

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi–Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli–DSM–5 Kasım 2016 –Türkçe Uyarlamasının (ÇDŞG–ŞY–DSM–5–T) Geçerlik ve Güvenirliği



Fatih ÜNAL¹, Ferhunde ÖKTEM², Füsün ÇETİN ÇUHADAROĞLU³,
S. Ebru ÇENGEL KÜLTÜR⁴, Devrim AKDEMİR⁵, Dilşad FOTO ÖZDEMİR⁶,
Halime Tuna ÇAK⁷, Dilek ÜNAL⁸, Kevser TIRAŞ⁹, Cihan ASLAN¹⁰, Bilge Merve KALAYCI¹¹,
Büşra Sultan AYDOS¹², Funda KÜTÜK¹³, Emine TAŞYÜREK¹⁴, Remzi KARAOKUR¹⁵,
Başak KARABUCAK¹⁶, Burak KARAKÖK¹⁷, Yusuf KARAER¹⁸, Abdülbaki ARTIK¹⁹

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada DSM-5 tanı ölçütlerine göre yeniden düzenlenen Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi (6-18 Yaş) – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 Kasım 2016- Türkçe Uyarlaması'nın (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) geçerlik ve güvenirliliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Yaşları 6-17 arasındaki, 150 çocuk ve ergene ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T uygulanmıştır. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile konulan tanıların geçerliği, klinik değerlendirme ile konulan DSM-5 tanıları (uyum geçerliği) ve o tanıyı değerlendiren ölçek puanları (eş zaman geçerliği) dikkate alınarak değerlendirilmiştir. Değerlendiriciler arası güvenirlilik seçkisiz yöntemle belirlenen 20 katılımcıda incelenmiştir. Ayrıca aynı yöntemle seçilen 20 farklı katılımcıyla yapılan ilk değerlendirmeden üç hafta sonra ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T uygulanarak test-tekrar test güvenirliliği araştırılmıştır.

Bulgular: ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile yapılan görüşme ile konulan tanıların uyumunun yeme bozuklukları, seçici konuşmazlık ve otizm spektrumu bozuklukları açısından çok iyi ($\kappa=0,92-1,0$), dışa atım bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, karşıt olma/karşı gelme bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, depresif bozukluklar, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu açısından iyi ($\kappa=0,67-0,80$) düzeyde olduğu gözlenmiştir. Değerlendiriciler arası güvenirliliğin seçici konuşmazlık için çok iyi ($\kappa=1,0$), karşıt olma/karşı gelme bozukluğu, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve depresif bozukluklar için iyi derecede ($\kappa=0,63-0,73$) olduğu; test-tekrar test güvenirliliğinin de otizm spektrumu bozuklukları için çok iyi derecede ($\kappa=0,82$), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma/karşı gelme bozukluğu, depresif bozukluklar ve yaygın anksiyete bozukluğu ve için iyi derecede ($\kappa=0,62-0,78$) olduğu görülmüştür.

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T'nin görüşme çizelgesine yeni eklenen seçici konuşmazlık, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu ve otizm spektrumu bozuklukları dâhil birçok tanı grubu için geçerli ve güvenilir veri sağladığını düşündürmüştür.

Anahtar Sözcükler: ÇDŞG-ŞY, geçerlik, güvenirlilik.

SUMMARY

Reliability and Validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T)

Objective: The aim of this study was to evaluate the reliability and validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016 -Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T).

Method: A total of 150 children and adolescents between 6 and 17 years of age were assessed with K-SADS-PL-DSM-5-T. The degree of agreement between the DSM-5 criteria diagnoses and the K-SADS-PL-DSM-5-T diagnoses were considered as the measure of consensus validity. In addition, concurrent validity was examined by analyzing the correlation between the diagnoses on K-SADS-PL-DSM-5-T and relevant scales. Interrater reliabilities were assessed on randomly selected 20 participants. Likewise, randomly selected 20 other participants were interviewed with K-SADS-PL-DSM-5-T three weeks after the first interview to evaluate test-retest reliability.

Results: The consistency of diagnoses was almost perfect for eating disorders, selective mutism and autism spectrum disorder ($\kappa=0,92-1,0$), substantial for elimination disorders, obsessive-compulsive disorder, oppositional defiant disorder, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, depressive disorders, disruptive mood dysregulation disorder and attention deficit hyperactivity disorder ($\kappa=0,67-0,80$). Interrater reliability was perfect for selective mutism ($\kappa=1,0$), substantial for oppositional defiant disorder, disruptive mood dysregulation disorder, attention deficit hyperactivity disorder, depressive disorders and social anxiety disorder ($\kappa=0,63-0,73$). Test-retest reliability was almost perfect for autism spectrum disorder ($\kappa=0,82$), substantial for attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, disruptive mood dysregulation disorder, depressive disorders and generalized anxiety disorder ($\kappa=0,62-0,78$).

Conclusion: The results of this study show that the K-SADS-PL-DSM-5-T is an effective instrument for diagnosing major childhood psychiatric disorders including selective mutism, disruptive mood dysregulation disorder and autism spectrum disorder which have recently been added to the schedule.

Keywords: K-SADS-PL, validity, reliability.

Geliş Tarihi: 04.12.2018 - **Kabul Tarihi:** 25.12.2018

^{1,3,4}Prof., ²Psik. Prof., ^{5,6,7}Doç., ⁸Yrd. Doç., ^{9,13,17,18,19}Uzm., Hacettepe Üniv., Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ankara. ¹⁰Uzm., Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, Kırıkkale. ¹¹Uzm., Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bl. Ankara. ¹²Uzm., Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Ankara. ¹⁴Uzm., Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Afyon. ¹⁵Uzm., Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi, Ankara. ¹⁶Uzm., Karaman Devlet Hastanesi, Karaman.

FÜ: <https://orcid.org/0000-0001-8386-9884>, FÖ: <https://orcid.org/0000-0001-6971-6822>, FÇÇ: <https://orcid.org/0000-0002-6088-0308>, SEÇK: <https://orcid.org/0000-0001-5995-2178>, DA: <https://orcid.org/0000-0003-2116-4461>, DFÖ: <https://orcid.org/0000-0002-9077-8419>, HTÇ: <https://orcid.org/0000-0001-9514-0855>, DÜ: <https://orcid.org/0000-0001-9407-4702>, KT: <https://orcid.org/0000-0003-4261-1013>, CA: <https://orcid.org/0000-0001-5219-6883>, BMK: <https://orcid.org/0000-0003-3971-5815>, BSA: <https://orcid.org/0000-0002-4838-3843>, FK: <https://orcid.org/0000-0002-6276-0932>, ET: <https://orcid.org/0000-0002-6366-2840>, RK: <https://orcid.org/0000-0002-5761-2054>, BK: <https://orcid.org/0000-0002-3016-6031>, BKarakök: <https://orcid.org/0000-0002-2191-072X>, YK: <https://orcid.org/0000-0002-9542-5129>, AA: <https://orcid.org/0000-0001-7909-9944>

Dr. Fatih Ünal, e-posta: dr.fatih.unal@gmail.com

<https://doi.org/10.5080/u23408>

GİRİŞ

Günümüzde çocuk ve ergen ruh sağlığı açısından önemli güçlüklerden biri de çocuk ve ergenlerdeki ruhsal belirtileri doğru değerlendirip, geçerli bir tanıya ulaşmaktır. Birçok medikal hastalığın tersine, biyolojik verilere dayalı ve tanıyı doğrulayacak kanıtlar yetersiz kalmaktadır (Lempp ve ark. 2012). Ruhsal belirtilerdeki zaman ve duruma özgü tutarsızlıklar, verilen bilgilerdeki değişkenlikler, görüşmecilerin belirtilerin önemini değerlendirmelerindeki yanlılıklar, çocukların bilgi vermesindeki belirsizlikler ya da görüşmeler arasında ruhsal durumda gelişebilecek değişiklikler gibi ek zorluklar nedeniyle, ruhsal alandaki klinik değerlendirme süreci daha da güçleşmektedir (Duncan ve ark. 2018). Bu değerlendirme güçlüklerinin üstesinden gelebilmek için yapılandırılmış klinik görüşmelerin yararı olabileceği öne sürülmüştür. Bu tür görüşmelerin alışılmış klinik değerlendirmeden tarz ve içerik açısından bazı farklılıkları bulunmaktadır. Tüm değerlendiricilerin aynı görüşme çizgisini/içeriğini izlemeleri ulaşılan tanı ya da tanılarının güvenilirlik düzeyini arttırmaktadır. Yapılandırılmış görüşmeler ile sorunun başlangıç tarihi, şiddeti ve süresi, zamansal sıralama ve işlevselliğin ne kadar bozulduğu daha ayrıntılı değerlendirilebilmekte, bu nedenlerle deneyimsiz görüşmeciler için de bir rehber niteliği taşımaktadır (Leffler ve ark. 2015). Alışılmış görüşmelerden biraz daha uzun sürmesine karşın, yapılandırılmış görüşmeler sonucunda ulaşılan doğru tanılarının tedavinin etkinliğini arttırdığı, bu nedenle aslında zamanın daha ekonomik kullanımından söz edilebileceği ileri sürülmüştür (Garcia-Barrera ve Moore 2013).

Her ne kadar çocuk ve ergenlerde kullanılan çok sayıda yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesi bulunsun da en yaygın olarak kullanılan görüşme çizelgesinin Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Çizelgesi (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children) olduğu düşünülmektedir (Ambrosini 2000, Boyle ve ark. 2017). Bu görüşme çizelgesinin kökeni Endicott ve Spitzer (1978) tarafından erişkinler için geliştirilen ve Chambers ve arkadaşlarının (1985) çocuklara uyarladığı Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesine (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-SADS) dayanmaktadır. Bu çizelgenin DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre düzenlenmiş “Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli”, Kaufman ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş; aynı görüşme çizelgesi DSM sistemi 2013 yılında yenilendikten sonra (APA 2013), DSM-5 tanıları ile uyumlu olacak şekilde yenilenmiştir (Kaufman ve ark. 2016). Çizelgenin DSM-III ve DSM-IV ölçütlerini içeren versiyonu dilimize çevrilmiş ve birçok tanı için geçerli ve güvenilir veri sağladığı gösterilmiştir (Gökler ve ark. 2004). Ancak çizelgenin hem boyutsal hem de kategorik tanısal değerlendirmeler içeren ve DSM-5 tanılarına göre güncellenmiş olan şeklinin Türkçe uyarlaması için geçerlik ve güvenilirlik çalışması bulunmamaktadır. Bu durum, hem klinik değerlendirmeye ilişkin standardizasyon ile ilgili sorunlara yol açmakta; hem de ülkemizde çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında yapılan araştırmaları

nicelik ve nitelik açısından olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmada, kapsamlı değerlendirme araçları arasında oldukça yaygın bir kullanım alanına sahip olan ve yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, tıknırcasına yeme bozukluğu, seçici konuşmazlık ve otizm spektrumu bozukluklarının da eklenmesiyle yirmi üç farklı tanı alanında değerlendirme yapabilen, Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli DSM-5 Kasım 2016 - Türkçe Uyarlaması'nın (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

Araştırma grubu, Hacettepe Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine Şubat 2018–Haziran 2018 tarihleri arasında ilk kez başvuran (yaş sınırlaması ve düşük yaygınlık oranları nedeniyle otizm spektrumu bozuklukları, seçici konuşmazlık ve yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu ön tanıları ile başvuran çocuklarda “ilk kez başvurma” koşulu aranmamıştır), yapılan klinik değerlendirmeye göre bilişsel yetersizlik ve değerlendirmeyi engelleyebilecek tıbbi bir sorunu olmayan, 6-17 yaşları arasında ve çalışmaya katılmayı kabul eden 120 çocuk ve ergenden; kontrol grubu ise benzer yaşlarda olup aynı hastanenin genel pediatri kliniğine başvuran, araştırma ile ilgili yapılan duyuru sonucu çalışmaya katılmayı kabul eden, klinik olarak bilişsel yetersizliği bulunmadığı düşünülen, yapılacak değerlendirmeleri engelleyebilecek tıbbi bir sorunu ve herhangi bir psikiyatrik yakınması olmayan 30 çocuk ve ergenden oluşmuştur.

Çalışma Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (GO 18 / 282 – 05) tarafından onaylanmıştır.

Değerlendirme Araçları

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli DSM-5 Kasım 2016 - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (6-18 Years) - Present and Lifetime Version, K-SADS-PL-DSM-5 November 2016]: Kaufman ve arkadaşlarının (2016) DSM-5 tanı ölçütlerine göre güncelledikleri yarı yapılandırılmış bu görüşme çizelgesinin Türkçe uyarlaması araştırmacılar tarafından yapılmış, çeviri ve geri-çeviri metinlerindeki farklılıklar ve görüşme çizelgesinin işlevselliğinin değerlendirildiği ana baba ve çocuklarla yapılan deneme görüşmelerinin gözden geçirilmesi ile ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T son şeklini almıştır.

Görüşme çizelgesinin ilk bölümünde yapılandırılmamış bir görüşme ile çocuğun ve ailesinin sosyodemografik özellikleri, yakınmaları, gelişim öyküsü, sağlık durumu, genel olarak okuldaki ve evdeki işlevselliği ile ilgili bilgiler sorgulanır.

İkinci bölümde hem geçmiş hem de şu andaki (son iki aydaki) 200'den fazla özgül belirtiyi değerlendiren tarama soruları yer alır. Üçüncü bölüm DSM-5 tanılarını doğrulamak için yapılan değerlendirme ve gözlem sonuçlarından oluşur. Her bir bilgi kaynağından alınan bilgiler ayrı ayrı ve sonunda klinisyenin gözlemleriyle de birlikte birleştirilerek puanlanır.

ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile taranabilen birincil tanılar; major depresif bozukluk, süregelen depresif bozukluk, mani, hipomani, siklotimi, bipolar bozukluklar, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, şizoafektif bozukluklar, şizofreni, şizofreniform bozukluk, kısa tepkisel psikoz, panik bozukluk, agorafobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, basit fobi, sosyal anksiyete bozukluğu/seçici konuşmazlık, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, karşıt olma/karşı gelme bozukluğu, enürezis, enkoprezis, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu, geçici tik bozuklukları, Tourette bozukluğu, kronik motor ya da vokal tik bozukluğu, alkol kötüye kullanımı, madde kötüye kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu ve otizm spektrumu bozukluklarıdır. DSM-5 değişiklikleriyle beraber ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile taranabilen tanılar arasına yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu/seçici konuşmazlık, tıknırcasına yeme bozukluğu ve otizm spektrumu bozuklukları da eklenmiştir (Kaufman ve ark. 2016).

Yenilenmiş Conners Ana Baba Derecelendirme Ölçeği Kısa Türkçe Formu (YCADÖKF) [*Conners' Rating Scales-Revised (CRS-R)*]: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirti alanlarını ve belirti şiddetini belirlemek amacıyla Conners (1997) tarafından, daha önceki uzun formlar için toplanan verilere uygulanan faktör analizi sonucunda en yüksek faktör yükü veren 27 maddenin belirlenmesi ile oluşturulan bu ölçek; üç alt bölüm (karşı gelme, bilişsel sorunlar-dikkatsizlik, hiperaktivite) ve bir yardımcı bölümden (DEHB indeksi) oluşmaktadır (Kaner ve ark. 2006).

Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ) [*Screen for Child Anxiety and Related Disorders (SCARED)*]: Çocukluk çağı kaygı bozukluklarını tarama amacıyla kullanılmak üzere Birmaher ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilen bu ölçekte, somatizasyon, panik, yaygın kaygı, ayrılık kaygısı, sosyal fobi ve okul korkusu alt bölümleri bulunmaktadır (Çakmakçı 2004).

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) [*Beck Depression Inventory (BDI)*]: Özgün formu Beck ve arkadaşları (1961, 1988) tarafından geliştirilen ve Türkçeye Hisli (1989) tarafından uyarlanan bu ölçek, depresyonda görülen ve vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri değerlendiren 21 maddeden oluşmaktadır.

Duygusal Reaktivite İndeksi (DRİ) [*Affective Reactivity Index (ARI)*]: Stringaris ve arkadaşları (2012) tarafından geliştirilen ve son altı ay içindeki irritabilite belirtilerini gözden geçiren ölçeğin ağır duygudurum düzensizliğini hem sağlıklı hem de bipolar bozukluğu olan çocuklardan ayırt edebildiği

gösterilmiştir. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Kocael (2015) tarafından yapılan ölçeğin hem çocuk hem de ebeveyn formları bulunmaktadır.

Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ) [*Childhood Autism Rating Scale (CARS)*]: Aile görüşmesi ve çocuğun gözleminde elde edilen verilere dayanarak otizmin tanısını netleştirmek amacıyla kullanılan ölçek 15 maddeden oluşmaktadır (Schopler ve ark. 1980). Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Sucuoğlu ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır. Daha geniş örnekleme yapılan bir değerlendirmede ölçeğin Türkçe formunun kesme puanı 30 olarak saptanmıştır (İncekaş 2009).

Otizm Davranış Kontrol Listesi (ODKL) [*Autism Behavior Checklist (AuBC)*]: Duyusal, ilişki kurma, beden ve nesne kullanımı, dil becerileri, sosyal ve öz bakım becerileri olmak üzere toplam beş alt ölçekten oluşan 57 maddelik bu değerlendirme aracı Krug ve arkadaşları (1980) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 159 arasında değişebilmekte, OSB tanısı konan çocuklar genellikle 68 ve üzerinde puan almaktadır (Irmak ve ark. 2007).

Seçici Konuşmazlık Ölçeği (SKÖ) [*Selective Mutism Questionnaire (SMQ)*]: Çeşitli durumlarda çocuğun konuşmasındaki baskılanma düzeyini değerlendirmek üzere Bergman ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilen bu ölçek, konuşmanın beklendiği tipik durumları açıklayan 17 ifadeyi içermektedir. Bu çalışmada kullanılan ölçekler içinde düşük puan almanın daha fazla patolojiye işaret ettiği tek ölçektir. Türkçe uyarlaması araştırmacılar tarafından tamamlanan SKÖ'nün bu araştırma kapsamında toplam skor açısından güçlü bir iç tutarlılık güvenirlik katsayısına (Cronbach $\alpha = ,869$) sahip olduğu görülmüştür.

İşlem

Çalışma için veri toplayan araştırmacılar (s=10) klinik açıdan deneyimli (ort: 13,9 yıl, ss: 9,3 yıl, Aralık: 4-32 yıl) ve yapılandırılmış görüşme eğitimi ve ÇDŞG-ŞY kullanma deneyimi olan çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarından oluşmuştur. Çalışmaya katılma ölçütlerini karşılayan çocuk ve gençler ile önce DSM-5 tanı ölçütlerinin göz önünde bulundurulduğu bir psikiyatrik değerlendirme yapılmış, daha sonra farklı bir araştırmacı tarafından ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T uygulanmıştır. Bu iki değerlendirme arasındaki uzlaşma oranı uyum (consensual) geçerliği olarak; ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile konulan şimdiki tanılarının o tanı ile ilişkili değerlendirme ölçeklerinden alınan puanlar ile ilişkisi ise eş zaman (concurrent) geçerliği olarak değerlendirilmiştir. Ölçekler polikliniklerde ilgili bozukluğun en sık görüldüğü yaş gruplarına verilmiştir; depresif bozuklukları değerlendiren BDÖ yalnızca ergenlere, otizm spektrumu bozukluklarını değerlendiren ÇODÖ ve ODKL ile seçici konuşmazlığı değerlendiren SKÖ yalnızca çocuklara verilmiştir. Öte yandan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunu değerlendiren YCADÖKF, anksiyete bozukluklarını değerlendiren ÇATÖ ve

yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğunu değerlendiren DRİ bu bozuklukların yaş dağılımının geniş olması nedeniyle tüm yaş gruplarına uygulanmıştır. Değerlendiriciler arası güvenilirlik, seçkisiz yöntemle belirlenen ve ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T görüşmesinin kaydedilmesine izin veren 20 katılımcının video kaydını, farklı bir değerlendiricinin izleyerek tanı koymas yoluyla; test-tekrar test güvenilirliği ise yine seçkisiz yöntemle belirlenen farklı 20 katılımcıya ilk değerlendirmeden ortalama 21,1 +/- 4,9 gün (12-30 gün) sonra farklı bir araştırmacı tarafından uygulanan ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile incelenmiştir. Katılımcılar ile ilgili klinik bilgiler ve ilk görüşmecinin değerlendirmeleri, görüşmeyi videodan izleyen ya da ikinci görüşmeyi yapan araştırmacılarla paylaşılmamıştır.

Verilerin Analizi

Toplanan veriler bilgisayar ortamında istatistiksel paket program yardımıyla analiz edilmiştir. Kategorik değişkenler ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler için uygulanan Kolmogorov-Smirnov testi yaş ve tüm ölçek puanlarının normal dağılım göstermediğini ortaya koymuştur. Sonuçların istatistiksel analizinde çizelgenin eş zaman geçerliğini değerlendirmek için Mann-Whitney-U testi; uyum geçerliği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve test-tekrar güvenilirliğini değerlendirmek için ise kappa istatistikleri (Cohen 1960) kullanılmıştır. Kappa katsayısı yorumlanırken uzlaşmanın derecesi ile ilgili Landis ve Koch (1977) tarafından önerilen aşağıdaki ölçütler dikkate alınmıştır: $\kappa=0,81-1,00$ (çok iyi/kursuza yakın), $\kappa=0,61-0,80$ (iyi/önemli), $\kappa=0,41-0,60$ (orta), $\kappa=0,21-0,40$ (düşük), $\kappa=0,00-0,20$ (önemsiz), $\kappa < 0,00$ (yetersiz). Kappa istatistiklerini uygulamaya yetecek sayıda hastanın bulunmadığı (kappa değerleri için hesaplanan %95 güven aralığının eksi değerleri içermesi) bozukluklar değerlendirme dışında tutulmuştur. Bu güven aralığının 0,50'den büyük olduğu bozukluklar için ise geçerlik ve güvenilirlik, uzlaşma oranları ile hesaplanmış (Cohen 1960) ve "kabul edilebilir en düşük uzlaşma oranı" olarak McHugh (2012) tarafından önerilen %80 ve üstündeki oranlar kullanılmıştır. Tüm analizler için istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Ortanca yaşı 13 yıl (Aralık: 6–17 yıl) olarak hesaplanan örneklemin cinsiyet dağılımına bakıldığında; % 50,7'sinin (s=76) erkek, % 49,3'ünün (s=74) kızlardan oluştuğu saptanmıştır. Katılımcıların hem toplam yıllık hane geliri (Ortanca= 48.000 ", Aralık: 18.000–120.000 "), hem de eğitim düzeyi (hem anneler hem de babalar için Ortanca= 11 yıl, Aralık: 5–15 yıl) Türkiye ortalamasının (TÜİK 2015) üstünde olan ailelerde yaşayan 64 çocuk (% 42,7) ve 86 ergenden (% 57,3) oluştuğu anlaşılmıştır. Araştırma ve kontrol grubu arasında yaş ($U=1604$; $p=,35$), cinsiyet ($\chi^2=0,007$; $p=,94$), anne eğitimi ($U=1360$; $p=,26$), baba eğitimi ($U=1258$; $p=,37$) ve yıllık

hane geliri ($U=1848$; $p=,75$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Tanı Dağılımı

ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile konulan ortanca tanı sayılarının şimdiki tanılar için 2 (aralık: 1-8), geçmiş tanılar için 1 (aralık: 0-8) olduğu görülmüştür. Katılımcıların büyük bir bölümünün (s = 94; % 62,6) çoğul tanıları olduğu, yalnızca 31 kişinin (% 20,7) bir tek DSM-5 tanı ölçütünü karşıladığı, 25 kişinin (% 16,7) ise herhangi bir tanı ölçütünü karşılamadığı anlaşılmıştır. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T kullanılarak yapılan görüşmelerle en sık konulan tanılar dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (s= 61; % 40,7), depresif bozukluklar (s= 36; % 24,0) ve yaygın anksiyete bozukluğu (s= 29; % 19,3) olduğu görülmüştür (Tablo 1).

Uyum Geçerliği

Diğer tanıların istatistiksel analize izin vermeyecek kadar düşük sayıda olması nedeniyle uyum geçerliği 11 tanı grubu için değerlendirilmiştir. DSM-5 ölçütleri dikkate alınarak konulan klinik ön tanıların ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile yapılan görüşme sonucu konulan şimdiki tanılarla olan uyumu istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Kappa değerleri, her iki görüşme arasındaki uyumun yeme bozuklukları, seçici konuşmazlık ve otizm spektrumu bozuklukları için çok iyi; dışa atım bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, karşıt olma/karşı gelme bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, depresif bozukluklar, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu için iyi derecede olduğunu göstermiştir (Tablo 1).

Tablo 1. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T Tanılarının Uyum Geçerliği (s=150)

ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T Tanıları	Sayı (%)	Uyum	Kappa
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	61 (40,7)	%84,6	,67 **
Depresif Bozukluklar ^a	36 (24,0)	%89,3	,70 **
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	29 (19,3)	%92,6	,74 **
Karşıt Olma/Karşı Gelme Bozukluğu	27 (18,0)	%93,3	,76 **
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	17 (11,3)	%95,3	,71 **
Otizm Spektrumu Bozuklukları	15 (10,0)	%98,7	,92 **
Obsesif Kompulsif Bozukluk	15 (10,0)	%96,7	,79 **
Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu	14 (9,3)	%96,0	,70 **
Dışa Atım Bozuklukları	12 (8,0)	%97,3	,80 **
Yeme Bozuklukları ^b	11 (7,3)	%100	1,0 **
Seçici Konuşmazlık	10 (6,7)	%99,3	,94 **

^aYalnızca yeterli sayıda hasta içeren şimdiki tanılar için istatistiksel analiz yapılmıştır. Çoğul tanılar nedeniyle tablodaki sayılar toplam kişi sayısından fazladır.

** $p<0,001$

^bMajör depresif bozukluk ve süregelen depresif bozukluğu (distimi) içerir, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğunu içermez.

^cAnoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tikiniracasına yeme bozukluğunu içerir.

Tablo 2. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T Tanılarının Eş Zaman Geçerliliği (s=150)

	VAR (s=52) Ortanca Aralık	YOK (s=57) Ortanca Aralık	İstatistik *
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu			
Yenilenmiş Connors Ana Baba Derecelendirme Ölçeği	37 (16-48)	12 (2-33)	U=37 **
Anksiyete Bozuklukları^a	VAR (s=38)	YOK (s=56)	İstatistik
Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği	39 (14-68)	14 (2-42)	U=167,5 **
Depresif Bozukluklar^b	VAR (s=32)	YOK (s=38)	İstatistik
Beck Depresyon Ölçeği	38 (14-60)	9 (0-27)	U=47,5 **
Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu	VAR (s=14)	YOK (s=83)	İstatistik
Duygusal Reaktivite İndeksi – Kendi	8 (4-11)	3 (0-11)	U=142 **
Duygusal Reaktivite İndeksi – Anne Baba	9 (6-12)	4 (0-11)	U=71 **
Otizm Spektrumu Bozukluğu	VAR (s=15)	YOK (s=43)	İstatistik
Otizm Davranış Kontrol Listesi	71 (52-96)	34 (12-57)	U=3,5 **
Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği	36 (28-42)	16 (15-32)	U=5,5 **
Seçici Konuşmazlık	VAR (s=8)	YOK (s=48)	İstatistik
Seçici Konuşmazlık Ölçeği	18 (13-37)	41 (22-51)	U=14,5 **

*Mann Whitney U testi

**p<0,001

^aYaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, agorafobi, aylık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve basit fobiyi içerir.^bMajör depresif bozukluk ve süregelen depresif bozukluğu (distimi) içerir.

Eş Zaman Geçerliliği

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan çocuklar bu tanının dışlanabildiği kişilere göre Yenilenmiş Connors Anababa Dereceleme Ölçeğinden; yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, agorafobi, aylık anksiyetesi bozukluğu, sosyal fobi ve basit fobi tanı ölçütlerini karşılayan çocuklar, bu tanının dışlanabildiği kişilere göre Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeğinden; majör depresif bozukluk ve süregelen depresif bozukluğu (distimi) tanı ölçütlerini karşılayan çocuklar bu tanının dışlanabildiği kişilere göre Beck Depresyon Ölçeğinden; yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan çocuklar, bu tanının dışlanabildiği kişilere göre Duygusal Reaktivite İndeksinden; otizm spektrumu bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan çocuklar, bu tanının dışlanabildiği kişilere göre Otizm Davranış Kontrol Listesi ve Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı derecede *daha yüksek*, seçici konuşmazlık tanı ölçütlerini karşılayan çocuklar ise, bu tanının dışlanabildiği kişilere göre Seçici Konuşmazlık Ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı derecede *daha düşük* puan almışlardır (Tablo 2).

Değerlendiriciler Arası Güvenirlik

Diğer tanılarının sayılarının yetersizliği nedeniyle değerlendiriciler arası güvenirlik yalnızca dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, depresif bozukluklar, karşıt olma/karşı gelme bozukluğu, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu ve seçici konuşmazlık için değerlendirilebilmiştir. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile yapılan görüşme sonucu konulan tanılarının diğer görüşmeci ya da görüşme ile olan uyumu tüm bu tanı gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Değerlendiriciler arası güvenirlik açısından bakıldığında, kappa değerleri, her

Tablo 3. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T Tanılarının Değerlendiriciler Arası Güvenirliği (s=20)

ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T Tanıları *	Sayı	Uyum	Kappa
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	8	%85	,68 **
Depresif Bozukluklar ^a	7	%85	,66 **
Karşıt Olma/Karşı Gelme Bozukluğu	5	%90	,73 ***
Seçici Konuşmazlık	4	%100	1,0 ***
Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu	4	%85	,63 **

*Yalnızca yeterli sayıda hasta içeren şimdiki tanımlar için istatistiksel analiz yapılmıştır. Çoğul tanımlar nedeniyle tablodaki sayılar toplam kişi sayısından fazladır.

p<0,05; *p<0,001

^aMajör depresif bozukluk ve süregelen depresif bozukluğu (distimi) içerir, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğunu içermez.

iki görüşmeci arasındaki uyumun seçici konuşmazlık için çok iyi, karşıt olma/karşı gelme bozukluğu, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve depresif bozukluklar için iyi derecede olduğunu ortaya koymuştur (Tablo 3).

Test – Tekrar Test Güvenirliği

Diğer tanılarının sayılarının yetersizliği nedeniyle test – tekrar test güvenirliği yalnızca beş tanı grubu için değerlendirilmiştir. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile yapılan görüşme sonucu konulan tanılarının ortalama üç hafta sonra yapılan görüşmeler ile olan uyumu, tüm bu tanı gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Kappa değerleri, her iki görüşme arasındaki uyumun otizm spektrumu bozuklukları için çok iyi, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma/karşı gelme bozukluğu, depresif bozukluklar ve yaygın anksiyete bozukluğu için iyi derecede olduğunu ortaya koymuştur (Tablo 4).

Tablo 4. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T Tanılarının Test-Tekrar Test Güvenirliği (s=20)

ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T Tanıları *	Sayı	Uyum	Kappa
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	7	%90	,78 ***
Depresif Bozukluklar*	6	%85	,66 **
Karşıt Olma/Karşı Gelme Bozukluğu	5	%90	,73 **
Otizm Spektrumu Bozuklukları	4	%95	,82 ***
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	4	%85	,63 **

*Yalnızca yeterli sayıda hasta içeren şimdiki tanılar için istatistiksel analiz yapılmıştır. Çoğul tanılar nedeniyle tablodaki sayılar toplam kişi sayısından fazladır.

p<0,05; *p<0,001

*Majör depresif bozukluk ve süregelen depresif bozukluğu (distimi) içerir, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğuna içermez.

TARTIŞMA

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının 5. baskısının yayınlanması ile birlikte çocuk ve ergenlerde görülen bozukluklar ile ilgili çok sayıda yeni tanımlamalar yapılmış (Machado ve ark. 2013), böylece bir önceki baskı ile uyumlu olan yapılandırılmış görüşme çizelgelerinde de bazı değişikliklerin yapılması gündeme gelmiştir. Kimi araştırmacılar yalnızca son baskıda yeni eklenen ya da ölçütleri değişen otizm spektrumu bozuklukları, sosyal anksiyete bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, kaçınan, kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, tıknircasına yeme bozukluğu gibi bozukluklara odaklanırken (de la Peña ve ark. 2018a, 2018b); Kaufman ve arkadaşları (2016) önceki baskılar ile uyumlu olan Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şeklindeki (Kaufman ve ark. 1997) formatı koruyarak ölçütleri yeni tanımlanan bazı bozuklukları çizelgeye eklemeyi tercih etmişlerdir. Her ne kadar bu DSM-5 ile uyumlu klinisyen versiyonunun geçerlik güvenirliliği ile ilgili veriler henüz yayınlanmamış olsa da aynı araştırmacılar daha sonra çizelgeyi internet üzerinden bilgisayarla değerlendirilebilen bir formatta kullanmışlar ve bu web temelli versiyonun depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma/karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu için güçlü bir uyum (convergent) geçerliliği ve yüksek düzeyde değerlendiriciler arası güvenirliliği olduğunu bildirmişlerdir (Kaufman ve ark. 2017). Ancak bu çalışmada çizelgeye yeni eklenen bozukluklara değinilmediği görülmüştür. Güncel çalışmanın bu yeni eklenen ya da ölçütleri değişen bozukluklara ilişkin de geçerlik ve güvenirlilik verileri içermesi, yazın için özgün bir katkı olarak değerlendirilebilir.

Güncel çalışmada geçerlik iki farklı yöntemle değerlendirilmiştir. Bu yöntemlerden ilkinde DSM-5 ölçütleri dikkate alınarak konulan klinik ön tanıların ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile yapılan görüşme sonucu konulan tanılarla olan uyumu dikkate alınmış, her iki görüşme arasındaki uyumun yeme bozuklukları, seçici konuşmazlık ve otizm spektrumu bozuklukları

için çok iyi ($\kappa=0,92-1,00$), dışa atım bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, karşıt olma/karşı gelme bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, depresif bozukluklar, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu için ise iyi derecede ($\kappa=0,67-0,80$) olduğu anlaşılmıştır.

Görüşme çizelgesinin eski versiyonunun geçerliliğini aynı yöntem ile değerlendiren 4 çalışmaya daha rastlanmıştır. Shanee ve arkadaşları (1997) yataklı bir serviste yürüttükleri çalışmada her iki görüşme arasındaki uyumu dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, depresif bozukluklar ve karşıt olma/karşı gelme bozukluğu için ($\kappa=0,79-0,94$) güncel çalışmadan biraz daha yüksek bulmuşlardır. Uyumdaki bu yüksekliğin, yataklı bir serviste yatan hastalardan klinik görüşme ile ayrıntılı bilgi alınabilmesi ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. Örneklemin çoğunluğu bipolar bozukluk tanısı ile izlenen hastalardan oluşan ve yine yataklı serviste yürütülen başka bir çalışmada (Shahrivar ve ark. 2010) ise uyum yalnızca dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve depresif bozukluklar için güncel çalışmadan biraz daha yüksek ($\kappa=0,74-0,80$) bulunmuş; karşıt olma/karşı gelme bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk için belirgin olarak daha düşük değerler ($\kappa=0,17-0,48$) bildirilmiştir. Araştırmacılar uyumdaki bu düşüklüğün, değerlendirmeyi çocuk psikiyatrisi rotasyonu yapan erişkin psikiyatri asistanlarının (görece daha deneyimsiz klinisyenlerin) yapması ile açıklamışlardır. Gökler ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında da uyumun güncel çalışmaya benzer şekilde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve tik bozuklukları için iyi ($\kappa=0,64-0,72$) ancak depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları için orta derecede ($\kappa=0,52-0,56$) olduğu görülmüştür. Depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları ile ilgili bu farkın bu çalışmanın örnekleminde bu bozuklukların daha sık görüldüğü ergen yaştaki katılımcıların oldukça az sayıda (s: 6, %11,5) olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Aynı yıl Kore'de yapılan başka bir çalışmada ise yukarıda sayılan hastalıklar arasında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu için her iki görüşme arasındaki uyum, güncel çalışma ile benzer düzeyde bulunurken ($\kappa=0,69$); karşıt olma/karşı gelme bozukluğu ($\kappa=0,41$), depresif bozukluklar ($\kappa=0,24$) ve anksiyete bozuklukları ($\kappa=0,29$) açısından uyumun daha zayıf olması, araştırmacılar tarafından Uzak Doğu'ya özgü kültürel özellikler ile açıklanmıştır (Kim ve ark. 2004).

Klinik değerlendirmeler ile yapılandırılmış görüşmeler arasındaki uyumun incelendiği bir meta analiz çalışmasında, güncel çalışmaya benzer şekilde en yüksek uyum anoreksiya nervoza ($\kappa=0,86$) için gözlenmiştir (Rettew ve ark. 2009). Araştırmacılar diğer bozukluklar için daha düşük uyum oranları gözlemişler ve bu durumun klinik görüşmelerde görüşmecinin yalnızca yakınmaya odaklanmasının çoklu tanı konulmasını zorlaştırması, belirtilerin yalnızca bir hastalık ile ilişkilendirilmesi ya da hastaların bu görüşmelerde klinisyene

daha az bilgi vermeleri ile ilintili olduğunu vurgulamışlardır. Öte yandan bazı klinisyenlerin, tanı ölçütleri tam karşılanmasa da (örneğin, dersleri dinlemekte zorluk çeken bir çocukta 5/9 belirti ile) ana yakınma ile ilintili bir bozukluğun tanısını koyma eğiliminde oldukları da ileri sürülebilir.

Bu çalışmada ayrıca bazı bozukluklar için o bozukluğun şiddetini değerlendirebildiği gösterilmiş ölçekler verilerek, eş zaman geçerliği de değerlendirilmiştir. ÇDŞG-ŞY geçerliğini aynı yöntemle, çoğu hastalık için o hastalığa özgü bir değerlendirme ölçeği ile karşılaştırarak yapan Kaufman ve arkadaşları (1997) depresif bozukluklar, anksiyete bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve davranış bozuklukları ile ilgili uyumu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulmuşlardır. Benzer şekilde, Brasil ve Bordin (2010) de çocukların davranışlarını değerlendirme ölçeği (CBCL) puanlarının ÇDŞG-ŞY ile tanı konulan çocuklar ile tanı konulmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığını göstermişlerdir. Güncel çalışmada da dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklara ek olarak yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, otizm spektrumu bozukluğu ve seçici konuşmazlık ile ilişkili ölçeklerin o bozukluğun tanı ölçütlerini karşılayanlar ile karşılamayanları başarılı bir şekilde ayırt ettiği gösterilmiştir.

Değerlendiriciler arası güvenilirlik açısından bakıldığında, iki görüşmeci arasındaki uyumun seçici konuşmazlık için çok iyi ($\kappa=1,0$), karşıt olma/karşı gelme bozukluğu, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve depresif bozukluklar için iyi ($\kappa=0,63-0,73$) düzeyde olduğu anlaşılmıştır. Gökler ve arkadaşları (2004) da benzer şekilde iki görüşmeci arasındaki uyumun dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve anksiyete bozuklukları için iyi düzeyde olduğunu ($\kappa=0,63-0,68$); Shanee ve arkadaşları (1997) bu uyumun duygulanım bozukluğu ve anksiyete bozukluğu için iyi ve çok iyi arasında değişen ($\kappa=0,64-1,0$) düzeylerde bulunduğunu; de la Peña ve arkadaşları (2018b) değerlendirdikleri bozuklukların çoğunda iyi düzeyde ($\kappa=0,7$) uyum gözlediklerini bildirmişlerdir. Kaufman ve arkadaşları (1997) ise değerlendiriciler arası güvenilirliğe ilişkin çok daha yüksek kappa değerleri ($\kappa=0,93-1,0$) bildirmişlerdir.

Bu değerlendirmeler çizelgenin farklı versiyonları için genişletildiğinde K-SADS için 0,64-0,89 (Ambrosini ve ark. 1989), K-SADS-P için 0,80-0,90 (Kolaitis ve ark. 2003), K-SADS-E için 0,73-0,96 (Gau ve ark. 2005) arasında değişen kappa değerleri aktarılmıştır. Değerlendiriciler arasındaki uyumun çalışmalar arasında farklılık göstermesi, yöntemsel ya da örnekleme ilişkin farklılıklarının yanı sıra, değerlendiricilerin sayıları ve çalışma öncesinde bu görüşme aracı ile ilgili aldıkları eğitim farklılığı ile açıklanabilir. En yüksek değerlendiriciler arası güvenilirlik değerlerini bildiren çalışmadaki (Kaufman ve ark. 1997) değerlendirmecilerin görüşme aracını geliştirme süreci içinde birlikte çalışan bir ekipten oluşması, bu görüşü destekler niteliktedir.

Test-tekrar test güvenilirliği açısından bakıldığında, her iki görüşme arasındaki uyumun otizm spektrumu bozuklukları için çok iyi derecede ($\kappa=0,82$), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma/karşı gelme bozukluğu, depresif bozukluklar ve yaygın anksiyete bozukluğu için iyi düzeyde ($\kappa=0,63-0,78$) olduğu anlaşılmıştır. Regier ve arkadaşlarının (2013) DSM-5 saha çalışmaları sırasında bildirdikleri ve güncel çalışmaya göre görece düşük değer ($\kappa=0,69$), otizm spektrumu bozuklukları için yazında rastlanılan tek veri olmuştur. Diğer bozukluklar ile ilgili daha fazla veriye rastlanmıştır. Kaufman ve arkadaşları (1997) test-tekrar test güvenilirliği açısından dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve karşıt olma/karşı gelme bozukluğu için güncel çalışmaya benzer ($\kappa=0,63-0,74$); depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları için biraz daha yüksek ($\kappa=0,80-0,90$) değerler bulmuşlardır. Bu değerler Gökler ve arkadaşlarının (2004) anksiyete bozuklukları ($\kappa=0,78$) ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ($\kappa=0,89$); Kim ve arkadaşlarının (2004) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ($\kappa=0,75$); Shahrivar ve arkadaşlarının (2010) karşıt olma/karşı gelme bozukluğu ($\kappa=0,77$) ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ($\kappa=0,87$) için bildirdikleri kappa değerleri ile benzer düzeyde olmuştur. Çocuk ve ergenler için kullanılan yapılandırılmış görüşme ölçeklerinin test-tekrar test güvenilirliğini değerlendiren 31 çalışmayı (s: 3344) gözden geçiren Duncan ve arkadaşları (2018), birleştirilmiş güvenilirliği orta derecede bulmuşlar ($\kappa=0,58$) ve küçük örneklem ya da kısa tekrar test süresi (<7 gün) gibi yöntemsel sorunların olduğu çalışmalarda güvenilirliğin (hatalı olarak) çok daha yüksek bildirildiğini saptamışlardır.

Güncel çalışmada örnekleminin görece büyük olması ve çocuk ve ergenlerin dengeli katılımı, kontrol grubunun varlığı ve görüşmecilerin deneyimli olmaları çalışmanın güçlü yanlarını oluştururken; örneklemin gelir ve eğitim düzeyi olarak Türkiye ortalamasının üstünde olan ailelerde yaşayan çocuk ve gençlerden oluşması, yaygınlığı düşük olan bazı hastalıklarla ilgili yeterli verinin olmayışı, yaş sınırlaması ve düşük yaygınlık oranları nedeniyle otizm spektrumu bozuklukları, seçici konuşmazlık ve yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu ön tanılarını ile başvuran çocuklarda “ilk kez başvurma” koşulu aranmamasının oluşturabileceği seçim yanlılığı, bazı ölçeklerin ilgili bozukluğun polikliniklerde çok seyrek görüldüğü yaş gruplarına, örneğin depresif bozuklukları değerlendiren BDÖ'nün çocuklara, otizm spektrumu bozukluklarını değerlendiren ÇODÖ ve ODKL ile seçici konuşmazlığı değerlendiren SKÖ'nün ergenlere verilmemesi ve SKÖ'nün Türkçe uyarlamasının henüz yayınlanmamış olması çalışmanın kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Ayrıca değerlendiriciler arası güvenilirlik için video kaydı kullanılması, görüşmeci ve bilgi veren kişi arasındaki olası iletişime imkân tanımayacağı için bir kısıtlılık olarak görülebilir. Ancak çok sayıda çalışma verisi, bu yöntemin yüz-yüze yapılan görüşmeler kadar güvenilir olduğunu göstermiştir (Ambrosini ve ark. 1989, Birmaher ve ark.

2009, Chen ve ark. 2017). Son olarak, klinik örneklerde güvenilirliğin toplum örneğine göre daha yüksek bulunabileceği (Boyle ve ark. 1993), bu nedenle de bulguların topluma genellenmesinde dikkatli olunması gerektiği unutulmamalıdır.

SONUÇ

Bu çalışmanın sonuçları güncel DSM-5 ölçütlerine dayalı nesnel bir tanılama sağlayan ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T'nin ölçüğe yeni eklenen seçici konuşmazlık, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu ve otizm spektrumu bozuklukları dahil birçok tanı grubu için geçerli ve güvenilir veri sağladığı görülmüştür. Bu uyarılmanın geçerlik güvenilirliğinin çok sayıda bozukluk için gösterilmesiyle, aracın hem klinikte tanı ve tedavi kalitesini, hem de ülkemiz araştırmacılarının yazına katkısını arttıracakı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Ambrosini PJ, Metz C, Prabuکی K ve ark. (1989) Videotape reliability of the third revised edition of the K-SADS. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28: 723-8.
- Ambrosini PJ (2000) Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39: 49-58.
- American Psychiatric Association (APA) (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. Baskı (DSM-5). Washington DC, American Psychiatric Association.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M ve ark. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4: 561-71.
- Beck AT, Steer RA, Carbin MG (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 8: 77-100.
- Bergman RL, Keller ML, Piacentini J ve ark. (2008) The development and psychometric properties of the selective mutism questionnaire. *J Clin Child Adolesc Psychol* 37: 456-64.
- Birmaher B, Ehmann M, Axelson DA ve ark. (2009) Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS-PL) for the assessment of preschool children: a preliminary psychometric study. *J Psychiatr Res* 43: 680-6.
- Birmaher B, Brent D, Chiapetta L ve ark. (1999) Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *J American Acad Child Adolesc Psychiatry* 38: 1230-6.
- Boyle MH, Offord DR, Racine Y ve ark. (1993) Evaluation of the diagnostic interview for children and adolescents for use in general population samples. *J Abnorm Child Psychol* 21: 663-81.
- Boyle MH, Duncan L, Georgiades K ve ark. (2017) Classifying child and adolescent psychiatric disorder by problem checklists and standardized interviews. *Int J Methods Psychiatr Res* 26 (4). doi: 10.1002/mpr.1544.
- Brasil HH, Bordin IA (2010) Convergent validity of K-SADS-PL by comparison with CBCL in a Portuguese speaking outpatient population. *BMC Psychiatry* 19: 83.
- Chambers WJ, Puig-Antich J, Hirsch M ve ark. (1985) The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview. Test-retest reliability of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children, present episode version. *Arch Gen Psychiatry* 42: 696-702.
- Chen YL, Shen LJ, Gau SSF (2017) The Mandarin version of the kiddie-schedule for affective disorders and schizophrenia-epidemiological version for DSM-5-a psychometric study. *J Formos Med Assoc* 116: 671-8.
- Cohen J (1960) A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Meas* 20: 37-46.
- Conners CK (1997) Conners' rating scales-revised. Instruments for use with children and adolescents. Toronto, MHS.
- Çakmakçı F (2004) Çocuklarda anksiyete bozukluklarını tarama ölçüğü geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Kocaeli, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Duncan L, Comeau J, Wang L ve ark. (2018) Research Review: Test-retest reliability of standardized diagnostic interviews to assess child and adolescent psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry* doi:10.1111/jcpp.12876.
- Endicott J, Spitzer RL (1978) A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 35: 837-44.
- Garcia-Barrera MA, Moore R (2013) History-taking, clinical interviewing, and the mental status examination in child assessment. *Oxford Handbook of Psychological Assessment of Children and Adolescents*. DH Saklofske, CR Reynolds, VL Schwann (Eds), New York, Oxford University Press s. 423-44.
- Gau SSF, Chong MY, Chen THH ve ark. (2005) A 3-year panel study of mental disorders among adolescents in Taiwan. *Am J Psychiatry* 162: 1344-50.
- Gökler B, Ünal F, Pehlivanlı B, Kültür EÇ ve ark. (2004) Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe Uyarılmasının Geçerlik ve Güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 11: 109-16.
- Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 7: 3-13.
- Irmak TY, Sütçü ST, Aydın A ve ark. (2007) Otizm Davranış Kontrol Listesinin (ABC) geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 14: 13-23.
- İncekaya S (2009) Çocukluk Otizmini Derecelendirme Ölçüğü Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E (2006) Yenilenmiş conners anababa derecelendirme ölçüğü kısa türkçe formu'nun psikometrik özellikleri. *Uluslararası Gelişimsel Nöropsikiyatri Toplantıları, İstanbul*, s. 80-1.
- Kaufman J, Birmaher B, Axelson D ve ark. (2016) Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children: Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) DSM-5 November 2016 Working draft. New Haven, Yale University, Child and Adolescent Research and Education.
- Kaufman J, Birmaher B, Brent D ve ark. (1997) Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 980-8.
- Kaufman J, Townsend LD, Kobak K (2017) The Computerized Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (KSADS): Development and Administration Guidelines. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 56: 357.
- Kim YS, Cheon KA, Kim BN ve ark. (2004) The reliability and validity of kiddie-schedule for affective disorders and schizophrenia-present and lifetime version- Korean version (K-SADS-PL-K). *Yonsei Med J* 45: 81-9.
- Kocaeli Ö (2015) Çocuk ve ergenlerde irritabilite: Duygusal reaktivite indeksi'nin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış Tıpta uzmanlık tezi, Bursa, Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi.
- Kolaitis G, Korpa T, Kolvin I ve ark. (2003) Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present episode (K-SADS-P): a pilot inter-rater reliability study for Greek children and adolescents. *Eur Psychiatry* 18: 374-5.
- Krug DA, Arick JR, Almond PA (1980) Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 21: 221-9.
- Landis J, Koch G (1977) The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33: 159-74.
- Leffler JM, Riebel J, Hughes HM (2015) A Review of Child and Adolescent Diagnostic Interviews for Clinical Practitioners. *Assessment* 22: 690-703.
- Lempp T, de Lange D, Radeloff D ve ark. (2012) The clinical examination of children, adolescents and their families. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Rey JM (Ed), Geneva, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions s:1-25.

- Machado JD, Caye A, Frick PJ, Rohde LA (2013) DSM-5. Major changes for child and adolescent disorders. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Rey JM (Ed), Geneva, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, s.1-22.
- McHugh ML (2012) Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochem Med (Zagreb)* 22: 276–82.
- de la Peña FR, Rosetti MF, Rodríguez-Delgado A ve ark.(2018a) Construct validity and parent-child agreement of the six new or modified disorders included in the Spanish version of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia present and Lifetime Version DSM-5 (K-SADS-PL-5) *J Psychiatr Res* 101: 28-33.
- de la Peña FR, Villavicencio LR, Palacio JD ve ark. (2018b) Validity and reliability of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia present and lifetime version DSM-5 (K-SADS-PL-5) Spanish version. *BMC Psychiatry* 14: 193.
- Regier DA, Narrow WE, Clarke DE ve ark. (2013) DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test- retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatr* 170: 59–70.
- Rettew DC, Lynch AD, Achenbach TM ve ark. (2009) Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews. *Int J Methods Psychiatr Res* 18:169-84.
- Shahrivar Z, Kousha M, Moallemi S ve ark. (2010) The reliability and validity of kiddie-schedule for affective disorders and schizophrenia-present and lifetime version-Persian version. *Child Adolesc Ment Health* 15: 97-102.
- Shanee N, Apter A, Weizman A (1997) Psychometric properties of the K-SADS-PL in an Israeli adolescent clinical population. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 34: 179-86.
- Schopler E, Reichler RJ, DeVellis RF ve ark. (1980) Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *J Autism Dev Dis* 10: 91-103.
- Stringaris A, Goodman R, Ferdinando S ve ark. (2012) The Affective Reactivity Index: A concise irritability scale for clinical and research settings. *J Child Psychol Psychiatry* 53: 1109–17.
- Sucuoğlu B, Öktem F, Gökler B (1996) Otistik çocukların değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklere ilişkin bir çalışma. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji* 4: 117-21.
- TÜİK (2015) Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması Bölgesel Sonuçları. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni 21824: 1-2.