



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**RESİMLİ PSİKOSOSYAL VE DAVRANIŞ SORUNLARI
KONTROL LİSTESİ'NİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

ELİF ARDIÇ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yard. Doç. Dr. Gül ÜNSAL BARLAS

İSTANBUL-2013



REPUBLIC OF TURKEY
MARMARA UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

**VALIDATION AND SENSITIVITY PICTORIAL PEDIATRIC
SYMPTOM CHECKLIST**

ELIF ARDIC
MASTER THESIS

DEPARTMENT of PSYCHIATRY NURSING

SUPERVISOR
Asst. Prof. Dr. Gül ÜNSAL BARLAS

ISTANBUL-2013

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Psikiyatri Hemşireliği AD
Tez Sahibi : Elif ARDIÇ
Tez Başlığı : Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesinin Geçerlilik ve Güvenilirliği
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sınav Tarihi : 24.09.2013

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Yrd.Doç.Dr.Gül ÜNSAL BARLAS

Sınav Jüri Üyeleri

Prof.Dr.Şule ECEVİT ALPAR

Yrd.Doç.Dr. Serap BULDUK

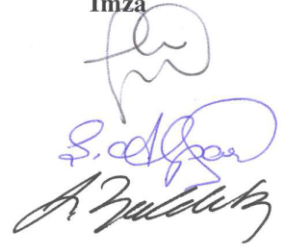
Kurumu

Marmara Üniversitesi

Marmara Üniversitesi

Düzce Üniversitesi

İmza



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 31./..10./2013 tarih ve 77 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Prof. Dr. İnci AZİCAN



BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

01.09.2013

Elif ARDIÇ

İmza

TEŞEKKÜRLER

Lisans ve Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgi ve desteğini esirgenemeyen sıcaklığı ve samimiyetine inandığım sevgili hocam Yard. Doç. Dr. Gül ÜNSAL'a,

Zorluklar karşısında karakterinden ödün vermeyen güçlü duruşuyla beni hep etkileyen, akademik ve sosyal her alanda yanımda olan, bu çalışmada benden çok emeği geçen değerli hocam, dostum, Yard. Doç. Dr. Serap BULDUK'a,

Sahip olduğun en kıymetli hazinem ☺ annem Meryem ARDIÇ, babam Numan ARDIÇ, bir tanecik yakışıklı kardeşim Engin ARDIÇ'a,

Her anlamda bana rehberlik eden, her daim yanımda olan, özellikle akademik alanda olgunlaşmama katkı sağlayan, çok çok sevdiğim dünyalar tatlısı hocam sayın Prof. Dr. Selma Doğan'a,

Dürüstlüğü ve cana yakınlığı ile özellikle öğrencilikte yanınızda bulundurulması gerekenler listenizin başını çeken hocam, arkadaşım, Arş. Gör. Dr. Özlem Can Gürkan'a,

Gülümsemesiyle insanın içini ısıtan Yard. Doç. Dr. Özlem Işıl'a,

“Yol arkadaşım” Filiz'ime,

Birlikte hayatı paylaştığım başta Ozzy olmak üzere, Efruz, Mehmet, İkcun, Uğur, Fadik, Ezgi ve Kemal'e,

Oda arkadaşım Çikocan ve Lulu'ya,

Çömezim Burci ve Barne'ye,

Ortağam Kürşat ve Başçavuş Basri'ye,

Kuzenlerim Jakabo ve Arzu'ya,

Çaki, Yeliz, Husingen, Reyyoş ve burada adını yazamadığım tüm sevdiklerim ve kıymetli hocalarıma benimle olduğunuz için teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
BEYAN	i
TEŞEKKÜRLER	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISATLMA ve SİMGE	v
ŞEKİL, RESİM ve TABLOLAR	vi
1.ÖZET	1
2.SUMMARY	2
3. GİRİŞ	3
3.1. Amaç ve Kapsam	6
3.2. Çalışmanın Çıkış Noktası	6
4. GENEL BİLGİLER	8
4.1. Ruh Sağlığı ve Önemi	8
4.2. Çocuk ve Ergenlerde Ruh Sağlığı ve Önemi	11
4.3. Ruh Sağlığı ve Hemşirelik	16
5.GEREÇ VE YÖNTEM	19
5.1.Araştırmanın Türü	19
5.2. Evren ve Örneklem	19
5.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	20
5.4. Verilerin Toplanması	20
5.4.1. Bilgi Formu	20
5.4.2. Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi (PPSC)	21
5.4.3. Ön Uygulama	22
5.5. Verilerin İstatistiksel Analizi	22
5.6. Etik Konular	22

6. BULGULAR	
6.1. Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular	24
6.2 Ebeveynlerin PPSC Maddelerine Verdikleri Yanıtlarının Dağılımı	26
6 .3. PPSC Geçerlilik ve Güvenirliği ile İlgili Bulgular	28
6.3.1. Türkçe Eşdeğerliği	28
6.3.2. Yapı Geçerliliği	29
6.3.3. Eşdeğer Yarılar Analizi	31
6.3.4. İç Tutarlılığı	32
6. 4. Sosyo-Demografik Özellikler ile PPSC Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
6.4.1. Resimli Psikososyal Davranış Sorunları ve Kontrol Listesi'nden Alınan Puanların Kesme Noktasına Göre Değerlendirilmesi	35
7. TARTIŞMA ve SONUÇ	36
8. KAYNAKLAR	43
9. EKLER	48
10.ÖZGEÇMİŞ	59

KISALTMALAR

PPSC: Pictorial Pediatric Symptom Checklist

PSC: Pediatric Symptom Checklist

ÇERS: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı

URSEP: Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı

WHO: World Health Organization

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

: Madde

ŞEKİL, RESİM ve TABLOLAR

- Tablo 1.** Yaş dönemlerine göre çocuk-ergenlerde en sık görülen belirtiler
- Tablo 2.** Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı
- Tablo 3.** Çocukların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bulguların dağılımı
- Tablo 4.** Ebeveynlerin PPSC maddelerine verdikleri yanıtlarının dağılımı
- Tablo 5.** PPSC'nin rotasyonlu faktör analizi ile ilgili bulguların dağılımı
- Tablo 6.** PPSC'nin madde toplam puan korelasyonları dağılımı ve iç tutarlığı
- Tablo 7.** Sosyo-demografik özellikler ile PPSC puan ortalamalarının karşılaştırılması
- Tablo 8.** Resimli Psikososyal Davranış Sorunları ve Kontrol Listesi'nden alınan puanların kesme noktasına göre sorunlu çocukların dağılımı
- Şekil 1:** Türkçe PPSC'nin faktöriyel yapısının Filipin ve Orjinal versiyonu ile karşılaştırılması

1.ÖZET

Bu çalışma, Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi'nin (Pictorial Pediatric Symptom Checklist - PPSC) Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliğinin sınanması amacıyla metodolojik olarak yapılmıştır. Resimli Psikososyal Davranış Sorunları Kontrol Listesi'nin Türkçe'ye uyarlanması ile riskli çocukların erken dönemde tanınması, ayrıntılı tanı ve tedavi için ailelerin ve çocukların gerekli sağlık kuruluşlarına zamanında yönlendirilebilmesi, ülke genelinde yapılacak olan çalışmaların daha kolay, ucuz ve etkin şekilde yapılabilmesinin sağlanacağı düşünülmüştür. Çalışma İstanbul ilinde iki ayrı ilköğretim okulunda öğrenim gören, 6-16 yaş grubu çocuğun 2613 ebeveynine uygulanmış ve çalışmaya alınma kriterlerine uyan 799 ebeveyn ile tamamlanmıştır. Çalışma sonucunda Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) % 92.2 bulunmuştur. Eşdeğer yarılar analizine göre ölçeği bir yarisına ve tamamına ait güvenilirlik düzeyi yeterli düzeydedir (sırasıyla; $r=0.751$ ve $r=0.858$). Madde-toplam korelasyonları içinde sadece bir maddenin korelasyonu (#20) 0.30'un altında bulunmuştur. PPSC'nin Cronbach alpha iç tutarlılığı 0.89 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin faktör analizi, ölçekten çıkartılan bir madde olmak üzere toplamda 34 maddeye uygulanmıştır. Faktör analizi sonucu dört faktörlü bir yapı ortaya çıkarılmıştır. Maddelerin faktör yük değerleri 0.33 – 0.72 arasında değişmiştir. Dört faktörlü yapının açıkladığı varyans % 37.63'dür. Sonuçlar, Türkçe PPSC'nin çocuklarda psikososyal ve davranışsal sorunları inceleme fırsatı veren geçerli ve güvenilir bir tarama aracı olduğunu göstermiştir.

Anahtar Sözcükler: Çocuk ve ergen ruh sağlığı, epidemiyoloji, geçerlilik ve güvenilirlik, PSC, Türkiye

2. SUMMARY

Validation and Sensitivity Pictorial Pediatric Checklist

This study was carried out methodologically in order to report translation and adaptation of the Pictorial Pediatric Symptom Checklist (PPSC) from English into Turkish and estimates of validity and reliability of the Turkish version. The study assumed that translating the Pictorial Pediatric Symptom Checklist into Turkish could help early diagnosis of children at risk, refer families and children to the relevant medical institutions in time for detailed diagnosis and treatment, and launch nationwide campaigns in a more easy, inexpensive and efficient way. The study included 2613 parents of children aged 6-16 at two primary schools in Istanbul, Turkey but the study enrolled 799 parents who met the eligibility criteria. The Content Validity Index was found to be 92.2%. According to the split half analysis, the reliability levels were sufficient for one of the halves and for the whole scale ($r=0.751$ and $r=0.858$ respectively). Among the item-total correlations, the correlation of only one of the items (#20) was found to be below 0.30. The Cronbach's alpha internal consistency of the PPSC was found as 0.89. One of the items was excluded from the scale, so the factor analysis was conducted with a total of 34 items. As a result of the factor analysis, a four-factor construct was created. The factor load values of the items varied between 0.33 and 0.72. The variance that the four-factor construct accounted for was 37.63%. The results showed that the Turkish version of the PPSC was a valid and reliable screening instrument for examining psychosocial and behavioral disorders in children.

Keywords: Childhood and adolescence mental health, epidemiology, validity and reliability, PPSC, Turkey

3.GİRİŞ

Günümüzde ruh sağlığı genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir. Ruh sağlığı ile ilgili sorunlar sık görülmeleri, yeti kaybı ile sonuçlanabilmeleri ve ekonomik kayıplara neden olabilmeleri nedeniyle toplumsal açıdan büyük bir öneme sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre küresel düzeyde hastalık yükünün %12.3'ünü ruh sağlığı ile ilgili sorunlar oluşturmaktadır (World Health Organization 2001). Türkiye'de ise saha araştırmasında ruh sağlığı bozukluklarının yaygınlığının % 20 dolayında olduğuna işaret edilmektedir (Ocak ve Özdemir 2004).

Çocukluk dönemi önemli gelişimsel dönemlerden biridir. Çocukların sağlığı ile ilgili göstergeler içinde fiziksel sağlıkları kadar mental sağlıkları da önemlidir. Ruhsal bozuklukların çoğunun gençlik döneminde başladığı (12-24 yaş) belirtilmektedir (Patel, Flisher, Hetricks and McGorry 2007). Epidemiyolojik çalışmalarda çocuk psikiyatrik bozukluklarının prevalansının yaklaşık %14 olduğu (Waddell, Offord, Shepherd and Hua 2002); çocukluk ve ergenlik döneminde herhangi bir ruhsal bozukluğa sahip olma oranının İngiltere'de %9.5, Brezilya'da %12.7 ve Almanya'da %14.5 olarak bulunduğu bildirilmektedir (Ravens-Sieberer, Wille, Erhart and Bettege 2008). Dünyada çocuklukta psikososyal sorunlarla ilgili çalışmalar olmasına rağmen ülkemizde sınırlıdır. Ülkemizde özellikle 6-15 yaş grubu çocuklarda dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve depresif bozuklukların sık görülen durumlar olduğu belirtilmiştir. Baysal, Özmen, Parman, Sahi, Bulut ve Gökçay'ın (2004) çalışmasında, ilkokul çağındaki çocukların %9-22'sinde, yeni yürümeye başlayan çocukların ise %12'sinde duygusal ve davranışsal sorunların görüldüğünü belirtmiştir.

Ruhsal hastalıklar, ailenin ve çocuğun kendi yaşamını tüm yönleriyle etkiler. Bu nedenle psikososyal sorunların erken tanı ve tedavisi, çocuk ve ailesi için önemlidir (Leiner, Balcazar and Straus 2007, Patel, Flisher, Hetricks and McGorry 2007, Erdoğan ve Öztürk 2011).

Çocuk ve ergenlerde tedavi edilmeyen ruhsal hastalıkların, yaşamın ileri dönemlerinde daha şiddetli ve tedaviye dirençli ruhsal hastalıkların gelişimine yol açtığı ve okul başarısızlığı, okulu terk etme, erken evlilikler ve gebelikler gibi kişisel, toplumsal ve ekonomik bedelleri vardır. Önleme çabalarının yanı sıra ruhsal hastalıkların erken dönemde belirlenmesi ve tedavisi ile bu bedeller önemli oranda azaltılabilir (Patel et all 2007, Leiner, Piertas,Perez and Jimenez 2010, Öztürk ve ark 2011).

Yetişkinlerdeki ruhsal bozuklukların genellikle çocukluk dönemi karşılıkları bulunmaktadır. Kim-Cohen, Caspi, Terric, Moffit, Harrington ve Poulton (2003)' Yeni Zelanda'da yaptıkları çalışmada, erişkinlikteki anksiyete ve şizofreniform gibi bozuklukların çocuklukta bozukluklarla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, Kim-Cohen ve ark. (2003) tüm erişkin bozukluklarının %25-60'ında yıkıcı davranış bozuklukları öyküsü olduğu belirtmiştir.

Var olan birçok literatürde, pediatrik ortamda rutin kullanım için sistematik davranışsal taramalarının uygulanması gerektiği belirtilmiştir. Bununla birlikte bazı tartışmalarda ne zaman ve nasıl olması gerektiği ve en uygun aracın ne olacağı konusunda farklı görüşler bulunmaktadır (Jellinek, Gardner, Childs, Kelleher, Pagana, Mclenery, Wasserman, Nutting and Chiapetta 1999, Leiner et all 2010). Ülkemizde çocuk ruh sağlığı alanında kamusal politika ve programların yokluğu, koruyucu ve tedavi edici hizmetlere yönelik kaynak yetersizliği, çocuk ruh sağlığı alanında eğitilmiş sağlık çalışanlarının yetersizliği ve sağlık çalışanlarının hizmeti verme yeterlilik ve motivasyonundaki eksiklikler çocuk ruh sağlığı hizmetlerini olumsuz etkilemektedir (Atlas: Child and Adolescent Mental Health Resources 2005, Yanık 2007). Konu ile ilgili yukarıda söz edilen durumların dışında ailelerin kültürel, eğitimsel veya okur-yazarlık düzeylerinin farklı olması çocukların psikososyal yönden taranmasına yönelik aracın seçimi ile ilgili önemli noktalardan birini oluşturmaktadır (Jellinek et all 1999, Jutte, Burgos, Mendoza, Ford, Huffman 2003, Canceko-Llego, Castillo-Carangad ve Reyes'in 2009, Leiner et all 2010).

Davranışsal sorunların tanınmasında, ücretsiz ve puanlama için hiçbir profesyonel uzmanlık gerektirmeden kullanılan birkaç tarama testi mevcuttur.

Bunlardan biri de bilişsel, duygusal ve davranışsal sorunların tanınmasını kolaylaştırmak için kullanılan Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi (PSC)'dir. Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi, Amerika ve diğer ülkelerde, farklı pediatrik popülasyonlar da psikososyal ve davranışsal sorunların belirlenmesinde tutarlı bir araç olarak kullanılmaktadır (Jellinek et all 1999, Simonian and Tarnoski 2001, Leiner ve ark. 2007, Kostanecka, Power, Clarke, Watkins, Hausman, Blumm 2008). PSC'ye orijinal içeriğini bozmadan, her bir soru için resimler eklenmiştir. Böylece ailelerin dikkatini çekerek ve soru formunu görsel açıdan daha çekici hale getirerek kullanıcı dostu bir özellik kazandırmışlardır. Yapılan bu çalışma ile koordineli bir biçimde resimler haritalanmış, ayrı ayrı sözel ve görsel açıklamalar eklenerek problem çözümünde yaratıcılığı daha artırıcı bir etki sağlayacağı düşünülen PPSC geliştirilmiştir. Benzer şekilde Canceko ve ark.nın (2009) Filipin toplumu üzerinde yatığı PPSC'nin geçerlilik güvenilirlik çalışmasında da, katılımcılar PPSC'nin resimler sayesinde "anlaşılması kolay, ilginç ve ilgi çekici bir tarama aracı" olduğunu ifade etmişlerdir. . Bununla birlikte Türk toplumuna uyarlanmış, psikososyal sorunu olan çocukları keşfeden kısa ve geçerli bir tarama aracı olarak Erdoğan ve ark. (2011) çalışması ile literatüre kazandırılan PSC'den başka bir araç bulunmamaktadır.

Türkiye'de duygusal ve davranışsal sorunların erken dönemde tanınması büyük bir ihtiyaç olduğu gerçeğinden hareketle bu çalışmanın lüteratüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu kapsamda bu çalışmanın temel amacı, özellikle düşük gelirli Türk çocuklarında, psikososyal sorunların erken dönemde tanınabilmesi için PPSC'yi Türk toplumuna uyarlayarak, yararlı olmasını sağlamaktır. Resimli Psikososyal Davranış Sorunları Kontrol Listesi'nin tanı aracının, çocuk ve gençlerin nüfusun yaklaşık %35'ini oluşturduğu ülkemize kazandırılmasıyla, Çocuk Ergen Ruh Sağlığı (ÇERS) koruyucu hizmetlerinin organizasyonuna ciddi oranda katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

3.1. Amaç ve Kapsam

Bu çalışmada amaç:

1.Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi'nin İngilizce aslı ile anlam, kavram, kapsam, ölçüt, uygulama, madde ve ölçüm eşdeğerlilikleri sağlanarak, çocuk ve ergenlerdeki psikososyal sorunların erken dönemde tanımlanabilmesi için Türk toplumuna uyarlamaktır.

2.Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi'nin Türkçe uyarlamasının geçerliliğinin sınanmasıdır.

3.2. Çalışmanın Çıkış Noktası

1.Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi'nin Türkçe'ye uyarlanması ile ülke genelinde planlanacak çalışmaların çok daha kolay, ucuz ve etkin şekilde yapılmasının yolunun açılması planlanmıştır. Böylece ülkemizde bu alandaki ciddi bir eksiklik giderilerek çocuk ergen ruh sağlığı uygulamalarının etkinleştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

2.Üç farklı dilde çevirisi bulunan PPSC'nin, (İngilizce, İspanyolca, Filipince) Türkçe versiyonunun, bilimsel amaçlı çalışmalara nicelik ve niteliksel olarak önemli katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

3.Halk sağlığı hemşireliği çalışma alanlarından biri olan okullarda riskli olan çocukların erken dönemde tanınması ile ailelerin, öğretmenlerin ve okul yönetiminin bu konudan haberdar edilmesi, ayrıntılı tanı ve tedavi için ailelerin ve çocukların gerekli sağlık kuruluşlarına zamanında sevk edilmeleri ve hemşirelerin ruh sağlığı taramalarını bilimsel bir temele dayandırarak yapmasına olanak sağlaması açısından, etkin bir yöntem olacağı düşünülmüştür.

4.Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi'nin, klinisyen olmayan yardımcı personel tarafından uygulanabilmesi (okullarda rehber öğretmenler) gibi avantajları nedeniyle günlük klinik kullanımda sağlık personeline önemli katkı sağlayabileceğine inanılmaktadır.

5. Psikososyal sorunların erken dönemde tanınması ile oluşabilecek kalıcı sorunların önceden önlenmesi, çocukların okul başarılarının artması, tedavi maliyetlerinin azaltılması konusunda da yararlı olacağı düşünülmektedir.

6. İlköğretim dönemi 6 ile 15 yaş arasındaki süreci ifade eder ve ilk çocukluktan ergenliğin ilk yaşlarını da içine almaktadır. Temel eğitim olarak adlandırılan bu dönemde, öğrencilerin sağlıklı bir kişilik kazanabilmesi ve gelişimsel görevlerini başarılı bir biçimde yerine getirebilmesi için aile başta olmak üzere gelişimsel olarak diğer risk faktörlerinin ele alınması gerekir. İlköğretim ikinci kademesinin (6. 7. ve 8. sınıf) ergenliğin ilk yıllarını kapsamaması ve öğrenciler için geçiş dönemi olması nedeniyle diğer dönemlerden farklı olarak kendine özgü özellikleri ile ele alınmasının bu dönemin sorunlarının daha iyi anlaşılmasını sağlayacağı düşünülmektedir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1.Ruh Sağlığı ve Önemi

Geçmiş dönemlerde ve geleneksel anlayışta, sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Tanımın böyle yapılması, hastalık kavramını ön plana çıkarmış, kişilerin /toplumların sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiş ve belirli semptomları ya da sakatlığı olmayan herkes sağlıklı olarak kabul edilmiştir (Akdur, Çöl, Işık, İdil, Durmuşoğlu ve Tunçbilek 1998). Günümüzde ise sağlık, insanın fiziksel, sosyal, duygusal ve manevi durum gibi yaşamının bütün boyutlarıyla ilgili bir kavram olarak düşünülmekte, “Biyomedikal” olarak adlandırabileceğimiz eski yaklaşımın yerini insanı bedeni, ruhu, inançları ve çevresiyle birlikte değerlendiren biyopsikososyal” ve hasta merkezli yaklaşım almıştır. “Hastalık yoktur, hasta vardır” prensibini de benimseyen modern tıbbi anlayışta artık hastalıkları tedavi etmek değil, bireyin ihtiyaçlarını göz önüne alarak gerekli bakımı vermek esas olmuştur (Aktürk 2010).

Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre “sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Birey, maddi varlığının ötesinde görünmeyen yönleri ve ruhuyla da bir bütünü ifade etmektedir. Birey, duygu, düşünce ve davranışlarıyla kendine özgü bir varlık olmakla birlikte, çevresinden bağımsız değildir. Başta ailesi olmak üzere yaşadığı toplum ve dünyada meydana gelen olaylar, bireyin hayatını kuşatmakta ve onu olumlu ya da olumsuz şekilde etkilemektedir (<http://www.who.int>, Erişim tarihi; 27 Şubat 2013).

Dünya Sağlık Örgütü’ nün tanımından yola çıkılarak, sağlıklı olmanın en önemli parametrelerinden biri ruh sağlığıdır. Ruh sağlığı, bireysel ve toplumsal yönden sağlıklı olmanın en önemli koşuludur ve ruhsal hastalığın olmamasından daha öte bir anlam taşımaktadır. Ancak ruh sağlığının insan yaşamındaki önemi, uzun yıllar hep göz ardı edilmiştir. İnsanlar sağlıklı olmayı, daha çok bedenen sağlıklı olmak olarak anlamakta ve ancak bedensel sağlıklarında bir bozukluk olduğunu düşündüklerinde

doktora gitmektedirler. Ruhsal bozukluk denildiğinde ise sadece “delilik” ve “akıl hastalığı” gibi kavramlar anlaşılmaktadır. Her iki kavram da “damgalanmak” olarak anlaşıldığı için insanların korktuğu ve çekindiği konulardır. Bedenen sağlıklı olmak, sağlığın yalnızca bir boyutudur. Ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı olmak ise birbiriyle sıkı sıkıya bağlı ve beden sağlığın da etkileyen kavramlardır. Ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı olmak, hastalık kavramını aşan, bireyin kendisi, ailesi, çevresi, işi ve toplumla ilişkilerini belirleyen, insan yaşamının temel boyutu olarak değerlendirilebilir (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023), Sağlık Bakanlığı 2011).

Ruh sağlığı olgusuna yaklaşım, toplumlara ve kültürlere göre değişkenlik göstermesine karşın, ruhsal yönden sağlıklı olma durumu kişinin, kendi kendisiyle ve çevresiyle dinamik bir denge ve uyum içinde olmasını gerektirir (Öztürk 2008). Başka bir tanıma göre de ruhsal yönden sağlıklı olmak; bireyin kendi yeterliliklerinin farkında olduğu, günlük yaşamın zorlukları ile basa çıkabildiği, üretken bir şekilde çalışabildiği ve topluma katkı verebildiği bir durumu ifade etmektedir (Buldukoğlu 1996).

Ruh sağlığı genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmesi, ruh sağlığı ile ilgili sorunların sık görülmesi, yeti kaybı ile sonuçlanabilmeleri ve ekonomik kayıplara neden olabilmeleri nedeniyle toplumsal açıdan büyük bir öneme sahiptir. 1990 yılında İngiltere’de yapılan bir çalışmada, hastalık nedeni ile işe gidilemeyen günlerin % 17’sinin ruhsal nedenlerden kaynaklandığı saptanmıştır. DSÖ’ne göre küresel düzeyde hastalık yükünün % 12.3’ünün ruh sağlığı ile ilgili sorunlar oluşturmaktadır. DSÖ 1998 verilerine göre, dünyada tüm hastalıklar içinde psikiyatrik ve nörolojik hastalıklar %10.5 iken, bu rakamın 2020 yılında %15 olması beklenmektedir (Ulaş 2008).

Türkiye’de de ruhsal bozukluklar, dünyadakine paralel bir seyir izlemektedir. Türkiye’de de saha araştırmaları ruh sağlığı bozukluklarının yaygınlığının % 20 dolayında olduğuna işaret etmektedir (Ocaktan ve ark 2004). Bugün ülkemizde 500 binden fazla ağır derecede, en az 6-7 milyon da tedavi gerektiren, orta ve hafif şiddette ruhsal bozukluk tanısı alabilecek birey olduğu tahmin edilmektedir (URSEP

2011). Bununla birlikte bu konuda yapılan çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Oysa ruh sağlığı alanında da diğer sağlık hizmetlerinde olduğu gibi toplumun sağlık düzeyinin korunmasında ve geliştirilmesinde koruyucu ruh sağlığı çalışmalarının, erken teşhis ve tedavinin büyük önemi bulunmaktadır (Çetinkuş 2011).

4.2. Çocuk ve Ergenlerde Ruh Sağlığı ve Önemi

Çocukların bedensel sağlıklarının yanı sıra ruh sağlıklarının da normal sınırlar içinde bulunması gelecekte sağlıklı bir toplumun oluşması anlamına gelir. Ruh sağlığı yerinde olan bu kişilerin toplumda eğitimci ve yönetici kadrolarında çalışarak ülkeyi daha iyi yarınlara götürmeleri mümkün olabilir. Ruh sağlığı normal olarak büyüyen çocuklar, anne-baba olduklarında yine “normal” diye tanımladığımız sınırlarda çocuklar yetiştirebilir. Çocukluk döneminde bireyin içinde bulunduğu olumsuz çevre koşulları, geçirilen olumsuz yaşantılar, ruhsal çatışmalar ruhsal yapının bozulmasına neden olarak olumsuz kişilik yapılarını ortaya çıkarır. Bu kişiler tüm yaşamları boyunca kendi iç dünyaları ve çevresiyle çatışma içinde olduklarından toplumun değer yargılarına ve ahlak kurallarına ters düşen davranışlarda bulunurlar. İyi bir sosyal çevrede olumlu yaşantılar kazanarak yetişen bir bireyin ise düşünce ve duygular ile davranışları arasında bir uyum vardır. Dengeli olması onun dayanma gücü ve esnekliğini artırır ve zor dönemlerden en az yara alarak çıkar (M.E.B 2011).

Çocuklukta 0-6 yaş döneminin kişiliğinin temelini oluşturan ilk ruhsal yapının oluştuğu özel bir dönem olduğu bilinmektedir. Çocuk bu dönemden sonra ilk yaşantılarıyla birleştirip ruhsal yapısını tamamlayarak yaşamını sürdürür. Çocuğun kendi başına bir fert olduğunu hissedip ilk izlenim ve yaşantılarını kazandıracak ana-baba, daha sonra ailenin diğer bireyleridir. Günümüzde yapılan araştırmalar göstermiştir ki, çocukla onu yetiştiren arasındaki ilişkinin çocuğun gelişiminde rolü büyüktür. Çocuğun anne-baba ile sağlıklı ilişkiler içinde geçireceği ilk yıllar, onun geleceğinin en önemli güvencesidir. Başta anne olmak üzere diğer aile bireyleri, olumlu ya da olumsuz etkileriyle çocuğu gelecekte yaşamını sürdürmeye aday olarak hazırlamakta ya da onun gelecekteki mutluluğunun veya mutsuzluğun temellerini atmaktadır (Kılıç 2009, Milli Eğitim Bakanlığı 2011).

Çocuk psikiyatrisindeki birçok bozukluğun biyolojik ve psiko-sosyal faktörlerin kombine etkileriyle oluştuğu bilinmektedir. Psikopatolojinin aileden çocuğa geçişinde hem çevre hem de genetik faktörler etkilidir. Boşanmış aile, evlilikte anlaşmazlık, ailesel işlevselliğin bozuk olması, ailede depresyon gibi çevresel etkiler ve çocuklukta ruhsal bozukluk gelişimi arasında güçlü bir bağlantı olduğu ileri

sürülmektedir (Crachetti, Rodosch and Toth 1998). Ayrıca düşük sosyoekonomik durumun duygusal ve davranışsal sorunların ortaya çıkması için risk oluşturduğu bilinmektedir (Offord, Kaiz and Howard 1996). Stres dolu yaşam olayları, çocukların kötü muamele görmeye çocuk psikiyatrik bozukluklarıyla ilişkilidir (Garrison, Waller and Cuffe 1997). Bu doğrultuda, anne-baba, öğretmen, çocuk ve ergenin verdiği bilgilerle çocuğun değişik ortamlarda (ev, okul, oyun) değerlendirilmesi gereklidir. Çocuğun davranışları erişkinlere kıyasla daha sık değişiklik gösterir ve çocuklar çevresel etkenlerden daha fazla etkilenirler. Bu nedenle edinilen bilgiler gözlemlere ve anne-baba, çocuğun bildirimine dayandırılmalıdır (Öztürk 2008).

Dünya Sağlık Örgütü 10–19 yaş grubunu adölesan, 15-24 yaş grubunu ise gençlik dönemi olarak tanımlamaktadır (<http://www.who.int>, Erişim tarihi; 25 Ocak 2013). Erişkinler için geçerli olan ruh sağlığı tanımı, genellikle çocuklar içinde geçerlidir. Çocuk ve ergenler için ruhsal sağlık, ideal psikolojik sağlık ve işleve sahip olma ve bunu sürdürme kapasitesi olarak tanımlanabilir. Bu yaşlarda görülebilecek ruhsal bozukluklar normal psikolojik gelişimi aksatarak çocuk ve gençlerin ideal işlevselliklerine erişmesini engelleyebilir (<http://www.who.int>, Erişim tarihi: 23 Aralık 2012).

Çocuklardaki psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı yaşla artar. Okul öncesi, ergenlik öncesi ve ergenlerde ortalama psikiyatrik hastalıkların oranları sırasıyla %10.2, %13.2, %16.5'dir (Zahn –walker, Klimes-Dougan, Slattery 2000). Cinsiyet farklılıkları dikkate alındığında, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yıkıcı davranış bozuklukları gibi dışsal nedenler erkeklerde daha fazlayken depresyon, anksiyete bozuklukları gibi içsel problemler kızlarda daha fazladır (Roberts RE et all, 1998). Kronik sağlık sorunu olan çocuklar eğer hastalıkları bedensel yetersizliğe sebep olmuşsa psikiyatrik bozukluk ve sosyal sorunların oranı kronik hastalığı olmayan yaşlıtlarına göre üç kat fazladır (Cadman, Boyle, Szatmani and Orrord 1987).

Dünya Sağlık Örgütü 2020 yılında çocukluk çağı nöropsikiyatrik hastalıklarının dünya çapındaki gençler arasında en sık beş hastalık (*morbidity*), ölüm (*mortality*) ve engellilik (*disability*) nedeni arasında yer alacak şekilde artacağını öngörmektedir (Edelsohn and Gomez 2006). Oysa çocukluktaki ruhsal bozukluklara zamanında

müdahale ile erişkin yaşamdaki risklerin azaltılabileceği vurgulanmaktadır (Hazell 2007). Bu bakımdan erken dönemde ruhsal hastalıkların tanınması, değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi büyük önem taşımaktadır. Ruh sağlığı kliniklerine olan talep (*demand*) düzeyini, nüfus yoğunluğu, kültürel normlar, yardım arama ile ilişkili stigmatizasyonun derecesi, ruh sağlığı sorunları prevalansındaki dalgalanmalar ve kliniklerin bozukluğu tanımlama yeterliliğindeki farklılıklar gibi pek çok karmaşık etken tarafından belirlenmektedir. Nitekim Ruh sağlığı hizmetleri ve ilişkili birimlerden ruhsal yardım talebinin giderek arttığı da bildirilmektedir. Yanı sıra ÇERS kliniklerine hasta yönlendirilme oranları da giderek artmaktadır (Brown, Parker and Goddind 2002).

Yetişkinlerdeki ruhsal bozuklukların öncesinde genellikle çocukluk karşılıkları bulunmaktadır. Kim-Cohen ve ark.nın (2003) Yeni Zelanda'da yaptığı ileriye yönelik kohort çalışmasında erişkin anksiyetesinin çoğunlukla çocuklukta anksiyeteyi izlediği, bununla birlikte erişkindeki anksiyete ve şizofreniform bozuklukların çocuklukta çok geniş bir yelpazeden bozukluklarla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, tüm erişkin bozukluklarının %25-60'ında yıkıcı davranış bozuklukları öyküsü olduğu belirtilmiştir. Bir grup erkek ergen arasında ruhsal olayları katılımcılar 14, 19 ve 48 yaşlarındayken inceleyen bir boylamsal çalışmada 14 yaşındaki psikolojik durumun etkisini 48 yaşındayken de gösterdiğini belirlenmiştir. Örneğin, 14 yaşındayken hayattan zevk alamayan, üzüntülü kişilerin 19 yaşındayken kendilerini sevmedikleri bulunmuştur. Bu kişiler 48 yaşındayken ağlama, kendini suçlama ve değersiz görme ve kendi canına kıymayı düşünme gibi ruhsal sorunlar yaşadıkları tespit edilmiştir (Offer, Kaiz, Howard and Bennet (1998).

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, psikiyatrik bozuklukların bu yaş grubunun yaklaşık %9 ile %21 gibi önemli bir oranını etkilediğini ortaya koymaktadır Bu bozuklukların tespit edilebilmesi, tedavi edilmesi ve önlenmesi bu yaş grubundaki mevcut sıkıntıların ortadan kaldırılması kadar erişkin yaşamındaki işlevselliğin artırılması ve sorunların ileride tekrarlanmasının önlenmesi açısından da önemlidir (Robert, Attkisson and Rosenblatt 1998).

Genç bireylerdeki ruhsal sağlığın kötü olması düşük eğitim kazanımları, madde kullanımı, şiddet ve kötü üreme ve cinsel sağlık başta olmak üzere başka sağlık ve gelişim sorunlarıyla yakından ilişkilidir (Patel et al 2007). Ruhsal bozukluklar en çok, toplumun en üretken kesimini oluşturan genç yetişkinlere yük getirir. Çocuk ve ergenlerin ruhsal açıdan sağlıklı olması, ruhsal sağlık açısından var olan risk faktörlerinin bilinmesi ve önlenmesi toplum sağlığı açısından önemlidir (Fidan 2011).

Fidan (2011) çocuk ve ergenlerde yaş dönemlerine göre en sık görülen aşağıdaki gibi sınıflandırmıştır (Tablo 1).

Tablo 1: Yaş dönemlerine göre çocuk-ergenlerde en sık görülen belirtiler;

0-6 yaş	6-11yaş	11-15 yaş	15 yaş üstü
Konuşma Bozukluğu	Okul başarısızlığı	Okul başarısızlığı	Özkıyım girişimi
Yaramazlık-Söz dinlememe	İdrar kaçırma	Sıkıntı	Mutsuzluk-
Aşırı hareketlilik	Kaka kaçırma	Mutsuzluk-	Ağlama
Zarar verici davranışlar	İçe kapanıklık	Ağlama	Adli vaka
Uyku bozukluğu	Yaramazlık-Söz dinlememe	Sinirlilik	Sinirlilik
Kardeş kıskançlığı	Sinirlilik	Adli vaka	Okul başarısızlığı
İletişim sorunu	Aşırı hareketlilik	Korku	İçe kapanık olma
Kekemelik	Dikkat eksikliği	Ağrı	Uyku Bozukluğu
İdrar kaçırma	Korku, Sıkıntı		Sıkıntı
Anne-babaya bağımlılık	Mutsuzluk-Ağlama		Saç-kaş koparma
	Uyku bozukluğu		

Kaynak: Fidan TY. (2011). Bir Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Çocuk ve Ergenlerin Ruhsal Belirtileri ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*;3(1):1-8.

Çocuk ve ergenlerde tedavi edilmeyen ruhsal hastalıklar, yaşamın ileri dönemlerinde daha şiddetli ve tedaviye dirençli ruhsal hastalıkların gelişimine yol açmakta ve okul başarısızlığı, erken gebelikler ve erken evlilikler gibi önemli sorunları da beraberinde getirmektedir. Tüm bunların kişisel, toplumsal ve ekonomik bedelleri vardır. Önleme çabalarının yanı sıra ruhsal hastalıkların erken tedavisi de bu bedelleri önemli oranda azaltabilir. Ancak, herhangi bir tedavinin etkili olabilmesi için, ilk önce başlatılması ve sonra da sürdürülmesi gerekmektedir (Sherman, Barnum, Buhman-Wiggs and Nyberg 2009). Çocuk ruh sağlığında karşılanamayan gereksinim önemli bir sorundur. Erken tedavinin yetişkinlikte sorunların sürmesini önleyebilmesine karşın, ruhsal sağlık hizmetine gereksinimi olan psikiyatrik

bozukluklu pek çok çocuk ve genç psikiyatrik yardım alamamaktadır. Birincil ruh sağlığı hizmetlerine erişememe sonucunda krizler önlenememekte ve sonuç olarak acil servislere başvuru gerekebilmektedir. Acil servise yapılan çocuk psikiyatrisi başvurularının arttığı ve bu artışın intihar ya da psikoz gibi acillerden çok, yaşamı tehdit etmeyen sorunlarla ilişkili olduğu bildirilmektedir (Edelsohn 2006).

Türkiye’de çocuklardaki ruhsal bozukluk oranı %11.3 iken, ruhsal sorunların tedavisi için sağlık birimlerine başvuru oranı ise sadece %0.2 civarında bildirilmiştir (Erol, Şimşek, Kılıç, Ulusoy, Keçeci 1998). Bu durumda 230 civarında olduğu bildirilen (Çetin 2008) çocuk psikiyatrisi uzman ve uzmanlık öğrencisi ile 2.5 milyona yaklaşan bir ruhsal yardım gereksinimi olan çocuk ve ergen nüfusa hizmet sağlanmaya çalışılmaktadır. Eğitimsel ve sosyoekonomik sorunlar nedeniyle ülkemizde ailelerin çocuklarının psikososyal gereksinimlerini ve sorunlarını gözden kaçırmaları, hatta ihmal etmesi yaygındır. Çocuk ve ergen psikiyatrisine başvuran çocukların üçte birinin ilk değerlendirmeden sonra tedaviyi sürdürmediği bilgisi de dikkate alındığında (Aras, Varol ve Ünlü 2006), tarama programlarının bazı çocuklar için ruhsal yardım gereksinimlerinin belirlenebileceği tek fırsat olduğu düşünülebilir. Bu bakımdan ilk değerlendirmenin okul ortamında yapılması ve gerekirse çocuğun bir çocuk psikiyatristine uygun birimlere yönlendirilmesi ülkemiz koşullarında yararlı bir yaklaşım olabilir.

4.3.Ruh Sağlığı ve Hemşirelik

Sağlık sisteminde meydana gelen değişim ve gelişmeler hastaların hastanede kalış sürelerini kısaltmakta, tedavilerini daha karmaşık hale getirmekte, yaşam biçiminde değişimlere yol açmaktadır. Bu durum, hasta ve ailesinin öz bakımla ilgili sorumluluklarını arttırmaktadır. Hızlı ve dinamik değişiklikler sağlık bakım sisteminde geleneksel hemşirelik süreci dışında ziyade; daha kapsamlı, daha güçlü ve bütüncül yaklaşımı kaçınılmaz kılmakta, dünya genelinde hemşirelerin sağlığı koruma ve geliştirmedeki rolü giderek daha sık vurgulanmaktadır (Uçan, Taşcı ve Ovayolu 2008).

Günümüz sağlık anlayışı birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren, geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır (Özpuat 2010). Günümüzde hemşirelik uygulama alanı genişlemiş ve yeni boyutlar kazanmıştır. Bu değişim ve gelişim hemşirenin bakım işlevi ağırlıklı olarak yeni rollere yönelmesine yol açmıştır (Ardahan 2003). Hemşirelik mesleğinin gelişimiyle birlikte yetki ve sorumluluklarının artması bağımsız rollerinin artması ile yakından ilişkilidir. Hemşirenin temel rollerinden biri, birey, aile ve toplumun sağlığını korumaya-geliştirmeye, hastalık halinde iyileştirmeye ve doğru sağlık davranışlarını kazandırmaya yönelik olarak planlı biçimde eğitim vermektedir (Taylan 2009). Hemşirenin değişen yaşam koşullarının gereği olarak görülen eğitici rolü, sağlığın korunması, yükseltilmesi ve geliştirilmesinde çok önemlidir. Bireye/Topluma doğru yöntem ve tekniklerle, ihtiyaçlarına ve özelliklerine uygun, planlı ve sürekliliği esas alınan eğitimler düzenlenmelidir. Etkili yöntem ve tekniklerle, hemşirenin profesyonel kimliği ve çağdaş eğitimci rolü ile düzenleyeceği sağlık eğitimleri; sağlıklı yaşam biçimlerinin kazandırılmasını, yaşam kalitesinin artırılmasını, sağlığın geliştirilmesini ve hemşirelik mesleğinin olumlu yönde ilerlemesini sağlayacaktır (Özpuat 2010). Ayrıca ulusal ve uluslararası kuruluşlar hasta eğitiminde hemşirenin sorumluluklarını vurgulamış, ilgili yasa ve yönetmeliklerde de belirtmişlerdir. Tüm bunlar, hemşirenin hasta eğitimini bilimsel ve sistematik bir yaklaşımla öğrenme-öğretme süreci doğrultusunda yerine getirmesini zorunlu kılmaktadır (Kaya 2009).

Hemşirenin eğitici rolü; hasta/sağlıklı bireye, ailesine ve hemşireye, hemşirelik adaylarına vb. yönelik olup, koruyucu, tanı-tedavi edici ve rehabilitatif sağlık hizmetleri alanlarının tümünde, hemşireden beklenen bir roldür (Aksayan, Bahar, Bayık, Büyükcoşkun, Emiroğlu, Erdoğan, Erefe, Karataş ve Sevgi 1998). Bir eğitici olarak hemşire, sağlık, hastalık, çocukluk-gebelik-yaşlılık gibi özel dönemler, tedavi ve yaşam biçimindeki değişimler hakkında hem hastaya ve hasta ailesine, hem de genel topluma bilgi aktarmaktadır. Hastanın verilen bilgiyi anlayıp anlamadığını belirlemek ve mümkün olan en üst düzeyde öğrenmesini sağlamak, sağlık bakım amaçları ile ilişkili olarak hastanın durumundaki ilerlemeyi değerlendirmek, bu bağımsız rolünü yerine getirirken kullanacağı eğitim yöntemlerini seçmek de onun bu rolünün parçalarıdır (Taylan 2009).

Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi kavramları hemşirelik bakımının vazgeçilmez bileşenleridir. Sağlığın geliştirilmesi bireylere onların sağlık potansiyellerini maksimum düzeye çıkaracak bir yaşam biçimi seçmelerine yardım edecek tutum ve becerileri kazandırmayı amaçlar. Aile ve toplumun güçlendirilmesine önemli katkılar sağlayan hemşirelik, bireyi yaşamın bütün yönleriyle ele alan holistik (bütüncü) bir meslektir. Bu yüzden hemşireler sağlığın sürdürülmesine ve geliştirilmesine yönelik etkinliklerde eşsiz ve vazgeçilmez bir role sahiptir (Ocakcı 2002). Çocuk sağlığının geliştirilmesi, sağlığın değerini erken yaşlarda öğrenen bireyin, sağlıklı yaşam biçimini benimseyeceği görüşüne temellenmektedir (Savaşer 2000). Çocukluğun önemli bir evresi olan ergenlik evresinde sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi bu nedenle büyük önem taşımaktadır. Ergenin sağlık bakımının karşılanması sırasında hemşireler, sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı merkezleri, hastaneler, rehabilitasyon merkezleri ve okullar gibi pek çok alanda diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği yaparak ergen sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için çalışmalıdır (Ball and Bindler 2006).

Günümüzde hemşireliğin değişen rolü, psikiyatri hemşireliğinin yaygınlaşması gibi etkenler hemşirelerin ruh sağlığı alanında daha fazla söz sahibi olmasına olanak tanımaktadır. Davranış sorunlarının sıklığı, yoğunluğu ve süresi açısından, normal gelişimden sapan çocukların tanımlanması birincil ve ikincil koruma çalışmalarının köşe taşıdır (Simonian and Tarnoski 2001). Ruh sağlığı alanında çalışan hemşireler,

nispeten kısa süreli bir periyota çok sayıda risk altındaki çocuğun davranış bozukluklarını tanımlaması ve ruh sağlığının korunması için gerekli önlemlerin almada öncelikli sorumlu kişidir (Çetinkuş 2011).

5.GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, Leiner ve ark. (2007) tarafından geliştirilen “ Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi'nin Türk toplumuna uyarlaması amacıyla metodolojik olarak uygulanmıştır.

5.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini İstanbul ili Maltepe ilçesinde bulunan, öğrenci sayısı 1000'in üzerinde olan ve çalışmanın yürütülmesi için iş birliği yapmayı kabul eden 2 devlet ilköğretim okulunda çocuğu bulunan 2613 ebeveyn oluşturmuştur. 2613 ebeveynden çalışmaya katılmayı kabul eden 838 kişi örnekleme oluşturmuştur. On dokuz soru formu ebeveyn tarafından eksik doldurulduğu ve 20 soru formu da çocukta tanılanmış bir sorun varlığı ifade edildiği gerekçesi ile iptal edilmiştir. Toplamda 799 ebeveyn bu çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

İçleme kriterleri:

- Çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden,
- 6-16 yaş grubu çocuğu olan, ebeveyn değerlendirmeleri çalışma kapsamına alınmıştır.

Dışlama kriterleri:

- Daha önce çocuğunda tanılanmış bir psikososyal ve davranışsal sorunu olan, bu konuda herhangi bir tedavi almış veya alıyor olan ebeveyn değerlendirmeleri çalışma kapsamına alınmamıştır.
- Soru formunda 4 ve daha fazla boş madde olan anketlerde çalışma kapsamı dışında tutulmuştur.

5.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın pilot uygulama aşamasında ana sınıfında çocuğu olan ebeveyn dâhil edilmek istenmiştir. Ebeveyne gerekli açıklama yapılarak çalışmaya dâhil olmaları istenmiştir. Ancak birçok ebeveyn gönüllü onay formunu imzalamaktan çekinmiş ve okul idaresi tarafından istendiği takdirde katılacaklarını ifade etmiştir. Bu da araştırmanın başlangıç aşamasında araştırmacı için çalışmanın sınırlılığını oluşturmuştur.

İstanbul'un sadece bir ilçesinde iki devlet ilköğretim okulunda yapılmıştır. Özel ilköğretim okullarında çalışma yapısı nedeniyle izin verilmediği için örnekleme alınmamıştır.

5.4. Verilerin Toplanması

Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından hazırlanan ve toplam 20 sorudan oluşan Bilgi Formu (Ek1) (Bağımsız Değişken) ve Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi (PPSC) (Ek 2) (Bağımlı Değişken) kullanılmıştır. Çalışmanın verileri 2011-2012 eğitim-öğretim döneminde araştırmacı tarafından toplanmıştır. Çalışmanın amacı ve soru formunun içeriği hakkında gereken açıklamaların olduğu anketler kapalı zarf içine konularak, rehber öğretmenler eşliğinde, öğrencilere gereken açıklamalar yapılarak dağıtılmış ve öğrencilerden zarfları ebeveynlerine götürmeleri istenmiştir. Zarflar kapalı bir şekilde öğrenciler aracılığı ile geri toplanmıştır.

5.4.1. Bilgi formu

Bilgi formu 20 sorudan oluşmaktadır ve çocuğun yaş, cinsiyet, sınıf gibi demografik özelliklerinin yanı sıra ailesel özellikleri ve daha önce tanılanmış bir psikososyal hastalık varlığına ilişkin değerlendirmeleri de içermiştir.

5.4.2. Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi (PPSC)

Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi, çocukluk çağındaki (6-16 yaş) psikososyal sorunların erken tanısı için ebeveynler tarafından çocuklarının davranışlarını değerlendirerek kullanılmaktadır. Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi'nin resimli versiyonu olan Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi ilk olarak Leiner ve ark. (2007) tarafından sağlık tarama aracı olarak kullanılmıştır (Leiner et all 2010). Kontrol Listesi toplam 35 sorudan oluşan likert bir yapıdadır. Ölçekteki ifade ve resimlerin ebeveyn tarafından “ Doğru değil/ Asla” , “ Bazen ya da Biraz Doğru” ve “Sıklıkla Doğru” şeklinde değerlendirilmesi beklenmektedir. Derecelendirilen maddeler sırasıyla 0.1.2 şeklinde puanlanmaktadır. Olası skor oranı 0-70 arası olan puanlar toplanmaktadır. Ölçeğin 1'den 3'e kadar olan maddeleri ebeveynler tarafından boş bırakılırsa skor (0) değerlendirilmektedir. Eğer maddelerden 4 ve daha fazlası boş bırakılırsa anket geçersiz sayılmaktadır. Leiner ve ark.(2010) kesme oranı 6-16 yaş grubu çocuklar için 28 ve daha fazlası olarak belirtilmiştir. 5.6.17 ve 18. maddeler 4-5 yaş arası ilkökul çocukları için iptal edilmektedir ve toplam skor kalan 31 maddeye dayalı olmaktadır. Kesme oranı küçük çocuklarda 24 ve üzeridir.

Ölçeğin orjinal versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği Leiner ve ark (2007) tarafından bir grup Meksika'lı çocuk ve adölesanda yapılmıştır. Standart kesme skorunun duyarlılığı ve özgüllüğü 4-5 yaş grubunda sırasıyla %69.6 ve %95.2 iken bu oran 6-16 yaş grubunda sırasıyla %61.8 ve % 91.8'dir (Leiner, 2007). Bu çalışmada 35 maddelik PPSC güvenilirlik düzeyi 0.89 olarak yüksek derecede bulunmuştur.

Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi, okur-yazarlık seviyesi düşük olan ailelerde kullanıldığında problem oranları % 16 çıkarken; standart Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi aynı popülasyona uygulandığında bu oranın % 7 olduğu görülmüştür. Bu bulgular bize Kontrol Listesi'nin standart versiyonunun, Resimli versiyonuyla eşit psikometrik özellik göstermediğini ortaya koymuştur (Leiner ve ark. 2010). Sonuç olarak, resimli listenin eğitim seviyesi düşük olan ailelerin okuma ve anlama seviyesini artırdığı

belirtilmiştir (Leiner ve ark. 2010). Bu çalışmada PPSC'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

5.4.3.Ön uygulama

Soru formunun anlaşılabilirliği ve uygunluğunu test etmek amacı ile örnekleme alınmayan 20 ebeveyn ile ön uygulama yapılmıştır. Yaklaşık 3 hafta süren bu pilot uygulama sonrasında 18. maddenin resminde anlaşılmayan bir yer olduğuna karar verilmiş ve bu bölüm öneriler doğrultusunda revize edilmiştir.

5.5. Verilerin değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri SPSS 20.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın verilerinin analizinde tanımlayıcı istatistiksel analizler (sıklık, yüzde, ortalama, standart sapma) ve iki alt gruplu değişkenlerin ortalamalarının karşılaştırılmasında Student-t testi, ikiden fazla alt gruplu değişkenlerin ortalamalarının karşılaştırılmasında ANOVA testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için p değeri <0.05 olarak kabul edilmiştir.

Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin faktör yapısı faktör analizi tekniği ile yapılmıştır. Ölçeğin örneklem büyüklüğünün ve yapısının faktör analizine uygun olup olmadığının tanımlanmasında Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett's test sonuçları dikkate alınmıştır. KMO değeri (.910); bu örnekteki 799 kişilik örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu ve Bartlett's testi sonuçları da (p<.01); verilerin normal dağılıma sahip olduğunu göstermiştir. Faktörlerin tanımlanmasında principal component teknik ve varimax rotasyon yöntemi kullanılmıştır.

5.6. Etik Konular

Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi'yi ilk geliştiren kişi olan Dr. Marie A.Leiner, Halen Texas Teach Üniversitesi Sağlık Bilimleri Servisi'nde pediatri profesörü olarak çalışmaktadır. Kendisi ile ilk olarak, Kasım 2011'de mail yolu ile temasa geçilmiş ve ölçeğin kullanımı konusunda gerekli izin mail aracılığıyla yazılı olarak alınmıştır (Ek 3).

İstanbul ili Maltepe İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nden uygulama yapılacak okullar için yazılı olarak gerekli izinler alınmıştır (Ek 4). Katılımcılardan yazılı onam formu alınmıştır (Ek 5). Son olarak da Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Komisyonu'ndan yazılı izin alınmıştır (Ek 6).

6.BULGULAR

Bu bölümde ebeveynlerin ve çocukların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bulgular yer almıştır.

6.1. Ebeveyn ve Çocukların Sosyo-Demografik Özellikleri İle İlgili Bulgular

Ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bulgular Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=799)

Özellikler	n	%
Başka çocuk varlığı		
Evet	356	44,8
Hayır	438	55,2
Ebeveynlerin çocuk sayısı ortalaması	2.47±1.16 (1-10 çocuk)	
Ebeveynlerin yaş ortalaması	36.69±5.77 (18-61 yaş)	
Cinsiyet		
Kadın	636	80
Erkek	159	20
İş durumu		
Evet	284	36
Hayır	504	64
Medeni durum		
Evli	757	95,2
Dul/boşanmış/ayrı	38	4,8
Gelir düzeyi		
Düşük	158	20,1
Orta	613	78,0
Yüksek	15	1,9
Annenin eğitimi		
Yok	19	2,4
İlkokul	554	69,8
Lise	178	22,4
Üniversite ve üstü	43	5,4
Babanın eğitimi		
Yok	6	0,8
İlkokul	472	59,1
Lise	260	32,6
Üniversite ve üstü	60	7,5
Ebeveynlerde psikososyal sağlık sorunu varlığı (<i>panik atak, depresyon, konversiyon bozukluğu, bipolar bozukluk, obsesyon</i>)		
Evet	25	3,2
Hayır	766	96,8

Tedavi olma durumu		
Evet	22	4.7
Hayır	446	95.3
Form dolduran ebeveynin eşinde psikososyal sağlık sorunu varlığı (<i>zihinsel engellilik, panik atak, depresyon, sosyal fobi</i>)	10	1.3
Evet	776	98.7
Hayır		
Form dolduran ebeveynin eşinin tedavi olma durumu		
Evet	7	1.5
Hayır	449	98.5

Tablo 2'deki bilgiler ışığında, ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamaları 36.69 ± 5.77 'dir. Ebeveynlerin sahip olduğu çocuk sayısı ortalaması 2.47 ± 1.16 olup, %55.2'sinin (n=438) başka bir çocuğu bulunmaktadır. Ebeveynlerin %80 (n=636) kadındır ve %95.2 (n= 757) evlidir. Ebeveynlerin %64'ü (n=504) çalışmamaktadır ve gelir düzeyi %78'inin (n=613) ortadadır. Annelerin %69.8 (n=554), babaların %59.1 (n=472) ilköğretim mezunudur. Ebeveynlerin %3.2'sinde (n=25), ebeveynlerin eşlerinin %1.3'ünde (n=10) psikososyal sorun vardır. Ebeveynlerin %4.7'si (n=22), ebeveynlerin eşlerinin %1.5'i (n=7) bu sorunları nedeniyle tedavi olmuştur.

Çocukların sos-demografik özellikleri ile ilgili bulgular Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3. Çocukların Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlgili Bulguların Dağılımı

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kız	423	53
Erkek	375	47
Yaş Ortalaması	10.17 \pm 2.24 (aralık 5-16 yaş)	
Sınıf		
0	32	4.0
1	74	9.3
2	99	12.5
3	111	14.0
4	112	14.1
5	155	19.5
6	84	10.6
7	57	7.2
8	71	8.9

Çocukların Sosyo-Demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; yaş ortalamaları 10.17 ± 2.24 'dür. Öğrencilerin % 53'ü (n=423) kızlardan oluşmaktadır ve % 19.5'i (n=155) 5. sınıftadır.

6.2. Ebeveynlerin PPSC Maddelerine Verdikleri Yanıtlar ile ilgili Bulgular

Ebeveynlerin PPSc maddelerine verdiği yanıtlar ile ilgili bulgular Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4: Ebeveynlerin PPSC Maddelerine Verdikleri Yanıtlarının Dağılımı

Madde No	Asla		Bazen		Sık sık	
	n	%	n	%	n	%
# 1	160	20.2	585	73.7	49	6.2
# 2	450	56.4	317	39.7	30	3.8
# 3	446	56.0	305	38.3	46	5.8
# 4	288	36.2	378	47.5	130	16.3
# 5	646	81.2	141	17.7	9	1.1
# 6	540	67.8	227	28.5	29	3.6
# 7	239	29.9	410	51.4	149	18.7
# 8	200	25.1	456	57.3	140	17.6
# 9	209	26.2	424	53.1	165	20.7
# 10	464	58.1	303	38.0	31	3.9
# 11	409	51.2	344	43.1	46	5.8
# 12	357	44.8	375	47.1	65	8.2
# 13	505	63,4	257	32.2	35	4.4
# 14	355	44,5	351	44.0	92	11.5
# 15	610	76.4	171	21.4	17	2.1
# 16	516	64.7	257	32.2	25	3.1
# 17	664	83.3	127	15.9	6	0.8
# 18	413	52.1	331	41.8	48	6.1
# 19	692	86.9	93	11.7	11	1.4
# 20	679	85.4	108	13.6	8	1.0
# 21	549	68.7	207	25.9	43	5.4
# 22	466	58.7	289	36.4	39	4.9

# 23	266	33.4	372	46.7	158	19.8
# 24	700	87.7	87	10.9	11	1.4
# 25	482	60.5	259	32.5	56	7.0
# 26	336	42.1	415	52.0	47	5.9
# 27	519	65.2	249	31.3	28	3.5
# 28	656	82.2	123	15.4	19	2.4
# 29	524	65.7	240	30.1	33	4.1
# 30	351	44.1	391	49.1	54	6.8
# 31	487	61.2	281	35.3	28	3.5
# 32	649	81.3	133	16.7	16	2.0
# 33	585	73.5	184	23.1	27	3.4
# 34	745	93.4	47	5.9	6	0.8
# 35	622	78.3	158	19.9	14	1.8

Ebeveynlerin PPSC maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde; Sıklık düzeyi en fazla olan ilk 10 madde şunlardır.

- # 9 “Dikkati kolay dağılır” ifadesi %20.7 ile (n=165) birinci sırada,
23 “Sizinle öncesine göre daha çok birlikte olmayı ister” ifadesi %19.8 (n=158) ile ikinci sırada,
7 “Motor takılmış gibi sürekli hareket eder” ifadesi %18.7 (n=149) ile üçüncü sırada,
8 “Çok fazla hayal kurar, hayalcidir” ifadesi %17.6 (n=140) ile dördüncü sırada,
4 “Kıpır kıpırdır, yerinde uzun süre duramaz” ifadesi %16.3 (n=130) ile beşinci sırada,
14 “Dikkatini toplamakta zorlanır” ifadesi %11.5 (n=92) ile altıncı sırada,
12 “Huzursuz, öfkeli” ifadesi %8.2 (n=65) ile yedinci sırada,
25 “Gereksiz yere riskler alır” ifadesi % 7.0 (n=56) ile sekizinci sırada,
30 “Duygularımı belli etmez” ifadesi %6.8 (n=54) ile dokuzuncu sırada,
1 “Ağrı ve acıdan şikayet eder” ifadesi %6.2 (n=49) ile onuncu sırada yer almıştır

6.3. Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi'nin geçerlik ve güvenilirliği ile ilgili bulgular

Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi'nin Geçerlik ve Güvenirliği ile İlgili Bulgular aşağıda verilmiştir.

6.3.1. Türkçe Eşdeğerliği

Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi'nin Türk toplumuna uyarlanması ile ilgili çalışma süreci beş ay sürmüştür. Bu doğrultuda aşağıdaki adımlar izlenmiştir.

A. Anlam Eşdeğerliği

Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi ebeveyn formunun her bölümü, Yabancı Diller Yüksekokulundan bir öğretim elemanı ve yurt dışı tecrübesi olan bir İngiliz Dil ve Edebiyatçısına olmak üzere toplamda iki kişiye İngilizce'den Türkçe 'ye çevrilmiştir. İki ayrı çevirmen kullanılarak hem çeviri güvenilirliği arttırılmış hem de alan bilgisine hâkim olmamaktan kaynaklanabilecek anlam kayıpları önlenmeye çalışılmıştır. Çeviri sürecinde elde edilen ortak Türkçe metin, sürece kör, Yabancı Diller Yüksekokulu'nda Öğretim elamanı olan başka bir uzman tarafından tekrar İngilizce 'ye çevrilmiştir. Birinci aşamada proje yöneticisi ve her iki dil konusunda deneyimli uzman kişiler tarafından asıl metin, 1.çeviri ve 2. çeviri metinler birlikte değerlendirilerek ortak bir metin oluşturulmuştur.

B. Kapsam Eşdeğerliliği

Kapsam eşdeğerliği açısından maddelerin Türk toplumu tarafından nasıl anlaşıldığının ortaya konulması için 20 aile ile pilot uygulama yürütülmüştür. Yaklaşık üç hafta süren bu pilot uygulama sonrasında bir maddedeki (# 18) resimde yer alan Amerikan not sistemine ilişkin (A,B,C,D,E,F) ülkemizde ilköğretimde kullanılan not sistemine göre (5,4,3,2,1) revize edilmiştir. Resimlerin aileler tarafından nasıl algılanacağı ile ilgili resim öğretmeni bir uzmandan görüş alınmıştır.

C. Kavram Eşdeğerliği

Ölçeğin kavram geçerliği uzman görüşleri alınarak yapılmıştır. Bu kapsamda dört Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Öğretim Üyesine, bir Halk Sağlığı Hemşireliği Öğretim Üyesine, üç Psikiyatri Alanında Tıpta Uzmanlığını yapmış Öğretim Üyesine, bir Sosyoloji Bölümü Öğretim Üyesine ve iki Psikoloji Bölümü Öğretim Görevlisine olmak üzere toplam onbir uzmana gönderilerek, ölçeğin her maddesinin anlaşılabilirliğini ve uygunluğunu değerlendirmesi istenmiştir. Uzman görüşüne sunulan form maddeleri Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGI) puanı %92 olarak hesaplanmıştır. 7, 19 ve 20. maddelerin KGI puanı sırasıyla %72.7, %54.5 ve %63.6 oranında çıkmıştır. Düşük çıkan bu maddeler uzmanların yaptığı öneriler doğrultusunda tekrardan revize edilmiştir.

6.3.2. Yapı Geçerliği

Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi'nin yapı geçerliği ile ilgili faktör analizi bulguları Tablo 5'de verilmiştir. Türkçe PPSC'nin faktör yapısı orijinal ve Filipin versiyonu ile karşılaştırılarak Şekil 1'de sunulmuştur.

Tablo 5: PPSC'nin Rotasyonlu Faktör Analizi İle İlgili Bulguların Dağılımı

Faktör 1		Faktör 2		Faktör 3		Faktör 4	
# 29	,717	# 13	,665	# 8	,591	# 30	,589
# 16	,636	# 3	,585	# 4	,522	# 31	,561
# 32	,629	# 11	,581	# 23	,492	# 10	,561
# 25	,614	# 19	,533	# 7	,483	# 35	,469
# 5	,611	# 18	,483	# 22	,467	# 15	,419
# 33	,566	# 24	,479	# 1	,438	# 14	,348
# 6	,516	# 27	,474			# 9	,334
# 34	,466	# 2	,431				
# 26	,431	# 21	,341				
# 12	,411						
# 17	,350						
#28	,339						
Eigen Value							
7,817		2,354		1,635	1,363		
Açıklanan Varyans							
22,335		6,726		4,670	3,895		

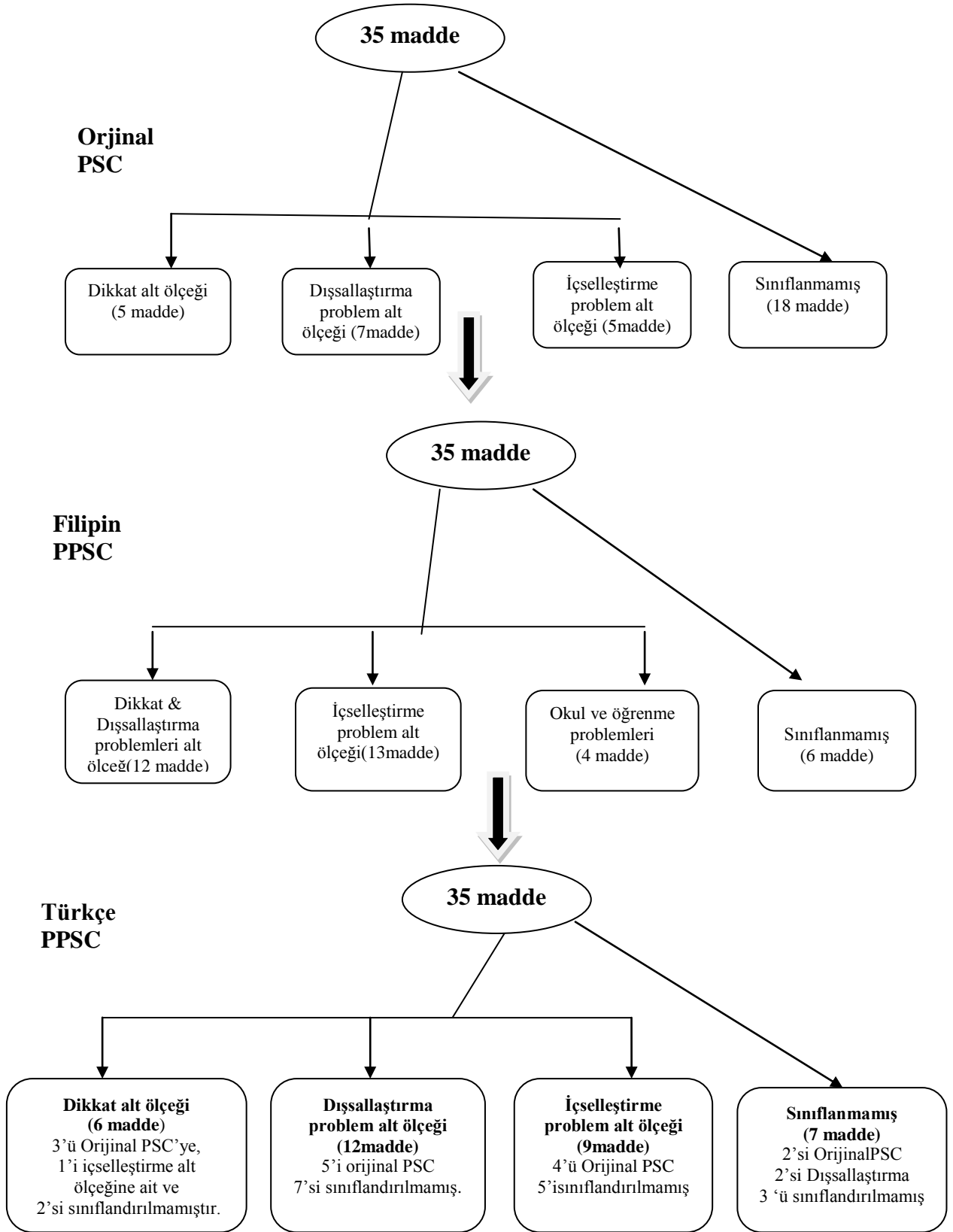
Rotasyonlu Faktör analizi incelendiğinde; PPSC'nin 35 maddesinin dört alt faktör alt boyutuna dağıldığı görülmüştür. Dört faktörlü yapının açıkladığı varyans %37.63'dür.

Faktör 1: 29, 16, 32, 25, 5, 33, 6, 34, 26, 12, 17 ve 28. maddelerden oluşmuştur. Faktör yükleri 0.33-0.71 arasında değişmiştir. Eigen değeri 7.817, açıklanan varyansı 22.335, cronbach alfası 0.825'dir.

Faktör 2: 13, 3, 11, 19, 18, 24, 27, 2 ve 21. maddelerden oluşmuştur. Faktör yükleri 0.34-0.67 arasında değişmiştir. Eigen değeri 2.354, açıklanan varyansı 6.726, cronbach alfası 0.743'dir.

Faktör 3: 8, 4, 23, 7, 22 ve 1. maddelerinden oluşmuştur. Faktör yükleri 0.33-0.65 arasında değişmiştir. Eigen değeri 1.635, açıklanan varyansı 4.670, cronbach alfası 0.592'dir.

Faktör 4: 30, 31, 10, 35, 15, 14 ve 9. maddelerden oluşmuştur. Faktör yükleri 0.33-0.59 arasında değişmiştir. Eigen değeri 1.363, açıklanan varyansı 3.895, cronbach alfası 0.707'dir.



Şekil 1: Türkçe PPSC'nin faktöriyel yapısının Filipin ve Orjinal versiyonu ile Karşılaştırılması

6.3.3. Eşdeğer yarılar analizi

Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi'nin güvenilirliğinin hesaplamada diğer bir yöntem olarak kullanılan Testi Yarılama tekniğidir. Buna göre testin bir yarısına ait güvenilirlik katsayısı $r=0.751$, testin tamamına ilişkin güvenilirlik katsayısı $r=0.858$ (Spearman-Brown formülü) olarak bulunmuştur.

6.3.4. İç tutarlığı

Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi'nin madde toplam puan korelasyonları ve iç tutarlığı Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6: PPSC'nin Madde Toplam Puan Korelasyonları Dağılımı ve İç Tutarlığı

Madde No	Mean+SD	Madde-Toplam Korelasyon	p
# 1 Ağrı ve acıdan şikayet eder.	0.86 ± 0.49	0.37	0.000**
# 2 Zamanının çoğunu yalnız geçirir.	0.47 ± 0.57	0.35	0.000**
# 3 Çabuk yorulur, enerjisi azdır.	0.50 ± 0.60	0.30	0.000**
# 4 Kıpır kıpırdır, yerinde uzun süre duramaz.	0.80 ± 0.70	0.44	0.000**
#5 Öğretmeniyle sorun yaşar.	0.20 ± 0.43	0.49	0.000**
# 6 Okula ilgisi azdır.	0.36 ± 0.55	0.56	0.000**
# 7 Motor takılmış gibi sürekli hareke eder.	0.89 ± 0.69	0.39	0.000**
#8 Çok fazla hayal kurar, hayalcidir.	0.92 ± 0.65	0.40	0.000**
# 9 Dikkati kolay dağılır.	0.94 ± 0.68	0.59	0.000**
# 10 Yeni durumlardan korkar.	0.46 ± 0.57	0.41	0.000**
# 11 Kendini mutsuz üzgün hisseder.	0.55 ± 0.60	0.55	0.000**
# 12 Huzursuz, öfkeli.	0.63 ± 0.63	0.63	0.000**
# 13 Kendini umutsuz hisseder.	0.41 ± 0.57	0.64	0.000**
# 14 Dikkatini toplamakta zorlanır.	0.67 ± 0.67	0.62	0.000**
# 15 Arkadaşlarına karşı ilgisi azdır.	0.26 ± 0.48	0.46	0.000**
# 16 Diğer çocuklarla kavga eder.	0.48 ± 0.55	0.52	0.000**
# 17 Okula devamsızlık yapar.	0.17 ± 0.40	0.38	0.000**
# 18 Okul başarısı gittikçe düşüyor.	0.54 ± 0.61	0.53	0.000**

# 19 Kendisini aşağılar.	0.14 ± 0.39	0.48	0.000**
# 20 Doktorlar tarafından herhangi bir sorun bulunmasa da doktora gider.	0.16 ± 0.39	0.26	0.000**
# 21 Uyku problemi yaşar.	0.37 ± 0.58	0.37	0.000**
# 22 Çok evhamlıdır.	0.46 ± 0.59	0.46	0.000**
# 23 Sizinle öncekine göre daha çok birlikte olmayı ister.	0.86 ± 0.72	0.35	0.000**
# 24 Kendisinin kötü biri olduğunu düşünür.	0.14 ± 0.38	0.40	0.000**
# 25 Gereksiz yere riskler alır.	0.47 ± 0.62	0.52	0.000**
# 26 Sık sık yaralanır.	0.64 ± 0.59	0.44	0.000**
# 27 Daha az eğleniyormuş gibi görünür.	0.38 ± 0.55	0.51	0.000**
# 28 Yaşlılarından daha küçükmüş gibi davranır.	0.20 ± 0.46	0.44	0.000**
# 29 Kurallara uymaz.	0.38 ± 0.57	0.61	0.000**
# 30 Duygularını belli etmez.	0.63 ± 0.61	0.42	0.000**
# 31 Diğer insanların duygularını anlamaz.	0.42 ± 0.56	0.51	0.000**
# 32 Diğerleriyle dalga geçer.	0.21 ± 0.45	0.49	0.000**
# 33 Kendi sorunları için başkalarını suçlar.	0.30 ± 0.53	0.53	0.000**
# 34 Kendine ait olmayan eşyaları alır.	0.07 ± 0.29	0.32	0.000**
# 35 Paylaşmayı reddeder.	0.23 ± 0.46	0.36	0.000**
Toplam Cronbach alfa: 0.889			

Tablo 6'ya göre tüm maddeler ileri derecede anlamlı korelasyon göstermiştir ($p < 0,001$). En düşük korelasyon değeri 0.26 (#20) ve en yüksek korelasyon değeri 0.64 (#13) dür. Toplam alfa 0.89 bulunmuştur.

6. 4. Sosyo-Demografik Özellikler ile PPSC Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Sosyo-demografik özellikler ile PPSC puan ortalamaları arasındaki ilişki ilgili bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 7: Sosyo-Demografik Özellikler ile PPSC Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Ortalama	SS	F, t,R	P
Cinsiyet				
Kız	14.23	8.05	-5.540	0.000**
Erkek	17.87	9.52		
Sınıf				
0	13.47	8.51		0.085
1	15.86	8.87	2.469	
2	16.92	9.11		
Çocuk Yaş	10.17	2.24	0.086	0.015*
Ebeveyn yaş ortalaması	36.69	5.78	-0.025	0.482
Çocuk sayısı	2,47	1,16	-0,010	0,772
Ebeveyn cins				
Kadın	16.45	9.08		0.014*
Erkek	14.50	8.16	-2.475	
Medeni durum				
Evli	15.86	8.89	-2.597	0.010*
Bekar	19.71	9.23		
Gelir durumu				
Düşük	18.19 (2)	9.89		0.002**
Orta	15.62	8.63	6.437	
Yüksek	12.60	6.78		
Annenin eğitimi				
Yok	16.74	7.77		0.256
İlkokul	15.62	9.09	1.354	
Lise	17.15	8.70		
Üniversite ve üstü	16.02	7.87		
Babanın eğitimi				
Yok	15.50	8.60		0.954
İlkokul	16.14	9.34	0.110	
Lise	15.82	8.32		
Üniversite ve üstü	16.38	8.43		
Ebeveyn sorun				
Evet	22.16	9.94	-3.497	0.000**
Hayır	15.84	8.86		
Siz tedavi				
Evet	21.91	2.00	3.178	0.002**
Hayır	15.62	9.05		
Eş sorun				

Evet	20.20	7.50	1.475	0.141
Hayır	15.99	8.98		
Eş tedavi				
Evet	20.14	6.23	1.248	0.213
Hayır	15.81	9.14		

*p<0,05 **ileri düzeyde anlamlılık

t= Bağımsız gruplarda t testi

F= Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi testi

R=Range (min-max)

Sosyo-demografik özellikler ile PPSC puan ortalamaları karşılaştırıldığında; erkeklerde (17.87±9.52) kızlara(14.23±8.05) göre ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur (p=0.000). Sınıf düzeyleri yönünden anlamlı fark yoktur. Ebeveyn cinsiyetlerine göre kadınlarda (16.45±9.08) erkeklere (14.50±8.16) göre anlamlı fark bulunmuştur (p=0.014). Medeni duruma göre evli olmayanlarda (19.71±9.23), evli olanlara (15.86±8.89) göre anlamlı fark bulunmuştur (p=0.010). Gelir düzeyi düşük olanlarda (18.9±9.89) orta gelirli (15.62±8.63) olanlara göre ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur (p=0.002). Anne ve babanın eğitim seviyesine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Herhangi bir ruhsal soruna sahip (22.16±9.94) ebeveynlerde diğerlerine göre ileri derecede anlamlı fark çıkmıştır (p=0.000). Ebeveynlerin tedavi olma durumuna (21.91±2.00) bakıldığında ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur (p=0.002).

6.4.1. Resimli Psikososyal Davranış Sorunları ve Kontrol Listesi'nden alınan puanların kesme noktasına göre değerlendirilmesi

Resimli Psikososyal Davranış Sorunları ve Kontrol Listesi'nin kesme puanına göre sorunlu çocukların dağılımı aşağıda verilmiştir.

Tablo 8: PPSC'nin Kesme Puanına Göre Sorunlu Çocukların Dağılımı

Özellikler	n	%
Sorun yok (0-27)	708	88.6
Sorun var (28-46)	91	11.4

Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi' den alınan puanların kesme noktasına göre dağılımı incelendiğinde; %11.4'de (n=91) sorun vardır. %88.6'sında (n=708) herhangi bir sorun olmadığını belirtmiştir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Çocuk sağlığı literatürleri incelendiğinde çocukların ruh sağlığı sorunları ile ilgili uygun tanımlamalarda veri eksikliği dikkat çekmektedir. Bu veri eksikliği en çok dezavantajlı çocuklar ve aileleriyle ilgili konularda inceleme yapılırken ortaya çıkmaktadır. Davranış sorunlarının sıklığı, yoğunluğu ve süresi açısından normal gelişiminden sapan çocukların tanımlanması birincil ve ikincil koruma çalışmalarının köşe taşıdır. Bu anlamda çocuklarla çalışan hemşire, psikiyatrist, psikolog gibi sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir (Simonian and Tarnowski 2001). Ancak, çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında çalışan bu profesyonellerin sayıca azlığı, vakaların tespit edilmesinde kullanılan tanı araçlarının Türkçe'ye kazandırılmamış olması yaşanan güçlüklerden başlıcalarıdır.

Bu doğrultuda dünya çapında farklı toplumlarda geçerli bir tarama aracı olarak bilinen PSC'nin resimli versiyonu olan PPSC'nin İngilizce aslı ile anlam, kavram, kapsam, ölçüt, uygulama, madde ve ölçüm eşdeğerlilikleri sağlanarak, çocuk ve ergenlerdeki psikososyal sorunların erken dönemde tanılanabilmesi için Türk toplumuna uyarlanması yapılmıştır.

Bu çalışmada PPSC'nin seçilmesinin en önemli nedeni, bu tarama aracının kısa sürede, büyük gruplardan bilgi edinme kolaylığına sahip olan resimler içermesidir. Resimli taramaların renk, şekil, boyut gibi çok boyutlu özellikleri ile ana mesajı iletmede pek çok avantajının olduğu ve bazı insanların resimleri algılamakta, kelimeleri kullanmaktan daha iyi olduğu belirtilmektedir.

Resimli tanımlamalar kullanan PPSC 10 dk. daha kısa süre bir süre içinde aileler tarafından tamamlanmakta ve çocuğun hisleri, davranışları, ailesi, okulu ve arkadaşları gibi birçok psikososyal alandaki fonksiyonlarını değerlendirebilmektedir. Bu tanılama aracı özel tanılama yapmaz fakat bunun yerine ileri tetkik gerektiren olası psikososyal sorunların tanılama anlamında bir gösterge olarak görev yapar.

Çalışmaya yaşları 6-16 arasında (yaş ortalamaları 10.17 ± 2.24) değişen 838 çocuğun ebeveyn gönüllü olarak katılmıştır. Ancak, 19 soru formu eksik

doldurulduğu ve 20 soru formu da çocuğun tanımlanmış bir psikososyal sorunu olduğu için toplamda 39 ebeveyn çalışmadan çıkartılmıştır. Sonuçlar toplamda 799 ebeveynin bildirimleri üzerinden değerlendirilmiştir. Ebeveynlerin büyük çoğunluğunun ilkokul mezunu ve düşük gelirlili olduğu düşünüldüğünde, PSC'nin resimli versiyonu olan PPSC'nin katılımcıların %95.3 tarafından eksiksiz tamamlanmış olması önemli bir başarıdır ve PPSC'nin anlaşılması kolay, ilginç ve ilgi çekici bir araç olduğunu göstermiştir. Bu çalışmanın uygulama öncesi yapılan pilot çalışmasında sadece bir resimde not sistemine işaret eden sembollerin anlaşılmasında üzerine (#18), bu resim üzerinde Türk toplumuna uygun not sistemi sembolleri kullanılarak değişiklik yapılmıştır.

Çalışmanın metodolojik sonuçları PPSC'nin kullanıldığı sınırlı sayıdaki çalışma ile tartışılmıştır. Bu çalışmada PPSC'nin içerik geçerliği Kapsam Geçerlik İndeksi ile hesaplanmıştır ve oldukça yüksek bir değerde (KGİ: % 92.2) bulunmuştur. Bu değer bir ölçüm aracında KGİ 0.80'den büyük ise kapsam geçerliğinin yeterli kabul edileceğine ilişkin literatüre göre tatmin edici bir düzeydedir.(Yurdugül 2005).

Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi'nin güvenilirliği, madde-toplam puan korelasyonları, cronbach alfa tutarlılığı ve eşdeğer yarılar analizi değerlendirilmiştir. Bu çalışmada PPSC'nin madde puan korelasyonları 0.26 (#20) ile 0.64 (#13) arasında bulunmuştur. Ayrıca tüm maddeler ileri derecede anlamlı korelasyon göstermiştir ($p < 0,001$). Bir ölçeğin güvenilirliği için madde-toplam korelasyonlarının 0.30'dan büyük olması beklenmektedir ve bu doğrultuda sadece bir madde (#20) bu kriteri sağlamamıştır. Türkçe PSC çalışmasında madde toplam korelasyonları 0.30-0.70 arasında bulunmuştur (Erdoğan ve Öztürk 2011).

Diğer bir güvenilirlik değeri olan cronbach alfa tutarlılığı ise bu çalışmada 0.89 olarak bulunmuştur. Toplam alfa düzeyi 0.80'den büyük ise oldukça yeterli ya da 0.70'in üzerinde ise yeterli olarak kabul edilir (Gözüm ve Aksayan 2003). Borowsky, Mozayany ve Ireland (2003) PSC'nin toplam cronbach alfa tutarlılığını 0.67 olarak göstermiştir. Bu çalışmadaki sonuç cronbach alfa kriterlerini yeterli düzeyde karşılamakla birlikte, PSC'nin Türkçe uyarlama çalışmasında elde edilen sonuçlara benzer (Erdoğan ve Öztürk 2011), PSC'nin özgün çalışmasının sonuçları (Gardner et

all 1999), Flemenkçe PSC'nin uyarlama çalışması (Reijeneveld, Volges, Hoekstra and Crone 2006) ve Filipince PPSC'nin uyarlama çalışması sonuçları (Canceko-Llego et all 2009) ile de eşittir.

Bununla birlikte bir diğer güvenilirlik değeri olan eşdeğer yarılar analizine göre ölçeğin bir yarısına ($r=0.751$) ve tamamına ait ($r=0.858$) güvenilirlik düzeyi de önerilen düzeylere göre yeterli düzeyde bulunmuştur (Akdağ 2011). Erdoğan ve Öztürk'ün (2011) çalışmasında Türkçe PSC'nin test-tekrar test güvenilirliğini 0.72 bulmuştur.

Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi toplam üç alt ölçekle birlikte 17 maddeyi içermektedir. Ancak PPSC bu sınıflandırılmış 17 maddeye ek olarak, sınıflandırılmamış 18 maddeyi daha içermektedir. PPSC'nin toplamda 35 maddeli versiyonunun alt boyutlarıyla ilgili herhangi bir literatür bulunmamakla birlikte sadece Filipin versiyonunda (Canceko-Llego et all 2009) faktör analizi denenmiştir. Bu çalışmada bu nedenle Türkçe PPSC'nin sınıflandırılmamış maddeleri ile birlikte faktör analizi ile de incelenmiştir. Faktör analizi, değişkenler arasında bulunan ilişkilerdeki basit bağlantıları ortaya çıkarmayı amaçlayan istatistiki bir methodur. Ölçeğin 35 maddesi Faktör Analizine alınmıştır. Ancak daha önce madde-toplam korelasyonu 0.30'un altında olan bir madde (#20) faktör yükü değeri de 0.30'un altında olduğu için analizden çıkarılması gerekmiştir. Bir maddenin faktör yük değerinin minimum 0.30 olması ve bu yük değerinin altındaki maddelerin elenmesi gerektiği belirtilmektedir (Akdağ 2011).

Türkçe PPSC'nin faktör analizi sonucu dört faktörlü bir yapıyı göstermiştir. Birinci faktör 12 maddeyi kapsamıştır. 12 maddenin beşi (#16,29,32,33,34) orjinal İngilizce versiyonundaki Dışsallaştırma Alt ölçeğine aitken, yedisi (#5,6,12,17,25,26,28) sınıflandırılmamış maddelerdir. İkinci faktörü oluşturan dokuz maddeden dördü (#11,13,19,27) orjinal İngilizce versiyonundaki İçselleştirme Alt Ölçeğine aitken, beşi (#2,3,1,24) sınıflandırılmamış maddelerdir. Üçüncü faktörün altı maddesinden üçü (#4,7,8) orjinal İngilizce versiyonundaki Dikkat Alt ölçeğine aitken, biri (#22) İçselleştirme Alt Ölçeğine aittir. Aynı faktörün iki maddesi (#1,23) sınıflandırılmamış maddelerdir. Dördüncü faktör ise yedi maddeden oluşmuştur. İki madde (#9,14) orjinal İngilizce versiyonundaki Dikkat Alt ölçeğine aitken, ikisi

(#31,35) Dışsallaştırma Alt ölçeğine aittir. Üç madde ise (#10,15,30) sınıflandırılmamış maddelerdir. Canceko-Llego ve ark. (2009) çalışmalarında Filipince PPSC'nin faktör yapısını benzer şekilde dört faktör altında açıklamışlardır (Şekil 1). İlk faktör 12 maddeyi kapsamıştır. Bu faktörün, Dikkat Alt ölçeğine ait maddeler ile Dışsallaştırma Alt ölçeğine ait maddelerin birleştiği ve saldırgan tavırları nedeniyle sık sık yetişkinlerle problem yaşayan ve akranlarıyla kavga eden hiperaktif çocukları tanımladığı görülmüştür. İkinci faktör İçselleştirme Alt Ölçeğine maddeleri ve sınıflandırılmamış maddeleri içermiş ve genellikle üzgün ve endişeli olan özgüven eksikliği yaşayan çekingen ve sessiz çocukları tanımlayan bir yapı göstermiştir. Üçüncü faktör kavramsal olarak birlikte bir alana ait olmadığı görülen 6 maddeden oluşmuş ve bu yüzden bu maddeler sınıflandırılmamıştır. Dördüncü faktör ise sadece dört madde içermiş ve bunlar okul ve öğrenme problemlerine ait olarak tanımlanmıştır. Kısacası Filipince PPSC, üç yeni alan sınıflaması ve altı sınıflandırılmamış maddeyi kapsamıştır. Filipince PPSC'nin bu dört faktörü, toplam varyansın %74.2'sini açıklamıştır. Bu çalışmada ise toplam varyans %37.6'dır ve Tüm bu dört faktörün öz değeri ise (1 ve 1'in üzerinde) kabul edilebilir düzeydedir (Akdağ 2011). Türkçe PSC çalışmasında ise bu oran %46'dır (Erdoğan ve Öztürk 2011). Bizdeki değer sosyal bilimler için kabul edilen açıklanan varyans değerlerinin (%40-60) altındadır.

Bu çalışmada dörtlü faktör yapısının PPSC'nin Filipince versiyundaki faktör yapısından farklılaşmış olmasının PPSC'nin geliştirildiği popülasyondan bu çalışmanın popülasyonunun farklı olması nedeniyle olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışmada sadece iki okula devam eden çocukların ebeveynleri alınmıştır, bu topluma has faktörlerin de faktör analizi sonuçlarını etkilemiş olması muhtemel dâhilindedir.

Bu çalışmada Türkçe PPSC, bazı sosyodemografik özellikler ile de karşılaştırılmış ve PPSC ve PSC ölçüm araçlarının sosyodemografik risk faktörleri ile karşılaştırıldığı diğer çalışmaların sonuçları ile tartışılmıştır. Çalışmada erkek çocuklarında, kız çocuklarına göre Türkçe PPSC'den alınan puanlar (erkek: 17.87, kız:14.23) ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç Leiner ark. (2007) tarafından Meksika toplumunda yapılan PPSC'nin geçerlilik ve güvenilirlik

çalışmasındaki sonuçlara (erkek:17.7, kız:15.8), Leiner ve ark. (2010) Meksika toplumunda yaptıkları PPSC'nin duyarlılığı ve spesifikliğini araştırdıkları çalışmanın sonuçlarına (erkek:20.6, kız: 18.0) ve Reijneveld ve ark. (2006) Hollanda da koruyucu çocuk sağlığında psikososyal problemlerin belirlenmesi amacıyla PSC'yi kullandıkları çalışma sonuçlarıyla (erkek:12.5, kız:10.8) benzerdir. Bu çalışmada ebeveynlerin yaşı ve çocuk yaşı ile Türkçe PPSC puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ebeveyn yaşıyla bir ilişkinin olmadığı ancak, çocuğun yaşı ile pozitif ve anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Simonian ve Tarnowski'nin (2001) PSC çalışmasında ebeveyn yaşı ve çocuğun yaşı ile PSC puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır. Sözü geçen çalışmada çocuk davranışlarının anne ile bağlantılı olanları üzerinde etnik kökenin büyük etkisi olduğu bulunmuş ve Kafkasyalı annelerin, Afro-Amerikan annelerden daha yüksek bir oranda çocuk davranışlarındaki sorunları tanımladıkları ifade edilmiştir. Bu çalışmada çok kültürlü Türk toplumunda ebeveynlerin etnik kökeni sorgulanmamakla birlikte, ebeveynlerin çocukların davranış sorunlarıyla ilgili alaka ve endişe düzeylerinin kültürel geçmişlerinden de etkilenebileceği düşünülmüştür. Bu çalışmada evli olmayan, gelir düzeyi düşük olan, herhangi bir ruhsal soruna sahip olan ve bu nedenle tedavi olan ebeveynlerin çocuklarında Türkçe PPSC skoru anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi'nin kullanıldığı diğer çalışmalarda da bu bulgularla uyumlu olarak, benzer özellikteki ailelerdeki çocuklarda psikososyal bozukluk prevalansının fazla görüldüğü belirtilmiştir. (Jellinek et al 1999, Borowsky, Mozayany and Ireland 2003, Reijneveld et al 2006, Canceko-Llego et al 2009). Filipince PPSC çalışmasında çocukların yaşları ve kardeş sayıları belirleyici sosyodemografik değişkenler olmuştur (Canceko-Llego et al 2009). Bunun aksine bu çalışmada ise çocuk sayısı ve PPSC'den alınan puanlar arasında bir ilişki belirlenmemiştir. Bu durumun çocuk sayısı ortalamasının iki olduğu çalışma grubumuzda, ebeveynlerin çocuklarının davranış ve tutumlarıyla daha fazla ilgili olan genç anne-babalar olması olduğu düşünülmüştür. Bu çalışmada anne-baba eğitim düzeyleri açısından PPSC'den alınan puanlarda farklılaşma olmamıştır. Bu bulgu Jellinek ve ark. (1999) bulgularının aksine olmakla birlikte Reijneveld ve ark. (2006) sonuçlarıyla uyumludur.

Türkçe PPSC’de kesme puanının üzerinde olan çocukların davranışsal ve duygusal sorunlarının olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın sonuçları, 100 çocuktan 11’inin ciddi derecede psikososyal sorun seviyesinde (28 ve üzeri puan alanlar) olduğunu göstermiştir. Canceko-Llego ve ark. (2009) Filipin toplumunda ise bu oranı %18.9 ile oldukça yüksek bir düzeyde bulmuştur. Leiner ve ark.nın (2010) Meksika toplumunda PPSC’yi kullandığı çalışmasında da %16’dır. Jellinek ve ark. (1999) PSC çalışmasında ise bu oran 12.5 olarak bulunmuştur. Borowsky ve ark.nın (2003) PSC çalışmasında 7-15 yaş arası 2028 ebeveynin çocuğunda %11 oranında sorunlu çocuk belirlenmiştir. Bu sonuçlar açısından değerlendirildiğinde resimli formatın kullanıldığı iki çalışmanın sonuçlarına göre Türkçe PPSC’nin sorunlu saptadığı çocukların oranının daha düşük olduğu, PSC kullanılan iki çalışmada belirlenen sorunlu çocuk oranına göre ise benzer olduğu görülmüştür. Resimli formatın resimlerin her soruda ne sorulmak istendiğini anlamaları için ebeveynlere daha fazla yardımcı olduğu belirtilmekle birlikte bizim sonuçlarımız resimsiz format olan PSC’nin sonuçlarıyla daha benzerdir. Bu doğrultuda sonraki çalışmalarda Türk toplumu için geliştirilmiş resimlerin ve orijinal resimli versiyonun kullanımının karşılaştırılması önerilmektedir. Erdoğan ve Öztürk’ün (2011) Türkçe PSC çalışmasında, bu çalışmanın örnekleme oldukça benzeyen bir grupta bu oranın %40 olarak belirlenmesi şaşırtıcıdır.

Bu çalışmanın sonuçlarını özetlersek, PPSC’nin Türk toplumunda okullarda, birinci basamak sağlık merkezlerinde, kronik/spesifik hastalık tedavi merkezlerinde, çocuklarda psikososyal ve davranışsal problemleri inceleme fırsatı veren geçerli ve güvenilir bir tarama aracı olduğu gösterilmiştir. Türkçe PPSC, düşük gelirli kentsel toplumlarda yaşayan 6- 16 yaşlarındaki çocuklarda psikososyal ve davranışsal sorunların incelenmesi için güvenilir ve geçerli bir araçtır. Eğitimli sağlık çalışanları tarafından uygulanabilir ve özellikle toplumsal alanlarda kullanılabilir. Türkçe PPSC’nin geçerlilik sürecinde oluşan dört faktörlü yapının, uygunluğunun ortaya konulması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Türkçe PPSC’de her 100 çocuktan 11’inde pozitif çıktığı görülmüştür. Bu yüzden bu çocukların psikososyal sorunları için daha ayrıntılı incelenmelerine ihtiyaç vardır. Ayrıca bu çalışma çocukta erkek cinsiyetine sahip olmanın, tek ebeveyn olmanın, düşük gelirin, ebeveynin

ruhsal sorunlu olmasının PPSC’de pozitif ve negatif çıkan sonuçlarla önemli derecede ilişki olduğunu göstermiştir.

KAYNAKLAR

- Akdağ M. (2011). SPSS’de İstatistiksel Analizler.
- Akdur R, Çöl M, Işık A, İdil A, Durmuşoğlu M, Tunçbilek A. (1998). Halk Sağlığı. Antıp A.Ş yayınları Ankara, s.10-12.
- Aksayan S, Bahar Z, Bayık A, Büyükcoşkun A, Emiroğlu NO, Erdoğan S, Erefe İ, Karataş N, Sevgi Ü. (1998). Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. Vehbi Koç Yayınları No. İstanbul:12-19
- Aktürk Z. (2010). Nedeni ve nasılıyla sağlık eğitimi. Erişim tarihi: 01.Ağustos.2013
- Ardahan M. (2003). Hemşirelerin savunuculuk rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (2): 23-28.
- Aras Ş, Taş VF, Ünlü G.(2006). Medication prescribing practices in a child and adolescent psychiatry outpatient clinic. *Child Care Health*,33(4):482-490.
- ATLAS: Child and adolescent mental health resources. (2005). Global concerns: Implications for the future. World Health Organization.
- Ball JW, Bindler RC. (2006). Child health nursing, partnering with children and families. New Jersey: *Pearson Education*, 479-98.
- Baysal SU, Özmen B, Parman P, Sahip Y, Bulut A & Gökçay G. (2004) .Mental health screening project in İstanbul, Turkey. *Journal of School Health*,74:341-343.
- Brown SA, Parker JD, Godding PR. (2002). Administrative, clinical and ethical issues surrounding the use of waiting lists in the delivery of mental health services. *J Behav Health Serv Res*,29(2):217-228.
- Buldukoğlu K. (1996). Çocukluk ve Ergenlikte Görülen Duygusal ve Davranışsal Bozukluklar. İçinde: Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. Nebahat Kum (Ed), İstanbul. Birlik Ofset Ltd. Şti. s.38-66.
- Cadman D, Boyle M, Szatmani P, Orrord DR. (1987). Chronic illness, disability and mental and social well-being: Findings of the Ontoria Child Health Study. *Pediatrics*,79: 805-813.

- Canceko-Llego CD, Castillo-Carangad NT, Reyes AL. (2009). Validation of the Pictorial Pediatric Symptom Checklist- Flipina version for the psychosocial screening of children in a low-income Urban community. *Acta Medica Philippina*,43(4):62-68.
- Crachetti D, Rogosch FA, Toth SL.(1998). Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Dev Psychopathol*, 10: 283-300.
- Çetin FÇ. (2008). Çocuk ve ergen ruh sağlığı politikaları. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Ed: Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivan Türk B, Türkbay T, Uslu R, Ünal F. Hekimler Yayın Birliği,s.854-861.
- Çetinkuş İO. (2011). Ekonomik Krizin Ailelerin Ruhsal Durumuna Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard. Doç.Dr. Gül Ünsal Barlas).
- Edelsohn GA, Gomez GP. (2006). Psychiatric emergencies in adolescents. *Adolesc Med*,17:183-204.
- Erdoğan S, Öztürk M.(2011). Psychometric evaluation of the Turkish version of the Pediatric Symptom Checklist-17 for detecting psychosocial problems in low-income children. *Journal of Clinical Nursing*, 20:2591-2599.
- Erol N, Şimşek Z, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M. (1998). Çocuk ve Gençlerde Ruh Sağlığı, Yeterlik Alanları, Davranış ve Duygusal Sorunların Dağılımı. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. TC. Sağlık Bakanlığı, Ankara,25-75.
- Fidan TY. (2011). Bir çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran çocuk ve ergenlerin ruhsal belirtileri ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*,3(1):1-8.
- Ford T, Goodman R, Meltzer H.(2003). The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM 4 disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*,42(10):1203-1211.
- Gardner W, Murphy M, Childs G, Kelleher K, Pagano M, Jellinek M, McInerney KT, Wasserman CR, Nutting P, Chiappetta L. (1999). The PSC -17: a brief pediatric symptom checklist with psychosocial problem subscales. A report from PROS and ASPN. *Ambulatory Child Health*,5: 225-236.

- Garrison CZ, Waller JL, Cuffee SP.(1997). Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36: 458-465.
- Gözüm S, Aksayan S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemar-G Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 5:3-14.
- Hazell P. (2007). Does the treatment of mental disorders in childhood lead to a healthier adulthood? *Curr Opin Psychiatry*, 20(4): 315-318.
- Jellinek M, Murphy M. (1999). Use of the Pediatric Symptom Checklist to screen for psychosocial problems in pediatric primary care. Eds: Michelle L, Maria E, Diane C, Kelleher K. *Arc Pediatric Adolesc Med*,153:254-260.
- Jutte DP, Burgos A, Mendoza F, Ford CB, Huffman LC. (2003).Use of the Pediatric Symptom Checklist in a Low-Income, Mexican American Population. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 157:1169-1176.
- Kaya H. (2009). Sağlık hizmetlerinde hasta eğitimi ve hemşirenin sorumlulukları. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*,1(1):19-23
- Kılç A. (2009). Gelişim Dönemleri ve Ergenlerde Ruhsal Sorunlar. Newport International University. Davranış Bilimleri Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Uzm. Dr.Fatih Kılıçarslan).
- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R.(2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder. Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 60:709-717.
- Kostanecka MD, Power T, Clarke A, Watkins M, Hausman CL, Blum NJ. (2008).Behavioral health screening in Urban primary care Settings:Construct validity of the PSC-17. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, S124-S128.
- Leiner MA, Balcazar H, Straus DC, Shirsat, Handal G. (2007). Screening Mexicans for psychosocial and behavioral problems during pediatric consultation. *Revista De Investigacion Clinica*,59(2):116-123.
- Leiner MA, Piertas H, Perez H, Jimenez P. (2010). Sensitivity and specificity of the Pictorial Pediatric Symptom Checklist for psychosocial problem detection in a Mexican sample. *Revista de Investigacion Clinica*, 62(6):560-567.

- Milli Eğitim Bakanlığı. (2011). Çocuk Gelişimi ve Eğitimi. Çocuk Ruh Sağlığı, Ankara.
- Ocakçı A. (2002). Sağlıkın korunma ve geliştirilmesinde hemşirelik hizmetlerinin rolü.
- Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur R. (2004). Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. *Kriz Dergisi*, 12(2):63-73.
- Offer D, Kaiz M, Howard KI , Bennet ES. (1998) Emotional variables in adolescence, and their stability and contribution to the mental health of adult men: implications for early intervention strategies. *Journal of Youth and Adolescence*, 27: 675-690.
- Özpulat F. (2010). Sağlıkın korunması ve geliştirilmesinde hemşirenin çağdaş bir rolü: Eğitici kimliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı. Bildiriler*; 293-297
- Öztürk O.(2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 11. basım. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti.
- Patel V, Flisher AJ, Hetricks H, McGorry P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *Lancet*, 369: 1302–13.
- Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, Bullinger M ve BELLA çalışma grubu. (2008). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: Results of the BELLA study within the national health interview and examination survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*,17 (Suppl 1):S22-S23.
- Reijneveld SA, Vogels AGC, Hoekstra F, Grone MR. (2006). Use of Pediatric Symptom Checklist for the detection of psychosocial problems in preventive child healthcare. *BMC Public Health*, 6(197):1-8.
- Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. (1998).Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry*,155: 715-725.
- Savaşler S. (2000). Çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesin de hemşirelerin rolü 22. Pediatri Günleri ve 2. Pediatri Hemşirelik Günleri Program ve Özet Kitabı: İstanbul.

- Sherman ML, Barnum DD, Buhman-Wiggs A, Nyberg E. (2009). Clinical intake of child and adolescent consumers in a rural community mental health center: does wait-time predict attendance? *Community Mental Health*, 45(1):78-84.
- Simonian SJ, Tarnowski KJ. (2001). Utility of the Pediatric Symptom Checklist for behavioral screening of disadvantaged children. *Child Psychiatry and Human Development*, 31(4):269-278.
- Taylan S. (2009). Özerklik İlkesi Çerçevesinde Hemşirelerin Bağımsız Rollerini. Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana, (Danışman: Yar. Doç. Dr. Sultan Alan).
- Uçan Ö, Taşcı S, Ovayolu N. (2008). Eleştirel düşünme ve hemşirelik. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*,3(7):17-28.
- Ulaş H. (2008). *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*,12(2):1-84.
- Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. (2011).Sağlık Bakanlığı.
- Yanık M. (2007). Türkiye ruh sağlığı sistemi üzerine değerlendirme ve öneriler. Ruh sağlığı eylem planı önerisi. *Reviews Cases and Hypotheses in Psychiatry*. Ekim özel sayısı.
- Waddell C, Offord DR, Shepherd CA, Hua JM, McEwan K . (2002). Child psychiatric epidemiology and Canadian public policy –making:the state of the science and the art of the possible. *Can J Psychiatry*,47(9).825-832.
- World Health Report. Mental health: New understanding, new hope. (2001). World Health Organization, 1-169.
- World Health Organization .<http://www.who.int/suggestions/faq/en/>, Erişim tarihi:27 şubat 2013.
- Zahn-Waxler C, Klimes-Dougan B, Slattery MJ. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Dev Psychopathol*, 12: 443- 466.

Ek -1 Sosyo-Demografik Soru Formu

Bu form, çocuğunuzun duygusal ve davranış problemlerini sizlerin değerlendirmeleri doğrultusunda erken dönemde belirleyerek, ayrıntılı tanı ve tedavi için ailelere ve çocuklara danışmanlık vermek amacıyla hazırlanmıştır. Form üzerinde belirttiğiniz tüm bilgiler gizli kalacaktır ve konu ile ilgili değerlendirmeler araştırmacı tarafından sizlerle özel olarak paylaşılacaktır.

1.Çocuğunuzun Adı - Soyadı:_____

2.Çocuğunuzun cinsiyeti: Kız Erkek

3.Çocuğunuzun sınıfı : _____

4.Çocuğunuzun yaşı : _____

5.Kaç çocuğunuz var : _____

6. Bu okulda okuyan başka çocuğunuz var mı? Evet Hayır

7.Çocukla yakınlık dereceniz: _____

8.Sizin Yaşınız: _____

9.Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

10.Çalışma durumunuz: Evet Hayır

11.Medeni durumunuz: Evli Dul/Boşanmış/Ayrı

12.Gelir düzeyiniz: Düşük Orta Yüksek

13.Annenin eğitimi: İlkokul Lise Üniversite ve üstü

14.Babanın eğitimi: İlkokul Lise Üniversite ve üstü

15. Çocuğunuzun daha önce tanılanmış ruhsal ve davranışsal bir sorunu var mı?
 Evet Hayır

16.Yukarıdaki soruya cevabınız evet ise bu çocuğunuz daha önce bu konuda herhangi bir tedavi aldı mı alıyor mu?
Evet Hayır

17. Sizde daha önce tanılanmış ruhsal ve davranışsal bir sorun var mı?

Evet Hayır

(Açıklayınız)_____

18. Yukarıdaki soruya cevabınız evet ise bu konuda herhangi bir tedavi aldınız mı? /alıyor musunuz?

Evet Hayır

19.Eşinizde daha önce tanılanmış ruhsal ve davranışsal bir sorun var mı?

Evet Hayır

(Açıklayınız)_____

20.Yukarıdaki soruya cevabınız evet ise eşiniz bu konuda herhangi bir tedavi aldı mı/ alıyor mu?

Evet Hayır

Çocuğunuzun sağlıklı bir çocukluk geçirmesi için hem duygusal hem de fiziksel yönden sağlıklı olması büyük önem taşır. Ebeveynler çocukların duygusal, davranışsal veya öğrenmesiyle ilgili sorunları ilk fark eden kişiler olduğundan, aşağıdaki sorulara doğru cevap vermeniz, çocuğunuz için en uygun olan danışmanlık hizmetine yönlendirilebilmeniz için önemlidir.

Lütfen çocuğunuzun en iyi şekilde tanımlayan kutucuğa "X" işareti koyunuz.

1 Ağrı ve acıdan şikayet eder.



ASLA

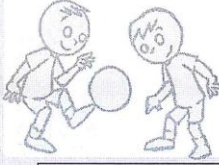


BAZEN



SIK SIK

2 Zamanının çoğunu yalnız geçirir.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

3 Çabuk yorulur, enerjisi azdır.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

4 Kırır kıpırdır, yerinde uzun süre duramaz.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

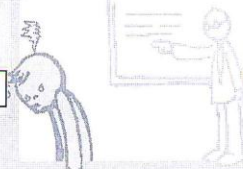
5 Öğretmeniyle sorun yaşar.



ASLA



BAZEN



SIK SIK



6

Okula ilgisi azdır.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

2

7

Motor takılmış gibi sürekli hareket eder.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

8

Çok fazla hayal kurar, hayalcidir.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

9

Dikkati kolay dağılır.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

10

Yeni durumlardan korkar.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

11

Kendini mutsuz, üzgün hisseder.



ASLA



BAZEN



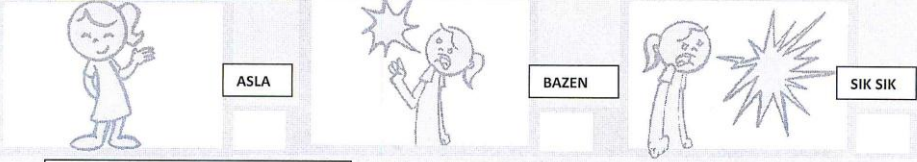
SIK SIK

M.S. Jellinek and J.M. Murphy, Massachusetts General Hospital

Adapted by M. Leiner and P. Shirsat
Texas Tech University Health Sciences Center



12 Huzursuz, öfkelidir.



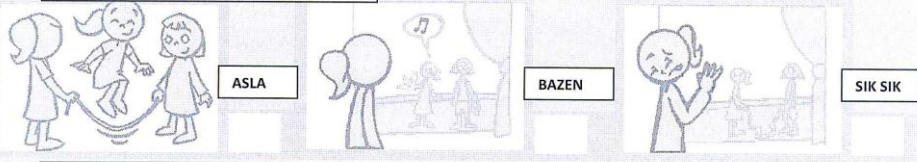
13 Kendini umutsuz hisseder.



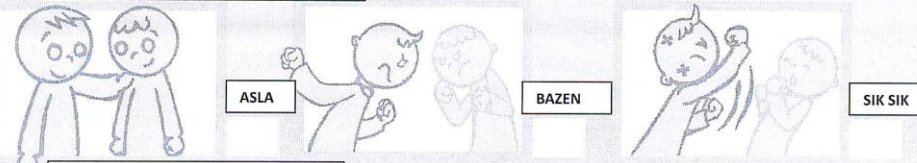
14 Dikkatini toplamakta zorlanır.



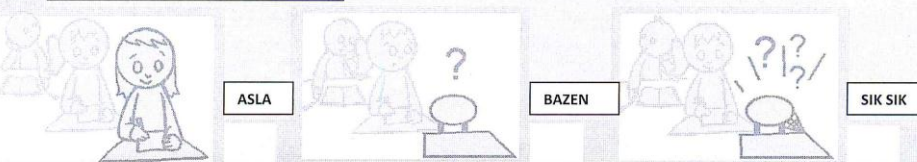
15 Arkadaşlarına karşı ilgisi azdır.



16 Diğer çocuklarla kavga eder.



17 Okula devamsızlık yapar.



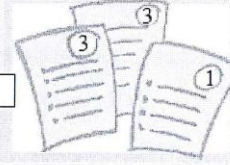
18 Okul başarısı gittikçe düşüyor.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

4

19 Kendisini aşağılar.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

20 Doktor tarafından herhangi bir sorun bulunmasa da doktora gider.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

21 Uyku problemi yaşar.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

22 Çok evhamlıdır.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

23 Sizinle öncesine göre daha çok birlikte olmayı ister.



ASLA



BAZEN



SIK SIK



24 Kendisinin kötü biri olduğunu düşünür.



ASLA

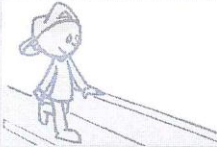


BAZEN

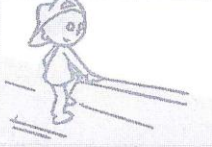


SIK SIK

25 Gereksiz yere riskler alır.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

26 Sık sık yaralanır.



ASLA

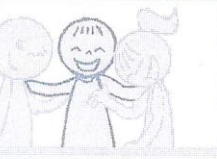


BAZEN

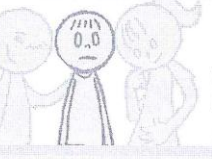


SIK SIK

27 Daha az eğleniyormuş gibi görünür.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

28 Yaştlarından daha küçükmüş gibi davranır.



ASLA



BAZEN



SIK SIK

29 Kurallara uymaz.



ASLA



BAZEN



SIK SIK



Zimbra

nimetsenturk@maltepe.edu.t

± Font Büyüklüğü -

marie izin yazısı

Kimden : Elif Ardiç <elifardic@maltepe.edu.tr>

26 Ara 2011 Pzt 15:53

Konu : marie izin yazısı**Kime :** nimetsenturk@maltepe.edu.tr**Yanıtla :** elifardic@maltepe.edu.tr

Kimden: "Marie Leiner" <Marie.Leiner@ttuhsc.edu>**Kime:** elifardic@maltepe.edu.tr**Gönderilenler:** 15 Kasım Salı 2011 17:56:47**Konu:** RE: request for PPSC

Hello

Of course you can use it.

If you have the equivalent of every question in Turkish and send it to me

I can put them in the questionnaire for you

Your English is great.

I was not in my office that is why I did not answer.

Best

Dr. Marie Leiner

Research Associate Professor

Dept. of Psychiatry

Center of Excellence in Neurosciences

800 N. Mesa St. Suite 200

Tel: 915 545-7590 ext 224 Fax: 915 545-7571

From: Elif Ardiç [mailto:elifardic@maltepe.edu.tr]**Sent:** Monday, November 14, 2011 11:38 PM**To:** Leiner, Marie**Subject:** request for PPSC

Dear Marie;

I am a research assistant in Maltepe University School of Nursing. By the time , i am a psychiatry master student in Marmara University School of Nursing. I am planing to write theses and, about "Psychometric evaluation of the Turkish version of the Pictorial pediatric Symptom Check List (PPSC) . Would you give me a permission to use this scale. If you give me permission to use ,i will be very happy . I know that you develop this scale ,if i am wrong please say. My english is not good ,i hope you understand me .

Thank you very much. Sincerely.....

T.C
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKLU
ARŞ. GÖREVLİSİ ELİF ARDIÇ
Tel.no: 02166261050-1723

T.C.
MALTEPE KAYMAKAMLIĞI
İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : B.08.4.MEM.0.34.66.23.355.01- 20712
Konu : Anket Uygulama İzni

23/11/2011

MALTEPE KAYMAKAMLIĞINA

İlgi : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığının 18/11/2011 tarihli ve 28 sayılı yazısı.

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığının ilgi yazıdaki taleplerine istinaden; Maltepe Üniversitesi Araştırma Görevlisi ve Marmara Üniversitesi Yüksek Lisans öğrencisi Elif ARDIÇ'ın "Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği" başlıklı tez çalışması nedeniyle Müdürlüğümüze bağlı Bağlarbaşı İlköğretim Okulu ve Cumhuriyet İlköğretim Okulunda bu yılki eğitim dönemi itibariyle Okul Müdürlüklerinin sorumluluğunda (ders saatleri dışında) Ek-1 de gösterilen prosedür doğrultusunda veliler tarafından Ek-2 de yer alan anket formu ile "Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi'nin doldurulması için gerekli çalışmayı yapması Müdürlüğümüze uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

Ah
Faik KAPTAN
Müdür

Ah
OKUR
21/11/2011
Ahmet OKUR
Kaynakam

EKLER :

- 1.İlgi yazı (1 sayfa)
- 2.Prosedür (1 sayfa)
- 3.Anket Formu (1 sayfa)
- 4.Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi (6 sayfa)

21/11/2011 Araş. Ş.ÖZÜNDÖĞMÜŞ *Ah*

23/11/2011 Şb.Md. Ç.ERGÜL *Ah*



Bağdatı Cad. Kaşan Sok. Hasan Şadoğlu İlköğretim Okulu Ek Bina 3. Kat Maltepe/İstanbul
Tel: 0216 417 08 76 - 366 94 32
Faks: 0216 417 69 59 | maltepe34@mab.gov.tr
www.maltepe-mab.gov.tr | maltepe.mab.gov.tr



T.C.
MALTEPE KAYMAKAMLIĞI
İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : B.08.4.MEM.0.34.66.23.355.01- 21266
Konu : Anket Uygulama İzni

28/11/2011

MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığı)

İlgi : a) Kaymakamlık Makamının 23/11/2011 tarihli ve 2072 sayılı onayı
b) Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığının
18/11/2011 tarihli ve 28 sayılı yazısı.

İlgi (b) yazıda adı geçen Üniversiteniz Yüksek Lisans öğrencisi Elif ARDIÇ'ın
"Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği"
başlıklı tez çalışması nedeniyle Müdürlüğümüze bağlı Bağlarbaşı İlköğretim Okulu ve
Cumhuriyet İlköğretim Okulunda bu yılki eğitim dönemi itibarıyla gerekli çalışmayı yapması
ilgi (a) Kaymakamlık onayı ile uygun görülmüş olup, bu konuda ilgili okullarımıza gerekli
talimat verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Faik KAPTAN
Müdür

EK :
Onay (1 sayfa)

28/11/2011 Araş. Ş.GÜNDOĞMUŞ

28/11/2011 Şb.Md. C.ERGÜL



Bağdat Cad. Kağan Sok. Hasan Şadoğlu İlköğretim
Okulu Ek Bina 3, Kat:Maltepe/İstanbul
Tel: 0216 417 08 76 - 366 94 32
Faks: 0216 417 69 59 | maltepe54@meb.gov.tr
www.maltepe-meb.gov.tr | maltepe.meb.gov.tr



6070 Sayılı Kanuna Göre FAİK
PTA Nereferden
204... 62 SeriNolu
1.2011.16:34:16
İh... Olarak

Ek- 5

Sayın veli,

Bu çalışma Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda Araştırma Görevlisi olarak çalışan ve Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi olan Elif Ardıç'ın tez çalışması olarak yapılmaktadır.

Çalışmanın amacı, 6-16 yaş aralığındaki çocuklarda duygusal ve davranış sorunlarının erken dönemde tanınmasını sağlamak amacıyla "Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesi'nin Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemektir.

Erken dönemde çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarının tanınması ve tedavi edilmesi çocuğun tüm yaşamını olumlu yönde etkileyebilecek hayati öneme sahip bir durumdur. Bu form doğrultusunda çocuklarınızın duygusal ve davranışsal değerlendirmesi yapılarak, çocuğunuz için en uygun olan danışmanlık hizmetine yönlendirileceksiniz.

Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır, Bu konuda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Çalışmada belirttiğiniz bilgiler başkalarıyla kesinlikle paylaşılmayacaktır.

Bu onam formunu okudum ve gönüllü olarak bu çalışmaya katılmayı istiyorum.

Tarih

İmza



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

PROJENİN ADI: Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesinin Geçerlilik ve Güvenirliliği

PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Yrd. Doç. Dr. Gül ÜNSAL BARLAS

PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR: Elif ARDIÇ

ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 22.05.2012 – 1

Sayın Yrd. Doç. Dr. Gül ÜNSAL BARLAS

82 protokol nolu "Resimli Psikososyal ve Davranış Sorunları Kontrol Listesinin Geçerlilik ve Güvenirliliği" isimli projeniz Enstitümüzün Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

F. Arıcıoğlu.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Komisyon Başkanı

Serap Şirvanci

Doç. Dr. Serap ŞİRVANCI
Komisyon Başkan Yardımcısı

Serap Akyüz

Prof. Dr. Serap AKYÜZ

Levent Kabasakal

Doç. Dr. Levent KABASAKAL

Aysel Pehlivan

Prof. Dr. Aysel PEHLİVAN

Nemse Bahçecik

Doç. Dr. Nemse BAHÇECİK

Doç. Dr. Oğuzhan DEYNELİ

Asım Çingir

Doç. Dr. Asım ÇİNGİ

Doç. Dr. Pınar AY

Murat Çekin

Yrd. Doç. Dr. Murat ÇEKİN

Zübeyir Sarı

Yrd. Doç. Dr. Zübeyir SARI

Tolga Güven

Öğr. Gör. Dr. Tolga GÜVEN

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Elif	Soyadı	ARDIÇ
Doğum Yeri	Eskişehir	Doğum Tarihi	02.04.1984
Uyruğu	T.C	TC Kimlik No	26423509180
E-mail	elifardiccc@gmail.com	Tel	0(507)4703092

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi	2011- devam ediyor
Lisans	Marmara Üniversitesi	2008
Lise	Bandırma Anadolu Lisesi	2002

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Arş. Görevlisi	Üsküdar Üniversitesi	Devam ediyor
2. Arş. Görevlisi	Maltepe Üniversitesi	3 yıl
3. Hemşire	John Hopkins Anadolu Sağlık Medicine	6 ay

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu #								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	65							

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı (27.11.2011)	71.515	72.947	64.228
(Diğer) Puanı (13.05.2012)	62,944	60,448	55,389

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word	İyi
Excell	İyi
Power point	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifikaları/Ödülleri/Diğer

Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

- 1.Bulduk S, Yurt S, Dinç Y, **Ardıç E.** (2012). Sağlık Davranışı Modelleri. Yeni Sempozyum dergisi(yayın şamasında).
- 2.Bulduk S, Tosun H, **Ardıç E.** (2011). Türkçe Kültürler Arası Duyarlılık Ölçeğinin Hemşirelik Öğrencilerinde Ölçümsel Özellikleri. Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi, 19(1):25-31.
- 3.Bulduk S, **Ardıç E.** (2011) Cezaevi Popülasyonunun Sağlıkını Geliştirmede Hemşirelerin Rolü Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi Dergisi,8 (2) :92-97

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

- 1.Yurt S, Bulduk S, Gür K, **Ardıç E,** Özel İ. (2012). “Adölesanların Beslenme Egzersiz Davranışlarının Belirlenmesi” 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Prof. Dr. M. Mete Cengiz Kültür Merkezi, Bursa.

- 2.Dedeoğlu S, Aktaş B, Malkoç A, Akbulut R, Yurt S, Bulduk S, **Ardıç E.** (2012). “Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Mental Sağlık Taraması Sonuçlarının Değerlendirilmesi” 11. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Prof. Dr. Mete Cengiz Kültür Merkezi, Bursa.
- 3.Barlas Ünsal G, Onan N, Can Öz Y, **Ardıç E,** Koç Z, Şimşek Ç, Tavlı F. (2011).Türk S.Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hekimlerin Psikiyatri Hemşiresinin Rol ve Sorumluluklarına İlişkin Görüşleri. I. Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Özet Kitabı, İstanbul, s:189-190.
- 4.Bulduk S, **Ardıç E.** (2010). Cezaevleri Sağlığı Geliştirmek İçin Hemşirelere Fırsat Sunan Bir Alan Mıdır? IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi “Uluslar arası Katılımlı” Özel Kitabı, s:97-98.
- 5.Büyükbayrak B, Çetin C, Karanfil A, Yılmaz E, Bulduk S, Tosun H, **Ardıç E.** (2010). Hemşirelikte Bir Değer Olarak; Kültürlerarası Duyarlılık-Metodolojik Bir Çalışma. 9. Uluslar arası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Muğla (Sözel bildiri).
- 6.Başaran F, Uğurcan C, Yeni T, Tosun H, Bulduk S, **Ardıç E.** (2010) Hemşirelikte Felsefi Bir Yaklaşım Olarak Öz-Duyarlılık. 9. Uluslar arası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Muğla (Sözel bildiri).
- 7.Bahçecik A. N, **Ardıç E,** Tavlı F, Yegen İ, Ağlamış T, Güney H .(2008).Öğrenci Hemşirelerin Gözüyle Profesyonel Hemşirelik. 7. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Kitabı, İstanbul.
- 8.Kolaç N, **Ardıç E,** Tavlı F, Noyan B, Öztekin F, Güleç E ve ark.(2007). Sınıf Öğretmenliği Bölümünde Okuyan Öğrencilerin Cinsel Sağlık Bilgi Seviyelerinin Belirlenmesi. 6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Kitabı, İstanbul.