

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA MESNEVİ
OKUMALARININ ETKİLERİ**

DR. SİPİL GENÇELİ

UZMANLIK TEZİ

KONYA, 2023

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA MESNEVİ
OKUMALARININ ETKİLERİ**

DR. SİPİL GENÇELİ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: PROF. DR. HÜSEYİN ÇAKSEN

KONYA, 2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez yazım sürecimde desteklerini esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Hüseyin Çaksen'e,

Tez çalışmam boyunca katkı ve desteklerinden dolayı Sayın Prof. Dr. Ömer Faruk Akça'ya,

Bilgi ve deneyimlerini aktaran tüm hocalarıma,

Veri toplama süresince bana yardımcı olan Dr. Ayşegül Tuğba Hıra Selen'e,

Bu günlere gelmemde büyük emeği olan ve her koşulda yanımda olan canım anneme,

Kızı olmaktan her zaman gurur duyduğum ve ona layık olmaya çalıştığım canım rahmetli babama,

Hayatımı paylaşmaktan mutluluk duyduğum, hayattaki en büyük destekçim sevgili eşim Mustafa Gençeli'ye,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Mayıs 2023

Dr. Sipil Gençeli

ÖZET

DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA MESNEVİ OKUMALARININ ETKİLERİ

Dr. SİPİL GENÇELİ

UZMANLIK TEZİ, KONYA, 2023

Depresyon insanlarda günlerce, aylarca hatta yıllarca süren özgüvende azalma, hayattan zevk almama, umudunu kaybetme ve isteksizlik olmasıdır. Anksiyete bozukluğunun genel olarak tanımlaması bireyin günlük yaşantısında karşılaştığı bir durumu veya nesneyi mevcut halinden çok daha tehlikeli görme, durumdan/nesneden gereğinden çok fazla kaygı duyması durumudur. Bibliyoterapi, okuma materyalinden faydalanılarak ortaya çıkan tedavi sürecini ifade eder. Çocuklar için bu süreç, duygusal, ruhsal ve sosyal kaygılar hakkında düşünmesine, anlamasına ve üzerinde çalışmasına yardımcı olur. Çalışmamızda depresyonu veya anksiyete bozukluğu tanısı olan hastalara Mesnevi okuma terapisi yapılarak kontrol grubu ile arasında fark olup olmadığını tespit etmek amaçlandı. Depresyon veya anksiyete bozukluğu tanısı olan hastalarda okuma terapisinin hastalığın iyileşmesine katkıda bulunması hedeflenmektedir.

Çalışmamızın hasta ve kontrol grubu Mart 2022 ve Aralık 2022 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran, klinik olarak hafif depresyon veya anksiyete bozukluğu tanısı konan (13-18 yaş) 40 hastadan oluşmaktadır. Hastaların 20'si Mesnevî okunan grubu, 20'si ise kontrol grubunu oluşturmaktadır. Her iki gruba çalışmaya başlanırken ve bir aylık izlem sonunda; çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği-yenilenmiş (ÇADÖ-Y), çocukluk çağı kaygı bozuklukları öz bildirim ölçeği (KAY-BÖ), çocuklarda depresyon ölçeği (ÇDÖ) testleri yapıldı.

Bu çalışmaya yaşları 13 ile 17 yıl (Ort. = 15,13 ± 1,38 yıl) arasında değişen, 35'i (% 87,50) kız ve beşi (% 12,50) erkek olmak üzere 40 hasta dahil edilmiştir.

Çalışma grubunun Mesnevî okunduktan sonra ÇADÖ-Y, sosyal anksiyete bozukluğu, OKB, yaygın anksiyete bozukluğu, majör depresif bozukluk ve ÇDÖ ölçekleri puanlarında anlamlı bir düşüş olduğu görüldü (sırasıyla, p<0,01; p<0,001; p<0,01; p<0,01; p<0,05; p<0,01). Çalışma grubunun Mesnevî okunduktan sonra KAY-BÖ ölçeğinde anlamlı değişim saptanmadı (p>00,5)

Çalışma ve kontrol gruplarının ÇADÖ-Y, sosyal anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk ve majör depresif bozukluk sonuç puan ortalamaları kıyaslandığında çalışma grubunun ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü (sırasıyla, p<0,01; p<0,01; p<0,05; p<0,01; p<0,001).

Çalışma ve kontrol gruplarının KAY-BÖ, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğu sonuç puan ortalamaları kıyaslandığında çalışma grubunun ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü (sırasıyla, p<0,01; p<0,01; p<0,05; p<0,01). Çalışma ve kontrol gruplarının ÇDÖ sonuç puan ortalamaları kıyaslandığında çalışma grubunun anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı (p<0,01).

Kontrol grubunun ÇADÖ-Y, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, OKB, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, majör depresif bozukluk ve ÇDÖ ölçeklerinin başlangıç ve sonuç puan ortalamalarında anlamlı bir değişim yoktur (p>0,05).

Kontrol grubunun KAY-BÖ, panik bozukluk, seperasyon ve sosyal anksiyete bozukluğu başlangıç ve sonuç puan ortalamalarında puanlarında anlamlı bir artış olduğunu göstermektedir (sırasıyla, p<0,001; p<0,05; p<0,01; p<0,001).

Sonuç olarak bibliyoterapi yöntemiyle Mesnevi okumanın çocuklarda depresyon ve anksiyete semptomlarını iyileştirmede anlamlı derecede iyileştirici katkısı bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Mesnevi, bibliyoterapi, depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu.

ABSTRACT

EFFECTS OF READING MESNEVI ON CHILDREN WITH DEPRESSION AND ANXIETY DISORDERS

Dr. SİPİL GENÇELİ

SPECIALTY THESIS, KONYA, 2023

Depression is characterized by a decrease in self-confidence, loss of pleasure in life, loss of hope and reluctance that can last for days, months or even years in individuals. Anxiety disorder is defined as the individual's perception of a situation in daily life as dangerous and excessive anxiety about it. Bibliotherapy is a treatment that uses reading materials and can help children think, understand and work on emotional, mental, and social anxieties. In this study, it was aimed to determine whether there was a difference between the control group and the patients with depression or anxiety disorder by applying Mesnevi reading therapy. It is aimed that Mesnevi reading therapy will contribute to the recovery of this disease.

The patients were recruited from the Child Adolescent and Mental Health and Diseases outpatient clinic at Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty between March 2022 and December 2022. At the beginning of the study and after one month of follow-up, The Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS), Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) and Children's Depression Inventory (CDI) tests were performed on the children in both groups.

The study included 40 patients, 20 in the Mesnevi reading group and 20 in the control group. The patients were between the ages of 13 and 18 (mean age: 15.13 ± 1.38 years) and were clinically diagnosed with mild depression or anxiety disorder.

The results showed significant decreases in the RCADS, social anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, generalized anxiety disorder, major depressive disorder,

and CDI scores of the study group after reading Mesnevi ($p<0.01$; $p<0.001$; $p<0.01$; $p<0.01$; $p<0.05$; $p<0.01$, respectively). However, no significant change was observed in the SCARED scores of the study group after reading Mesnevi ($p>0.05$).

When the RCADS, social anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, panic disorder, and major depressive disorder scores of the study and control groups were compared, it was seen that the study group's scores were significantly lower ($p<0.01$; $p<0.01$; $p<0.05$; $p<0.01$; $p<0.001$, respectively).

When comparing the mean scores of the working and control groups on the SCARED, panic disorder, generalized anxiety disorder, and social anxiety disorder scales, it was found that the mean scores of the working group were significantly lower ($p<0.01$, $p<0.01$, $p<0.05$, $p<0.01$, respectively). When comparing the mean scores of the working and control groups on the CDI scale, it was determined that the working group had significantly lower scores ($p<0.01$).

For the control group, there was no significant change in the initial and final mean scores on the RCADS, separation anxiety disorder, social anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, panic disorder, generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and CDI scales ($p>0.05$).

It was found that there was a significant increase in the initial and final mean scores of the control group on the SCARED, panic disorder, separation anxiety disorder, and social anxiety disorder scales ($p<0.001$, $p<0.05$, $p<0.01$, $p<0.001$, respectively).

In conclusion, reading Mesnevi through bibliotherapy has a significant therapeutic contribution to improving depression and anxiety symptoms in children.

Keywords: Mesnevi, bibliotherapy, depressive disorder, anxiety disorder.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar.....	x
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	xii
EKLER	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 Sağlık Tanımı.....	4
2.2 Ruh Sağlığı.....	4
2.3 Depresyon	5
2.4 Anksiyete Bozukluğu	6
2.4.1 Sosyal Anksiyete Bozukluğu.....	8
2.4.2 Panik Bozukluk	9
2.4.3 Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu.....	10
2.5 Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Birlikteliği.....	10
2.6 Maneviyat ve Ruh Sağlığı.....	13
2.7 Mevlânâ Celâleddin Rumi ve Mesnevi.....	15
2.8 Bilişsel Terapiler	15
2.9 Mevlânâ ve Bibliyoterapi.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18

3.1 Etik Kurul.....	19
3.2 İstatistiksel Analiz.....	20
4. BULGULAR.....	21
5. TARTIŞMA.....	30
6. SONUÇLAR.....	36
7. KAYNAKLAR	38

TABLÖLAR

Sayfa

Tablo 2.1 DSM-5 majör depresyon için tanı ölçütleri (DSM-5-TR, 2022).....	7
Tablo 2.2 DSM-5 yaygın anksiyete bozukluğu tanı ölçütleri (DSM-5-TR, 2022).....	8
Tablo 2.3 DSM-5 sosyal anksiyete bozukluğu tanı ölçütleri (DSM-5-TR, 2022).....	9
Tablo 2.4 Panik bozukluk DSM-5 tanı ölçütleri (DSM-5-TR, 2022).....	11
Tablo 2.5 Ayrılık anksiyetesi bozukluğu DSM-5 tanı ölçütleri (DSM-5-TR, 2022).....	12
Tablo 4.1 Çalışma ve kontrol grubunun yaş ve cinsiyete göre dağılımı.....	21
Tablo 4.2 Başlangıç ve sonuç ölçeklerinin en yüksek-en düşük, ortalama ve standart sapma değerleri.....	22
Tablo 4.3 Çalışma ve kontrol gruplarının ÇADÖ-Y, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, OKB, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk başlangıç puanlarının karşılaştırılması.....	22
Tablo 4.4 Çalışma ve kontrol gruplarının KAY-BÖ, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve okul reddi başlangıç puanlarının karşılaştırılması.....	23
Tablo 4.5 Çalışma ve kontrol gruplarının ÇDÖ, KAY-BÖ ebeveyn, ÇADÖ-Y ebeveyn ölçeği başlangıç puanlarının karşılaştırılması.....	23
Tablo 4.6 Çalışma grubunun ÇADÖ-Y, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, OKB, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk ölçeklerinin başlangıç ve sonuç puanlarının karşılaştırılması.....	24
Tablo 4.7 Çalışma grubunun KAY-BÖ, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve okul reddi ölçeklerinin başlangıç ve sonuç puanlarının karşılaştırılması.....	24
Tablo 4.8 Çalışma grubunun ÇDÖ, KAY-BÖ ebeveyn, ÇADÖ-Y ebeveyn ölçeklerinin başlangıç ve sonuç puanlarının karşılaştırılması.....	25
Tablo 4.9 Çalışma ve kontrol gruplarının ÇADÖ-Y, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, OKB, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk sonuç puanlarının karşılaştırılması.....	25

Tablo 4.10 Çalışma ve kontrol gruplarının KAY-BÖ, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve okul reddi ölçeklerinin sonuç puanlarının karşılaştırılması.....	26
Tablo 4.11 Çalışma ve kontrol gruplarının ÇDÖ, KAY-BÖ ebeveyn, ÇADÖ-Y ebeveyn ölçeği sonuç puanlarının karşılaştırılması.....	26
Tablo 4.12 Çalışma ve kontrol gruplarının ÇADÖ-Y, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, OKB, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk ölçeklerinin başlangıç ve sonuç puan farklarının karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.13 Çalışma ve kontrol gruplarının KAY-BÖ, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve okul reddi ölçeklerinin başlangıç ve sonuç puan farklarının karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.14 Çalışma ve kontrol gruplarının ÇDÖ, KAY-BÖ ebeveyn ve ÇADÖ-Y ebeveyn ölçeklerinin başlangıç ve sonuç puan farklarının karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.15 Kontrol grubunun başlangıç ve sonuç ÇADÖ-Y, ayrılık anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, OKB, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk puanlarının karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.16 Kontrol grubunun başlangıç ve sonuç KAY-BÖ, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve okul reddi puanlarının karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.17 Kontrol grubunun başlangıç ve sonuç ÇDÖ, KAY-BÖ ebeveyn ve ÇADÖ-Y ebeveyn puanlarının karşılaştırılması.....	29

SİMGELER ve KISALTMALAR

ÇADÖ-Y : Çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği yenilenmiş

ÇDÖ : Çocuklarda depresyon ölçeği

DSM : Ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabı

DSM-5-TR : Ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabı beşincisi yeniden düzenlenmiş

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

KAY-BÖ : Çocukluk çağı kaygı bozuklukları özbildirim ölçeği

OKB : Obsesif kompulsif bozukluk

EKLER

Sayfa

Ek Tablo 1 Çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği-yenilenmiş.....	43
Ek Tablo 2 Çocukluk çağı kaygı bozuklukları özbildirim ölçeği.....	45
Ek Tablo 3 Çocuklarda depresyon ölçeği.....	47
Ek Tablo 4 Çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği-yenilenmiş ebeveyn formu.....	49
Ek Tablo 5 Çocukluk çağı kaygı bozuklukları özbildirim ölçeği ebeveyn formu.....	51

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ruh sağlığı, bireylerin yeteneklerini toplumun evrensel değerleriyle uyum içinde kullanmalarını sağlayan dinamik bir iç denge durumudur. Temel bilişsel-sosyal beceriler, başkalarıyla empati kurabilme, kendi duygularını ifade etme ve değiştirme becerisi önemlidir. Olumsuz yaşam koşullarıyla başa çıkma, sosyal rollerde işlev görme yeteneği ve beden ile zihin arasındaki uyumlu ilişki değişen derecelerde katkıda bulunur (Galderisi ve ark 2015).

Erken başlangıçlı depresyon, yüksek prevalansı ve gelişim üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle çocuk ve ergenlerdeki en önemli ruh sağlığı hastalıklarından biri olarak kabul edilmektedir. Depresyona yatkınlık genetik, aile ortamı, kişisel özellikler ve şiddetli stres gibi durumlardan etkilenmektedir. Ana risk faktörleri; kadın olmak, ailede depresyon öyküsü, subklinik semptomlar, olumsuz bilişsel davranışlar ve olumsuz yaşam koşullarıdır. Yaygın depresyon belirtileri çocuklarda ve gençlerde yetişkinlerde olduğundan farklı olabilir. Genellikle atipik özelliklerle ortaya çıkar. Teşhis genellikle çocukların işlev bozukluklarının gözlemlenmesine dayandığından zor olabilmektedir. Bu nedenle çocuklarda ve ergenlerde depresyon tedavisinin zor olduğu kabul edilmektedir. Hastalığın risk faktörlerini belirlemek, kalıcılığını tahmin etmek ve ardından uygun tedaviyi uygulamak önemlidir (Bernaras ve ark 2019).

Anksiyete bozuklukları; ayrılık anksiyetesi bozukluğu, seçici konuşmazlık, özgül fobiler, sosyal anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, agorafobi ve yaygın anksiyete bozukluklarını içermektedir. Çoğunlukla çocukluk, ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde başlayan yaygın ve engelleyici durumlardır. Mevcut gerçek tehdide göre orantısız, kalıcı olmaları ve günlük işleyişi bozmaları ile gelişimsel olarak normal olaylardan veya stres kaynaklı geçici kaygıdan farklılık gösterirler. Sıklıkla major depresyon, alkol ve diğer madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozukluklarıyla birlikte görülürler. Tiroid, kalp ve solunum bozuklukları ve madde zehirlenmesi ve yoksunluğu gibi fiziksel durumlardan ayırıcı tanıda değerlendirilmelidir. Tedavi edilmezse, anksiyete bozuklukları kronik olarak tekrar etme eğilimindedir. Psikolojik tedaviler, özellikle bilişsel davranışçı terapi ve farmakolojik tedaviler veya bunların kombinasyonu faydalı olmaktadır (Craske ve Stein 2016).

Anksiyete bozukluğunda huzursuzluk, sinirlilik, uyku bozukluğu, gerginlik, çarpıntı, ağız kuruluğu ve terleme gibi belirtilerle karakterizedir. Bu semptomlar bağımsız şikayetlerden ziyade anksiyete sendromunun bir parçası olarak kabul edilir. Semptomlar diğer yaygın ruhsal bozukluklarınkilerle büyük ölçüde örtüşür. Anksiyete bozuklukları tekrarlayan bir seyir gösterir. Kısa ve orta vadede etkili tedaviler arasında bilişsel davranışçı terapi gibi psikolojik terapiler, bilişsel davranışçı terapi ilkelerine dayalı kendi kendine yardım yaklaşımları ve farmakolojik tedaviler yer almaktadır (Tyrrer ve Baldwin 2006).

Depresyonu olan hastaların yaklaşık %85'inde belirgin bir anksiyete vardır ve anksiyete bozukluğu olan hastaların %90'ında depresyon vardır. Semptomlar başlangıçta belirsiz ve non-spesifik görünebilir. Teşhisi koymak için dikkatli bir öykü önemlidir. Teşhis konulduktan sonra derecelendirme ölçekleri hastalığın şiddetini belirleyebilir ve tedavi izlemine yardımcı olabilir. Bilişsel davranış terapisi gibi psikolojik terapilerin, antipsikotiklerin ve antidepresanların hem depresyon hem de anksiyeteyi tedavi etmede yararları kanıtlanmıştır (Tiller 2013).

Bibliyoterapi, herhangi bir edebi eserin fiziksel veya duygusal sorunların tedavisinde kullanılmalıdır. Sigmund ve Anna Freud'a kadar uzanan bibliyoterapi terimi, okuma materyalinden faydalanılarak ortaya çıkan tedavi sürecini ifade eder. Çocuklar için bu süreç, duygusal, ruhsal ve sosyal kaygılar hakkında düşünmesine, anlamasına ve üzerinde çalışmasına yardımcı olur (Forgan 2002). Çocukların iletişim kurmasına yardımcı olmak için kullanılan bibliyoterapi örnekleri vardır. Kitaplar güvenli bir ortam oluşturarak çocuğun problemlerini anlamasını kolaylaştırabilir ve çocuğun tehdit olarak gördüğü hassas konularla başa çıkmasına yardımcı olabilir (Corr 2004).

Mevlânâ'nın öğretilerindeki anahtar kavramlar hem olumlu hem de olumsuz deneyimlerin kabulü, eski alışkanlıkları unutmak, dünyaya yeni gözlerle bakmak, merkezsizleştirme, kişinin odağını Ben'den Öteki'ye değiştirme yönelimleri ile beden ve zihnin uyumunu kapsamaktadır. Bu psikolojik ve ruhsal durumların elde edilmesi bir öğretici gerektirmektedir. Benzer durum farkındalık eğitimi için de geçerlidir, birey yardım için başvuracağı yetkili bir kişiye ihtiyaç duyar. Aynı şekilde her iki uygulamada da “niyetler” gelişim ve değişimin temeli olarak kabul edilmektedir (Rosch 2007).

Çalışmamıza anksiyete bozukluğu veya depresyon tanısı alan çocuk hastalar dahil edildi. Çalışma grubuna bibliyoterapi yöntemi ile Mevlânâ'nın eseri olan Mesnevi'den okuma terapileri yapılarak hastalar izlendi. Kontrol grubuna herhangi bir tedavi verilmedi. Çalışma grubuna ve ebeveynlerine başlangıçta ve terapi sonunda depresyon ve anksiyete ölçeklendirmeleri yapılarak kontrol grubu ile arasında fark olup olmadığını tespit etmek amaçlandı. Depresyon veya anksiyete bozukluğu tanısı olan hastalarda okuma terapisinin hastalığın iyileşmesine katkıda bulunması hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Sağlık Tanımı

Sağlık, Batı tıbbi tarafından 19. yüzyıl ve 20. yüzyılın başlarında hastalıkların veya sakatlıkların yokluğuna dayanan fiziksel parametrelerle ilişkilendirilmiş şekilde tanımlamıştır (Larson 1999). Daha sonrasında daha genelleyici bir tanımlama Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirildi. DSÖ sağlığı ‘yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali’ olarak tanımlamıştır. DSÖ, sağlığı fiziksel, sosyal, zihinsel ve manevi sağlık olmak üzere dört ana başlıkta inceler (WHO 2004).

Ulaşılabilecek en yüksek sağlık standardına sahip olmak; ırk, din, siyasi inanç, ekonomik veya sosyal durum ayrımı gözetmeksizin her insanın temel haklarından biridir. Tüm insanların sağlığı, toplumların barış ve güvenliğinin sağlanması için esastır. Herhangi bir devletin sağlığın geliştirilmesi ve korunmasındaki başarısı tüm toplumlar için değerlidir. Çocuğun toplumlar içerisinde sağlıklı gelişimi temel öneme sahiptir. Değişen bir çevrede uyumlu bir şekilde adaptasyon yeteneği sağlığın gelişimi için esastır. Sağlığın tam olarak elde edilebilmesi için tıbbi, psikolojik ve ilgili bilgilerin faydalarının tüm insanlara yayılması gereklidir. Halkın sağlığının iyileştirilmesinde, kamusal alanda bilinçli değerlendirme ve aktif iş birliği son derece önemlidir. Hükümetler sağlığın korunması konusunda yeterli sağlık ve sosyal önlemlerin sağlanmasında bir sorumluluğa sahiptir (WHO, 2004).

Sağlık, sadece sağlık bilimlerinin yapılandırılması ve uygulanmasıyla olmamaktadır. Aynı zamanda bireyin ve toplumun çabaları ve doğru planlanmış yaşam tarzı değişiklikleriyle devam ettirildiğinde ortaya çıkmaktadır. Sağlığın temel belirleyicileri; sosyal, ekonomik, fiziksel, çevresel, kişinin bireysel özelliklerini ve davranışlarını kapsamaktadır (Saracci 1997).

2.2 Ruh Sağlığı

DSÖ ruh sağlığını ‘kişinin yeteneklerini gerçekleştirdiği, yaşamın normal stresleriyle başa çıkabildiği, üretken olduğu ve topluma katkıda bulunabildiği bir iyilik hali’ şeklinde tanımlamaktadır. Ruh sağlığı, sadece akıl hastalığı olmaması değildir. Ruh sağlığının iyi

yönde olması bir birey ve bir toplum için esenliğin ve etkili işleyişin temelidir. Tanımda belirtilen durumların kendi içlerinde bir değeri olduğu için, akıl hastalığının olmamasından daha fazlasıdır. Ne ruh ne de beden sağlığı tek başına var olamaz. Zihinsel, fiziksel ve sosyal işlevsellik birbirine bağlıdır. Ayrıca sağlık ve hastalık bir arada var olabilir (WHO, 2004).

2.3 Depresyon

Depresyon çok eskiden beri araştırılmıştır. Milattan sonra 170'lerde Galen melankoliyi; depresyon, korku, insanlardan nefret etmek ve yaşamından memnun olmaması şeklinde tanımlamıştır. Çevresel ve genetik faktörlerin de etkisinin olduğunu düşünmüştür. Galen melankoliye hüznün ve keder anlamları yüklemiştir. Galen haricinde milattan sonra 1000'li yıllarda İbn-i Sina da melankoli tanımı konusunda görüşlerini bildirmiştir. İbn-i Sina melankoliyi farklı duygu/durum olarak yorumlamış ve insan vücudundaki sıvıların değişken oranlarda bir araya gelmesiyle, farklı depresif durumların meydana geldiğini düşünmüştür. Bu yorumu modern nörotransmitter varsayımı olduğu kabul edilir. Robert Burton'un 1600'lü yıllarda yazmış olduğu Melankolinin Anatomisi adlı kitap ile melankoli geçmişe göre fizyolojik ağırlıklı ve bugünkü semptomlarına benzer şekilde tanımlandı. Emil Kraepelin tanımlamaları ile 20. yüzyıl başlarında melankoli depresyonun semptomu olarak tanımlanmış ve depresyona çok benzer bir tanım yapılmıştır. Kraepelin'e göre depresyondaki temel patoloji; duygudurumda çökkünlük, fiziksel ve zihinsel aşamalarda yavaşlamadır. McLennan, Brodie, Shor, Alec Coppen gibi bilim insanlarının çalışmalarıyla monoaminler hakkındaki 21. yüzyılda bilgiler artmış ve eskiden olan varsayımlardan öte fizyolojik temellere dayandırılmıştır. Ayrıca psikoloji biliminde gelişen psikanalitik, davranışçı ve bilişsel bakış açıları da tanıma zenginlikler katmışlardır (Yetkin ve Özgen 2007).

Depresyon insanlarda günlerce, aylarca hatta yıllarca süren özgüvende azalma, hayattan zevk almama, umudunu kaybetme ve isteksizlik olmasıdır. İnsanların hayatlarına göre depresyona yakalanma ihtimalleri değişkenlik göstermektedir. Bazı faktörler bu olasılığı azaltırken bazı faktörler bu olasılığı arttırmaktadır. Tıbbi hastalıklar, düşük gelir düzeyi, tek yaşama, eşinden ayrılma, işsizlik, ebeveyn, eş, çocuk kaybı, çocuklukta yaşanan travmalar, stresli çalışma ortamı, düzensiz aile hayatı, madde ve alkol bağımlılığı gibi

faktörler depresyon riskini artırmaktadır. Depresyonun sık görülmesiyle birlikte tanısında güçlükler olması sebebiyle hastalığın kronikleşme riski artmaktadır. İlerleyen dönemlerde de intihara kadar ilerleyebilir. Ruhsal bozuklukların tanıs ve istatistiksel el kitabı (DSM) beşincisinde depresif bozukluklar başlığı altında birçok hastalık yer almaktadır. Yıkıcı duygudurum düzensizliği, major depresif bozukluk, persistan depresif bozukluk, premenstrual disforik bozukluk, madde/ilaç ilişkili depresif bozukluk, tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk, ayırt edilememiş depresif bozuklukları içermektedir. Halk arasında depresyon olarak bilinen temel hastalık majör depresyon başlığı ile anlatılmıştır. DSM-5'e göre majör depresyon; istek, ilgi azalması, depresif duygudurum, uyku-iştah azalma veya artma, psikomotor yavaşlama, suçluluk, konsantrasyon güçlüğü, enerji azalması ve intihar eğilimidir (Wakefield ve ark 2017). Majör depresyon için DSM-5'e göre tanı kriterleri mevcuttur (Tablo 2.1).

2.4 Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete bozukluğunun genel olarak tanımlaması bireyin günlük yaşantısında karşılaştığı bir durumu veya nesneyi mevcut halinden çok daha tehlikeli görme, durumdan/nesneden gereğinden çok fazla kaygı duyması durumudur. Anksiyete hakkındaki çalışmalar uzun süredir yapılmaktadır. Yıllar içerisinde daha ayrıntılı tanımları yapılan anksiyete, son olarak 1980 yılında DSM-3 ile bir hastalık olarak sınıflandırılmıştır. DSM-5 ile de anksiyete bozuklukları genel başlığı ile birçok kaygı bozukluğu tanımlanmıştır. Bu kaygı bozuklukları; yaygın anksiyete bozukluğu, seçici mutizm, özgül fobi, toplumsal kaygı bozukluğu, panik bozukluğu, agarofobi, ayrılma kaygısı bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu ve tanımlanmamış kaygı bozukluğudur. Anksiyete bozuklukları da depresyon gibi toplumda oldukça sık karşılaşılan hastalıklardır. DSM-5'te kaygı bozuklukları adı altında geçen tüm hastalıkların prevalans ortalamaları % 6-7 civarındadır. Anksiyete sürecinde vücudumuzda bir takım fizyolojik ve psikolojik tepkiler geliştirmektedir. Çarpıntı, ağız kuruluğu, sinirlilik, gerginlik, kas krampları, ağrı, terleme, nefes almada güçlük bu belirtilerden bazılarıdır (Kafes 2021).

Tablo 2.1 DSM-5 majör depresyon için tanı ölçütleri (DSM-5-TR, 2022)

A. Aşağıdaki belirtilerden beşi veya daha fazlası, iki haftalık süre içinde mevcut ve önceki işlevsellikte bir değişiklik içermeli; belirtilerden en az biri ya depresif ruh hali ya da ilgi, istek kaybı (Başka bir tıbbi durumla ilişkilendirilen semptomlar dâhil edilmemeli.)

1. Hemen hemen her gün günün büyük kısmında öznel bildirimle (Üzgün, boş, umutsuz hissetme) veya başkaları tarafından gözlemlenen depresif ruh hali (Çocuklarda ve ergenlerde sinirli ruh hali olabilir.)

2. Hemen hemen her gün günün büyük kısmında etkinliklere karşı ilgi ve zevkte belirgin azalma (Öznel açıklama veya gözlemlenme belirtilerine göre)

3. Diyet yapmadığınız halde belirgin kilo kaybı veya alımı (Bir ayda vücut ağırlığının %5'inden fazla değişiklik) hemen hemen her gün iştahta azalma veya artış (Çocuklarda beklenen kilo alımını karşılayamama göz önünde bulundurulmalı.)

4. Neredeyse her gün uykusuzluk veya hipersomni

5. Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon veya yavaşlama (Başkaları tarafından gözlemlenebilir.)

6. Neredeyse her gün yorgunluk veya enerji kaybı

7. Neredeyse her gün değersizlik ya da abartılı suçluluk duyguları (Sanrısız olabilir.)

8. Neredeyse her gün düşünme veya konsantre olma yeteneğinde azalma veya kararsızlık (Kendi ifadeleriyle veya başkaları tarafından gözlemlenerek)

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (Yalnızca ölüm korkusu değil), belirli bir plan olmaksızın yineleyici intihar düşünceleri veya intihar girişimi veya intihar etmek için belirli bir plan

B. Semptomlar klinik olarak belirgin bir sıkıntıya, sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur

C. Olay bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine veya başka bir tıbbi duruma atfedilemez

Ek bilgi: A'dan C'ye kadar olan kriterler majör bir depresif epizodu temsil eder

Ek bilgi: Önemli bir kayba (Yas, mali yıkım, doğal afetten kaynaklanan kayıplar, ciddi bir tıbbi hastalık veya sakatlık) verilen tepkiler, yoğun üzüntü duygularını, kayıp hakkında derin düşüncelere dalmayı, uykusuzluğu, iştahsızlığı ve kilo kaybını içerebilir. Bu tür belirtiler kayıp için anlaşılabilir veya uygun kabul edilebilse de, önemli bir kayba verilen normal tepkiye ek olarak majör bir depresif dönem varlığı da dikkatle değerlendirilmelidir

D. Majör depresif dönem oluşumu şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk veya diğer tanımlanmış, tanımlanmamış şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklarla açıklanamaz

E. Hiçbir zaman manik veya hipomanik bir dönem olmamalıdır (Manik veya hipomanik benzeri epizotların tümü madde kaynaklıysa veya başka bir tıbbi durumun etkilerine atfedilebilirse bu hariç tutma geçerli değildir.)

Anksiyete, melankoli, atipik, psikotik, katatoni, peripartum, mevsimle ilişkili durumlar açıkça belirtilmelidir

Endişeler ve korkular çocukluk gelişiminin doğal uyarlanabilir bir parçasıdır. Çocuğun gelişim düzeyi göz önüne alındığında; endişeler beklenenden fazla olduğunda, güvence ve destek karşısında ısrarcı olduğunda klinik olarak kaygı bozukluğu olabilir. Anksiyete bozuklukları için tetikleyiciler tipik olarak normal gelişim görevleri ve faaliyetleri içindeki olay zincirlerindedir. Tek başına yatağa gitmek, okula gitmek gibi normal ayrılık görevleri; sınıfta el kaldırmak, bir restoranda yemek sipariş etmek gibi normal sosyal etkileşimler; günlük belirsizliklerle başa çıkmak, başka bir çocuk hastalanırsa hastalanmaktan korkma gibi durumlardaki aşırılıklar günlük işlevsellikte kayda değer bir sıkıntıya veya bozulmaya neden olabilir. Anksiyete bozuklukları, çocukluk çağında başlayan

en yaygın psikiyatrik bozukluklardır. Çocuklarda ve ergenlerde anksiyete bozuklukları eğitimde başarısızlık ve eşlik eden psikiyatrik durumların yanı sıra yetişkinliğe kadar uzayabilen işlevsel bozukluklarla ilişkili olabilir (Viswanathan ve ark 2022). Çocukluk ve ergenlik dönemindeki anksiyete bozuklukları için tanı kriterlerini DSM-5'e göre yapılmaktadır (Tablo 2.2).

Tablo 2.2 DSM-5 yaygın anksiyete bozukluğu tanı ölçütleri (DSM-5-TR, 2022)

-
- A. En az altı ay boyunca her gün birden fazla olay veya etkinlik (İş veya okul performansı gibi) hakkında ortaya çıkan aşırı kaygı ve endişe (Endişeli beklenti)
- B. Kişi endişesini kontrol etmekte zorlanır
- C. Anksiyete ve endişe aşağıdaki altı semptomdan üçü veya daha fazlası ile ilişkilidir (En azından bazı semptomlar son altı aydan daha uzun süredir mevcuttur.) (Çocuklarda bir madde yeterli olabilmektedir.)
1. Huzursuz veya gergin hissetmek
 2. Çabuk yorulmak
 3. Konsantrasyon güçlüğü
 4. Sinirlilik
 5. Kas gerginliği
 6. Uyku bozukluğu (Uykuya dalma veya sürdürmede güçlük, huzursuz, tatmin edici olmayan uyku)
- D. Kaygı veya fiziksel belirtiler sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevselliklerde bozulmaya neden olur
- E. Bozukluk bir maddenin/ilacın kötüye kullanımı veya başka bir tıbbi durumun (Hipertiroidizm gibi) beklenen etkilerine atfedilemez
- F. Bozukluğun başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanmaması (Panik bozuklukta panik atak geçirme kaygısı veya korkusu, sosyal kaygı bozukluğunda, sosyal fobi, obsesif-kompulsif bozuklukta bulaşma veya diğer saplantılar, ayrılma anksiyetesi bozukluğunda bağlanma figürlerinden ayrılma, travma sonrası stres bozukluğunda travmatik olayların hatırlatılması, anoreksiya nervozada kilo alma, somatik semptom bozukluğunda fiziksel yakınmalar, beden dismorfik bozukluğunda algılanan görünüm kusurları, hastalık anksiyetesi bozukluğunda ciddi bir hastalığa sahip olmak veya şizofreni veya sanrılı bozuklukta sanrılı inançların içeriği gibi)
-

2.4.1 Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Sosyal anksiyete bozukluğu, kişinin başkaları tarafından incelenebileceği yoğun bir sosyal durum korkusu ile karakterizedir. Birey endişeli, zayıf, aptal, sıkıcı veya sevimsiz gibi olumsuz şekilde değerlendirilmekten korkar. Sosyal anksiyete bozukluğu, bir dizi korkulan sosyal durumun sürekliliğini temsil eder. Bununla birlikte genellikle yaşam performanslarıyla ilgili korkuları (Topluluk önünde konuşma yapmak, müzik performansı, toplantılarda veya sınıflarda sunum yapmak) olan hastalar için geçerli olan farklı bir sosyal kaygı alt türüdür. Sosyal anksiyete bozukluğu erken başlar, ortalama 13 yaş ve genellikle kroniktir. Yaygın olarak birlikte var olan durumlar arasında diğer anksiyete bozuklukları,

majör depresif bozukluk, madde kullanım bozukluğu ve çekingen kişilik bozukluğu yer alır (Leichsenring ve Leweke 2017).

Sosyal anksiyete bozukluğu diğer ruhsal bozuklukların seyrini olumsuz etkileyebilir. Bunlardan bazıları madde kötüye kullanımının daha yüksek olması, artmış intihar eğilimi, sosyal rollerde işlev bozukluğu, işte üretkenlikte azalma, sosyal ve romantik ilişkilerde işlev bozukluğu dâhil olmak üzere daha kötü huylu bir depresyon seyri ile ilişkilidir (Leichsenring ve Leweke 2017). Sosyal anksiyete bozukluğu için tanı kriterleri DSM-5 ile belirlenmiştir (Tablo 2.3).

Tablo 2.3 DSM-5 sosyal anksiyete bozukluğu tanı ölçütleri (DSM-5-TR, 2022)

-
- A. Bireyin başkaları tarafından olası bir incelemeye maruz kaldığı bir veya daha fazla toplumsal duruma ilişkin belirgin korku veya kaygı duyması (Sosyal etkileşimleri [Sohbet etmek, tanıdık olmayan insanlarla tanışmak], gözlemlenmek ve başkalarının önünde performans sergilemek), (Çocuklarda kaygı yalnızca yetişkinlerle etkileşim sırasında değil, akran ortamlarında ortaya çıkmalıdır)
- B. Kişi olumsuz olarak değerlendirilecek (Küçük düşürücü, utandırıcı olacak veya reddedilecek) bir şekilde hareket edeceğinden veya kaygı belirtileri göstereceğinden korkar
- C. Sosyal durumlar hemen hemen her zaman korku veya kaygı uyandırır (Çocuklarda korku, kaygı, ağlama, öfke nöbetleri veya sosyal ortamlarda konuşamama ile ifade edilebilir.)
- D. Sosyal durumlardan kaçınılır veya yoğun bir korku ve kaygıyla bunlara katlanılır
- E. Korku veya kaygı, sosyal ve sosyokültürel durumun yarattığı gerçek tehdiye orantısızdır
- F. Korku, endişe veya kaçınma sürekli ve tipik olarak altı ay veya daha uzun sürer
- G. Korku, kaygı veya kaçınma klinik olarak belirgin bir sıkıntıya, sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur
- H. Korku, endişe veya kaçınma bir maddenin/ilacın veya başka bir tıbbi durumun etkileriyle açıklanamaz
- I. Korku, kaygı veya kaçınma panik bozukluğu, vücut dismorfik bozukluğu veya otizm spektrum bozukluğu gibi başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle açıklanamaz
- J. Başka bir tıbbi durum varsa (Parkinson hastalığı, obezite, yanık veya yaralanma nedeniyle şekil bozukluğu) korku, endişe veya kaçınma bunlarla ilgisizdir veya aşırıdır
-

2.4.2 Panik Bozukluk

Panik bozukluk, tekrarlayan panik ataklarla karakterize ve agorafobi ile komplike olabilen, yaygın sıkıntı verici ve engelleyici bir anksiyete bozukluğudur. Klinik literatürde uzun süredir tanımlanmış olmasına rağmen, tanı kriterleri resmi terminolojiye ancak 1980'de dâhil edilmiştir. Sonraki dönemde panik bozukluğun tedavisi için etkili farmakoterapi, psikoterapi değerlendirmeleri ve nörobiyolojisine ilişkin bir dizi sistematik çalışma gerçekleştirilmiştir (Hoppe ve ark 2012).

Panik bozukluk öngörülemeyen, ani olan ve sık panik ataklarla karakterize bir anksiyete bozukluğudur. Panik atak; dört veya daha fazla semptomun hızla geliştiği ve 10 dakika içinde doruk noktasına ulaştığı, aşırı bir sıkıntı ve kaygı dönemi olarak tanımlanır. Gelecekteki atakların olası oluşumu konusunda sürekli bir sıkıntı hali vardır. Panik ataklar sonucunda ne olacağı korkusu artmaktadır. Bu tekrarlayan ataklar davranış değişikliğini tetiklenmektedir (Hoppe ve ark 2012).

Panik bozukluk nüfusun en az %3'ünü etkileyen kronik bir hastalıktır. Panik bozukluk önemli morbidite ve artan intihar riski ile ilişkilidir. Hastalar genellikle kalp çarpıntısı, göğüs ağrısı, titreme, nefes darlığı, boğulma, mide bulantısı, karın ağrısı, baş dönmesi, kontrolü kaybetme, delirme, ölüm korkusu, parestezi, titreme, ateş basması, baş ağrısı, ishal, uykusuzluk, kronik yorgunluk, anksiyete ve depresyon ile prezente olabilirler. Bu belirtiler ciddi kardiyovasküler, pulmoner, endokrinolojik ve nörolojik bozukluklarla ortaya çıktığı için doğru tanı koyabilmek için dikkatle değerlendirilmelidir (Weinstein 1995). Panik bozukluk için tanı kriterleri DSM-5 ile tanımlanmıştır (Tablo 2.4).

2.4.3 Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu

Ayrılık anksiyetesi bozukluğu yaygın anksiyete bozukluğu içinde değerlendirilmektedir. Bozukluğu olan çocuklar genellikle eğitim faaliyetleri, arkadaşlarıyla oynamak ve ders dışı etkinliklere katılmak gibi diğer birçok önemli sosyal fırsatı kaçırmırlar. Ayrılık anksiyetesi bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %4,8'dir ve genellikle 18 yaşından sonra başlar. Yüksek prevalansa rağmen ayrılık kaygısı bozukluğu genellikle teşhis edilmez. Tedavi edilmezse çok sayıda olumsuz psikososyal sonuca yol açması oldukça olasıdır (Jurbergs ve Ledley 2005). Ayrılık anksiyetesi bozukluğu için tanı kriterleri DSM-5 ile tanımlanmıştır (Tablo 2.5).

2.5 Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Birlikteliği

Mevcut araştırmalar, pediatrik anksiyete bozuklukları ile depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Değerlendirme ölçümleri, depresyon ve kaygı arasında yüksek oranlarda korelasyon gösterir ve örtüşmelerin çoğu, ortak bir olumsuz duygulanım alanıyla ilişkili olabilir. Anksiyete bozuklukları ve depresyon sıklıkla çocuk ve ergenlerde

birlikte görülür. Depresif gençlerin yaklaşık %25-50'sinde eşlik eden anksiyete bozuklukları vardır ve anksiyete bozukluğu olan gençlerin yaklaşık %10-15'inde depresyon vardır (Axelson ve Birmaher 2001). Yapılan başka bir araştırmada depresyon tanısı alan hastaların %58'inde ek tanı olarak bir anksiyete bozukluğu olduğu, anksiyete bozukluğu tanısı alan hastaların da %68'inde ek tanı olarak depresyon olduğu görülmüştür (Kessler ve ark 1996).

Tablo 2.4 Panik bozukluk DSM-5 tanı ölçütleri (DSM-5-TR, 2022)

A. Tekrarlayan beklenmeyen panik ataklar; Panik atak, dakikalar içinde zirveye ulaşan ve bu süre zarfında aşağıdaki belirtilerden dördünün veya daha fazlasının ortaya çıktığı, yoğun korku ve rahatsızlıktır (Ani dalgalanma, sakin bir durumda veya endişeli bir durumda ortaya çıkabilir.)

1. Çarpıntı
2. Terleme
3. Ürperme veya titreme
4. Nefes darlığı veya nefes alamama hissi
5. Boğulma hissi
6. Göğüs ağrısı
7. Mide bulantısı veya karın ağrısı
8. Baş dönmesi, dengesizlik, sersemlik veya baygınlık hissi
9. Titreme veya sıcak basması
10. Paresteziler (Uyuşma veya karıncalanma hissi)
11. Derealizasyon (Gerçek olmayan hisler) veya duyarsızlaşma (Kendinden kopma)
12. Kontrolü kaybetme veya "delirme" korkusu
13. Ölüm korkusu

B. Ataklardan en az birinin ardından bir ay veya daha fazla süreyle aşağıdakilerden birinin veya her ikisinin olması

1. Ek panik ataklar veya bunların sonuçları hakkında kontrolü kaybetmek (Kalp krizi geçirmek için sürekli endişe etmek)

2. Ataklarla ilgili önemli uyumsuz davranış değişikliği (Egzersizden veya alışılmadık durumlardan uzak durmaya çalışmak gibi) panik atak geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar

C. Bozukluk bir maddenin kötüye kullanımı, ilaç alımı veya başka bir tıbbi durumun (Hipertiroidizm, kardiyopulmoner bozukluklar) etkilerine atfedilemez

D. Rahatsızlık başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (Panik ataklar sosyal kaygı bozukluğunda olduğu gibi yalnızca korkulan sosyal durumlara tetiklenen, özgül fobide olduğu gibi sınırları belirlenmiş fobik nesnelere veya durumlara karşılaşıldığında, obsesif kompulsif bozuklukta olduğu gibi obsesyonlara tepki, posttravmatik stres bozukluğunda olduğu gibi travmatik olayların hatırlatılmasına tepki olarak veya ayrılık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bağlanma figürlerinden ayrılmaya tepki olarak)

Depresyon hastalığının belirtileri depresif duygudurum ve daha önce zevk alınan faaliyetlerden zevk alınamamasıdır. Anksiyete bozuklukları endişe ve “kara kara düşünmeye” sebep olan kaygı halidir. Her iki hastalıkta da uyku azalması-artması, kontrasyon eksikliği, psikomotor yavaşlama ve yorgunluk gibi eşlik eden belirtiler gözlenebilir. Bu eşlik eden belirtiler her iki hastalığın komorbid şeklinde görülme sıklığını arttırmaktadır (Stahl 2013).

Depresyon ile anksiyete yüksek oranda birbirine eşlik eden hastalıklardır. Her iki hastalık arasında belirgin ortak noktalar vardır. Her iki hastalıkta da kaygılanma, motor gerginlik, ajitasyon, uyku problemleri, çabuk yorulma ve konsantrasyon kaybı görülebilir (Gülseren 2004).

Tablo 2.5 Ayrılık anksiyetesi bozukluğu DSM-5 tanı ölçütleri (DSM-5-TR, 2022)

- A. Aşağıdakilerden en az üçünün olmasıyla, kişinin bağlı olduğu kişilerden ayrılmasına ilişkin uygunsuz, aşırı korku veya kaygı:
1. Evden veya başlıca bağlandığı kişilerden ayrılmayı beklerken veya ayrılırken yineleyici aşırı sıkıntı
 2. Bağlandığı başlıca figürleri kaybetme veya hastalık, yaralanma, felaket ve ölüm gibi olası zararlar konusunda sürekli aşırı endişe duyma
 3. Bağlanma figüründen ayrılmaya neden olan istenmeyen bir olay, kaybolmak, kaçırılmak, kaza geçirmek veya hastalanma yaşayacağına dair sürekli aşırı endişe
 4. Ayrılma korkusu nedeniyle evden çıkma, okula, işe veya başka bir yere gitmeyi sürekli olarak reddetme veya isteksizlik
 5. Evde veya başka ortamlarda yalnız kalmaya veya başlıca bağlandığı kişilerden ayrı kalmaya ilişkin sürekli aşırı korku veya isteksizlik
 6. Evden uzakta uyumaya veya önemli bir bağlanma figürüne yakın olmadan uyumaya devam etmeye karşı sürekli isteksizlik veya bunu reddetme
 7. Ayrılık temasını içeren tekrarlayan kabuslar
 8. Başlıca bağlanma figüründen ayrılma söz konusu olduğunda veya ayrılacağı beklendiğinde; baş ağrısı, karın ağrısı, mide bulantısı ve kusma gibi yineleyici yakınmalar
- B. Korku, endişe veya kaçınma kalıcıdır (Çocuklarda ve ergenlerde en az dört hafta ve yetişkinlerde tipik olarak altı ay veya daha uzun sürer.)
- C. Klinik olarak belirgin bir sıkıntıya veya sosyal, akademik, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur
- D. Bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (Otizm spektrum bozukluğundaki değişime aşırı direnç nedeniyle evden çıkmayı reddetmek; psikotik bozukluklarda ayrılmaya ilişkin sanrılar veya halüsinasyonlar; agorafobide güvenilir bir refakatçi olmadan dışarı çıkmayı reddetme; yaygın anksiyete bozukluğunda kişilerin başına gelen sağlık veya diğer zararlar hakkında endişeler; hastalık kaygısı bozukluğunda bir hastalığa sahip olmakla ilgili endişeler)

Bazı hastalarda depresyon ön planda, eşlik eden anksiyete arka planda kalırken kimi hastalarda her ikisi de ön planda olmuştur. Bununla ilgili olarak yapılan bir araştırmada depresyona eşlik eden anksiyete, anksiyeteye eşlik eden depresyon hastalarında durum dört grup olarak ayrılmıştır. Birincisi depresyon tanısını almış ancak tam olarak bir anksiyete bozukluğu tanısını alacak boyutta olmayan anksiyete belirtileri bulunan hastalardır. İkincisi bir anksiyete bozukluğu tanısı almış olan ancak tam bir depresif bozukluk tanısı almayacak yoğunlukta depresif belirtileri olan hastalardır. Üçüncüsü hem depresyon hem de bir anksiyete bozukluğu tanısı alabilecek yoğunlukta belirtiler gösteren hastalardır. Dördüncü

ve son grup ise hem depresyon hem anksiyete belirtilerini karışık olarak gösteren ancak tek başına her iki hastalıkta da tanısız açıısından eşığı geçemeyen hastalardır (Hirschfeld, 2001).

Depresyonla birlikte görülen anksiyete bozuklukları, depresyonun tedavisinde göz ardı edilmemelidir. Çünkü anksiyete bozukluğu ek tanısı alan hastalar için depresyonun seyri değişkenlik göstermektedir. Depresyon hastalarında görülen semptomlar farklı anksiyete bozuklukları geliştirebilir. Depresif duygudurum DSM-5'te geçen semptomlarına bakılırsa kişide daha çok yaygın anksiyete bozukluğuna yol açabilir. Ayrıca olumsuz duyguduruma sahip olan birey sosyal desteğe ihtiyacı olan bireydir. Bireyin mizacına, kişilik özelliğine göre değişmekle birlikte depresif duygu durumunda olan kişinin ailesinden ve arkadaşlarından ayrılmaya karşı kaygı bozukluğu geliştirmesi muhtemeldir. Ayrıca kişinin hiçbir aktiviteden zevk alamaması, uyku düzeninin bozuk olması veya çok az olması kişide madde kullanımına sebep olabilir. Bu durum da bireyin madde veya ilaç kullanımıyla ilişkili anksiyete bozukluğu geliştirmesine sebep olabilir. İlgi ve istekte azalma durumuna eşlik eden bazı anksiyeteler olabilir. En göz önünde olanlar arasında kişinin mizaç durumuna göre değişen yaygın anksiyete bozukluğu ve toplumsal kaygı bozukluğu vardır. Psikomotor hareketlerde yavaşlama ve enerji azlığı olduğunda da kişinin sosyal yaşamının sekteye uğraması beklenmektedir. Depresyonla beraber gelen depresif duygu durum, enerji azalması bireyin kendini toplumdaki ayırmasına sebep olabilir. İştah ve uykuda azalma durumunda ise kişi yaygın anksiyete bozukluğu dışında panik bozukluk geliştirebilir. Depresyonla birlikte gelen suçluluk hissi, bireyin kendisini değersiz görmesi ve devamında gelen intihar düşüncesine kadar gidebilir. Bu durumda birey etrafında olan biteni anlamsızlaştırabilir. Aktivitelerden ve başkalarıyla geçirilen zamandan zevk almayabilir. Bu da bireyi toplumsal anksiyete bozukluğuna, yaygın anksiyete bozukluğuna itebilir (Kafes 2021).

2.6 Maneviyat ve Ruh Sağlığı

Son yıllarda din, maneviyat ve ruh sağlığı arasındaki ilişkiye bilimsel ilgide bir artış görülmüştür. Daha dindar bireyler daha iyi ruh sağlığı, daha iyi olma hali, daha yüksek yaşam kalitesi ve daha düşük depresyon, anksiyete, intihar oranları bildirilmiştir (Koenig 2004). Din ve maneviyatın bu olumlu yönlerine rağmen, dinin olumsuz bir yanı olduğunu

ve dini temelli mücadelelerin bir sıkıntı kaynağı olabileceğini gösteren araştırmalar da mevcuttur (Weber ve Pargament 2014).

Bununla birlikte son 30 yılda Amerikan psikiyatrisi din ve maneviyata karşı daha olumlu ve kabullenici bir duruşa doğru evrilmiştir. Din ve maneviyatın ruh sağlığı üzerinde faydalı etkileri olabileceğine dair artan kanıtlar olmuştur (Aist 2012). Bu artan kabulün bir işareti olarak 2011'de Amerika Birleşik Devletleri tıp fakültelerinin yaklaşık %79'unun müfredatlarında dini manevi çeşitlilikle ilgili eğitimler düzenlenmiştir ve bu okulların %75'i tıp öğrencilerinin din-maneviyat alanında en az bir ders almalarını şart koşmuştur (Dugan ve ark 2011).

Araştırmalar din ve maneviyatın genellikle daha iyi zihinsel sağlıkla ilişkili olduğunu göstermiştir (Mohr ve ark 2011). Din ve maneviyat hastaların genel yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etkiye sahip olma eğilimindedir. Din veya maneviyatın psikiyatrik tedaviye uyumu olumlu yönde etkileyen koruyucu bir faktör olduğu gösterilmiştir. Din ve maneviyat ruh sağlığının korunmasında kültürel bağlamın bir parçasıdır. Klinisyenler din ve hastalık arasındaki nüanslı farkları daha iyi anlamak için farklı dini ve manevi gelenekleri öğrenmelidir. Hastaların dini uygulamalarına sayęı duymaları hastalara fayda sağlayacaktır (Gearing ve ark 2011)

Hastalar için potansiyel faydalara ek olarak ruh sağlığı hizmetlerine din ve maneviyatın dâhil edilmesi çaresizlik içindeki hastaların umudunu sürdürmek için önemlidir. Bu onların kutsal yönlerine ve hastaların yaşamlarına odaklanarak başarılabilir (Pargament 2013).

Psikoterapi bireylerin yaşadıkları duygusal karmaşaları çözümlmeyi, ruh sağlıklarının iyileştirilmesi ve korunmasını amaçlayan tekniğin genel adıdır. Psikoterapide iyileştirici öğelerden en önemlisi iletişimdir. Hasta ile terapistin birbirlerini anlaması, iyi bir iletişim kurabilmeleri en temel gerekliliktir. Bu sebeple psikoterapötik yöntemlerde etkili olabilmek için o bireyin geçmiş yaşamı, kültürü, inancı gibi bazı kavramları göz önünde bulundurulması gerekir. Zengin bir kültürel geçmişe sahip bulunduğu halde sadece batı bakış açısıyla psikoterapiyi görmek ve uygulamak başarı ihtimalini düşürür. Çoğunlukla psikoterapi konusunda ülkemizde batılı eserler kabul görüp öğretiliyor ise de kendi

kültürümüzün zenginlikleri ortaya çıkarılmalı ve pratik yaşamda kullanılması gerekmektedir. Psikoterapi pratiğini öğrenme, uygulama ve öğretme dönemlerinde modern psikoterapinin kültürel mirasla entegrasyonunu sağlamalıdır. Bu kapsamda psikoterapötik öğeleri içeren eserler konusunda önemi yeteri kadar geçmişte anlaşılmamış olsa da son dönemde üçüncü kuşak olarak tanımlanan psikoterapi akımlarına esin kaynağı olmuş Mevlânâ'nın özellikle bilişsel terapiler üzerindeki etkisini ele alarak bu eserlerin psikoterapi pratiğinde kullanılabilirliğine yönelik farkındalık artmıştır (Mirdal 2012).

2.7 Mevlânâ Celâleddin Rumi ve Mesnevi

Mevlânâ 1207'de o zamanlar İran'ın bir parçası olan bugünkü Afganistan'ın Belh şehrinde doğdu ve 1273'te Konya'da vefat etti. Doğumunun 800. yılında Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (2007) onu hoşgörüyü, akli ve sevgi yoluyla bilgiye ulaşmayı savunan İslam'ın seçkin bir filozofu ve mistik şairi olarak tanımladı. İslam'la mistik ilişkisi, Türkiye sınırlarının çok ötesinde İslam kültürü ve bağlılığına damgasını vuran şaheserler üretti (Mirdal 2012).

Tasavvuf İslami tasavvufun bir şeklidir. Rumi tarafından başlatılan Mevlevi Tarikatı muhtemelen en iyi bilinen Sufi tarikatıdır ve ibadetlerini “sema” adı verilen dans ve müzik töreni şeklinde 'Semazenler' aracılığıyla gerçekleştirirler. Dervişler kollarını açmış, sağ eli göğe, sol eli yere dönük olarak dönerek ‘Allah'tan aldıklarını insana dağıtırlar’. Sema, duymak ve dinlemek kelimelerinden gelir (Mirdal 2012).

Mevlânâ hakkında 800 yıl boyunca, bazıları tarihsel olarak diğerlerinden daha güvenilir olan birçok efsane dolaşmıştır. Babasının Afganistan ile İran arasındaki Horasan vilayetinden bir ilahiyatçı, hukukçu, mutasavvıf olduğu, ailesi ve bir grup müritiyle birlikte batıya göç ettiği iyi bilinmektedir. Mevlânâ'nın babası sonunda Konya'ya yerleşerek medrese müdürü oldu. O öldüğünde 25 yaşında olan Mevlânâ, babasının halefi oldu. Mevlânâ, Halep'te İslami eğitimin ana merkezlerinden birinde eğitim gördü ve nispeten genç yaşta yüzlerce mürit edinen ciddi ve saygın bir âlim olarak tanındı (Mirdal 2012).

2.8 Bilişsel Terapiler

Bilişsel terapinin ortaya çıkış mekanizması ruhsal hastalıkların birçoğuna sebep olan ortak sebepler veya işlevsel olmayan düşüncelerden kaynaklanmaktadır. Daha ayrıntılı incelemek gerekirse; bir birey olarak kendimiz, yakın çevremiz ve yaşadığımız dünyaya ilişkin yüklediğimiz anlamlar, düşüncelerimiz, beklentilerimiz, kurallarımız, inançlarımız, yaşadığımız olayları nasıl değerlendirdiğimiz, yaşadıklarımıza nasıl tepki göstereceğimizi, ne hissedeceğimizi etkileyip belirlemektedir. Bu işlevi olmayan düşünceler işlevsel olmayan tepkilere, duygulara ve fizyolojik belirtilere (Çarpıntı, terleme, titreme, nefes alamama gibi) sebep olur. Birey bu düşüncelerinin öncelikle farkına varıp, değiştirip gerçeğe daha yakın duruma getirebilirse duyduğu sıkıntı azalmaya başlayacak, işlevsel olmayan davranışları azalacak ve fizyolojik artmış tepkileri daha normal olacaktır. İşlevsel olmayan düşüncelerin altında işlevsel olmayan inanışlar yatar ki bunları düzeltmek daha kalıcı iyileşmelere yol açar (Türkçapar ve Sargın 2011).

Bilişsel davranışçı terapide, bilişsel yanırlar sebebiyle günlük yaşamda olan olaylar karşısında olumsuz duygu ve davranışlarla yüzleşme vardır. Birey zihnini kendi duyum sınırlarınca algılamakta ve yorum yapmaktadır. Bu da algılanan durumla gerçek olgu arasında bir fark yaratmaktadır. Her birey zihin kapasitesinin ölçüsünde çevresinde olanları, kendini ve hayatı anlamlandırmaya çalışır. Bilişsel davranışçı terapinin bakış açısıyla Mevlânâ'nın fikirlerinin ortak bağlamları olduğu çok net görülmektedir. Bu bağlamda Mevlânâ'nın Mesnevi'si de bilişsel terapilerde kullanılabilir (Ak ve ark 2014).

2.9 Mevlânâ ve Bibliyoterapi

Bibliyoterapi, bireylerin problemlerini çözmek kendilerini daha iyi analiz edip tanımaya çalışmak ve anlamalarında edebiyat eserlerinden yararlanmalarını sağlayan bir sürecin veya etkinliğin düzenlenmesidir. Bibliyoterapi ile yapılan değerlendirme sonucu doğru zamanda, doğru kişiyle, doğru kitabı buluşturarak, kişinin rahatlamasına yardımcı olmak temel hedeftir. Günümüzde psikoterapistlerce kullanılan etkin ve iyi bir alternatif yöntemdir. Bibliyoterapide danışan birey için en uygun eser kullanılması önerilir. Bunun sonucunda yaşamında güçlük çektiği kısımlarda öngörü ve içgörü kazanmasına yardımcı olunmaktadır. Bibliyoterapi tekniği ile kitapların hem düşünceye hem de duyguya hitap etmesinden yararlanır. İhtiyacı olanın kendi bakış açısı çerçevesinde gereksinim

duyduğunu alması beklenir. Bu aşamada kitapta anlatılanlar yaşanan olayların bir yansıması olması sebebiyle daha önyargısız bir şekilde kabul edilmektedir. Düşünsel ve duygusal anlamda geniş bir bakış açısı kazanılmaktadır. Kendi içinde bulunduğu ruh hali ve yaşadıklarının başkaları tarafından yaşandığı düşüncesi, yaşadıklarını daha normal kabul etmesine yardımcı olur. Sonuç olarak problem çözme becerilerinde artış gözlenmektedir (Ak ve ark 2014).

Mevlânâ, Mesnevi'yi anlatırken 'Ruhlara şifadır, sevgilileri sevgilisine, hastaları çaresine kavuşturur' ve 'Haydi iyileşmez hastalıklar için sala. Bizim ilacımız hastalar için birebirdir. Biz iş ve söz hekimleriyiz' diye tabir etmiştir. Burada ruhlara şifadır diye tanımlaması, yazdığı eserin insanların ruh sağlığı sorunlarını çözmeye yardımcı olabileceğini kastetmiş olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Bunlardan dolayı Mesnevi'ye bu çerçeveden bakıp çeşitli kitaplar yazıldığını görmekteyiz (Özdengül 2005).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamızın hasta ve kontrol grubu Mart 2022 ve Aralık 2022 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı tarafından DSM-5'e göre hafif depresyon veya anksiyete bozukluğu tanısı konan (13-18 yaş) 40 hastadan oluşmaktadır. Bunların 20'si çalışma grubuna, 20'si kontrol grubuna dahil edildi.

Randomize olarak belirlenmiş olan çalışma grubundaki hastalara Zoom uygulaması üzerinden beşer kişilik gruplar halinde, haftada üç gün ortalama 15-20 dakika toplam 12 seans Mesnevi okuma terapisi yapıldı. Dokuz ders ve üzerinde katılım sağlayan hastalar okuma terapisini tamamlamış kabul edildi. Kontrol grubu hafif depresyon veya anksiyete bozukluğu tanısı olan bekleme listesi hastalarından randomize olarak belirlendi.

Okuma terapisi yapılan hastalara Nevzat Tarhan'ın 'Mesnevi Terapi' adlı kitabından her seansta bir hikâye olmak üzere toplamda 12 hikâye okunmuştur. Okunan konu başlıkları; Sineğin Kibri, Suyun Nasihatı, Aynayım, Diken Öyküsü, İki Defa Körlük, Yoksul Eşek, Tembel Köpek, Sebe Halkı, Vaizin Duası, Dört Hintli, Oduncu Öyküsü, Dua olarak belirlenmiştir (Tarhan 2021) .

Tanı ile ilgili ciddi komplikasyonlara neden olabilecek durumları olanlar; intihar düşüncesi veya geçmişte intihar girişimi olmuş kişiler, uykuda ciddi bozulma, arkadaş veya aile ilişkilerinde ciddi bozulma, okul hayatı ve derslerinde belirgin etkilenme gibi hastalık nedeniyle ciddi işlev kaybı olanlar, son altı ayda psikiyatrik ilaç kullananlar, kronik hastalığı olanlar ve yeni ilaç başlanan hastalar çalışmaya alınmadı.

Hasta ve kontrol gruplarının ebeveynlerine araştırma ile ilgili genel bilgiler verilmiş, araştırmaya dahil edilme koşulları belirtilmiştir. Araştırma şartlarına uygun kişilere ve ebeveynlerine anket değerlendirilmesi yapılacağı ve araştırmalarının tez çalışması için kullanılacağı anlatılmıştır. Çalışmaya katılımın gönüllülük esasıyla sağlandığı ve istedikleri aşamada çalışmadan ayrılacakları bildirilmiştir. Bilgilendirme sonrası uygun kriterleri sağlayan ve çalışmaya katılmaya istekli olan kişilerin, kendilerinden ve ebeveynlerinden bilgilendirilmiş gönüllü aydınlatılmış onam formu onayladıklarına dair imzaları alınmıştır.

Her iki gruba çalışmaya başlanırken ve bir aylık izlem sonunda Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş (ÇADÖ-Y), Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Öz bildirim Ölçeği (KAY-BÖ), Çocuklarda depresyon ölçeği (ÇDÖ) testleri yapıldı. Hastaların annelerine başlangıç ve sonuçta ÇADÖ-Y ebeveyn ve KAY-BÖ ebeveyn testleri yapıldı. Yukarıda belirtilen sırasıyla ölçekler Ek Tablo 1, 2, 3, 4 ve 5'te gösterilmiştir. Anksiyete ve depresyon semptomlarının kısa tarama değerlendirmesi için ÇADÖ-Y yaygın olarak kullanılan ölçeklerden biridir. Çocuklarda ve ergenlerde hem anksiyete hem de depresyon belirtilerinin değerlendirilmesinde bilgi sağlama avantajı ile kültürler arası kullanım için güvenilir bir araçtır. Çocuk ve ebeveyn ölçeklendirmeleri mevcuttur. Kendi içinde ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, majör depresif bozukluk değerlendirme imkânı sağlamaktadır (Piqueras ve ark 2017). ÇADÖ-Y Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Görmez ve arkadaşları (2017) tarafından yapılmıştır. KAY-BÖ anksiyete bozuklukları için iyi bir iç tutarlılık ve ayırt edici geçerlilik göstermektedir. Kendi içinde panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve okul reddi alt başlıklarını içermektedir. Genel olarak hem çocuk hem de ebeveyn formları kullanılmaktadır. KAY-BÖ klinik olarak çocukluk çağı anksiyete bozukluklarını taramak için güvenilir ve geçerli bir araçtır (Birmaher ve ark 1999). KAY-BÖ Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karaceylan (2005) tarafından yapılmıştır. ÇDÖ depresyonun bilişsel, davranışsal ve duygusal semptomlarını kapsamaktadır. ÇDÖ, puanlamalar depresyonun varlığını veya yokluğunu kanıtlamasa da ergenlikte depresyonun geçerli ve güvenilir bir ölçüsü olduğuna dair kanıtlar vardır (Ivarsson ve ark 2006). Çocuklar için depresyon ölçeği olarak "Children's Depression Inventory" özgün formun Türkiye uyarlaması kullanıldı. Bu ölçekte toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin veya şiddetinin yüksekliğini göstermekteydi. Bu ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Doktor Belma Öy tarafından yapılmıştır. Öy'ün çocukluk depresyon ölçeği (ÇDÖ) kullanarak yaptığı alan çalışmasında, ortalama depresyon puanlarının 11,32 olduğu bildirilmektedir (Öy 1991).

3.1 Etik Kurul

Araştırma öncesinde Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi etik kurul komisyonuna araştırma bilgilerini içeren ayrıntılı belgeler sunulmuş, 01.04.2022 tarihli 2022/3727 karar sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

3.2 İstatistiksel Analiz

Gruplarda yer alan bireylerin farklı değişkenler açısından sıklıkları, oranları, ortalama ve standart sapmaları betimsel istatistikler ile sunulmuştur. Sürekli değişkenler için en yüksek değerler, en düşük değerler, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanırken, kategorik değişkenler içinse sayı ve % değerleri hesaplanmıştır. Verinin normallik sayıltısını karşılayıp karşılamadığını test etmek için çarpıklık ve basıklık değerleri, histogramlar ve Q-Q plot değerleri incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar veri setinin normal dağılım sayıltısını karşıladığını göstermektedir. Gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız gruplar için t testi, grup içi karşılaştırmalarda ise eşleştirilmiş gruplar için t testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin dağılım oranları arasında farklılaşma olup olmadığı ki-kare analizi ile test edilmiştir. Bütün analiz sonuçları için anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada verilerin analizleri SPSS 25 (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı aracılığı ile gerçekleştirilmiştir.

4. BULGULAR

Bu çalışmaya yaşları 13 ile 17 yıl (Ort. = 15,13 ± 1,38 yıl) arasında değişen, 35'i (% 87,50) kız ve beşi (% 12,50) erkek olmak üzere 40 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 20'si (% 50) Mesnevî okunan grubu, 20'si (% 50) ise kontrol grubunu oluşturmaktadır.

Çalışmaya alınan grupların yaşa ve cinsiyete göre homojen olarak dağılıp dağılmadıkları incelenmiştir. Analiz sonuçları grupların yaşa ve cinsiyete göre dağılımları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir (p>0,05). Çalışma ve kontrol grubunun yaş ve cinsiyete göre dağılımına ilişkin bulgular ise Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1 Çalışma ve kontrol grubunun yaş ve cinsiyete göre dağılımı

Parametreler	Çalışma grubu N = 20 n (%)	Kontrol grubu N = 20 n (%)	Toplam N = 40 n (%)	χ^2	p değeri
Cinsiyet					
Erkek	3 (15,00)	2 (10,00)	5 (12,50)	0,230	0,632
Kadın	17 (85,00)	18 (90,00)	35 (87,50)		
Yaş	15,05 ± 1,40	15,20 ± 1,40	15,13 ± 1,38	-1,044	0,744

Hastaların verilerinin normallik varsayımını karşılayıp karşılamadığını incelemek için çarpıklık ve basıklık değerleri, histogramlar ve Q-Q plot değerleri incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar bütün değişkenlerin normallik varsayımını karşıladığını göstermektedir. Araştırmada kullanılan değişkenlerin en düşük, en yüksek, ortalama ve standart sapma başlangıç ve sonuç değerleri Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Çalışma ve kontrol gruplarının ÇADÖ-Y, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, OKB, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk ölçeklerinin başlangıç puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3'te gösterilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0,05).

Tablo 4.2 Başlangıç ve sonuç ölçeklerinin en yüksek-en düşük, ortalama ve standart sapma değerleri

Parametreler	Başlangıç	Sonuç
	Hasta grubu N=40 Ort. ± SS (Min-Max)	Hasta grubu N=40 Ort. ± SS (Min-Max)
ÇADÖ-Y*	66,00 ± 25,83 (14-110)	54,80 ± 29,43 (8-132)
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	4,95 ± 3,86 (0-17)	4,40 ± 3,46 (0-16)
Sosyal anksiyete bozukluğu	16,45 ± 7,53 (2-27)	13,40 ± 8,49 (1-35)
OKB**	8,80 ± 4,58 (1-16)	6,70 ± 4,59 (0-18)
Panik bozukluk	10,78 ± 5,89 (1-22)	8,80 ± 6,37 (0-25)
Yaygın anksiyete bozukluğu	10,15 ± 4,21 (3-18)	8,17 ± 4,04 (2-18)
Majör depresif bozukluk	14,80 ± 6,47 (2-33)	13,40 ± 7,47 (1-33)
KAY-BÖ***	36,13 ± 15,38 (10-65)	38,03 ± 17,69 (1-70)
Panik bozukluk	9,83 ± 6,18 (1-23)	10,65 ± 6,69 (0-25)
Yaygın anksiyete bozukluğu	11,40 ± 4,31 (1-18)	11,30 ± 5,94 (0-25)
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	3,93 ± 2,82 (0-10)	4,63 ± 3,59 (0-15)
Sosyal anksiyete bozukluğu	7,88 ± 4,74 (0-14)	8,15 ± 5,03 (0-15)
Okul reddi	3,23 ± 2,46 (0-8)	3,00 ± 1,78 (0-7)
ÇDÖ****	20,00 ± 8,12 (4-36)	18,00 ± 9,58 (0-36)
KAY-BÖ ebeveyn	27,02 ± 14,44 (1-62)	27,57 ± 18,19 (1-63)
ÇADÖ-Y ebeveyn	40,40 ± 19,34 (10-9)	34,33 ± 21,88 (1-101)

*Çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği yenilenmiş

**Obsesif kompulsif bozukluk

***Çocukluk çağı kaygı bozuklukları özbidirim ölçeği

****Çocuklarda depresyon ölçeği

Tablo 4.3 Çalışma ve kontrol gruplarının ÇADÖ-Y, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, OKB, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk başlangıç puanlarının karşılaştırılması

Parametreler	Çalışma grubu	Kontrol grubu	t	p değeri
	N = 20 Ort. ± SS	N = 20 Ort. ± SS		
ÇADÖ-Y	62,25 ± 28,74	69,75 ± 22,66	-0,916	0,365
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	5,40 ± 4,54	4,50 ± 3,10	0,732	0,468
Sosyal anksiyete bozukluğu	15,60 ± 8,40	17,30 ± 6,65	-0,710	0,482
OKB	8,35 ± 4,87	9,25 ± 4,35	-0,616	0,541
Panik bozukluk	9,70 ± 5,36	11,85 ± 6,32	-1,160	0,253
Yaygın anksiyete bozukluğu	10,00 ± 4,30	10,30 ± 4,22	-0,223	0,825
Majör depresif bozukluk	13,05 ± 6,46	16,55 ± 6,15	-1,755	0,087

Çalışma ve kontrol gruplarının KAY-BÖ, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve okul reddi ölçeklerinin başlangıç puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te gösterilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.4 Çalışma ve kontrol gruplarının KAY-BÖ, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve okul reddi başlangıç puanlarının karşılaştırılması

Parametreler	Çalışma grubu	Kontrol grubu	<i>t</i>	p değeri
	N = 20 Ort. ± SS	N = 20 Ort. ± SS		
KAY-BÖ	33,15 ± 16,11	39,10 ± 14,41	-1,231	0,226
Panik bozukluk	8,60 ± 5,74	11,05 ± 6,49	-1,264	0,214
Yaygın anksiyete bozukluğu	10,45 ± 4,83	12,35 ± 3,60	-1,411	0,167
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	3,65 ± 2,80	4,20 ± 2,90	-0,611	0,545
Sosyal anksiyete bozukluğu	7,30 ± 5,02	8,45 ± 4,490	-0,764	0,450
Okul reddi	3,25 ± 2,65	3,20 ± 2,31	0,064	0,950

Çalışma ve kontrol gruplarının ÇDÖ, KAY-BÖ ebeveyn, ÇADÖ-Y ebeveyn ölçeklerinin başlangıç puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5'te gösterilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.5 Çalışma ve kontrol gruplarının ÇDÖ, KAY-BÖ ebeveyn, ÇADÖ-Y ebeveyn ölçeği başlangıç puanlarının karşılaştırılması

Parametreler	Çalışma grubu	Kontrol grubu	<i>t</i>	p değeri
	N = 20 Ort. ± SS	N = 20 Ort. ± SS		
ÇDÖ	17,55 ± 8,811	22,45 ± 6,708	-1,98	0,055
KAY-BÖ ebeveyn	24,30 ± 13,53	29,75 ± 15,14	-1,200	0,238
ÇADÖ-Y ebeveyn	41,45 ± 22,53	39,35 ± 16,04	0,340	0,736

Çalışma grubunun ÇADÖ-Y, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, OKB, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk ölçeklerinin Mesnevî okunmadan önce ve Mesnevî okunduktan sonraki puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.6'da gösterilmiştir. Elde edilen sonuçlar; Mesnevî okunduktan sonra ÇADÖ-Y, sosyal anksiyete bozukluğu, OKB, yaygın anksiyete bozukluğu, majör

depresif bozukluk puanlarında anlamlı bir düşüş olduğunu göstermektedir (sırasıyla, $p<0,01$; $p<0,001$; $p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,05$).

Tablo 4.6 Çalışma grubunun ÇADÖ-Y, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, OKB, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk ölçeklerinin başlangıç ve sonuç puanlarının karşılaştırılması

Parametreler	Başlangıç	Sonuç	Fark	<i>t</i>	p değeri
	N = 20	N = 20			
	Ort. ± SS	Ort. ± SS			
ÇADÖ-Y	62,25 ± 28,74	42,65 ± 29,51	19,60	3,028	0,007
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	5,40 ± 4,54	4,15 ± 3,41	1,25	1,192	0,248
Sosyal anksiyete bozukluğu	15,60 ± 8,40	9,80 ± 8,15	5,80	4,025	0,001
OKB	8,35 ± 4,87	5,20 ± 4,56	3,15	3,299	0,004
Panik bozukluk	9,70 ± 5,36	6,70 ± 6,05	3,00	1,885	0,075
Yaygın anksiyete bozukluğu	10,00 ± 4,30	7,15 ± 3,84	2,85	3,065	0,006
Majör depresif bozukluk	13,05 ± 6,46	9,80 ± 6,45	3,25	2,158	0,044

Çalışma grubunun KAY-BÖ, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve okul reddi ölçeklerinin Mesnevî okunmadan önce ve Mesnevî okunduktan sonraki puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.7’de gösterilmiştir. Elde edilen sonuçlar Mesnevî okuduktan sonra değişkenlerde anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.7 Çalışma grubunun KAY-BÖ, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve okul reddi ölçeklerinin başlangıç ve sonuç puanlarının karşılaştırılması

Parametreler	Başlangıç	Sonuç	Fark	<i>t</i>	p değeri
	N = 20	N = 20			
	Ort. ± SS	Ort. ± SS			
KAY-BÖ	33,15 ± 16,11	29,55 ± 17,87	3,60	0,949	0,354
Panik bozukluk	8,60 ± 5,74	7,75 ± 6,53	0,85	0,526	0,605
Yaygın anksiyete bozukluğu	10,45 ± 4,83	8,60 ± 5,52	1,85	1,529	0,143
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	3,65 ± 2,80	3,80 ± 3,11	-0,15	-0,248	0,806
Sosyal anksiyete bozukluğu	7,30 ± 5,02	6,00 ± 4,50	1,30	1,828	0,083
Okul reddi	3,25 ± 2,65	2,80 ± 1,88	0,45	0,798	0,435

Çalışma grubunun ÇDÖ, KAY-BÖ ebeveyn, ÇADÖ-Y ebeveyn ölçeklerinin Mesnevî okunmadan önce ve Mesnevî okunduktan sonraki puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.8’de gösterilmiştir. Elde edilen sonuçlar; hastaların ÇDÖ ve ÇADÖ-Y ebeveyn ölçeği puan ortalamalarında Mesnevî okuduktan sonra anlamlı bir düşüş olduğunu göstermektedir (sırasıyla, $p < 0,01$; $p < 0,01$).

Tablo 4.8 Çalışma grubunun ÇDÖ, KAY-BÖ ebeveyn, ÇADÖ-Y ebeveyn ölçeklerinin başlangıç ve sonuç puanlarının karşılaştırılması

Parametreler	Başlangıç	Sonuç	Fark	<i>t</i>	p değeri
	N = 20 Ort. ± SS	N = 20 Ort. ± SS			
ÇDÖ	17,55 ± 8,81	13,35 ± 9,52	4,20	2,088	0,043
KAY-BÖ ebeveyn	24,30 ± 13,53	20,05 ± 15,17	4,25	1,226	0,235
ÇADÖ-Y ebeveyn	41,45 ± 22,53	26,85 ± 18,10	14,60	3,680	0,002

Çalışma ve kontrol gruplarının ÇADÖ-Y, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, OKB, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk ölçeklerinin sonuç puan ortalamaların karşılaştırılması Tablo 4.9’da gösterilmiştir. Elde edilen sonuçlar çalışma grubunun ÇADÖ-Y, sosyal anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk ve majör depresif bozukluk puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğunu göstermektedir (sırasıyla, $p < 0,01$; $p < 0,01$; $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$).

Tablo 4.9 Çalışma ve kontrol gruplarının ÇADÖ-Y, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, OKB, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk sonuç puanlarının karşılaştırılması

Parametreler	Çalışma grubu	Kontrol grubu	<i>t</i>	p değeri
	N = 20 Ort. ± SS	N = 20 Ort. ± SS		
ÇADÖ-Y	42,65 ± 29,51	66,95 ± 24,41	-2,838	0,007
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	4,15 ± 3,41	4,65 ± 3,58	-0,452	0,654
Sosyal anksiyete bozukluğu	9,80 ± 8,15	17,00 ± 7,35	-2,933	0,006
OKB	5,20 ± 4,56	8,20 ± 4,20	-2,164	0,037
Panik bozukluk	6,70 ± 6,05	10,90 ± 6,10	-2,185	0,035
Yaygın anksiyete bozukluğu	7,15 ± 3,84	9,20 ± 4,07	-1,637	0,110
Majör depresif bozukluk	9,80 ± 6,45	17,00 ± 6,80	-3,437	0,001

Çalışma ve kontrol gruplarının KAY-BÖ, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve okul reddi

ölçeklerinin sonuç puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.10'da gösterilmiştir. Elde edilen sonuçlar çalışma grubunun KAY-BÖ, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğu ortalamalarının anlamlı olarak düşük olduğunu göstermektedir (sırasıyla, $p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,05$; $p<0,01$).

Tablo 4.10 Çalışma ve kontrol gruplarının KAY-BÖ, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve okul reddi ölçeklerinin sonuç puanlarının karşılaştırılması

Parametreler	Çalışma grubu	Kontrol grubu	<i>t</i>	p değeri
	N = 20 Ort. ± SS	N = 20 Ort. ± SS		
KAY-BÖ	29,55 ± 17,87	46,50 ± 13,11	-3,420	0,002
Panik bozukluk	7,75 ± 6,53	13,55 ± 5,62	-3,010	0,005
Yaygın anksiyete bozukluğu	8,60 ± 5,52	14,00 ± 5,15	-3,199	0,003
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	3,80 ± 3,11	5,45 ± 3,93	-1,474	0,149
Sosyal anksiyete bozukluğu	6,00 ± 4,50	10,30 ± 4,68	-2,963	0,005
Okul reddi	2,80 ± 1,88	3,20 ± 1,70	-0,705	0,485

Çalışma ve kontrol gruplarının ÇDÖ, KAY-BÖ ebeveyn ve ÇADÖ-Y ebeveyn ölçeklerinin sonuç puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.11'de gösterilmiştir. Elde edilen sonuçlar çalışma grubunun ÇDÖ, KAY-BÖ ebeveyn ve ÇADÖ-Y ebeveyn ölçeği puan ortalamalarının anlamlı olarak düşük olduğunu göstermektedir (sırasıyla, $p<0,001$; $p<0,01$; $p<0,05$).

Tablo 4.11 Çalışma ve kontrol gruplarının ÇDÖ, KAY-BÖ ebeveyn, ÇADÖ-Y ebeveyn ölçeği sonuç puanlarının karşılaştırılması

Parametreler	Çalışma grubu	Kontrol grubu	<i>t</i>	p değeri
	N = 20 Ort. ± SS	N = 20 Ort. ± SS		
ÇDÖ	13,35 ± 9,52	22,65 ± 7,24	-3,478	0,001
KAY-BÖ ebeveyn	20,05 ± 15,17	35,10 ± 18,15	-2,85	0,007
ÇADÖ-Y ebeveyn	26,85 ± 18,10	41,80 ± 23,19	-2,273	0,029

Çalışma ve kontrol gruplarının ÇADÖ-Y, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, OKB, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk başlangıç ve sonuç puan farklarının karşılaştırılması Tablo 4.12'de gösterilmiştir. Elde edilen sonuçlar çalışma grubunda ÇADÖ-Y, sosyal anksiyete bozukluğu ve majör

depresif bozukluk başlangıç ve sonuç puan farklarının anlamlı olarak yüksek olduğunu göstermektedir (sırasıyla, $p<0,05$; $p<0,01$; $p<0,05$).

Tablo 4.12 Çalışma ve kontrol gruplarının ÇADÖ-Y, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, OKB, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk ölçeklerinin başlangıç ve sonuç puan farklarının karşılaştırılması

Parametreler	Çalışma grubu	Kontrol grubu	<i>t</i>	p değeri
	N = 20	N = 20		
	Fark Ort. ± SS	Fark Ort. ± SS		
ÇADÖ-Y	19,60 ± 28,95	2,80 ± 15,00	2,304	0,027
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	1,25 ± 4,69	-0,15 ± 1,95	1,233	0,225
Sosyal anksiyete bozukluğu	5,80 ± 6,44	0,30 ± 5,46	2,912	0,006
OKB	3,15 ± 4,27	1,05 ± 3,66	1,669	0,103
Panik bozukluk	3,00 ± 7,12	0,95 ± 3,30	1,169	0,250
Yaygın anksiyete bozukluğu	2,85 ± 4,16	1,10 ± 2,61	1,593	0,119
Majör depresif bozukluk	3,25 ± 6,73	0,45 ± 3,87	2,130	0,040

Çalışma ve kontrol gruplarının KAY-BÖ, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve okul reddi ölçeklerinin başlangıç ve sonuç puan farklarının karşılaştırılması Tablo 4.13'te gösterilmiştir. Elde edilen sonuçlar çalışma grubunda KAY-BÖ, yaygın anksiyete ve sosyal anksiyete bozukluğu başlangıç ve sonuç puan farklarının anlamlı olarak yüksek olduğunu göstermektedir (sırasıyla, $p<0,05$; $p<0,05$; $p<0,001$).

Tablo 4.13 Çalışma ve kontrol gruplarının KAY-BÖ, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve okul reddi ölçeklerinin başlangıç ve sonuç puan farklarının karşılaştırılması

Parametreler	Çalışma grubu	Kontrol grubu	<i>t</i>	p değeri
	N = 20	N = 20		
	Fark Ort. ± SS	Fark Ort. ± SS		
KAY-BÖ	3,60 ± 16,96	-7,40 ± 8,56	2,590	0,014
Panik bozukluk	0,85 ± 7,22	-2,50 ± 4,88	1,719	0,094
Yaygın anksiyete bozukluğu	1,85 ± 5,41	-1,65 ± 3,76	2,375	0,023
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	-0,15 ± 2,70	-1,25 ± 1,71	1,538	0,132
Sosyal anksiyete bozukluğu	1,30 ± 3,18	-1,85 ± 1,84	3,832	0,00
Okul reddi	0,45 ± 4,16	0,00 ± 2,61	0,622	0,538

Çalışma ve kontrol gruplarının ÇDÖ, KAY-BÖ ebeveyn ve ÇADÖ-Y ebeveyn başlangıç ve sonuç puan farklarının karşılaştırılması Tablo 4.14'te gösterilmiştir. Elde edilen sonuçlar çalışma grubunda KAY-BÖ ebeveyn ve ÇADÖ-Y ebeveyn başlangıç ve sonuç puan farklarının anlamlı olarak yüksek olduğunu göstermektedir (sırasıyla, $p<0,05$; $p<0,01$).

Tablo 4.14 Çalışma ve kontrol gruplarının ÇDÖ, KAY-BÖ ebeveyn ve ÇADÖ-Y ebeveyn ölçeklerinin başlangıç ve sonuç puan farklarının karşılaştırılması

Parametreler	Çalışma grubu	Kontrol grubu	<i>t</i>	p değeri
	N = 20	N = 20		
	Fark Ort. ± SS	Fark Ort. ± SS		
ÇDÖ	4,20 ± 9,08	-0,20 ± 4,65	1,928	0,061
KAY-BÖ ebeveyn	4,25 ± 15,50	-5,35 ± 10,68	2,281	0,028
ÇADÖ-Y ebeveyn	14,60 ± 17,74	-2,45 ± 16,05	3,187	0,003

Kontrol grubunun ÇADÖ-Y, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, OKB, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk ölçeklerinin başlangıç ve sonuç puan ortalamalarındaki değişim Tablo 4.15'te gösterilmiştir. Elde edilen sonuçlar başlangıç ve sonuç ölçüm puan ortalamalarında anlamlı bir değişim yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.15 Kontrol grubunun başlangıç ve sonuç ÇADÖ-Y, ayrılık anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, OKB, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluk puanlarının karşılaştırılması

Parametreler	Başlangıç	Sonuç	Fark	<i>t</i>	p değeri
	N = 20	N = 20			
	Ort. ± SS	Ort. ± SS			
ÇADÖ-Y	69,75 ± 22,66	66,95 ± 24,41	2,80	0,835	0,414
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	4,50 ± 3,10	4,65 ± 3,59	-0,15	-0,343	0,735
Sosyal anksiyete bozukluğu	17,30 ± 6,65	17,00 ± 7,35	0,30	0,246	0,808
OKB	9,25 ± 4,35	8,20 ± 4,20	1,05	1,282	0,215
Panik bozukluk	11,85 ± 6,32	10,90 ± 6,10	0,95	1,287	0,213
Yaygın anksiyete bozukluğu	10,30 ± 4,22	9,20 ± 4,07	1,10	1,882	0,075
Majör depresif bozukluk	16,55 ± 6,15	17,00 ± 6,80	-0,45	-0,520	0,609

Kontrol grubunun KAY-BÖ, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve okul reddi ölçeklerinin başlangıç ve sonuç puan ortalamalarındaki değişim Tablo 4.16'da gösterilmiştir. Elde edilen sonuçlar

kontrol grubunun KAY-BÖ, panik bozukluk, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğu puanlarında anlamlı bir artış olduğunu göstermektedir (sırasıyla, $p<0,001$; $p<0,05$; $p<0,01$; $p<0,001$).

Tablo 4.16 Kontrol grubunun başlangıç ve sonuç KAY-BÖ, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve okul reddi puanlarının karşılaştırılması

Parametreler	Başlangıç	Sonuç	Fark	<i>t</i>	p değeri
	N = 20	N = 20			
	Ort. ± SS	Ort. ± SS			
KAY-BÖ	39,10 ± 14,41	46,50 ± 13,11	-7,40	-3,868	0,001
Panik bozukluk	11,05 ± 6,49	13,55 ± 5,62	-2,50	-2,290	0,034
Yaygın anksiyete bozukluğu	12,35 ± 3,60	14,00 ± 5,15	-1,65	-1,963	0,064
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	4,20 ± 2,90	5,45 ± 3,93	-1,25	-3,263	0,004
Sosyal anksiyete bozukluğu	8,45 ± 4,49	10,30 ± 4,68	-1,85	-4,489	0,000
Okul reddi	3,20 ± 2,31	3,20 ± 1,70	0,00	0,000	1,000

Kontrol grubunun ÇDÖ, KAY-BÖ ebeveyn ve ÇADÖ-Y ebeveyn ölçeklerinin başlangıç ve sonuç puan ortalamalarındaki değişim Tablo 4.17’de gösterilmiştir. Elde edilen sonuçlar; kontrol grubunun KAY-BÖ ebeveyn puanlarında anlamlı bir artış olduğunu göstermektedir ($p<0,05$).

Tablo 4.17 Kontrol grubunun başlangıç ve sonuç ÇDÖ, KAY-BÖ ebeveyn ve ÇADÖ-Y ebeveyn puanlarının karşılaştırılması

Parametreler	Öncesi	Sonrası	Fark	<i>t</i>	p değeri
	N = 20	N = 20			
	Ort. ± SS	Ort. ± SS			
ÇDÖ	22,45 ± 6,71	22,65 ± 7,23	-0,20	-0,192	0,850
KAY-BÖ ebeveyn	29,75 ± 15,14	35,10 ± 18,15	-5,35	-2,241	0,037
ÇADÖ-Y ebeveyn	39,35 ± 16,04	41,80 ± 23,19	-2,45	-0,683	0,503

5. TARTIŞMA

Depresyon, çocuklarda ve ergenlerde yaygın bir sağlık sorunudur. Genetik, biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerle ortaya çıkmaktadır. Depresyonun temel belirtileri çocuklar, ergenler ve yetişkinler için benzerdir ancak karakteristik belirtilerin önemi yaşla birlikte değişir. Duygudurum bozukluklarına göre majör depresif bozukluk, distimi, bipolar bozukluk ve mental retardasyon olarak tanımlanmaktadır. Depresyonu olan gençlerin yarısından fazlasında anksiyete bozuklukları, diğer duygu-durum bozuklukları, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu ve davranış bozuklukları eşlik etmektedir (Masi ve ark 1998). Anksiyete bozuklukları çocuk ve ergenlerde en sık görülen psikiyatrik hastalıklardandır. Anksiyete bozuklukları; spesifik fobiler, sosyal anksiyete bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, agorafobi, panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi alt başlıklardan oluşmaktadır. Risk faktörleri arasında ebeveynde anksiyete bozukluğu öyküsü, sosyoekonomik stres faktörleri, şiddete maruz kalma ve travma yer almaktadır (Kowalchuk ve ark 2022). Bilişsel davranışçı terapi dünya çapında yaygın olarak uygulanan bir psikoterapi modelidir. Bilişsel davranışçı terapinin depresyon, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları, maddenin kötüye kullanımını, şizofreni, kronik ağrı ve uykusuzluk dahil olmak üzere çeşitli bozukluklar için etkinliğine dair kanıtlar vardır (Thoma ve ark 2015).

Çalışmamızda yaşları 13 ile 18 yıl arasında değişen ve dâhil etme kriterlerini karşılayan 40 hafif depresyon veya anksiyete bozukluğu tanılı hastalar incelendi. Hastaların 20'sine Mesnevi okuma terapisi yapıldı ve çalışma grubuna alındı. Diğer 20 hasta ise kontrol grubuna dahil edildi, okuma terapisi yapılmadı ve ek tedavi verilmedi. Kanıta dayalı bir bakış açısıyla, bilişsel davranışçı terapi şu anda çocuklarda ve ergenlerde anksiyete ve depresif bozukluklar için tercih edilen tedavi yöntemidir (Compton ve ark 2004). Bibliyoterapi, depresyon semptomlarını tedavi etmek için tek veya tamamlayıcı bir terapi olarak kullanılabilir. Bibliyoterapi, rehberli bir şekilde kendi kendine yardım etme şeklindedir. Hasta doktordan bağımsız olarak yapılandırılmış bir kitap aracılığıyla çalışır. Doktorun rolü hastayı terapi boyunca desteklemek, motive etmek ve hastanın sahip olabileceği sorunları veya endişeleri netleştirmeye yardımcı olmaktır (Usher 2013).

Çalışmaya dahil edilen 20 hastaya Zoom uygulaması üzerinden Mesnevi okuma terapisi yapıldı. Bibliyoterapi gibi bilişsel davranışçı terapiler yaygın olarak yüz yüze yapılır. Depresyon ve/veya anksiyete sorunları olan çocuklar ve ergenler üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir (James ve ark 2013). Bununla birlikte bilgisayar, telefon gibi iletişim araçlarıyla yapılan bilişsel davranışçı terapinin yüz yüze yapılan kadar eşit derecede etkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca mahremiyet, rahatlık, kolay ulaşım gibi ek faydalar sağlar (Andrews ve ark 2018). Ülkemizden yapılan Mesnevi ve bibliyoterapi ilişkisini değerlendiren psikiyatrik hastalık tanısı olan yaşları ve üç ile 55 yaş arasında değişen 13 hastanın dahil edildiği bir tez çalışması değerlendirilmiştir. Görüşme yapılan hastalardan bazıları içgörü kazanırken, bazıları hiçbir şekilde içgörü kazanamamışlardır. Bir kısmı ise içgörü kazanmasına rağmen yapabilecekleri konusunda hala kararsızdır. Bu durum anne-baba ve çocuk açısından ayrı ayrı değerlendirildiğinde; Mesnevide geçen hikayelerin çocuklardaki davranış problemleri konusunda anne-babanın daha çok içgörü kazanmasına katkı sağladığı gözlemlenmiştir. Davranış bozukluğu olan çocukların anne babaları kadar içgörü kazanamadıkları gözlenmiştir. Bibliyoterapi yönteminde ilk olarak hedeflenen bireyin içgörü kazanmasıdır. Bu içgörü sayesinde bireyin uygun olmayan davranışlarını farkederek değiştirmesini sağlamak amaçlanmıştır (Semerci 2018).

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaşı $15,13 \pm 1,38$ yıl ve 35'i (% 87,50) kız ve beşi (% 12,50) erkekti. Literatürde anksiyete ve depresyon tanılı 163 ergen hastanın dahil edildiği bir çalışmada yaş ortalaması $15,72 \pm 1,14$ ve %90,3 kız olarak bildirilmiştir (Lorentzen ve ark 2020).

Çalışma grubunun Mesnevi okuma başlangıç ve sonuç ÇADÖ-Y ölçeğinin puan ortalamaları kıyaslandığında puanlarda anlamlı olarak düşük saptandı ($p < 0,05$) ancak kontrol grubunun başlangıç ve sonuç puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$). Çalışma grubunun sonuç ÇADÖ-Y puanları kontrol ile kıyaslandığında anlamlı olarak düşük saptandı ($p < 0,05$). Çalışma ve kontrol gruplarının ÇADÖ-Y başlangıç ve sonuç puan farkları kıyaslandığında çalışma grubunda farkın anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü ($p < 0,05$). Dünya çapında çocuklar ve ergenlerle kullanılması önerilen ve fikirbirliği sağlanan ölçütlerden biri ÇADÖ-Y'dir (Chorpita ve ark 2000). ÇADÖ-Y anksiyete ve depresyon semptomlarını aynı anda değerlendirir. Bu iki bozukluğun yüksek komorbiditesi ve ortak

özellikleriyle değerlendirildiğinde yarar sağlamaktadır (Hunsley ve Mash 2007). Lisøy ve arkadaşları (2022), 592 hastayla yaptıkları bir çalışmada ÇADÖ-Y'nin anksiyete ve depresyon belirtilerini ölçmek için geçerli ve güvenilir ölçek olduğunu göstermişlerdir. Giannopoulou ve arkadaşları (2022) 12-18 yaş arası 619 ergenin dahil edildiği bir çalışmada, ÇADÖ-Y'nin anksiyete ve depresyon semptomlarını değerlendirmek için geçerli ve güvenilir ölçek olduğunu göstermişlerdir. Yuan ve arkadaşları (2018) sekiz çalışmadan 979 hastanın dahil edildiği bir meta-analizde bibliyoterapi ile tedavinin kontrol grubuna göre depresyon veya anksiyete semptomlarını azaltmada önemli ölçüde etkili olduğunu göstermiştir (Standartlaştırılmış ortalama fark -0,52; %95 güven aralığı, -0,89 ile -0,15).

Çalışma grubunun Mesnevi okuma başlangıç ve sonuç KAY-BÖ ölçeğinin puan ortalamaları kıyaslandığında puanlarda anlamlı bir değişiklik saptanmadı ($p>0,05$) ancak kontrol grubunun başlangıç ve sonuç puan ortalamaları arasında anlamlı artış saptandı ($p<0,05$). Çalışma grubunun sonuç KAY-BÖ puanları kontrol ile kıyaslandığında anlamlı olarak düşük saptandı ($p<0,05$). Çalışma ve kontrol gruplarının KAY-BÖ başlangıç ve sonuç puan farkları kıyaslandığında çalışma grubunda farkın anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$). KAY-BÖ çocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluklarında bir tarama aracı olarak kullanılabilir (Ang 2020). KAY-BÖ ölçeğinde sadece anksiyete bozukluğu olan çocuklar, sadece depresyonu olan çocuklara göre önemli ölçüde daha yüksek puan aldılar ($p<0,05$). Bu durum KAY-BÖ'nün anksiyete bozuklukları için ayırt edici geçerliliğini gösterdi. KAY-BÖ anksiyete bozukluğu olan çocuklar ve ergenler için güvenilir ve geçerli bir tarama aracıdır (Monga ve ark 2000). Isolan ve arkadaşları (2011), 2410 çocukta yaptıkları çalışmada KAY-BÖ ve alt parametrelerinin anksiyete bozuklukları için iyi bir iç tutarlılık, test tekrar güvenilirliği ve klinik korelasyonun uyumlu olduğunu göstermiştir. Newman ve arkadaşları (2003) anksiyete bozuklukları için bibliyoterapiyi inceledi ve bibliyoterapinin çok çeşitli anksiyete bozuklukları için etkinlik gösterdiği sonucuna varmıştır. Rapee ve arkadaşları (2006) anksiyete bozukluğu olan çocuklarla bibliyoterapiyi değerlendiren ilk çalışmayı yürüttü ve bibliyoterapinin çocuklarda anksiyete için faydasını göstermiştir.

Çalışma grubunun Mesnevi okuma başlangıç ve sonuç ÇDÖ ölçeğinin puan ortalamaları kıyaslandığında puanlarda anlamlı olarak düşük saptandı ($p<0,05$) ancak

kontrol grubunun başlangıç ve sonuç puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Çalışma grubunun sonuç ÇDÖ puanları kontrol ile kıyaslandığında anlamlı olarak düşük saptandı ($p<0,05$). Çalışma ve kontrol gruplarının ÇDÖ başlangıç ve sonuç puan farkları kıyaslandığında çalışma grubunda anlamlı değişiklik görülmedi ($p>0,05$). Tayland'lı çocuklarda yapılan bir çalışmada, ÇDÖ'nün depresif çocukları depresif olmayan çocuklardan etkili bir şekilde ayırdığını göstermektedir. ÇDÖ ekonomik, yönetimi kolay ve kolayca analiz edilebilir bir araç olduğundan, çocuklarda depresyon taramasında, klinik değerlendirmede ve takipte kullanılabilir bir araçtır (Trangkasombat ve Likanapichitkul 1997). ÇDÖ puanları depresyon semptomlarıyla yüksek oranda, anksiyete semptomlarıyla orta derecede ilişkilidir. ÇDÖ birinci ve ikinci basamak sağlık merkezlerinde depresyon ve daha az ölçüde anksiyete taraması için etkili bir araç olarak kullanılabilir (Roelofs ve ark 2010).

Çalışma grubunun Mesnevi okuma başlangıç ve sonuç majör depresif bozukluk puan ortalamaları kıyaslandığında puanlarda anlamlı olarak düşük saptandı ($p<0,05$) ancak kontrol grubunun başlangıç ve sonuç puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Çalışma ve kontrol gruplarının sonuç majör depresif bozukluk puanları kıyaslandığında çalışma grubunun anlamlı olarak düşük saptandı ($p<0,05$). Çalışma ve kontrol gruplarının majör depresif bozukluk başlangıç ve sonuç puan farkları kıyaslandığında çalışma grubunda farkın anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$). Yuan ve arkadaşlarının (2018) depresyon tanılı hastaları içeren çalışmalarında bibliyoterapi yöntemi, kontrol grubuna göre depresyon semptomlarını azaltmada önemli ölçüde daha faydalı olduğu görülmüştür (Standartlaştırılmış ortalama fark= -0,78, %95 güven aralığı -1,42 ile -0,14; $p=0,02$). Yüksek depresif semptomları olan 341 ergenin dahil edildiği başka bir çalışmada bibliyoterapinin ilk semptomları ve gelecekteki depresif ataklar için riski azalttığı gösterilmiştir. Ayrıca bibliyoterapi gelecekteki depresyon ataklarının riskini azaltmanın en ucuz yöntemi olarak belirtilmiştir (Stice ve ark 2010). Orta derecede depresyonu olan 56 hasta ile randomize kontrollü bir çalışma yürütülmüştür. Bibliyoterapi grubunda kontrol grubuna göre başlangıç ve son test arasında daha düşük depresyon puanı olduğu gösterilmiştir. Bulgular depresyonu olan bireyler için bibliyoterapi kullanımını destekleyen kanıtlar sunmuştur (Songprakun ve McCann 2015).

Çalışma grubunun Mesnevi okuma başlangıç ve sonuç ÇADÖ-Y ölçeğinde (Sosyal anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, OKB) puan ortalamaları kıyaslandığında puanlarda anlamlı bir düşüş saptandı ($p < 0,05$) ancak KAY-BÖ ölçeğinde anksiyete bozukluklarının puan ortalamaları kıyaslandığında puanlarda anlamlı bir değişiklik saptanmadı ($p > 0,05$). Kontrol grubunun başlangıç ve sonuç ÇADÖ-Y ölçeğindeki anksiyete bozukluğu puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$) ve KAY-BÖ (Panik bozukluğu, ayrılık anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu) başlangıç ve sonuç puan ortalamaları arasında anlamlı olarak artış saptandı ($p < 0,05$). Çalışma grubunun ÇADÖ-Y ölçeğinde (Sosyal anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, OKB) ve KAY-BÖ ölçeğinde (Sosyal anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu) sonuç puanları kontrol ile kıyaslandığında anlamlı olarak düşük saptandı ($p < 0,05$). Çalışma ve kontrol gruplarının ÇADÖ-Y ölçeğinde (Sosyal anksiyete bozukluğu) ve KAY-BÖ (Sosyal anksiyete bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu) başlangıç ve sonuç puan farkları kıyaslandığında çalışma grubunda farkın anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü ($p < 0,05$). Mesnevi okuma terapisinin sosyal anksiyete bozukluğu semptomlarını azaltmada bir etkisinin de hastalarla birlikte sosyal bir etkinliğe katılma ve grup terapisi şeklinde olması olduğu düşünülmektedir. Anksiyete bozukluklarıyla ilgili bilişsel davranış terapisinin bu bozukluklar için etkili bir tedavi olduğu gösterilmiştir. Bibliyoterapi uygulanan anksiyete bozuklukları olan hastalar için kanıta dayalı tedaviye erişilebilirliği artırma potansiyeline sahiptir. Yapılan bir çalışmada çeşitli anksiyete bozuklukları tanısı olan hastalara benzer bibliyoterapi programı uygulanmıştır. İlk çalışma rehbersizdi (Klinisyen desteği sağlanmadı.) ve ikinci çalışma rehberliydi (Hastalara telefonla kısa klinisyen desteği sağlandı.). Rehbersiz yapılan 23 hastanın dahil edildiği birinci çalışmada tedavi sonrasında ($d = 1,29$; güven aralığı %95, 0,64–1,91) ve üç aylık takip sonunda ($d = 1,52$; güven aralığı %95, 0,84–2,15) anksiyete ölçeklerinde iyileşme görülmüştür. İkinci çalışma grubunda tedavi sonrası ($d = 0,95$; güven aralığı %95, 0,49–1,40) ve üç aylık takip sonunda ($d = 0,87$; %95 GA 0,41–1,31) sonuçlar birinci çalışma ile benzer şekilde saptanmıştır (Wootton ve ark 2018). Panik bozuklukta relaps önlemeye yönelik olarak bibliyoterapinin etkinliğini ele alan araştırmalarda bibliyoterapi alan grubun, kontrol grubuna göre izlem döneminde belirtilerinin şiddetinin azaldığı görülmüştür (Wright ve ark 2000). Lewis ve arkadaşları (2012) sekiz çalışma ve 591 hastayı ele aldıkları meta-analizde bilişsel davranışçı terapi

uygulanan çalışma grubunun sosyal fobi semptomlarının kontrol grubuna göre iyileşme yönünde anlamlı farklılıklar göstermiştir (Standartlaştırılmış ortalama fark= -0,77, güven aralığı %95, -0,94 ile -0,60). Anksiyete bozukluğu olan ergen hastaları içeren başka bir çalışmada bibliyoterapi kontrol grubuna göre önemli ölçüde daha faydalı olduğu saptanmıştır (Standartlaştırılmış ortalama fark= -0,78; güven aralığı %95, -1,42 ile -0,14; p=0,02) (Yuan ve ark 2018). Yaşları 6-12 arasında değişen 267 anksiyete bozukluğu tanısı olan hastanın bibliyoterapiyle 12 ve 24 haftalık izlemden sonra yaklaşık %15 çocuğun anksiyete bozukluğu tanısından kurtulmasıyla sonuçlanmıştır (Rapee ve ark 2006). Sosyal anksiyete bozukluğu olan 13-15 yaş arası 240 hastanın dahil edildiği bir çalışmada bilişsel davranışçı terapi yapılan grubun kontrol grubuna göre daha düşük sosyal anksiyete puanları olduğu belirlenmiştir (Sportel ve ark 2013).

6. SONUÇLAR

- 1- Çalışmaya hafif depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı olan 40 hasta dahil edildi. Hastaların yaşı $15,13 \pm 1,38$ yıl ve 35'i (% 87,50) kız ve beşi (% 12,50) erkekti.
- 2- Çalışma grubunun Mesnevi okuma başlangıç ve sonuç ÇADÖ-Y ölçeğinin puan ortalamaları kıyaslandığında puanlarda anlamlı olarak düşük saptandı ($p < 0,05$) ancak kontrol grubunun başlangıç ve sonuç puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$). Çalışma grubunun sonuç ÇADÖ-Y puanları kontrol ile kıyaslandığında anlamlı olarak düşük saptandı ($p < 0,05$). Çalışma ve kontrol gruplarının ÇADÖ-Y başlangıç ve sonuç puan farkları kıyaslandığında çalışma grubunda anlamlı düşüklük olduğu görüldü ($p < 0,05$).
- 3- Çalışma grubunun Mesnevi okuma başlangıç ve sonuç KAY-BÖ ölçeğinin puan ortalamaları kıyaslandığında puanlarda anlamlı bir değişiklik saptanmadı ($p > 0,05$) ancak kontrol grubunun başlangıç ve sonuç puan ortalamaları arasında anlamlı olarak kötüleşme saptandı ($p < 0,05$). Çalışma grubunun sonuç KAY-BÖ puanları kontrol ile kıyaslandığında anlamlı olarak düşük saptandı ($p < 0,05$). Çalışma ve kontrol gruplarının KAY-BÖ başlangıç ve sonuç puan farkları kıyaslandığında çalışma grubunda anlamlı düşüklük olduğu görüldü ($p < 0,05$).
- 4- Çalışma grubunun Mesnevi okuma başlangıç ve sonuç ÇDÖ ölçeğinin puan ortalamaları kıyaslandığında puanlarda anlamlı düşüklük olduğu görüldü ($p < 0,05$) ancak kontrol grubunun başlangıç ve sonuç puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$). Çalışma grubunun sonuç ÇDÖ puanları kontrol ile kıyaslandığında anlamlı olarak düşük saptandı ($p < 0,05$). Çalışma ve kontrol gruplarının ÇDÖ başlangıç ve sonuç puan farkları kıyaslandığında çalışma grubunda anlamlı değişiklik görülmedi ($p > 0,05$).
- 5- Çalışma grubunun Mesnevi okuma başlangıç ve sonuç majör depresif bozukluk puan ortalamaları kıyaslandığında puanlarda anlamlı düşük saptandı ($p < 0,05$) ancak kontrol grubunun başlangıç ve sonuç puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$). Çalışma grubunun sonuç majör depresif bozukluk puanları

kontrol ile kıyaslandığında anlamlı olarak düşük saptandı ($p<0,05$). Çalışma ve kontrol gruplarının majör depresif bozukluk başlangıç ve sonuç puan farkları kıyaslandığında çalışma grubunda anlamlı düşüklük olduğu görüldü ($p<0,05$).

- 6- Çalışma grubunun Mesnevi okuma başlangıç ve sonuç ÇADÖ-Y ölçeğinde (Sosyal anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, OKB) puan ortalamaları kıyaslandığında puanlarda anlamlı düşüklük olduğu görüldü ($p<0,05$) ancak KAY-BÖ ölçeğinde anksiyete bozukluklarının puan ortalamaları kıyaslandığında puanlarda anlamlı bir değişiklik saptanmadı ($p>0,05$). Kontrol grubunun başlangıç ve sonuç ÇADÖ-Y ölçeğindeki anksiyete bozukluğu puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) ve KAY-BÖ (Panik bozukluğu, ayrılık anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu) başlangıç ve sonuç puan ortalamaları arasında anlamlı olarak kötüleşme saptandı ($p<0,05$). Çalışma grubunun ÇADÖ-Y ölçeğinde (Sosyal anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, OKB) ve KAY-BÖ ölçeğinde (Sosyal anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu) sonuç puanları kontrol ile kıyaslandığında anlamlı olarak düşük saptandı ($p<0,05$). Çalışma ve kontrol gruplarının ÇADÖ-Y ölçeğinde (Sosyal anksiyete bozukluğu) ve KAY-BÖ (Sosyal anksiyete bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu) başlangıç ve sonuç puan farkları kıyaslandığında çalışma grubunda anlamlı olarak düşük saptandı ($p<0,05$).
- 7- Tezin kuvvetli yönü olarak ise kontrol grubunun olması ve bir aylık izlemde sonuçlanması olarak değerlendirilmiştir.

7. KAYNAKLAR

- Aist CS. The recovery of religious and spiritual significance in American Psychiatry. *J Relig Health*. 2012;51(3):615-29.
- Ak M, Eşen E, Özdengül F. Mevlana Penceresinden Bilişsel Terapiler. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2014;3(3):133-41.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th Ed. Text Revision (DSM-5-TR), Washington, DC 2022.
- Andrews G, Basu A, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, English CL, et al. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 2018;55:70-8.
- Ang CS. Anxiety in Malaysian children and adolescents: validation of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED). *Trends Psychiatry Psychother*. 2020;42(1):7-15.
- Axelson DA, Birmaher B. Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depress Anxiety*. 2001;14(2):67-78.
- Bernaras E, Jaureguizar J, Garaigordobil M. Child and adolescent depression: A review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments. *Front Psychol*. 2019;10:543.
- Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L, Bridge J, Monga S, Baugher M. Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): a replication study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(10):1230-36.
- Chorpita BF, Yim L, Moffitt C, Umemoto LA, Francis SE. Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. *Behav Res Ther*. 2000;38(8):835-55.
- Compton SN, March JS, Brent D, Albano AM, Weersing R, Curry J. Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(8):930-59.
- Corr CA: Bereavement, grief, and mourning in death-related literature for children. *Omega (Westport)*. 2004;48(4):337-63.
- Craske MG, Stein MB. Anxiety. *Lancet*. 2016;388(10063):3048-59.
- Dugan BD, Kyle JA, Kyle CW, Birnie C, Wahba W. Integrating spirituality in patient care: preparing students for the challenges ahead. *Curr Pharm Teach Learn*. 2011;3(4):260-6.
- Forgan JW. Using bibliotherapy to teach problem solving. *Interv Sch Clin*. 2002;38(2):75-82.
- Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *WPA*. 2015;14(2):231-3.

- Gearing RE, Alonzo D, Smolak A, McHugh K, Harmon S, Baldwin S. Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: implications for engagement and adherence. *Schizophr Res.* 2011;126(1-3):150-63.
- Giannopoulou I, Pasalari E, Bali P, Grammatikaki D, Ferentinos P. Psychometric properties of the revised child anxiety and depression scale in Greek adolescents. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2022;27(2):424-38.
- Görmez V, Kilincaslan A, Ebesutani C, Orengul AC, Kaya I, Ceri V, et al. Psychometric Properties of the Parent Version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a Clinical Sample of Turkish Children and Adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2017;48(6):922-33.
- Gülseren Ş. Depresyon ve anksiyete. *Klinik Psikiyatri Dergisi.* 2004;7(1):5-13.
- Hirschfeld RM. The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2001;3(6):244-54.
- Hoppe LJ, Ipser J, Gorman JM, Stein DJ. Panic disorder. *Handb Clin Neurol.* 2012;106:363-74.
- Hunsley J, Mash EJ. Evidence-based assessment. *Annu Rev Clin Psychol.* 2007;3:29-51.
- Isolan L, Salum GA, Osowski AT, Amaro E, Manfro GG. Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED) in Brazilian children and adolescents. *J Anxiety Disord.* 2011;25(5):741-8.
- Ivarsson T, Svalander P, Litlere O. The Children's Depression Inventory (CDI) as measure of depression in Swedish adolescents. A normative study. *Nord J Psychiatry.* 2006;60(3):220-6.
- James AC, James G, Cowdrey FA, Soler A, Choke A. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(6):CD004690.
- Jurbergs N, Ledley DR. Separation anxiety disorder. *Pediatr Ann.* 2005;34(2):108-15.
- Kafes AY. An overview of depression and anxiety disorders. *Humanist Perspect.* 2021;3(1):186-94.
- Karaceylan ÇF. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi;* 2005.
- Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Liu J, Swartz M, Blazer DG. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry Suppl.* 1996;168(30):17-30.
- Koenig HG. Spirituality, wellness, and quality of life. *Sex Reprod Menopause.* 2004;2(2):76-82.
- Kowalchuk A, Gonzalez SJ, Zoorob RJ. Anxiety disorders in children and adolescents. *Am Fam Physician.* 2022;106(6):657-64.
- Larson JS. The conceptualization of health. *Med Care Res Rev.* 1999;56(2):123-36.

- Leichsenring F, Leweke F. Social anxiety disorder. *N Engl J Med*. 2017;376(23):2255-64.
- Lewis C, Pearce J, Bisson JI. Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2012;200(1):15-21.
- Lisøy C, Neumer SP, Waaktaar T, Ingul JM, Holen S, Martinsen K. Making high-quality measures available in diverse contexts-The psychometric properties of the revised child anxiety and depression scale in a Norwegian sample. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2022;31(4):1935.
- Lorentzen V, Fagermo K, Handegård BH, Skre I, Neumer SP. A randomized controlled trial of a six-session cognitive behavioral treatment of emotional disorders in adolescents 14-17 years old in child and adolescent mental health services (CAMHS). *BMC Psychol*. 2020;8(1):25.
- Masi G, Favilla L, Mucci M. Depressive disorder in children and adolescents. *Eur J Paediatr Neurol*. 1998;2(6):287-95.
- Mirdal GM. Mevlana Jalāl-ad-Dīn Rumi and mindfulness. *J Relig Health*. 2012;51(4):1202-15.
- Mohr S, Perroud N, Gillieron C, Brandt PY, Rieben I, Borrás L, et al. Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Psychiatry Res*. 2011;186(2-3):177-82.
- Monga S, Birmaher B, Chiappetta L, Brent D, Kaufman J, Bridge J, et al. Screen for child anxiety-related emotional disorders (SCARED): convergent and divergent validity. *Depress Anxiety*. 2000;12(2):85-91.
- Newman MG, Erickson T, Przeworski A, Dzus E. Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *J Clin Psychol*. 2003;59(3):251-74.
- Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991;2:132-7.
- Pargament KI. Conversations with Eeyore: Spirituality and the generation of hope among mental health providers. *Bull Menninger Clin*. 2013;77(4):395-412.
- Piqueras JA, Martín-Vivar M, Sandin B, San Luis C, Pineda D. The revised child anxiety and depression scale: A systematic review and reliability generalization meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017;15(218):153-69.
- Rapee RM, Abbott MJ, Lyneham HJ. Bibliotherapy for children with anxiety disorders using written materials for parents: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(3):436-44.
- Roelofs J, Braet C, Rood L, Timbremont B, van Vlierberghe L, Goossens L, et al. Norms and screening utility of the Dutch version of the children's depression inventory in clinical and nonclinical youths. *Psychol Assess*. 2010;22(4):866-77.
- Rosch E. More than mindfulness: When you have a tiger by the tail, let it eat you. *Psychological inquiry*. 2007;18(4):258-64.

- Saracci R. The World Health Organisation needs to reconsider its definition of health. *BMJ*. 1997;314(7091):1409-10.
- Semerci Ü. *Mesnevi ve Bibliyoterapi*. Çorum: Hitit Üniversitesi; 2018. 89p.
- Songprakun W, McCann TV. Using bibliotherapy to assist people to recover from depression in Thailand: Relationship between resilience, depression and psychological distress. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(6):716-24.
- Sportel BE, de Hullu E, de Jong PJ, Nauta MH. Cognitive bias modification versus CBT in reducing adolescent social anxiety: a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2013;8(5):e64355.
- Stahl SM. *Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*. 4th ed. San Diego: Cambridge University Press; 2000.
- Stice E, Rohde P, Gau JM, Wade E. Efficacy trial of a brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents: effects at 1- and 2-year follow-up. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78(6):856-67.
- Tarhan N. *Mesnevi terapi*. 21. Baskı. İstanbul: Timaş yayınları; 2021.
- Thoma N, Pilecki B, McKay D. Contemporary cognitive behavior therapy: A review of theory, history, and evidence. *Psychodyn Psychiatry*. 2015;43(3):423-61.
- Tiller JW. Depression and anxiety. *Med J Aust*. 2013;199(6):28-31.
- Trangkasombat U, Likanapichitkul D. The children's depression inventory as a screen for depression in Thai children. *J Med Assoc Thai*. 1997;80(8):491-9.
- Türkçapar MH, Sargın AE. Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2011;1(1):1-14.
- Tyrer P, Baldwin D. Generalised anxiety disorder. *Lancet*. 2006;368(9553):2156-66.
- Usher T. Bibliotherapy for depression. *Aust Fam Physician*. 2013;42(4):199-200.
- Viswanathan M, Wallace IF, Cook MJ, Kennedy SM, McKeeman J, Hudson K, et al. Screening for anxiety in children and adolescents: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2022;328(14):1445-55.
- Wakefield JC, Lorenzo-Luaces L, Lee JJ. *Taking people as they are: Evolutionary psychopathology, uncomplicated depression, and distinction between normal and disordered sadness*. 1st ed. New York: Springer. 2007.
- Weber SR, Pargament KI. The role of religion and spirituality in mental health. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27(5):358-63.
- Weinstein RS. Panic disorder. *Am Fam Physician*. 1995;52(7):2055-63.
- Wootton BM, Steinman SA, Czerniawski A, Norris K, Baptie C, Diefenbach G, et al. An evaluation of the effectiveness of a transdiagnostic bibliotherapy program for anxiety and related disorders: Results from two studies using a benchmarking approach. *COTR*. 2018;42:565-80.
- World Health Organization. *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. 2004.

- Wright J, Clum GA, Roodman A, Febbraro GA. A bibliotherapy approach to relapse prevention in individuals with panic attacks. *J Anxiety Disord.* 2000;14(5):483-99.
- Yetkin S. ve Özgen F. Tarihsel bakış içinde depresyon. *J Int Med Sci.* 2007;3(47):1-5.
- Yuan S, Zhou X, Zhang Y, Zhang H, Pu J, Yang L, et al. Comparative efficacy and acceptability of bibliotherapy for depression and anxiety disorders in children and adolescents: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018;24(14):353-65.

Ek Tablo 1 Çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği-yenilenmiş

	Asla	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. Bazı konularda endişe/ kaygı duyarım	0	1	2	3
2. Kendimi üzgün veya boşlukta hissederim	0	1	2	3
3. Bir sorunun olduğunda midemde tuhaf bir his olur	0	1	2	3
4. Bir işte başarısız olduğumu veya işi iyi yapmadığımı düşündüğüm zaman endişelenirim/ kaygılanırım	0	1	2	3
5. Evde yalnız kalmaktan korkarım	0	1	2	3
6. Hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyorum	0	1	2	3
7. Sınava gireceğim zaman korkarım/ endişelenirim	0	1	2	3
8. Birinin bana kızgın olduğunu düşündüğümde endişelenirim	0	1	2	3
9. Ailemden uzakta olmak beni endişelendirir	0	1	2	3
10. Aklımdaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler beni rahatsız eder	0	1	2	3
11. Uyku sorunun var	0	1	2	3
12. Okulda başarısız olacağımdan korkarım/ endişelenirim	0	1	2	3
13. Ailemden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenirim	0	1	2	3
14. Hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyorum gibi hissederim	0	1	2	3
15. İştahım ile ilgili sorunlarım var	0	1	2	3
16. Yaptığım şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığımı tekrar tekrar kontrol ederim (lambaların kapatıldığından, kapının kilitlendiğinden emin olmak gibi)	0	1	2	3
17. Kendi başıma uyumam gerekirse bundan korkarım	0	1	2	3
18. Sabahları gergin veya endişeli hissettiğimden okula gitmek istemem	0	1	2	3
19. Hiçbir şey için enerjim yok	0	1	2	3
20. Aptalca görüdüğümünden endişelenirim	0	1	2	3
21. Kendimi çok yorgun hissederim	0	1	2	3
22. Başıma kötü şeyler geleceğinden endişe ederim	0	1	2	3
23. Kötü ve saçma düşünceleri kafamdan	0	1	2	3
24. Bir sorunun olduğunda kalbim çok hızlı atar	0	1	2	3
25. Rahat bir şekilde düşünemem	0	1	2	3
26. Hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hissederim	0	1	2	3
27. Başıma kötü bir şey geleceğinden endişe ediyorum	0	1	2	3
28. Bir sorunun olduğunda titrediğimi hissederim	0	1	2	3
29. Kendimi değersiz hissediyorum	0	1	2	3
30. Yanlış yapmaktan kaygılanırım/endişe ederim	0	1	2	3
31. Kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri (sayılar, kelimeler gibi) aklımdan geçirmem gerekir	0	1	2	3
32. Diğer insanların benim hakkında ne düşündükleri beni endişelendirir	0	1	2	3
33. Kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkarım	0	1	2	3
34. Hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyarım	0	1	2	3
35. Gelecek hakkında endişelenirim	0	1	2	3
36. Hiçbir nedeni yokken aniden başım döner ve bayılacak gibi olurum	0	1	2	3
37. Ölüm hakkında düşünürüm	0	1	2	3
38. Sınıfımın önünde konuşma yapmak beni korkutur	0	1	2	3
39. Kalbim sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	0	1	2	3
40. Hareket etmek istemiyor gibi hissederim	0	1	2	3

41. Ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişelenirim	0	1	2	3
42. Aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hissederim (ellerimi yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	0	1	2	3
43. İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkarım	0	1	2	3
44. Kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri “tam olması gereken biçimde” yapmak zorunda hissederim	0	1	2	3
45. Geceleri yatağa gittiğimde endişelenirim	0	1	2	3
46. Gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkarım	0	1	2	3
47. Kendimi huzursuz hissederim	0	1	2	3

Ayrılık anksiyetesi bozukluğu 5, 9, 17, 18, 33, 45, 46; sosyal anksiyete bozukluğu 4, 7, 8, 12, 20, 30, 32, 38, 43; obsesif kompulsif bozukluk 10, 16, 23, 31, 42, 44; panik bozukluk 3, 14, 24, 26, 28, 34, 36, 39, 41; yaygın anksiyete bozukluğu 1, 13, 22, 27, 35, 37; majör depresyon 2, 6, 11, 15, 19, 21, 25, 29, 40 ve 47’nci soruları içermektedir.

Ek Tablo 2 Çocukluk çağı kaygı bozuklukları öz bildirim ölçeği

	Doğru değil ya da nadiren doğru (0)	Bazen ya da kısmen doğru (1)	Çok doğru ya da çoğu kez doğru (2)
1. Korktuğum zaman nefes almakta zorlanırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Okulda başım ağrır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fazla tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ev dışında bir yerde uyduğumda korkarım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diğer insanların beni sevip sevmediğinden endişe (kaygı) duyarım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Korktuğumda bayılacak gibi hissederim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gerginim (huzursuzum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Annem ya da babamı nereye gitseler izlerim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. İnsanlar gergin (huzursuz) görüdüğümü söyler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken kendimi gergin (huzursuz) hissederim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Okulda iken karnım ağrır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Korktuğumda delirecekmiş gibi hissederim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Yalnız uyumaktan korkarım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Diğer çocuklar kadar iyi olup olmadığım beni endişelendirir (kaygılandırır)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Korktuğumda çevremdekileri gerçek değilmiş gibi hissederim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Anneme ve babama kötü şeylerin olduğu kabuslar görürüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Okula gitmek konusunda endişelenirim (kaygılanırım)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Korktuğumda kalbim hızlı çarpar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Titremelerim olur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar görürüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. İşlerin benim için yolunda gidip gitmeyeceği konusunda endişe (kaygı) duyarım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Korktuğumda çok terlerim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Endişeli (kaygılı) biriyim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hiç bir nedeni olmayan (sebepsiz) korkularım var	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Evde yalnız kalmaktan korkarım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Fazla tanımadığım insanlarla konuşmakta zorlanırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Korktuğum zaman boğulacakmış gibi hissederim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. İnsanlar çok fazla endişelendiğimi (kaygılandığımı) söyler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Sıkıntı (ya da panik) atakları geçireceğimden korkarım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Annemin ve babamın başına kötü bir şeyler gelmesinden korkarım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken çekingen (utangaç) olurum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Gelecekte neler olacağı konusunda endişelenirim (kaygılanırım)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Korktuğumda kusacakmış gibi hissederim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. İşleri ne kadar iyi yaptığım konusunda endişelenirim (kaygılanırım)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Okula gitmekten korkarım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Olmuş bitmiş şeyler için endişelenirim (kaygılanırım)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Korktuğumda başım döner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Diğer çocuklarla veya yetişkinlerle beraberken ve onlar beni izlerken bir şeyler yapmam gerektiğinde (sesli okumak, konuşmak, bir oyun oynamak) gergin (huzursuz) olurum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Bir partiye, eğlenceye (dansa) ya da fazla tanımadığım insanların olacağı herhangi bir yere gideceğim zaman gergin (huzursuz) olurum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Çekingen (utangaç) biriyim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Panik bozukluk 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34, 38; yaygın anksiyete bozukluğu 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35, 37; ayrılık anksiyetesi bozukluğu 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29, 31; sosyal anksiyete bozukluğu 3, 10, 26, 32, 39, 40, 41; okul reddi 2, 11, 17, 36'ncı soruları içermektedir.

Ek Tablo 3 Çocuklarda depresyon ölçeği

- A** 0. Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
1. Kendimi sık sık üzgün hissederim.
2. Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B** 0. İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
1. İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
2. İşlerim yolunda gidecek.
- C** 0. İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
1. İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
2. Herşeyi yanlış yaparım.
- D** 0. Birçok şeyden hoşlanırım.
1. Bazı şeylerden hoşlanırım.
2. Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E** 0. Her zaman kötü bir çocuğum.
1. Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
2. Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F** 0. Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
1. Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
2. Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.
- G** 0. Kendimden nefret ederim.
1. Kendimi beğenmem.
2. Kendimi beğenirim.
- H** 0. Bütün kötü şeyler benim hatam
1. Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
2. Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I** 0. Kendimi öldürmeyi düşünmem.
1. Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapamam.
2. Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ** 0. Her gün içimden ağlamak gelir.
1. Birçok günler içimden ağlamak gelir.
2. Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J** 0. Her şey her zaman beni sıkır.
1. Her şey sık sık beni sıkır.
2. Her şey arada sırada beni sıkır.
- K** 0. İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
1. Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
2. Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L** 0. Herhangi bir şey hakkında karar veremem.
1. Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
2. Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
- M** 0. Güzel / yakışıklı sayılırım.
1. Güzel / yakışıklı olmayan yanlarım var.
2. Çirkinim.
- N** 0. Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
1. Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
2. Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O** 0. Her gece uyumakta zorluk çekerim.
1. Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.

2. Oldukça iyi uyurum.
- Ö** 0. Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
1. Bir çok gün kendimi yorgun hissederim.
2. Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P** 0. Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
1. Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
2. Oldukça iyi yemek yerim.
- R** 0. Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
1. Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
2. Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S** 0. Kendimi yalnız hissetmem.
1. Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
2. Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş** 0. Okuldan hiç hoşlanmam.
1. Arada sırada okuldan hoşlanırım.
2. Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T** 0. Birçok arkadaşım var.
1. Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
2. Hiç arkadaşım yok.
- U** 0. Okul başarımlarım iyi.
1. Okul başarımlarım eskisi kadar iyi değil.
2. Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım.
- Ü** 0. Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
1. Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
2. Diğer çocuklar gibi iyiyim.
- V** 0. Kimse beni sevmez.
1. Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
2. Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y** 0. Bana söyleneni genellikle yaparım.
1. Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
2. Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z** 0. İnsanlarla iyi geçinirim.
1. İnsanlarla sık sık kavga ederim.
2. İnsanlarla her zaman kavga ederim.

Ölçekte kullanılan ters itemli başlıklar B, E, G, H, İ, J, L, N, O, P, Ş, Ü ve V seçenekleridir. Bunların puanları toplanırken 0 puan alanlar 2, 1 puan alanlar 1, 2 puan alanlar 0 olarak değerlendirilmiştir.

Ek Tablo 4 Çocuklarda anksiyete ve depresyon ölçeği yenilenmiş ebeveyn formu

	Asla	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. Çocuğum bazı konularda endişe/kaygı duyar	0	1	2	3
2. Çocuğum kendisini üzgün veya boşlukta hisseder	0	1	2	3
3. Çocuğumun bir sorunu olduğunda midesinde tuhaf bir his olur	0	1	2	3
4. Çocuğum bir işte başarısız olduğunu veya işi iyi yapmadığını düşündüğü zaman endişelenir/kaygılanır	0	1	2	3
5. Çocuğum evde yalnız kalmaktan korkar	0	1	2	3
6. Çocuğum hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyor	0	1	2	3
7. Çocuğum sınava gireceği zaman korkar/ endişelenir	0	1	2	3
8. Çocuğum birinin ona kızgın olduğunu düşündüğünde endişelenir	0	1	2	3
9. Çocuğumu ailesinden uzakta olmak endişelendirir	0	1	2	3
10. Çocuğumu aklındaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler rahatsız eder	0	1	2	3
11. Çocuğumun uyku sorunu var	0	1	2	3
12. Çocuğum okulda başarısız olacağından korkar/ endişelenir	0	1	2	3
13. Çocuğum aileden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenir	0	1	2	3
14. Çocuğum hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyormuş gibi hisseder	0	1	2	3
15. Çocuğumun iştah ile ilgili sorunları var	0	1	2	3
16. Çocuğum yaptığı şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığını tekrar tekrar kontrol eder (lambaların kapatıldığından, kapının kilitlendiğinden emin olmak)	0	1	2	3
17. Çocuğum kendi başına uyuması gerektiğinde bundan korkar	0	1	2	3
18. Çocuğum sabahları gergin veya endişeli hissettiğinden okula gitmek istemez	0	1	2	3
19. Çocuğumun hiçbir şey için enerjisi yok	0	1	2	3
20. Çocuğum aptalca görünmekten endişelenir	0	1	2	3
21. Çocuğum kendisini çok yorgun hisseder	0	1	2	3
22. Çocuğum başına kötü şeyler geleceğinden endişe eder	0	1	2	3
23. Çocuğum kötü ve saçma düşünceleri kafasından atamıyor	0	1	2	3
24. Çocuğum bir sorunu olduğunda kalbi çok hızlı atar	0	1	2	3
25. Çocuğum rahat bir şekilde düşünemez	0	1	2	3
26. Çocuğum hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hisseder	0	1	2	3
27. Çocuğum başına kötü bir şey geleceğinden endişe eder	0	1	2	3
28. Çocuğum bir sorunu olduğunda titrer	0	1	2	3
29. Çocuğum kendisini değersiz hisseder	0	1	2	3
30. Çocuğum yanlış yapmaktan kaygılanır/endişe eder	0	1	2	3
31. Çocuğum kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri (sayılar, kelimeler gibi) aklından geçirir	0	1	2	3
32. Çocuğumu diğer insanların onun hakkında ne düşündükleri endişelendirir	0	1	2	3
33. Çocuğum kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkar	0	1	2	3

34. Çocuğum hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyar	0	1	2	3
35. Çocuğum gelecek hakkında endişelenir	0	1	2	3
36. Çocuğum hiçbir nedeni yokken aniden başı döner ve bayılacak gibi olur	0	1	2	3
37. Çocuğum ölüm hakkında düşünür	0	1	2	3
38. Çocuğumu sınıfın önünde konuşma yapmak korkutur	0	1	2	3
39. Çocuğumun kalbi sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	0	1	2	3
40. Çocuğum hareket etmek istemiyor gibi hisseder	0	1	2	3
41. Çocuğum ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişe eder	0	1	2	3
42. Çocuğum aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hisseder (ellerini yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	0	1	2	3
43. Çocuğum İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkar	0	1	2	3
44. Çocuğum kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri “tam olması gereken biçimde” yapmak zorunda hisseder	0	1	2	3
45. Çocuğum geceleri yatağa gittiğinde endişelenir	0	1	2	3
46. Çocuğum gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkar	0	1	2	3
47. Çocuğum kendisini huzursuz hisseder	0	1	2	3

Ek Tablo 5 Çocukluk çağı kaygı bozuklukları öz bildirim ölçeği ebeveyn formu

	Doğru değil ya da nadiren doğru (0)	Bazen ya da kısmen doğru (1)	Çok doğru ya da çoğu kez doğru (2)
1. Çocuğum korktuğunda nefes almakta zorlanır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Çocuğumun okulda başı ağrır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Çocuğum ev dışında bir yerde uyuduğunda korkar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Çocuğum diğer insanların kendisini sevip sevmediğinden endişe (kaygı) duyar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Çocuğum korktuğunda bayılacak gibi hisseder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Çocuğum gergindir (huzursuzdur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Çocuğum nereye gitsem (sanki gölgem gibi) beni izler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. İnsanlar çocuğuma gergin (huzursuz) göründüğünü söyler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla birlikteyken kendini gergin (huzursuz) hisseder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Çocuğumun okulda karnı ağrır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Çocuğum korktuğunda delirecekmiş gibi hisseder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Çocuğum yalnız uyumaktan korkar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Çocuğum diğer çocuklar kadar iyi olup olmadığı konusunda endişelenir (kaygılanır)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Çocuğum korktuğunda çevresindekileri gerçek değilmiş gibi hisseder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Çocuğum anne ve babasına kötü şeylerin olduğu kabuslar görür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Çocuğum okula gitmek konusunda endişelenir (kaygılanır)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Çocuğum korktuğunda kalbi hızlı çarpar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Çocuğumda titremeler olur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Çocuğum kendisine kötü şeylerin olduğu kabuslar görür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Çocuğum işlerin kendisi için yolunda gidip gitmeyeceği konusunda endişe (kaygı) duyar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Çocuğum korktuğunda çok terler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Çocuğum endişeli (kaygılı) biridir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Çocuğumun hiç bir nedeni olmayan (sebepsiz) korkuları olur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Çocuğum evde yalnız kalmaktan korkar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla konuşmakta zorlanır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Çocuğum korktuğu zaman boğulacakmış gibi hisseder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. İnsanlar çocuğuma çok fazla endişelendiğini (kaygılandığını) söyler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Çocuğum ailesinden uzak olmaktan hoşlanmaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Çocuğum sıkıntı (ya da panik) atakları geçireceğinden korkar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Çocuğum anne ve babasının başına kötü bir şeyler gelmesinden korkar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla birlikteyken çekingen (utangaç) olur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Çocuğum gelecekte neler olacağı konusunda endişelendir (kaygılanır)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Çocuğum korktuğunda kusacakmış gibi hisseder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Çocuğum işleri ne kadar iyi yaptığı konusunda endişelenir (kaygılanır)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Çocuğum okula gitmekten korkar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Çocuğum olmuş bitmiş şeyler için endişelenir (kaygılanır)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Çocuğum korktuğunda başı döner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Çocuğum diğer çocuklarla veya yetişkinlerle beraberken ve onlar kendini izlerken bir şeyler yapması gerektiğinde (sesli okumak, konuşmak, bir oyun oynamak) gergin (huzursuz) olur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Çocuğum bir partiye, eğlenceye (dansa) ya da fazla tanımadığı insanların olacağı herhangi bir yere gideceği zaman gergin (huzursuz) olur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Çocuğum çekingen (utangaç) biridir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
