: Yurdakök M.1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi. s: 1426-1430.

DUYAN V, ÇAMUR DUYAN G, GÖKÇEARSLAN ÇİFÇİ E, SEVİN Ç, ERBAY E, İKİZOĞLU M (2008). Lisede okuyan öğrencilerin yalnızlık durumlarına etki eden değişkenlerin incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, **33**: 28-41.

D'ZURİLLA T, CHANG E C, SANNA L J (2003). Selfesteem and social problem solving as predictors of aggression in college students. *J Social and Clinical Psychology*, **22**: 424-440.

EKŞİ A (1999). Çocuğun ruhsal ve bilişsel gelişim dönemleri ve dönemlere özgü sorunlar. Ben hasta değilim, çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü. Ed: Ekşi A. 4.Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

ERAY Ş, VURAL P, ÇETİNKAYA F (2015). Ergenlerde algılanan duygu dışa vurumu ile psikosomatik belirtiler arasındaki ilişki. *J Curr Pediatr*, **13**: 104-9.

ERDUR-BAKER Ö, ÖZGÜLÜK SB, TURAN N, DEMİRCİ DANIŞIK N (2009). Ergenlerde görülen psikolojik belirtilerin yordayıcıları olarak ruminasyon ve öfke/öfke ifade tarzları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*;**4**: 43-53.

ERIKSON, E H. (1968), Identity Youth and Crisis, (First Edition), New York: W.W.Norton

ERTEM İ (2005). KİŞİLİK GELİŞİMİ. Çocuk Hastalıkları Araştırma Vakfı, s: 79-102

ERYÜKSEL G, AKÜN E (2003). Depresyonu olan ergenler ile ana-babalarının aile ilişkilerinin ve bilişsel çarpıtmalarının incelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, **18:** 59-73.

ESKİN M, ERTEKİN K, HARLAK H, DEREBOY Ç (2008). Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*,**19**: 382-389.

EVREN C, BOZKURT M, ÇİFTÇİ-DEMİRCİ A, EVREN B, CAN Y, UMUT G (2015). Gender differences according to psychological and behavioral variables among 10th grade students in Istanbul. *Anatolian J Psychiatry*;**16**:77-84.

FAIRBURN CG, HARRISON PJ (2003). Eating disorders. *Lancet*,**361**: 407-16.

FEIGELMAN S (2016) Growth, development and behavior. In: Nelson Textbook of Pediatrics, Eds.: Kliegman RM, Stanton BF, Schor NF., St Geme JW. 20.edt.Philadelphia: Saunders, p: 48-54.

FELDMAN E (2000). Risks, resilience, prevention. The epidemiology of adolescent health. *Clinics in Family Practice*, **2**: 230-5.

FEYZİOĞLU S, KUŞÇUOĞLU C (2011). Tek ebeveynli aileler. *Aile ve Toplum Dergisi*, **7**: 97–109.

FLANNERY D (2006). Violence and mental health in everyday life, Lanham, MD, USA: AltaMira Press; 25-45.

FRANCK K L, BUEHLER C (2007). A family process model of marital hostility, parental depressive affect, and early adolescent problem behavior: the roles of triangulation and parental warmth. *J Family Psychology*, **21**: 614-625.

GOODMAN SH, STONE MS, LAHEY BB, SHAFFER D, JENSEN PS (2000). Major depression and dysthmia in children and adolescents: discriminant validity and differential consequences in a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **39**: 761-70.

GÖRKER I, KORKMAZLAR Ü, DURUKAN M, AYDOĞDU A (2004). Çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ergenlerde belirti ve tanı dağılımı. *Klinik Psikiyatri*, **7**: 103-110.

GROTE FK, OOSTDIJK W, DE MUINCK KEIZER-SCHRAMA SM, VAN DOMMELEN P, VAN BUUREN S, DEKKER FW, KETEL AG, MOLL HA, WIT JM (2008). The diagnostic work up of growth failure in secondary health care; an evaluation of consensus guidelines. *BMC Pediatr.***8**: 21

GÜL SK, GÜNEŞ İD (2009). Ergenlik dönemi sorunları ve şiddet. *Sosyal Bilimler Dergisi*,**11**: 79-101.

GÜVENÇ G, AKTAŞ V (2006). Ergenlik döneminde yaş toplumsal cinsiyet, bireysel ve ilişkisel tutumlar, benlik değeri ve yaşam becerilerine ilişkin algı arasındaki ilişkiler. *Türk Psikoloji Dergisi*,**21**: 45-62.

HAMRIN V, PACHLER MC (2005). Child and adolescent depression: review of the latest evidence-based treatments. *J Psychosoc Nurs*, **43**: 54–63.

HARMANCI A, YILDIZ BO (2011). Polikistik over sendromu: Patogenez ve metabolik değişiklikler. *Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topic*s, **4:** 24-34.

HEMMINGS SMJ, KINNEAR CJ, LOCHNER C, NIEHAUS DJH, KNOWLES JA, MOOLMAN-SMOOK JC, CORFIELD VA, STEIN DJ (2004). Early-versus late-onset obsessive-compulsive disorder: Investigating genetic and clinical correlates. *Psychiatry Res,***128**: 175-182.

HILTY DM, BOURGEOIS JA, CHANG CH, SERVIS ME (2001). Somatization disorder. *Current Treatment Options in Neurology*, **3**: 305-320.

HOLLANDER E (2008). Anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder: In Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO (editors). Textbook of Psychiatry. Fifth ed. Virginia City: The American Psychiatric Publishing, p:505-609.

HOLLAND-HALL C, BURSTEIN GR (2016). Adolescent medicine. In: Nelson Textbook of Pediatrics, Ed: Kliegman RM., Stanton B F., Schor NF., St Geme J W. 20.edt.Philadelphia: Saunders, p: 926-932.

HOLLIFIELD MA (2007). Somatoform bozukluklar. Çev. Edt; Aydın, H., Bozkurt, A. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. baskı, Ankara, s: 1800-1829.

HOMBURG R, LAMBALK CB. (2004). Polycystic ovary syndrome in adolescence a therapeutic conundrum. *Hum Reprod*, **19**: 1039-1042.

IBANEZ L, VALLS C, POTAU N, MARCOS MV, DE ZEGHER F (2001). Polycystic ovary syndrome after precocious pubarche: ontogeny of the low-birthweight effect. *Clin Endocrinol (Oxf)*, **55:** 667-672.

JENIKE MA (2001). An update on obsessive-compulsive disorder. *Bull Menninger Clin*, **65**: 4-25.

JONES I, CRADDOCK N (2002). Do puerperal psychotic episodes identify a more familial subtype of bipolar disorder? Results of a family histoey study. *Psychiatr Genet*. **12**: 111-180.

JORDANOVA NP, ZORCEC T. (2016). Somatoform dısorders – a pedıatrıc experıence. *Pril Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauk*, **37:** 55-62.

KAHRAMAN S (2016). Boşanma sonrasında genç-ebeveyn ilişkilerinin sürdürülmesi ve öğrencinin akademik başarısına etkisi (Afyon ili örneği). *Yüksek lisans tezi,* Afyon.

KANN L, MCMANUS T, HARRIS WA, SHANKLIN SL, FLINT KH, HAWKINS J, QUEEN B, LOWRY R, OLSEN EO, CHYEN D, WHİTTLE L, THORNTON J, LIM C, YAMAKAWA Y, BRENER N, ZAZA S. (2016). Centers for Disease Control and Prevention: Youth risk behavior surveillance–United States, 2015, MMWR Surveill Summ , 65: 1–174.

KAYA B (1996). Sivas il merkezinde somatizasyon bozukluğu epidemiyolojisi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi PsikiyatriAnabilim Dalı. *Uzmanlık Tezi*, Sivas.

KESEBİR S (2004). Depresyon ve somatizasyon. *Klinik Psikiyatri*, **1**: 14-19.

KIM YH (2003). Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence: Final results from a 2- year study. *International J Nursing Studies*,**40**: 115- 124.

KINNEAR C, NIEHAUS DJ, SEEDAT S, MOOLMAN- SMOOK JC, CORFIELD VA, MALHERBE G, POTGIETER A, LOMBARD C, STEIN DJ (2001): Obsessive- compulsive disorder and a novel polymorphism adjacent to the oestrogen response element (ERE6) upstream from the COMT gene. *Psychiatr Genet.***11**: 85-87.

KRAMER L (2010). The Essential Ingredients of Successful Sibling Relationships: An Emerging Framework for Advancing Theory and Practice. *Child Development Perspectives*, **4:** 80-86.

LATALOVA K, KAMARADOVA D, PRASKO J (2014); suiside in bipolar disorder: A Review; *Psychiatria Danubina*; **26**: 108-14.

LEE PA (2003). Puberty and Its Disorders. In: Liftşitz F, ed. Pediatric Endocrinology. 5th ed. New York, USA: Marcel Dekker AG. p.211-38.

LEE PA, HOUK CP (2007). Puberty and its disorders. In: Lifshitz F, ed. Pediatric Endocrinology. 5thed. USA, NY: Informa Healthcare; p.273-303.

LEVENT BA, UĞUZ Ş, AYDIN H (2006). Sosyal fobi: etiyoloji, klinik gidiş, komorbidite ve tedavisi. *J Int Med Sci*, **2**:29-61.

LIEB R, PFISTER H, MASTALER M, WITTCHEN HU (2000). Somatoform syndromes and disorders in a repre-sentative population sample of adolescents and young adults. Prevelance, comorbidity and impair-ments. *Acta Psychiatr Scand*, **101**:194-208.

LIEB R, ZIMMERMANN P, FRIIS RH, HOFLER M, THOLEN S, WITTCHEN HU (2002). The natural course of DSMIV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study. *Eur Psychiatry*, **17**: 321-31.

LIPOWSKI ZJ (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*, **145**: 1358-1368.

LOCHMAN JE, POWELL NP, CLANTON NC, MCELROY HK (2006). Anger and aggression. GG Bear, KM Minke, A Thomas (Eds.), Children's Needs III: Develop-ment, Prevention, and Intervention, Washington DC: National Association of School Psychologists. p.115-133.

LU W, DALEIDEN E, EN LU S (2007) Threat perception bias and anxiety among Chinese school children and adolescents. *J Child Psychol Adolesc Psychiatry*, **36:** 568-580.

LYOO IK, LEE DW, KIM YS, KONG SW, KWON JS (2001). Patterns of temperament and character in subjects with obsessive–compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* , **62**: 637-641.

MARTIN A, CHALDER T, RIEF W, BRAEHLER E (2007). The relationship between chronic fatigue and somatization syndrome: a general population survey. *J Psychosom Res*, **63**: 147-156.

MEESTERS C, MURIS P, GHYS A, REUMERMAN T, ROOIJMANS M (2003). The children's somatization ınventory: further evidence for its reliability and validity in a pediatric and a community sample of Dutch children and adolescents. *J Pediatr Psychol*,**28**: 413-22.

MELNYK BM, JACOBSON D, KELLY S, O'HAVER J, SMALL L, MAYS MZ (2009).Improving the mental health, healthy lifestyle choices, and physical health of hispanicadolescents: a randomized controlled pilot study. *J Sch Health*, **12:** 575-584.

MERIKANGAS KR, AVENEVOLI S, ACHARYYA S, ZHANG H, ANGST J (2002). The spectrum of social phobia in the Zurich cohort study of young adults. *Biol Psychiatry*,**51**: 81-91.

MISTOVICH RJ, SPIEGEL DA (2016). The Spine. In: Nelson Textbook of Pediatrics, Ed: Kliegman RM., Stanton B F., Schor NF., St Geme J W. 20.edt.Philadelphia: Saunders, p: 3283-3287..

MİLEVSKY A, SCHLECHTER MJ, NETTER SA, KEEHN D (2007). Maternal and paternal parentingstyles in adolescents: Associations with self-esteem, depression and life-satisfaction. *J Child and Family Studies*,**16:** 39-47.

MOHAPATRA S, DEO SJK, SATAPATHY A, RATH N (2014). Somatoform disorders in children and adolescents. *German J Psychiatry*, **17:** 19-24.

MURIS P, FIELD AP (2008). Distorted cognition and pathological anxiety in children and adolescents. *Cog Emotion*,**22**: 395-421.

NATHAN BM, PALMERT MR (2005). Regulation and Disorders of Pubertal Timing. *EndocrinolMetab Clin North Am*, **34**: 617-41.

NOGUEIRA-MARTINS LA, FAGNAI NETO R, MACEDO PC, CITERO VA, MARI JJ (2004). The mental health of graduate students at the Federal University of Sao Paulo: a preliminary report. *Braz J Med Biol Res*, **37**: 1519-24.

NOSHCHENKO A, HOFFECKER L, LINDLEY EM, BURGER EL, CAIN CM, PATEL VV, BRADFORD AP (2015). Predictors of spine deformity progression in adolescent idiopathic scoliosis: A systematic review with meta-analysis. *World J Orthop*, **6**: 537-58.

ÖNGİDER N (2013). Boşanmış ve evli ailelerden gelen çocukların algıladıkları ebeveyn kabul-red düzeyleri ile psikolojik uyum düzeylerinin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, **16**: 164-174.

ÖZDEMİR Y (2014). Ana-baba ergen çatışması ve ergenlerde depresyon belirtileri: Benlik saygısının aracı rolü. *Düşünen Adam*, **27:** 211-220.

ÖZMEN E, ÖZMEN D, ÇETİNKAYA AC, TAŞKIN EO, DÜNDAR PE (2009). The relationship between gender and depression, self-esteem, hopelessness, sub-missive acts, guilt, shame and anger in adoles-cents. EP Lamont (Ed.), Social Psychology: New Research. New York: Nova Science Publishers.

PARENT AS, TEILMANN G, JUUL A, SKAKKEBAEK NE, TOPPARI J, BOURGUIGNON JP (2003). The timing of normal puberty and the age limits of sexual precocity: variations around the world, secular trends, and changes after migration. *Endocr Rev*, **24:** 668-93.

PATAKI CS (2007). Normal Ergenlik. “Kaplan ve adock Comprehensive Textbook of Psychiatry”. Ed: Aydın H, Bozkurt A. 8. baskı. Ankara, Güneş Kitabevi. Syf: 3035-3043.

PEHLİVANTÜRK B (2008). Somatoform bozukluklar. Ed. Çetin FÇ. Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı, Ankara, s: 423-37.

PEHLİVANTÜRK B, ÜNAL F (2000). Conversion disorder in children and adolescents: Clinical features and comorbidity with depressive and anxiety disorders. *Turkish J Pediatrics,* **42**: 132-137.

PINYERD B, ZIPF WB (2005). Puberty-timing is everything. *J Pediatr Nurs,***20**: 75-82.

POSTILNK I, EISMAN HD, PRICE R, FOGEL J (2006). An algorithm for defining somatization in children. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry,***15:** 64-74.

RAPOPORT JL, INOFF-GERMAIN G (2000). Practitioner review: Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, **41:** 419-431.

RASING SPA, BRAAM MWG, BRUNWASSER SM, JANSSENS JMAM, CREEMERS DHM, SCHOLTE RHJ (2019). Depression and Anxiety Symptoms in Female Adolescents: Relations with Parental Psychopathology and Parenting Behavior.*J Res Adolesc*doi: 10.1111/jora.12525.

RASMUSSEN SA, EISEN JL (1994) The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry,* **55**: 5-10.

RECART C, CASTRO P, ALVAREZ H, BEDREGAL P (2002). Characteristics of children and adolescents attended in a private psychiatric outpatient clinic. *Rev Med Chil*; **130**: 295-303.

ROME ES (2012). Eating disorders in children and adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care,***42**: 28-44.

ROSENFIELD RL, COOKE DW, RADOVICK S (2014). Puberty and its disorders in the female. In: Sperling MA(ed). Pediatric Endocrinology. 4th ed. Philadelphia: Elsevier, Saunders, United States of America.

SAATÇİ E, AKPINAR E (2006). Çukurova Üniversitesi öğrencilerinde psikiyatrik belirti taraması. *Türk Aile Hek Derg,***10**: 7-13.

SADOCK BJ, SADOCK VA (2007). Comprehensıve textbook of psychıatry. Ed: Aydın H., Bozkurt, A., 8. Baskı. Ankara, s: 2768-2479.

SALUJA G, IACHAN R, SCHEIDT PC, OVERPECK MD, SUN W, GIEDD JN (2004). Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med,***158**: 760–765.

SAMUELS J, NESTADT G (1997). Epidemiology and genetics of obsessivecompulsive disorder. *Int Rev Psychiatry,* **9**: 61-72.

SAND PG, GODAU C, RIEDERER P, PETERS C, FRANKE P, NOTHEN MM, STOBER G, FRITZE J, MAIER W, PROPPING P, LESCH KP, RIESS O, SANDER T, BECKMANN H, DECKERT J (2000): Exonic variants of ' the GABA(B) receptor gene and panic disorder. *Psychiatr Genet.***10**: 191-194.

SANTROCK JW (2012). Adolescence. Ed: Siyez DM. 4. Baskı, Ankara.

SAPS M, SESHADRI R, SZTAINBERG M, SCHAFFER G, MARSHALL BM, DI LORENZO C (2009). A prospective schoolbased study of abdominal pain and other common somatic complaints in children. *J Pediatr,***154:** 322-6.

SARI C (2008). Ergenlerin psikolojik belirti düzeyleri ve uyumlarını yordayan bazı değişkenler. *Yüksek Lisans Tezi*, Konya

SIMONS KJ, PATEMITE CE, SHORE C (2001). Quality of parent/adolescent attachment and aggression in young adolescents. *J Earlv Adolescence*, **21**: 182-203.

STAGER MM (2016). Violent Behavior, Substance Abuse. In: Nelson Textbook of Pediatrics, Ed: Kliegman RM., Stanton B F., Schor NF., St Geme J W. 20.edt.Philadelphia: Saunders, p: 945-954.

STARNER TM, PETERS RM (2004). Anger expression and blood pressure in adolescents. *J School Nursing,* **20**: 335-342.

STEINBERG L., Morris AS (2001). Adolescent development. *Annual Review Psychology,***52:** 83-110.

STEINBERG L. (2002), Adolescence, Sixth Edition, Boston, MA: McGraw Hill

STEİNBERG L. (2014). Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence. Boston, MA: Houghton Mifflin Harcourt.

STORKSEN I, ROYSAMB E, HOLMEN TI, TAMBS K (2006). Adolescent Adjustment and Well-Being: Effects of Parental Divorce and Distress. *Scandinavian J Psychology*, **47**: 75-84.

STRAYER J, ROBERTS W (2004). Empathy and observed anger and agression in five-year-olds. *Social Development*, **13**: 1-13.
SUNG E, SON M (2000). Depression in children and adolescents. *American Family Physician*, **62**: 2297-308.
SUSMAN EJ, ROGOL A (2004). Puberty and psychological development. In: "Handbook of Adolescent Psychology". Ed: Lerner RM, Steinberg L. 2th ed. Hoboken, New Jersey. John Wiley Sons, Inc; 15-44.
ŞAHİN AR (2007). Obsesif kompulsif bozukluk. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, HYB, Ankara, 493-504.
ŞENGÜDER Ş (2006). Lise 1 ve 3. Sınıf öğrencilerinde denetim odağı ile ruhsal sorunlar arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve akademik başarı ile kıyaslanması. *Yüksek Lisans tezi*, İzmir.
TANAKA E, TSUTSUMİ A, KAWAKAMİ N, KAMEOKA S, KATO H,YOU Y (2016). Long-term psychological consequences among adolescent survivors of the Wenchuan earthquake in China: A cross-sectional survey six years after the disaster. *J Affective Disorders*, **204:** 255-261.
TARIM Ö (2017). Erkeklerde büyüme ve cinsel gelişme. İçinde: Yurdakök Pediatri. Ed: Yurdakök M.1. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi. s: 1372-1373.
TERASAWA E, KURIAN JR, KEEN KL, SHIEL NA, COLMAN RJ, CAPUANO SV (2012). Body weight impact on puberty: effects of high-calorie diet on puberty onset in female rhesus monkeys. *Endocrinology*, **153:** 1696-705.
TOMODA A, MORI K, KIMURA M, TAKAHASHI T, KITAMURA T (2000). One-year prevalence and incidence of depression among first-year university students in Japan: a preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci*, **54**: 583-8.
TOWBIN KE, RIDDLE MA (2002). Obsessive-compulsive disorder. In: Child and adolescent, Ed.: Lewis, M. Lippincott Williams ve Wilkins, Philadelphia, : 835-847.
TÜİK (2018). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2018 Nüfus Sayımı Sonuçları. Erişim: 27.07.2019,http://www.tuik.gov.tr
TÜZÜN Z, ATAMAN E (2017). Psikososyal olgunlaşma ve ailenin rolü. Yurdakök Pediatri. Ed: Yurdakök M.1. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi. s: 1373-1376.
UĞURLU N, AKIN H (2008). Muğla Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin beden benlik algısı ve psikolojik sıkıntı belirtileri ile ilişkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **11**: 38-47.
UNESCO(2011). https://www.unicef.org/adolescence/.../SOWC_2011_Main_Report_EN_02092011.pdf (Erişim tarihi 25.07.2019)
ÜNAL S, KÜEY L, GÜLEÇ C, BEKAROĞLU M, EVLiCE YE, KIRLI S (2002). Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri. *Klinik Psikiyatri*,**5:** 8-15.
VICTORIN CEDERQUIST A (2006). Psychiatric and psychosomatic symptoms are increasing problems among Swedish schoolchildren. *Acta Paediatr*, **95**: 901-3.
VILA M, KRAMER T, HICKEY N, DATTANI M, JEFFERIS H, SNGH M, GARRALDA ME (2009). Assessment of somatic symptoms in British secondary school children using the Children's Somatization Inventory (CSI). *J Pediatr Psychol*,**34:** 989-98.
VON WIJK CM, KOLK AM (1997). Sex difference in physical symptoms. *Soc Sci Med*, **45**: 231-246.
WARD RK, EYLER AE, MAKRIS GR (2000). Evaluatıon and management of depressive illness in adolescence. *Clinics in Family Practice*, **2**: 251-60.
WEAVER L, LIEBMAN R (2011). Assesment of anorexia nervosa in children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep*, **13**: 93-98.
WELLS VE, DEYKIN EY, KLERMAN GL (1985). Risk factors for depression in adolescence. *Psychiatric Development*, **3:** 83-108.
WEWETZER C, JANS T, MILLER B, NEUDORFL A, BUCHERL U, REMSCHMIDT H, WARNKE A, HERPERTZ-DAHLMANN B (2001). Long-term outcome and prognosis of obsessive-compulsive disorder with onset in childhood or adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, **10:** 37-46.
WORLD HEALTH ORGANİZATİON (2003). Promoting the health of young people in Custody p.7. [http://www.euro.who.int/document/e81703.pdf] (Erişim tarihi 25.07.2019)
WORLD HEALTH ORGANİZATİON [WHO] (2013). Health Topics-Adolescent Health. Erişim 16.06.2019 Web cite: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/.
YE X, BAPUJI SB, WINTERS S, STRUTHERS A, RAYNARD M, METGE C, KREİNDLER SA, CHARETTE CJ, LEMAIRE JA, SYNYSHYN M, SUTHERLAND K. (2014). Effectiveness

of internet-based interventions for children, youth, and young adults with anxiety and/or depression: A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*, **14**: 313.
YILDIZ-BIÇAKÇI, M (2004). Annesi çalışan ve çalışmayan çocukların anne baba tutumlarını algılamalarının ve benlik imajlarının incelenmesi. *Yüksek lisans tezi*, Ankara.
ZHOU DM, TAN HZ, LI SQ (2000). Research on mental status of 726 adolescents and its influential factors. *Hunan Yi Ke Da Xue Bao*, **25**: 144-6.

EKLER

Ek-1: Etik Raporu

T.C.S.B.
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ankara Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi
Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu
Karar Defteri

Toplantı No: **0043** **25.04.2018**

BAŞKAN
Prof.Dr.Rahmi Kılıç
Başhekim

TUEK ASİL ÜYELERİ	TUEK YEDEK ÜYELERİ
Prof.Dr.Murat Kekilli Gastroenteroloji Kliniği (Eğitim Koordinatörü)	
Doç Dr.Nadir Turgut Çavuşoğlu Genel Cerrahi Kliniği	Prof.Dr.Meliha Korkmaz Nükleer Tıp Kliniği
Prof.Dr.K.Bahadır Alemdaroğlu Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği	Doç Dr.Elif Ergün Radyoloji Kliniği
Prof.Dr.Uğur Koçer Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği	Doç Dr.Ayşe Esra Karakoç Mikrobiyoloji Kliniği
Prof.Dr.Hülya Başar Anestezi ve Reanimasyon Kliniği	Doç Dr.Necmi Arslan KBB Hastalıkları Kliniği
Doç.Dr.Sevim Aslan Felek KBB Hastalıkları Kliniği	Doç Dr.Burcu Duyut Çakır Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

KARAR:

441.Adolesanlarda SCL-90 ile psikiyatrik semptomların taranması. T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları** Kliniği (Dr.Zahide Yalaki, Psk.İlyas Çakır, Prof.Dr.Filiz Şimşek Orhon) çalışması, **Prospektif-Yüksek Lisans Tezi** Çalışmasının protokol, usul, yaklaşım ve yöntem yönünden **"TEKNİK"** ve **"ETİK"** değerlendirmesinde **"UYGUN" "OLDUĞUNA" / "~~OLMADIĞINA~~" "~~OYÇOKLUĞU~~" "OYBİRLİĞİ"** ile karar verilmiş ve araştırma için belirlenen uygulama, tetkik ve girişimlerin araştırma gurubunca karşılanması kaydı ile çalışmanın yapılmasına ve Hastanemiz arşiv bilgi ve belgelerinin kullanılmasına **"İZİN" "VERİLMİŞTİR" / "~~VERİLMEMİŞTİR~~". "ETİK KURUL ONAYI" "~~GEREKTİRİR~~ / GEREKTİRMEZ".**

Doç.Dr.N.Turgut Çavuşoğlu **Prof.Dr.K.Bahadır Alemdaroğlu**

Prof.Dr.Uğur Koçer Prof.Dr.Meliha KORKMAZ D.Ü No 111 Nükleer Tıp Kliniği İdari ve Eğitim Sorumlusu **Prof.Dr.Hülya Başar**

Doç.Dr.Sevim Aslan Felek

Prof.Dr.Murat Kekilli
Eğitim Koordinatörü

Prof.Dr.Rahmi Kılıç
Başhekim

Ek-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ebeveyn formu)

Değerli anne ve babalar;

Çocuğunuzun, hastanemiz çocuk sağlığı ve hastalıkları genel polikliniğinde yapılan "ADOLESANLARDA SCL-90 İLE PSİKİYATRİK SEMPTOMLARIN TARAMASI "isimli bir çalışmada yer alabilmesi için sizden izin istiyoruz. Bu çalışma kapsamında genel pediatri polikliniğine başvuran 14-18 yaş arası çocuklar katılacağı için çocuğunuz bu çalışmaya davet edilmektedir. Katılacağınız araştırmada amacımız; herhangi bir nedenle hastanemiz polikliniğine başvuran ergenlerde anket yapılarak kendilerini rahatsız eden herhangi bir psikiyatrik belirtinin, duygu-durum bozukluğu, obsesyonların olup olmadığının saptanmasıdır.

Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu araştırma kapsamında çocuğunuza can acıtacak, cilt bütünlüğünü bozacak herhangi bir girişim yapılmayacaktır ancak; ona ait bazı bilgiler elde etmek istediğimiz için izninizi almak amacı ile bu form hazırlanmıştır. Çocuğunuza ait bu bilgilerin, kimliği açıklanmamak kaydı ile bilimsel amaçla kullanımını onaylar iseniz bu formu imzalamanız istenecektir. Çocuğunuzun ebeveyni olarak dilediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz.

Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, çocuğumdan başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Ergenlik dönemi, sağlık açısından çocukluk ve yaşlılık dönemleri gibi önemli bir dönemdir. Bu dönemde, artmış heyecanlar ve fiziksel duyumların yanında ruhsal sorun ve yakınmalar da sık olabilmektedir. Çocuk ve ergende psikiyatrik sorunlar sanıldığından çok daha yaygındır. Duygu durum bozuklukları, okul sorunları, ilişki zorlukları ergenlerde sık rastlanan davranış sorunlarıdır. Genç nüfusta psikiyatrik sorunların doğasının ve boyutunun iyi anlaşılması, bunların önlenmesi ve özümlenmesinde büyük önem taşır. Katılacağınız araştırma sonucunda bu yaş grubu ergenlerin başetmede zorlandıkları duygu-durum bozukluğu, obsesyonlar, psikolojik bozukluklar, depresyon gibi bulguların olup olmadığı belirlenecektir. Böylece

ergenlik döneminin sorunları ve bunlara yaklaşım hakkında yeni bilgiler elde edilebilir.

Çalışmaya çocuğunuzun dahil olduğu 14-18 yaş aralığında 500 çocuğun dahil edilmesi planlanmaktadır. Psikolog tarafından değerlendirilecek olan anket sonucunuza göre herhangi bir sıkıntısı bulunan ergenler çocuk psikiyatrisine yönlendirilecektir.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?

Çalışmayla ilgili bir sorununuz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI-SOYADI: Uzm. Dr. Zahide Yalaki

GÖREVİ: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Genel Poliklinik Uzmanı

TELEFON: 0 506 407 98 66

ONAM FORMU:

Ben …….

"Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen çalışma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Çocuğumun araştırmaya gönüllü olarak katıldığını, istediğimiz zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimizi biliyorum. Çocuğumun söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmasını kabul ediyorum."

Gönüllünün Adı/Soyadı:

Velisinin Adı / Soyadı/İmzası/Tarih:

Olur Alan Hekim:

Uzm. Dr. Zahide Yalaki / İmzası/ Tarih:

Ek-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ergen formu)

Merhaba sevgili arkadaşım,

Ben bugün muayene olduğun çocuk doktoruyum. Genel polikliniğimize gelen senin yaşındaki ergenlere yapacağımız bir anket çalışmamız için iznini istiyoruz. Senin okul başarını, arkadaşların, öğretmenlerin ve ailen ile olan ilişkilerini, kendine güvenini önemsiyorum. Ergenlik döneminde yaşayabileceğin sıkıntılar, kafana takılan sorunların olabilir. Bu nedenle sana bir anket vererek bu konuda sana yardımcı olabileceğimiz herhangi bir psikiyatrik belirtinin, duygu-durum bozukluğu, obsesyonların (takıntılı olduğun bir davranış) olup olmadığına bakacağız. Anket sonucuna göre herşeyin yolunda olduğunu belirtebilir veya senin için olumlu uyarılarda bulunabilir ve sana daha fazla yardımcı olabilecek başka bir bölüme yönlendirebiliriz. Böylelikle hem senin, hem de senin gibi çalışmamıza katılmayı kabul eden yaşıtlarının ergenlik dönemini daha rahat geçirebilmenizi, daha mutlu olmanızı desteklemeye çalışacağız. Eğer kabul edersen bu formu imzalamanı rica ediyorum.

ONAM FORMU:

Ben …….

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki açıklamayı okudum. Bana, çalışma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.”

Gönüllünün Adı/Soyadı:

Olur Alan Hekim:

Uzm. Dr. Zahide Yalaki / İmzası/ Tarih:

Ek-4. Sosyodemografik veri formu

1- Yaş: Başvuru tarihi:

2- Cinsiyet:

3- Kaçıncı sınıfa gidiyorsunuz?:

4- Annenizin eğitim düzeyi nedir?:

a) okur-yazar değil b)okur-yazar c) ilkokul d)ortaokul

e) lise f)üniversite

5- Babanızın eğitim düzeyi nedir?:

a) okur-yazar değil b)okur-yazar c) ilkokul d)ortaokul

e) lise f)üniversite

6- Aile tipi

a) anne-baba-çocuk b)anne-baba ayrı c)geniş aile:

d)diğer……

7- Çocuk sayısı …….

7A) Siz kaçıncı çocuksunuz?

a) 1 b)2 c)3 d)4 ve üzeri

8-Yaşadığınız ev: a) apartman dairesi b) gecekondu

9-Annenizin mesleği nedir? a) ev hanımı b) memur c) özel şirket

d) diğer.....

10- Babanızın mesleği nedir? a) işsiz b) memur c)serbest çalışıyor

d)özel şirket e) diğer.....

11- Okul başarınız nasıldır? a) iyi b)orta c)kötü

12- Ailede psikiyatrik hastalığıolan var mı?

a) var b)yok c)bilmiyorum

13- Kendinizde psikiyatrik hastalık olduğunu düşünüyormusunuz?

a) evet b) hayır c)bilmiyorum

14- Ailenin gelir durumu ne kadardır?

a) <1500 b)1500-2000 c)2001-2500 d)2501-3000 e) >3000

15- Sigara kullanıyor musunuz?

a) evet b) hayır

Ek-5. SCL-90R tarama testi

Aşağıdaki soruların karşısına sizin için en uygun cevabı işaretleyiniz.	**Hiç**	**Çok az**	**Orta derecede**	**Oldukça fazla**	**Aşırı düzeyde**
1. Baş ağrısı					
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi					
3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı), hoşa gitmeyen düşünceler					
4. Baygınlık veya baş dönmeler					
5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı					
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu					
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri					
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu					
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlük					
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler					
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi					
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar					
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi					
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali					
15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri					
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma					
17. Titreme					
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi					
19. İştah azalması					

20. Kolayca ağlama					
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi					
22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi					
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma					
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları					
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu					
26. Olanlar için kendini suçlama					
27. Belin alt kısmında ağrılar					
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi					
29. Yalnızlık hissi					
30. Karamsarlık hissi					
31. Her şey için çok fazla endişe duyma					
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali					
33. Korku hissi					
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali					
35. Diğer insanların sizin özel düşündüklerinizi bilmesi hissi					
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu					
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi					
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak					
39. Kalbin çok hızlı çarpması					
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi					
41. Kendini başkalarından aşağı görme					

42. Adele (kas) ağrıları					
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi					
44. Uykuya dalmada güçlük					
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme					
46. Karar vermede güçlük					
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu					
48. Nefes almada güçlük					
49. Soğuk ve sıcak basması					
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu					
51. Hiç bir şey düşünememe hali					
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması					
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi					
54. Gelecek konusunda ümitsizlik					
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük					
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi					
57. Gerginlik veya coşku hissi					
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi					
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri					
60. Aşırı yemek yeme					
61. İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma					
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma					
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin					

olması					
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma					
65. Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali					
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama					
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği					
68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması					
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme					
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi					
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi					
72. Dehşet ve panik nöbetleri					
73. Toplum içinde yiyip-içerken huzursuzluk hissi					
74. Sık sık tartışmaya girme					
75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali					
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu					
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme					
78. Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma					
79. Değersizlik duygusu					
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu					
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma					
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu					
83. Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin					

olması					
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi					
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller					
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi					
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duyamama					
89. Suçluluk duygusu					
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi					

ÖZGEÇMİŞ

I-Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Zahide ÖRGERİN YALAKİ

Doğum yeri ve tarihi: Adana / 30 Ağustos 1976

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu: Ankara Eğitim ve Araş. Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/Ankara 0506 407 98 66

II-Eğitim

Derece	**Bölüm/Program**	**Üniversite**	**Yıl**
Yüksek Lisans	Sosyal Pediatri	Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2016-
Tıpta Uzmanlık	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi	2001-2005
Lisans	Ankara Tıp Fakültesi	Ankara Üniversitesi	1994-2000

Yabancı dil: İngilizce

III-Ünvanlar, IV-Mesleki Deneyim

Görev Unvanı	**Görev Yeri**	**Yıl**
Araştırma Görevlisi.	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	2001-2005
Uzman Dr.	Özel Demet Hastanesi	2005-2006
Uzman Dr.	Özel K.ören Bilgi Tıp merkezi	2006-2006
Uzman Dr.	S.B. Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2007-2007
Uzman Dr.	S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2007-2012

Başasistan Dr.	S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2012-
Doç Dr	S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Ekim 2019-

V. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: yok

VI. Bilimsel İlgi Alanları:

Ulusararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

1) E.ÇİFTÇİ, F.YALÇINKAYA, E.İNCE, M.EKİM, M.İLERİ, **ÖRGERİN Z**, S.FİTÖZ, H.GÜRİZ, A.D.AYSEV, Ü.DOGRU. Pulmonary involvement in childhood –onset systemic lupus erythematosus : a report of five cases ; Rheumatology 2004; 43: 587-591.
2) N. DALGİC, E. CİFTCİ, **ÖRGERİN Z**, S. ÖNCEL, N. BELET, E.İNCE, Ü.DOGRU. Herpes zoster in hospitalalised Turkish children. 15th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Copenhagen, Denmark, April 2005.
3) T.KENDİRLİ, **YALAKİ Z**, B. ÖZTÜRK HİŞMİ, A. KAVAZ, E. DERELLİ, E. İNCE. A life-saving line in resuscitation and shock management of the critically ill child: intraosseous infusion Journal of Ankara University Faculty of Medicine 2005; 58(4)
4) KENDİRLİ T, KAVAZ A, **YALAKİ Z**, ÖZTÜRK-HİŞMİ B, DERELLİ E, İNCE E. Mechanical ventilation in children. Turk J Pediatr 2006; 48: 323-327.
5) KENDİRLİ T, EKİM M, ÖZÇAKAR Z.B, YÜKSEL S, ACAR B, ÖZTÜRK-HİŞMİ B, DERELLİ E, KAVAZ A, **YALAKİ Z**, YALÇINKAYA F. Renal replacement therapies in pediatric intensive care patients: Experiences of one center in Turkey . Pediatrics International 2007; 49(3): 345–348.
6) BOZTEPE H, **YALAKİ Z**, BİLGE DALLAR . Evaluation of neurological and cardiological findings in carbonmonoxide poisoning in children. Turk Pediatri Archive 2014; 49: 314-322.
7) **YALAKİ Z**, OZMEN S, TASAR MA, DALLAR Y. The Serum Concentrations of Trace Elements and Vitamin A in Turkish Six-Month-Old Infants with Different Feeding Practices. J Nutr Sci Vitaminol (Tokyo). 2016;62(4):235-239.
8) Y**ALAKİ Z**, TAŞAR M.A, SAÇ R, GÖÇMEN S, KARADAĞLI S, AKBAŞ N, BİLGE DALLAR Y. The Levels of Knowledge of High School StudentsAbout Human Papilloma Virus Infection. J Pediatr Inf 2016; 10: 86-92.
9) **YALAKİ Z,** Özdemir H.M., Zengin T, Işık M. Investigation of Serum Levels of Selenium, Zinc, and Copper in Adolescents with Idiopathic Scoliosis. Dicle Med J. 2017; 44(1): 35-41.

10) Çolak M, Bozdayı G, Altay A, **YALAKİ Z**, Ahmed K, Özkan S. Detection and molecular characterisation of adenovirus in children under 5 years oldwith diarrhoea. Turk J Med Sci, 2017; 47: 1463-1471.
11) **YALAKİ Z**, Çetin F, Taşar M.A. D-dimer Levels in Children with Lower Respiratory Tract Infections. J Pediatr Inf 2018; 12(1): 15-19.
12) **YALAKI Z**, Aytac B, Alioglu B, Taşar M.A, Durak E, Zengin T, Arikan I, Durak I. Fısh oıl and oxıdatıve stress ın chıldren wıth growth delay. Ponte J, 2018; 74 (11): 99-106.
13) Gokceoglu U.A, Taşar M.A,**YALAKI Z**, Gunes A, Bakır A. An infant with hypercalcemia and hyperammonia: inborn errorof metabolism or not? Answers. Pediatric Nephrology (2019) 34:251–252.

Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

1) **ÖRGERİN-YALAKİ Z,** E. ÇİFTÇİ. Varicella-Zoster virüs enfeksiyonları. MN Klinik Bilimler & Doktor Dergisi 2005; 11 (2):176-184.
2) **YALAKİ Z**, TÜLİN ÇATAKLI, YILDIZ DALLAR. Operasyon öncesi muayenede saptanan üfürümlerin retrospektif değerlendirilmesi. Bakırköy tıp dergisi 2010; 6(1): 20-3.
3) **YALAKİ Z**, M.AYŞİN TAŞAR, NURSEL KARA, YILDIZ DALLAR. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerin ev kazaları hakkında bilgi düzeylerinin ölçülmesi. JAEM 2010: 129-33.
4) **YALAKİ Z**, AYÇA ÖZTÜRK, M.AYŞİN TAŞAR, YILDIZ DALLAR. Sağlıklı çocuklarda herpes zoster enfeksiyonu. Çocuk Enf Derg 2010; 4: 96-9.
5) **YALAKİ Z**, M. AYŞİN TAŞAR, NEŞE YALÇIN, YILDIZ DALLAR. Çocukluk ve gençlik dönemindeki özkıyım girişimlerinin değerlendirilmesi. Ege Tıp Dergisi 2011; 50: 125-8.
6) **YALAKİ Z**, ÇAKIR İ, TAŞAR M.A, YALÇIN N, BİLGE DALLAR Y. Anne ve ergenlerdeki depresif belirtilerin ergen intiharları ile ilişkisi. Dicle Tıp Dergisi 2012; 39(3): 350-8.
7) **YALAKİ Z**, İÇÖZ S, ARIKAN F.İ, ALİOĞLU B, DALLAR BİLGE Y. Ankara Hastanesi Çocuk Kliniğinde yatan hastalarda bisitopeni deneyimimiz. J Pediatr Inf 2014; 8: 27-27.
8) **YALAKİ Z**, ÖZDEMİROĞLU N, DALLAR BİLGE Y. Febrilkonvülziyon geçirenlerle geçirmeyenler arasında serum çinko ve demir düzeylerinin karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2014; 23(1): 16-21.
9) **YALAKİ Z.** The Role of Acyclovir in the Treatment of Herpes zoster Virus Infections in Immunocompromised Children. J Ped Infect 2016: 10:42-43.

10) **YALAKİ Z**, ÇETİN F, DALLAR BİLGE Y. Bir eğitim ve araştırma hastanesine başvuran adelosanlardaki riskli davranışların değerlendirilmesi. Ege Tıp Dergisi 2015; 54 (3): 127-133.
11) **YALAKİ Z,** Çiftçi N, Kara S, Arikan F.İ, Dallar Y.B. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerde saptanan konjenital kalp hastalıklarının retrospektif değerlendirilmesi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2017.
12) **YALAKİ Z**. Yazarlı E, Alioğlu B. Çocuklarda demir eksikliği anemisinin tiroid hormonları üzerine etkisi. Ege Tıp dergisi 2017; 56 (2): 72-6.
13) **YALAKİ Z**, Meral R, Yılmaz A, Gökçeoğlu U A. Çocuk yoğun bakım ünitesinde acinetobacter enfeksiyonları. Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg.2018; 51(2): 98-103.
14) **YALAKİ Z**,Gökçeoğlu U A, Çakır İ. Enürezis nokturnalı hastaların ve annelerinin kaygı ve öfke durumlarının değerlendirilmesi. Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg.2019; 52(2): 108-111.

Vaka takdimi, teknik not, araştırma notu gibi diğer yayınlar:

1) **YALAKİ Z**, POTUR D, ERCAN S, ARIKAN F.İ, TIRAŞ Ü, DALLAR Y. Televizyondaki şiddet çocuklarımızı ne kadar etkiliyor? Bakırköy Tıp Dergisi 2012; 8(2): 85-8.
2) **YALAKİ Z,** ARIKAN F.İ, BÜYÜKYILMAZ G, ALTAN B, DEMİR H, BİLGE DALLAR Y. Reye sendromu ve yaygın damar içi pıhtılaşma ile seyreden rotavirüs enfeksiyonu. J Pediatr Infect 2012; 6: 115-7.
3) GÜÇER E, **YALAKİ, Z**, ARIKAN F.İ, DALLAR Y. Hekim reçeteleri doğru uygulanıyor mu? Bakırköy Tıp Derg 2012; 8(4): 194-6.
4) **YALAKİ Z**, DUYGU AKÇAYÖZ-DUMAN, AĞAHAN ÜNLÜ, ZEKİ CAN, MUSTAFA TEKİN. Apert sendromlu bir çocukta FGFR2 geninde p.Pro253Arg Mutasyonu. MN Klinik Bilimler & Doktor Dergisi 2005; 11 (6):714-18.
5) **YALAKİ Z**, M. AYŞİN TAŞAR, ÜLKÜ TIRAŞ, İNCİ ARIKAN, İLKNUR BOSTANCI, YILDIZ DALLAR. Çocuk ihmaline bağlı hemorajik şok ansefalopati sendromu gelişen bir olgu. Turk Arch Ped 2009; 44: 143-5.
6) **YALAKİ Z**, ÜLKÜ TIRAŞ, İLKNUR ÖZKAN, YILDIZ DALLAR. Yenidoğan döneminde preseptal selülit. Turk Arch Ped 2010; 45: 295-8.
7) ÜLKÜ TIRAŞ, **YALAKİ Z**, AYÇA ÖZTÜRK, YILDIZ DALLAR. Tekrarlayan nekrotizan enterokolitte oral saccharomyces. Bakırköy tıp dergisi 2010; 6(3): 121-4.
8) YILDIZ DALLAR, ÜLKÜ TIRAŞ, **YALAKİ Z**, İLKNUR ÖZKAN. Yenidoğan döneminde çocuk istismarı olgusu. Güncel pediatri 2010; 8: 81-5.
9) **YALAKİ Z,** DAMLAPINAR R, CANDEMİR Z, DALLAR Y. Kleidokranial Disostozis Sendromlu Bir Olgu. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2010; 19(3): 254-8.
10) **YALAKİ Z**. The Role of Acyclovir in the Treatment of Herpes zoster Virus Infections in Immunocompromised Children. J Ped Infect 2016: 10:42-43.

11) Yılmaz A, **YALAKİ Z**, Şen Z, Alioğlu B. Bulbar Semptomlar ile Başvuran Myastenia Gravis Olgusu. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2018; 12(1): 54-6.
12) Taşar M.A,**YALAKİ Z,** Can Y, Vezir E, Alioğlu B.On Yedi Yaşındaki Bir ÇocuktaN-Asetil Sisteine Bağlı Anafilaksi. Turkiye Klinikleri J Pediatr 2017;26(2):75-8.
13) **YALAKİ Z**, Taşar M.A, Yıldız E, Zengin T, Çiftçi E, Dallar Y. Primary cavitary tuberculosis in an infant. Turk Pediatri Ars 2018; 53(3): 189-92.

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler:

1) H.GENÇGÖNÜL, N.TAÇYILDIZ, E.ÜNAL, S.EMİR, T. KENDİRLİ, D.GÜMÜŞ, **Z. ÖRGERİN**, G.YAVUZ, Ş. CİN. Kemoterapi toksisitesi gelişen retinoblastomlu bir olgu. İstanbul, XII.Türk Pediatrik Onkoloji Kongresi: Mayıs 2002.
2) **Z.ÖRGERİN**, G.ATAY, E.SUSKAN, M.EKİM, F.YALÇINKAYA. Hiperkalsiüri ve staghorn taşı olgusu. Mersin, 46.Milli Pediatri Kongresi: Ekim 2002.
3) **Z.ÖRGERİN**, Ö.ÜNAL, S.TEBER, T.KENDİRLİ, G.DEDA, B.ANLAR. Rekürren atelektazi ile prezente olan juvenil myastenia gravisli bir olgu. İstanbul, 47. Milli Pediatri Kongresi: Ekim 2003.
4) G. YAVUZ, N. TAÇYILDIZ, **Z. ÖRGERİN**, E. ÜNAL, H. UĞUR, Ü. DOĞRU, D. AYSEV, E. ÇİFTÇİ, E. İNCE, S. FİTÖZ, Ş. CİN. Dirençli invaziv mantar enfeksiyonu düşünülen akut myelositer lösemili bir çocuk hastada caspofungin kullanımı. Nevşehir-Kapadokya, XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi: Mayıs 2004.
5) **Z. YALAKİ**, F. ERKASAR ÇITAK, Z. UYSAL, S. GÖZDAŞOĞLU. Karma ve hepatit B aşısına bağlı trombositopenik purpura. İzmir, V. Ulusal Pediatrik Hematoloji Kongresi: Mayıs 2005.
6) T. KENDİRLİ, A. KAVAZ, B. ÖZTÜRK HİŞMİ, E. DERELLİ, **Z. YALAKİ**. Yoğun bakımda elektrolit bozukluğu. Nevşehir-Kapadokya, II. Ulusal Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Kongresi: Haziran 2005.
7) T. KENDİRLİ, M. EKİM, B. ÖZTÜRK HİŞMİ, S. YÜKSEL, B. ÖZÇAKAR, B. ACAR, E. DERELLİ, A. KAVAZ, **Z. YALAKİ**, F. YALÇINKAYA. Çocuk yoğun bakım ünitesinde akut böbrek yetmezliği gelişen hastalarda renal replasman tedavileri. Nevşehir-Kapadokya, II. Ulusal Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Kongresi: Haziran 2005.
8) T. KENDİRLİ, E. DERELLİ, **Z. YALAKİ**, B. ÖZTÜRK HİŞMİ, A. KAVAZ, E. İnce. Çocuk yoğun bakım hastalarında çoklu organ yetmezliği sendromu. Nevşehir-Kapadokya, II. Ulusal Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Kongresi: Haziran 2005.

9) **Z. YALAKİ**, T. KENDİRLİ, B. ÖZTÜRK HİŞMİ, A. KAVAZ, E. DERELLİ. Yoğun bakımda intraosseoz girişim. Nevşehir-Kapadokya, II. Ulusal Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Kongresi: Haziran 2005.
10) **Z. YALAKİ**, E. SUSKAN, D. TEKİN, G. ATAY. Hepatit A aşısı yapılmalı mı? Ankara, 41. Türk Pediatri Kongresi: Haziran 2005.
11) KAVAZ, T. KENDİRLİ, E. ÇİFTÇİ, E. İNCE, **Z. YALAKİ**, B. ÖZTÜRK HİŞMİ, E. DERELLİ, H. GÜRİZ, D. AYSEV, Ü. Doğru. Çocuk yoğun bakımda izlenen hastalarda trakeal aspirat kültürlerindeki üremeler ve klinik anlamı. Ankara, 41. Türk Pediatri Kongresi: Haziran 2005.
12) **Z. YALAKİ**, T. KENDİRLİ, A. KAVAZ, E. DERELLİ, B. ÖZTÜRK HİŞMİ, H. GÜRİZ, D. AYSEV, E. ÇİFTÇİ, E. İNCE, Ü. DOĞRU. Yoğun bakımda enfeksiyon. Ankara, 41. Türk Pediatri Kongresi: Haziran 2005.
13) T. KENDİRLİ, **Z. YALAKİ**, E. DERELLİ, B. ÖZTÜRK HİŞMİ, A. KAVAZ, T. İLERİ, F. AZIK, M.ERTEM, Z. UYSAL, E. İnce. Yoğun bakımda yaygın damar içi pıhtılaşması. Ankara, 41. Türk Pediatri Kongresi: Haziran 2005.
14) Y. UÇAR, Z. **YALAKİ, Z**.B. ÖZÇAKAR, S.YÜKSEL, B.ACAR, Ö. KÜÇÜK, F. YALÇINKAYA, M. EKİM. Primer lenfödem. Ankara, 41. Türk Pediatri Kongresi: Haziran 2005.
15) **Z. YALAKİ**, D. AKÇAGÖZ-DUMAN, A. ÜNLÜ, Z. CAN, M. TEKİN. FGFR2 geninde Pro253Arg mutasyonuna bağlı Apert sendromu. Ankara, 41. Türk Pediatri Kongresi: Haziran 2005.
16) **ZAHİDE YALAKİ**, RUKİYE DAMLAPINAR, ZUHAL CANDEMİR, YILDIZ DALLAR. Kleidokranial disostozis sendromlu bir olgu. 53.Türkiye Milli Pediatri Kongresi, Ekim 2009
17) **ZAHİDE YALAKİ**, M.AYŞİN TAŞAR, NURSEL KARA, YILDIZ DALLAR. 0-5 yaş grubu çocukları olan ailelerin ev kazaları hakkında bilgi düzeylerinin ölçülmesi. 53.Türkiye Milli Pediatri Kongresi, Ekim 2009.
18) **ZAHİDE YALAKİ**, TÜLİN ÇATAKLI, YILDIZ DALLAR. Operasyon öncesi muayenede saptanan üfürümlerin retrospektif değerlendirilmesi. 53.Türkiye Milli Pediatri Kongresi, Ekim 2009
19) **ZAHİDE YALAKİ**, AYÇA ÖZTÜRK, M. AYŞİN TAŞAR, YILDIZ DALLAR. Gelişmekte olan ülkelerde suçiçeği aşısı gerekli ? Çocuk Enfeksiyon Dergisi 2009;3 (özel sayı):142.
20) DALLAR Y**,** TIRAŞ Ü**,YALAKİ Z**, ÖZKAN İ. Yenidoğan döneminde çocuk istismarı olgusu. 17.Ulusal Neonatoloji Kongresi, İzmir, 27-30 Nisan,2009 (EPS-161)
21) **YALAKİ Z**,TIRAŞ Ü**,** ÖZKAN İ,DALLAR Y**.** Yenidoğan döneminde preseptal sellülit. 17,Ulusal Neonatoloji Kongresi, İzmir, 27-30 Nisan,2009 (EPS-132)
22) TIRAŞ Ü**,YALAKİ Z**,ÖZTÜRK A,DALLAR Y**.** Tekrarlayan nekrotizan enterokolit oral Saccharomyces deneyimi. 17,Ulusal Neonatoloji Kongresi, İzmir, 27-30 Nisan,2009 (EPS-229)

23) ÜLKÜ TIRAŞ, İLKNUR AKSOY, **ZAHİDE YALAKİ**, YILDIZ DALLAR. Yenidoğanda atipik bulgularla seyreden hirschsprung hastalığı. 18. Ulusal neonatoloji kongresi (UNEKO) Nisan 2010

24) ÜLKÜ TIRAŞ, ÇINAR ÖZEN, **ZAHİDE YALAKİ**, YILDIZ DALLAR. Asemptomatik hipernatremik yenidoğanlarda transfontanel ultrasonografi ve kranial tomografi ile kanama görülme sıklığı. 18. Ulusal neonatoloji kongresi (UNEKO) Nisan 2010

25) **ZAHİDE YALAKİ,** NEŞE YALÇIN, MA TAŞAR, YILDIZ DALLAR**.** Çocuk acil servisine intihar girişimi ile başvuran olguların retrospektif değerlendirilmesi. Uluslararası katılımlı VII. Ulusal Çocuk acil Tıp ve Yoğun Bakım Kongresi. 22-26 mart 2010, Adana

26) **ZAHİDE YALAKİ**, F.İNCİ ARIKAN, ZEYNEP ŞENTÜRK, SERDAR ÖNEN, İLKNUR BAĞRUL, YILDIZ DALLAR BİLGE. Çocukluk çağında nadir görülen ensefalit. 47. Türk Pediatri Kongresi Mayıs 2011

27) **ZAHİDE YALAKİ**, F.İNCİ ARIKAN, M.AYŞİN TAŞAR, HATİCE BOZTEPE, TUĞBA ZENGİN, YILDIZ DALLAR BİLGE. Çocukluk çağında nadir görülen vaskülit olguları. 47. Türk Pediatri Kongresi Mayıs 2011

28) **ZAHİDE YALAKİ,** E,DERYA POTUR, SIRMA ERCAN, F.İNCİ ARIKAN, ÜLKÜ TIRAŞ, YILDIZ DALLAR. Televizyondaki şiddet çocuklarımızı ne kadar etkiliyor? 47. Türk Pediatri Kongresi Mayıs 2011

29) EMİNE GÜÇER, **ZAHİDE YALAKİ,** F.İNCİ ARIKAN, YILDIZ DALLAR. Hekim reçeteleri doğru uygulanıyor mu? 47. Türk Pediatri Kongresi Mayıs 2011

30) **YALAKİ Z**, ÇAKIR İ, TAŞAR M.A, YALÇIN N, BİLGE DALLAR Y. Çocuk acil servisine intihar girişimi ile başvuran olguların değerlendirilmesi. 9. Ulusal çocuk acil tıp ve yoğun bakım kongresi. Mayıs 2012

31) **YALAKİZAHİDE,** ARIKAN,F.İ, TAPÇI A.E, ALTAN B, DALLAR BİLGE Y. Reye sendromu kliniği ile karışabilen metabolik hastalık: Bir olgu. 48. Türk Pediatri Kongresi Mayıs 2012.

32) **YALAKİ Z,** ÖZDEMİROĞLU N, DALLAR Y. Febril konvülziyonla yatırılan çocukların klinik özellikleri. 49. Türk Pediatri Kongresi, Haziran 2013/İstanbul

33) YAĞCI S, YÜCEL M, ÖZIŞIK A, BÖLÜKBAŞI H, TAŞAR S, **YALAKİ Z,** ÖTGÜN NAR S, KARAKOÇ A.E, ADİLOĞLU A.K. Menenjit ön tanısı ile çocuk hastalıkları servisinde izlenen hastanın kan kültüründe Neisseria menengitidis üremesi. İnfeksiyon dünyası çalıştayı. 20-23 Mart 2014/Ankara

34) **YALAKİ Z**, TAŞAR M.A., YILDIZ E, ZENGİN T, ÇİFTÇİ E, BİLGE DALLAR Y. Sütçocuğunda primer kaviter tüberküloz. 51. Türk Pediatri Kongresi 17-22 Mayıs 2015/ İzmir

35) TAŞAR M.A.,**YALAKİ Z**, GÜNEŞ A, GÖKÇEOĞLU A, BİLGE DALLAR Y. Distal renal tübüler asidozda nadir bir bulgu: Hiperkalsemi.51. Türk Pediatri Kongresi 17-22 Mayıs 2015/ İzmir

36) TAŞAR M.A.,**YALAKİ Z**, GÜNEŞ A, ÇAKIR İ, BİLGE DALLAR Y. Somatik bulgularla başvuran psikiyatrik olgu.51. Türk Pediatri Kongresi 17-22 Mayıs 2015/ İzmir

37) **YALAKİ Z**, ÇETİN F, TAŞAR M.A, BİLGE DALLAR Y. Bir eğitim ve araştırma hastanesine başvuran adolesanların riskli davranışlarının değerlendirilmesi.51. Türk Pediatri Kongresi 17-22 Mayıs 2015/ İzmir

38) **YALAKİ Z**, ÇAKIR İ,TAŞAR M.A,YALÇIN N, BİLGE DALLAR Y. Anne ve ergenlerdeki depresif belirtilerin ergen intiharları ile ilişkisi. 51. Türk Pediatri Kongresi 17-22 Mayıs 2015/ İzmir

39) **YALAKİ Z**, ÖZDEMİROĞLU N, TAŞAR M.A, BİLGE DALLAR Y. Febril konvülziyon geçirenlerle geçirmeyenler arasında serum çinko ve demir düzeylerinin karşılaştırılması. 51. Türk Pediatri Kongresi 17-22 Mayıs 2015/ İzmir

40) **YALAKİ Z**, AKA İÇÖZ S, ARIKAN F, ALİOĞLU B, TAŞAR M.A, BİLGE DALLAR Y. Ankara Hastanesi çocuk kliniğinde yatan hastalarda bisitopeni deneyimimiz. 51. Türk Pediatri Kongresi 17-22 Mayıs 2015/ İzmir

41) **YALAKİ Z**, ÇETİN F, TAŞAR M.A, BİLGE DALLAR Y. Alt solunum yolu enfeksiyonlarında d-dimer düzeyinin yeri.51. Türk Pediatri Kongresi 17-22 Mayıs 2015/ İzmir

42) **YALAKİ Z**, AYTAÇ B, ALİOĞLU B, TAŞAR M.A, DURAK E, ZENGİN T, DURAK İ, BİLGE DALLAR Y. Sınırda gelişme geriliği olan çocuklarda balık yağı kullanımının oxidan/antioxidan sistem değişkenleri üzerine etkisi. 51. Türk Pediatri Kongresi 17-22 Mayıs 2015/ İzmir

43) **YALAKİ Z**, ALİOĞLU B, ÇİFTÇİ N, TAŞAR M.A, ARIKAN F, BİLGE DALLAR Y. Çocuklardaki pnömonide fibrinolitik sistem ve antikoagülan markerların değerlendirilmesi.51. Türk Pediatri Kongresi 17-22 Mayıs 2015/ İzmir

44) **YALAKİ Z**, ÖZCAN Ç, GÜNEŞ A, TAŞAR M.A, BİLGE DALLAR Y. Göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran kist hidatik olgusu. 51. Türk Pediatri Kongresi 17-22 Mayıs 2015/ İzmir

45) **YALAKİ Z**, ÖZMEN S, TAŞAR M.A, BİLGE DALLAR Y. Anne sütü ve karışık beslenen bebeklerde eser elementlerin ve A vitamininin karşılaştırılması.51. Türk Pediatri Kongresi 17-22 Mayıs 2015/ İzmir

46) PAKSOY D, **YALAKİ Z**, BİLGE DALLAR Y. Adolesan dönemde sigara kullanımının aterosklerotik faktörler ve lipit düzeyi üzerine etkisi. 10. ulusal çocuk allerji ve astım kongresi. 16-19 Nisan 2015/Sapanca

47) **YALAKİ Z**, TAŞAR M.A, SAÇ R, GÖÇMEN S, KARADAĞLI S, AKBAŞ N, BİLGE DALLAR Y. Lisede Okuyan Öğrencilerin İnsan Papilloma Virüs Enfeksiyonu Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. 4.ulusal sosyal pediatri kongresi, Kasım 2016, Antalya.

48) **YALAKİ Z**. Yazarlı E, Alioğlu B. Çocuklarda demir eksikliği anemisinin tiroid hormonları üzerine etkisi. 53.Türk pediatri kongresi Mayıs 2017/Kıbrıs

49) Taşar M.A, **YALAKİ Z**, Can Y.Y, Vezir E, Alioğlu B. Onyedi yaşında bir çocukta N-Asetil sisteine bağlı anaflaksi. 53.Türk pediatri kongresi Mayıs 2017/Kıbrıs

50) Yılmaz A, **YALAKİ Z**, Şen Z, Alioğlu B. Bulber semptomlarla başvuran miyastenia gravis olgusu. 19.ulusal çocuk nöroloji kongresi. Nisan 2017/Antalya

Ulusal kongrelerde sunulan sözlü bildiriler :

1) M. TEKİN, **Z. ÖRGERİN**, D. AKÇAGÖZ, E.ÇOMAK, S.FİTÖZ. Pendred Sendromlu TürkÇocuklarında SLC26A4 Geni Mutasyonları. İstanbul, 47. Milli Pediatri Kongresi: Ekim2003.

2) B. ÖZTÜRK HİŞMİ, T. KENDİRLİ, S. TEBER, A. KAVAZ, E. DERELİ, **Z. YALAKİ**, G. DEDA. Çocuk yoğun bakım ünitesinde konvülziyon. Ankara, 41. Türk Pediatri Kongresi: Haziran 2005.

3) E. DERELLİ, T. KENDİRLİ, E. İNCE, E. ÇİFTÇİ, **Z. YALAKİ**, B. ÖZTÜRK HİŞMİ, A. KAVAZ, H. GÜRİZ, D. AYSEV, Ü. DOĞRU. Çocuk yoğun bakım ünitesinde ventilatör ilişkili pnömonili hastalar. Ankara, 41. Türk Pediatri Kongresi: Haziran 2005.

4) **Z. YALAKİ**, E. SUSKAN, D. TEKİN, G. ATAY. Hepatit B seroprevalansı. Ankara, 41. Türk Pediatri Kongresi: Haziran 2005.

5) **Z. YALAKİ**, E. SUSKAN, D. TEKİN, G. ATAY. Hepatit B enfeksiyonunda risk faktörleri. Ankara, 41. Türk Pediatri Kongresi: Haziran 2005.

6) **Z. YALAKİ**, F. ERKASAR ÇITAK, Z. UYSAL, E. KÜREKÇİ, S. GÖZDAŞOĞLU. Aşı sonrası gelişen trombositopenik purpura. Ankara, 41. Türk Pediatri Kongresi: Haziran 2005.

7) **YALAKİ Z,** Çiftçi N, Kara S, Arikan F.İ, Dallar Y.B. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerde saptanan konjenital kalp hastalıklarının retrospektif değerlendirilmesi. 53.Türk pediatri kongresi Mayıs 2017/Kıbrıs

Uluslar arası kongrelerde sunulan bildiriler

1) **YALAKİ Z,** ARIKAN F.İ, BÜYÜKYILMAZ G, ALTAN B, DEMİR H, BİLGE DALLAR Y. Reye's syndrome and disseminated intravaskülar coagulation presented by rotavirus infection. EAPS October 2012

2) BOZTEPE H, **YALAKİ Z**, BİLGE DALLAR Y. Evaluation of carbon monoxide poisoning in children. EAPS October 2012.

3) **YALAKİ Z,** OZDEMİROGLU N, DALLAR BİLGE Y. Serum zinc and iron levels in febrile convulsions: ıs deficiency a risk factor? 7th world congress on pediatric ıntensive and critical care. 4-7 May 2014 /Turkey
4) BOZTEPE H**, YALAKİ Z**, DALLAR BİLGE Y. Evaluation of carbon monoxide poisoning in children. 7th world congress on pediatric ıntensive and critical care. 4-7 May 2014 /Turkey
5) **YALAKİ Z,** Taşar M.A. Çevrimiçi Oyun Bağımlılığı İle Akran Zorbalığı Arasındaki İlişki. International Child and Information Safety Congress "Dijital Games. April 11–13, 2018 – Ankara, TURKEY
6) **YALAKİ Z,** Taşar M.A. Mobıle phone use among chıldren under fıve years of age. 1st International Eurasian Congress of Social Pediatrics, which will be held between November 28th – December 1st 2018/İstanbul
7) **YALAKİ Z**, Taşar M.A Çocuklarda Alt Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Viral Etiyolojinin Klinik ve Epidemiyolojik Olarak Değerlendirilmesi. 5th International Symposium on Multidisciplinary Studies. 16-17 November 2018/ANKARA
8) **YALAKİ Z**, Gökçeoğlu U. A, Çakır İ. .Enürezis Nokturnalı Hastaların ve Annelerinin Kaygı ve Öfke Durumlarının Değerlendirilmesi. International Hippocrates Congress on Medical and Health Sciences 1-3 March 2019/ANKARA.
9) **YALAKİ Z**, Suskan E. Ankara'da aşılanmamış 5-16 yaş grubundaki çocuklarda ve aşı takvimi sonrası doğan çocuklardaki hepatit b antijen pozitifliğinin karşılaştırılması. 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Aile Hekimliği Kongresi 7-9 Şubat 2019/İZMİR

VII. Diğer Bilgiler

Aldığı sertifikalar ve katıldığı kurslar:

1) Rahim içi araç uygulama kursu. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Nisan 2000.
2) Bilimsel Çalışma Yöntemleri Hakkında Bilgilendirme ve Eğitim Programı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mart 2002.
3) Neonatal resüsitasyon kursu. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Nisan 2003.
4) World health organization IMCI care for development. Ankara University School of Medicine Department of Pediatrics, developmental- Behavioral Pediatrics Unit, April 2004.
5) II. Pediatrik Febril Nötropeni Toplantısı. Pediatrik Febril Nötropeni Grubu. Bolu, Ekim 2004.

6) Pediatrik Romatoloji Eğitim Sempozyumu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nisan 2005.
7) Çocuk yoğun bakım kursu. Uluslararası katılımlı IX. Ulusal Çocuk acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği, Mayıs 2012
8) Çocuklarda ileri yaşam desteği kursu. Çocuk acil tıp ve yoğun bakım derneği. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Şubat 2015.

Tıpta Uzmanlık Tezi ve Danışmanı:

Tez adı: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Genel Polikliniğine Başvuran Aşılanmamış 5-16 yaş Grubundaki Çocuklarda Hepatit B Antijen Pozitifliğinin Araştırılması (2005)

Tez Danışmanı: (Prof Dr Emine SUSKAN)

VII-Bilimsel Etkinlikleri

Yönetilen tezler:

1) YAĞCI ABDULLAH (2018)Pediatri polikliniklerine başvuran ergenlerde algılanan sosyal destek ve algılanan stres faktörlerinin problemli çevrimiçi oyun alışkanlığı ile ilişkisi