T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

ANKSİYETE, DUYGUDURUM, OKB VE İLİŞKİLİ NÖROPSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR İÇİN TANISAL GÖRÜŞME: ÇOCUK VE ERGEN VERSİYONU (DIAMOND-KID) TÜRKÇE UYARLAMASININ GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Dr. Taylan ÜRÜK

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Mehmet Akif AKINCI

ERZURUM-2026

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ ve TEZİ İLE İLGİLİ BİLGİLER

Adı, Soyadı : Taylan ÜRÜK

Anabilim Dalı : Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Tez Danışmanı ve Atanma Tarihi: Doç. Dr. Mehmet Akif AKINCI, 16.12.2024

Sınav tarihi: 07 /01 / 2026

Tezin Konusu ve Başlığı : Anksiyete, Duygudurum, Okb ve İlişkili Nöropsikiyatrik Bozukluklar için Tanısal Görüşme: Çocuk ve Ergen Versiyonu (DIAMOND-KID) Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği
Belirlenme Tarihi : 16.12.2024

Tezin Niteliği : ☒ Tıpta Uzmanlık Tezi
☒ Klinik Çalışmalar ( ) Prospektif ( ) Retrospektif (X) Kesitsel
☐ Laboratuvar Çalışmaları ( ) Invitro (Cansız) Çalışmaları ( ) Hayvan Çalışmaları

Tez Sınavının Nasıl Yapıldığı: ☒ Yüz yüze katılım sağlanarak ☐ Online (Jürinin teşkil edilmesinde kurum dışından belirlenecek olan jüri üyesi, aynı il sınırları içerisinde bulunmadığından, tez sınavı dijital ortamda yapılmıştır.)

II. KARAR

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunma sınavının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezinin, jüri üyelerince "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak;

☒ Kabulüne

1.Tez Sınavı ☐ Reddine (Eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için uzmanlık öğrencisine, TUEY'nin 19. Maddesinin 6. fıkrası gereğince altı aylık ek bir süre verilmesine)

2.Tez Sınavı ☐ Reddine (TUEY'nin 19. Maddesinin 7. fıkrası gereğince, uzmanlık öğrencisinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişiğinin kesilmesine)

☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

III. AÇIKLAMALAR

Lütfen, tezin reddi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız

IV. JÜRİ ÜYELERİ

	Unvanı Adı Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurum Bilgisi	İmza
Jüri Başkanı	Doç. Dr. Mehmet Akif AKINCI	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları		
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Abdullah BOZKURT	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları		
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Esen YILDIRIM DEMİRDÖĞEN	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları		

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **i**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **iv**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **v**
TEŞEKKÜR ..... **vii**
ÖZET ..... **ix**
ABSTRACT ..... **xii**
1. GİRİŞ ve AMAÇ **1**
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1
1.2. Araştırmanın Amacı 2
1.3. Araştırmanın Önemi 2
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Çocuk ve Ergenlerde Ruhsal Sağlığın Önemi 3
2.2. Epidemiyoloji ve Çocuk Ergen Ruh Sağlığı 4
2.2.1. Örneklem ile İlgili Sorunlar 5
2.2.2. Olguların Tespiti ve Tanı Güvenilirliği 5
2.2.3. Farklı Bilgi Kaynaklarından Veri Alma Gerekliliği ve Tutarsızlıklar 6
2.2.4. Tanı Sistemleri ve Ölçüm Araçlarının Sınırlılıkları 7
2.3. Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Yapılandırılmış Tanısal Görüşmeler ve Önemi 8
2.3.1. Çocuk Ergen Ruh Sağlığında Yaygın Kullanılan Tanısal Görüşmeler 12
2.3.1.1. K-SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) 12
2.3.1.2. DAWBA (Development and Well-Being Assessment) 13
2.3.1.3. MINI-KID (Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents) 14
2.3.1.4. CAPA (Child and Adolescent Psychiatric Assessment) 15
2.3.1.5. ChIPS (Children's Interview for Psychiatric Syndromes) 15
2.3.1.6. DIAMOND-KID (Diagnostic Interview for Anxiety, Mood, and OCD and Related Neuropsychiatric Disorders: Child and Adolescent Version) 16
2.4. Ölçeklerin Farklı Dillere Çevirisi, Kültürel Adaptasyonu ve Standardizasyonu 21

2.5. Ölçeklerin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları 25
2.5.1. Geçerlilik 27
2.5.2. Güvenilirlik 29
3. YÖNTEM VE GEREÇLER 31
3.1. Araştırmanın Tipi 31
3.2. Çalışma deseni 31
3.2.1. Ön Hazırlık 31
3.2.2. Eğitim ve Standartlaştırma Süreci 31
3.2.3. İleri çeviri Aşaması 32
3.2.4. Sentez 1 32
3.2.5. Geri Çeviri 33
3.2.6. Karşılaştırma 33
3.2.7. Pilot Uygulama 33
3.2.8. DIAMOND-KID Türkçe Nihai Görüşmeci Kitapçığı 34
3.3. Çalışma Örnekleminin Oluşturulması 34
3.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Dışlama Kriterleri 35
3.4. Yöntem 36
3.5. Gereçler 38
3.5.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu 38
3.5.2. Sosyodemografik Veri Formu (EK-2) 38
3.5.3. Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formu (CADÖ-YK) (Ek 3) 38
3.5.4. Yenilenmiş Çocuk ve Ergen Anksiyete Depresyon Ölçeği (ÇADÖ-Y) (EK-4) 39
3.5.5. Çocuk Biriktirme Ölçeği (CSI) (Ek 5) 39
3.5.6. Massachusetts Genel Hastane Saç/Kıl Yolma Ölçeği (MGH-SY) (Ek 6) . 39
3.5.7. Vücut Algısı Ölçeği (Ek 7) 40
3.5.9. Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (ÇY-BOKÖ) (Ek 9) 41
3.5.10. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (CDI) (Ek 10) 41
3.6. İstatistiksel Değerlendirme 41
4. BULGULAR 43

4.1. Türkçe Uyarlamanın Eşdeğerliği 43
4.1.1. Anlam Eşdeğerliği 43
4.1.2. Kapsam Eşdeğerliği 43
4.1.3. Kavram Eşdeğerliği 44
4.1.4. Uygulama Eşdeğerliği 44
4.1.5. Madde Eşdeğerliği 44
4.2. Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmaları 45
4.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler 45
4.2.2. Geçerlilik ve Güvenilirlik ile İlgili Bulgular 47
4.2.2.1. DIAMOND-KID Tanı Performansının Klinik Görüşme ile Tutarlılığı 48
4.2.2.2. DIAMOND-KID Tanılarının Değerlendiriciler Arası Güvenilirliği 54
4.2.2.3. DIAMOND-KID Tanıları için Test-Tekrar Test Güvenilirliği 55
4.2.2.4. Belirli DIAMOND-KID Tanıları Bulunan ve Bulunmayan Katılımcıların Öz-Bildirim Ölçekleri Açısından Karşılaştırılması 57
4.3. Bulguların Genel Değerlendirmesi 60
5. TARTIŞMA 61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 98
KAYNAKÇA 99
EKLER 109
EK-1. DIAMOND-KID Çevrim İçi Eğitim Sertifikası 109
EK-2. Sosyodemografik Veri Formu 110
EK-3. Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği 111
EK-4. ÇADÖ-Y Çocuk Formu 112
EK-5. Çocuk Biriktirme Ölçeği 114
EK-6. Massachusetts Genel Hastane Saç/Kıl Yolma Ölçeği (MGH-SY) 116
EK-7. Vücut Algısı Ölçeği 118
EK-8. Yeme Tutum Testi (YTT-26) 119
EK-9. YBOCS Ölçeği 120
EK-10. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (CDI) 121

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Yapılandırılmış ve Yarı Yapılandırılmış Görüşmelerin Avantajları ve Dezavantajları 11
Tablo 2. DSM-5 Anksiyete, Duygudurum, OKB ve İlişkili Bozuklukların Mevcut Tanısal Görüşmeler Tarafından Kapsanma Düzeyi.....20
Tablo 3. Örneklemin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.....46
Tablo 4. DIAMOND-KID Tanılarının Klinik Tanılarla Karşılaştırılması. 52
Tablo 5. DIAMOND-KID Tanılarının Değerlendiriciler Arası Güvenilirliği 55
Tablo 6. DIAMOND-KID Tanıları için Test-Tekrar Test Güvenilirliği.....56
Tablo 7. Belirli DIAMOND-KID Tanıları Bulunan ve Bulunmayan Katılımcıların Öz-Bildirim Ölçekleri Açısından Karşılaştırılması.....59

KISALTMALAR DİZİNİ

ADI-R : Autism Diagnostic Interview – Revised
APB : Aralıklı Patlayıcı Bozukluk
AUC : Eğri Altı Alan
BAB : Beden Algı Bozukluğu
CADÖ- YK : Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formu
CAPA : Child and Adolescent Psychiatric Assessment
CDI : Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği
ChIPS : Children's Interview for Psychiatric Syndromes
CSI : Çocuk Tasarruf Envanteri
ÇADÖ-Y : Çocuk Anksiyete ve Depresyon Ölçeği–Yenilenmiş Form
ÇY-BOKÖ : Çocuk ve Ebeveyn Derecelendirme Formu, Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği
DAWBA : Development and Well-Being Assessment
DB : Davranım Bozukluğu
DEHB : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DIAMOND-KID : Diagnostic Interview for DSM-5 Anxiety, Mood, and Obsessive-Compulsive and Related Disorders in Children and Adolescents
DSM-5 : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
DY : Deri Yolma Bozukluğu
ICD : International Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması)
ISPOR : Uluslararası Farmakoekonomi ve Sonuç Araştırmaları Derneği
ITC : Uluslararası Test Komisyonu
İB : İstifleme Bozukluğu
KKYAB : Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu
KOKG : Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
K-SADS : Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia

K-SADS-PL	: Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version
LR−	: Negatif Olasılık Oranı (Negative Likelihood Ratio)
LR+	: Pozitif Olasılık Oranı (Positive Likelihood Ratio)
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
MGH-SY	: Massachusetts Kıl/Saç Yolma Ölçeği
MINI-KID	: Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents
NPV	: Negatif Öngörü Değeri
OKB	: Obsesif Kompusif Bozukluk
PANS	: Pediatrik Akut Başlangıçlı Nöropsikiyatrik Sendrom
PDB	: Panik Bozukluk
PPV	: Pozitif Öngörü Değeri
SADS	: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
SDQ	: Strengths and Difficulties Questionnaire
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TTM	: Trikotillomani
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
VAÖ	: Vücut Algısı Ölçeği
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YTT-26	: Yeme Tutum Testi-26
κ	: Cohen'in Kappa katsayısı

TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı eğitimim süresince ve tezimin hazırlanması sırasında çalışmalarıma ışık tutan, disiplini, bilgi, beceri ve deneyimleri ile bana yol gösteren, rehberliğinde gelişme şansı bulduğum, çok değerli hocam, tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Mehmet Akif AKINCI'ya,

Uzmanlık eğitimime olan katkıları ve tez çalışmalarım sırasında samimi ve içten tavırları ile bana her daim destek olan bilgileri ve tecrübeleri ile mesleki kimliğimin oluşmasına katkı sağlayan değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Esen Yıldırım DEMİRDÖĞEN'e ve Sayın Doç. Dr. Abdullah BOZKURT'a,

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonu süresince Atatürk Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına ve Çocuk Nöroloji rotasyonumda desteğini ve bilgilerini esirgemeyen Prof. Dr. Hüseyin TAN'a

Tez sürecim boyunca yoğun ve titiz emekleriyle her aşamada büyük bir özveri, sabır ve yardımseverlik gösteren Dr. Büşra KAYA ve Seçil KAYIKÇI'ya

Asistanlık sürecimde beni bir kardeş gibi sevip sayan, desteklerini her zaman hissettiğim; Uzm. Dr. Ali ÇAKIR, Uzm. Dr. Merve KARABAK, Uzm. Dr. Mehmet Ali DONBALOĞLU, Uzm. Dr. Müberra KOLAK ÇELİK, Uzm. Dr. Halime DAĞCI, Uzm. Dr. Özgür ESMERAY, Dr. Büşranur BAYRAKTUTAN VURAL, Dr. Kübra BAYINDIR, Dr. Ayşe Rümeysa ERAT'a

Dostluklarını her daim hissettiğim Dr. Ömer PINAR ve değerli büyüğüm Dr. Mehmet Emin ÖZHAN'a

Asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan büyük keyif duyduğum arkadaşlarım; Uzm. Dr. Hatice ALARSLAN, Uzm. Dr. Zeynep ERGİN, Dr. Tuğba Nur SAYLAN YAVUZ, Dr. Halid Emin ÖZKARAALP, Dr. Maşide Elmas ERBEK, Dr. Sedef DİKEÇ AKSAKAL, Dr. Ceyda KORU ÇALIŞKAN, Dr. Talha GÖKSU'ya, Dr. Adem Güven ÖZOĞUL, Dr. Filiz DAĞCI, Dr. Seçil KAYIKÇI, Dr. Muhammed

Enes PERKTAŞ, Dr. Selen YAVUZLAR, Dr. Asena Nazlı DUMLU SİBİRLİOĞLU psikoloğumuz Gizem DOĞAN, güler yüzleri ile çalışma ortamımızı daha sıcak ve samimi kılan bölüm sekreterlerimiz Kerim AYDIN, Muhammet Emin BİBER'e, çok kıymetli hemşiremiz Esra LAÇİN'e, değerli çocuk gelişimcilerimiz Göknur YILDIZ ve Hatice GÜNDOĞDU'ya

Tez çalışmama katılan bütün çocuklara ve ailelerine,

Sevgileri, emekleri ve fedakârlıklarıyla beni bugünlere getiren, varlıklarından güç aldığım, evlatları olmaktan gurur duyduğum annem ve babama,

Hayatta olduğu süre boyunca her daim güven veren, sesini duymasamda çok sevdiğim ve seveceğim rahmetli ağabeyim Tayfun'a

Sevgisini ve desteğini her daim hissettiğim, zor günlerimde hep yanımda olan, hayatımı paylaşmaktan tarifsiz mutluluk duyduğum, en büyük şansım değerli eşim Tuğba'ya en içten teşekkürlerimle...

Dr. Taylan ÜRÜK

ÖZET

Anksiyete, Duygudurum, OKB ve İlişkili Nöropsikiyatrik Bozukluklar İçin Tanısal Görüşme: Çocuk ve Ergen Versiyonu (DIAMOND-KID) Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği

Giriş: Çocukluk ve ergenlik döneminde psikiyatrik bozuklukların erken tanı ve müdahale ile ele alınması, yaşam boyu sürecek psikiyatrik yükün azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır. Ancak tanısal süreçlerde yapılandırılmış ve güvenilir araçların eksikliği, çocuk ruh sağlığı alanında klinik uygulamalarda güçlükler yaratmaktadır. Bu bağlamda, DSM-5 tanı ölçütlerine dayalı olarak geliştirilen ve çocuk-ergenler için uyarlanan DIAMOND-KID adlı tanısal görüşme aracı, bu alandaki sistematik değerlendirme eksikliğini gidermeyi amaçlamaktadır. Çalışmanın temel amacı, DIAMOND-KID'in Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirliğini değerlendirerek, çocuk ve ergen psikiyatrik bozukluklarının tanılanmasında kullanılabilirliğini araştırmaktır.

Yöntem: Ölçeğin uyarlama süreci ileri-geri çeviri, uzman görüşleri ve pilot uygulama adımlarını içeren kapsamlı bir kültürel adaptasyonla yürütülmüştür. Ardından Nisan 2025–Kasım 2025 arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne ilk kez başvuran 6–17 yaş arası çocuk ve ergenler çalışmaya alınmıştır. Örneklem 195 bireyden oluşmakta; yaş ortalaması 12,9 ve %55'ini kızlar (n=108) oluşturmaktadır. Tanı konulmadan önce tüm katılımcılar ve aileleri Sosyodemografik Bilgi Formu doldurmuş; ayrıca Çocuk ve Ergen Anksiyete Depresyon Ölçeği (ÇADÖ-Y), Çocuk Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (ÇY-BOKÖ), Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği (kısa form), Çocuk Tasarruf Envanteri, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (CDI), Vücut Algısı Ölçeği, Massachusetts Genel Hastane Saç Yolma Ölçeği ve Yeme Tutum Testi-26 gibi ilgili psikometrik ölçekleri tamamlamışlardır. Katılımcılarla hem DIAMOND-KID hem de klinik görüşme yapılmış; Tanısal geçerlik değerlendirmesinde duyarlılık, özgüllük, pozitif öngörü değeri, negatif öngörü değeri, pozitif olasılık oranı, negatif olasılık oranı ve Cohen'in kappa katsayısı hesaplanmıştır. Klinik değerlendirmeyi yapan uzman ile DIAMOND-KID görüşmesini yapan araştırmacı, birbirlerinin sonuçlarından habersiz çalışmış ve

her görüşme standart protokolle yürütülmüştür. Değerlendiriciler arası güvenirlik için 22 katılımcı ve test tekrar test güvenilirliğini test etmek amacıyla 51 katılımcı yaklaşık iki hafta sonra yeniden görüşmeye alınmıştır. DIAMOND-KID ile belirlenen tanıların ve ilgili öz-bildirim ölçekleri karşısındaki ayırt edici gücünü değerlendirmek amacıyla ROC analizleri yapılmış; eğri altı alan (AUC) değerlerinin ve etki büyüklüğü'nün %95 güven aralıkları hesaplanmıştır.

Bulgular: Çalışma örnekleminde katılımcıların yaş ortalaması 12,89, %55,4'ü (n=108) kız , ailelerin %77'si orta sosyoekonomik düzeydedir. Test–tekrar test güvenirliği 51 katılımcı (yaş ort. 12,7; %68,7 kız), değerlendiriciler arası güvenirlik ise 22 katılımcı (yaş ort. 12,2; %54,5 kız) üzerinden değerlendirilmiştir. Tanısal geçerlilik analizlerinde, DIAMOND-KID Türkçe formu ile klinik görüşme tanıları arasında tüm ana tanı kategorilerinde istatistiksel olarak anlamlı uyum saptanmıştır (tümü $p<0,001$). Cohen kappa katsayıları çoğu tanıda iyi–çok iyi aralığında yer almış; obsesif kompulsif bozukluk için $\kappa=0,73$, majör depresif bozukluk için $\kappa=0,81$ ve panik bozukluk için $\kappa=0,93$ olarak hesaplanmıştır. Duyarlılık ve özgüllük değerleri çoğu bozuklukları için yaklaşık 0.80 ve 0.90 gibi yüksek değerlerde bulunmuştur. Değerlendiriciler arası güvenirlik analizlerinde Yaygın Anksiyete Bozukluğu için $\kappa=0,93$, herhangi bir anksiyete bozukluğu için $\kappa=0,91$, OKB ve ilişkili bozukluklar için $\kappa=0,67$ ve DEHB için $\kappa=0,81$ saptanırken, herhangi bir duygudurum bozukluğu için uyum daha düşük düzeyde bulunmuştur ($\kappa=0,36$). Test–tekrar test güvenirliğinde tanı bazında κ değerleri 0,70–1,00 aralığında değişmiştir. DIAMOND-KID ile tanı alan grupların ilgili öz-bildirim ölçek puanları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuş; ROC analizlerinde AUC değerleri 0,62–0,93 aralığında olup çoğunlukla iyi ve çok iyi ayırt edicilik göstermiştir.

Sonuç: Çalışmamız, DIAMOND-KID Türkçe uyarlamasının geçerli ve güvenilir bir tanısal görüşme aracı olduğunu göstermektedir. Görüşme, çocuk ve ergenlerde incelenen tüm ana tanı alanlarında genel olarak kabul edilebilir düzeyde ve yüksek psikometrik performans sergilemiştir. Tanılar bazında klinik görüşme ile uyum büyük ölçüde sağlanmış; ölçek karşılaştırmaları aracın ölçüt bağıntılı geçerliliğini desteklemiştir. Ayrıca test-tekrar test ve görüşmeciler arası analizler, bu aracın zaman içinde tutarlı ve uygulayıcılar arasında büyük oranda tutarlı sonuçlar verdiğini ortaya

koymuştur. Bu çalışma, DIAMOND-KID'in İngilizce dışındaki ilk uyarlaması olarak Türkçe konuşan çocuk ve ergen popülasyonunda klinik görüşme temelli tanılarla doğrudan karşılaştırmalı, çok boyutlu geçerlik ve güvenirlik analizlerini içermesi; ayrıca OKB ve ilişkili bozuklukların tamamını kapsayan bir tanısal görüşme aracını Türkçe literatüre ilk kez kazandırarak bu alandaki klinik ve akademik çalışmaların önünü açması bakımından önemli bir katkı sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: DIAMOND-KID**,**Tanısal Görüşme, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar, Duygudurum Bozuklukları, Anksiyete Bozuklukları

ABSTRACT

Diagnostic Interview for Anxiety, Mood, and OCD and Related Neuropsychiatric Disorders: Child and Adolescent Version (DIAMOND-KID): Validity and Reliability of the Turkish Adaptation

Introduction: Early identification and intervention for psychiatric disorders in childhood and adolescence are of critical importance for reducing lifelong psychiatric burden. However, the lack of structured and reliable diagnostic tools poses significant challenges for clinical practice in child mental health. In this context, the Diagnostic Interview for Anxiety, Mood, and Obsessive–Compulsive and Related Disorders for Children and Adolescents (DIAMOND-KID), developed based on DSM-5 diagnostic criteria, aims to address the need for systematic assessment in this field. The primary objective of this study was to evaluate the validity and reliability of the Turkish version of DIAMOND-KID and to examine its applicability in the diagnosis of psychiatric disorders in children and adolescents.

Methods: The adaptation process of the instrument was conducted through a comprehensive cultural adaptation procedure including forward–backward translation, expert review, and pilot testing. Subsequently, children and adolescents aged 6–17 years who presented for the first time to Atatürk University Faculty of Medicine Hospital between April 2025 and November 2025 were recruited. The sample consisted of 195 individuals, with a mean age of 12.9 years, of whom 55% were girls (n = 108). Prior to diagnostic assessment, all participants and their families completed a Sociodemographic Information Form; in addition, the participants completed relevant psychometric scales, including the Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS), Children's Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS), Conners' Parent Rating Scale (short form), Child Saving Inventory, Children's Depression Inventory (CDI), Body Image Scale, Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale, and Eating Attitudes Test-26. Both the DIAMOND-KID and a clinical interview were administered to all participants. For the assessment of diagnostic validity, sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value, positive likelihood ratio, negative likelihood ratio, and Cohen's

kappa coefficient were calculated. The clinician conducting the clinical evaluation and the researcher administering the DIAMOND-KID were blinded to each other's results, and all interviews were conducted according to a standardized protocol. Inter-rater reliability was assessed in 22 participants, and test–retest reliability was evaluated in 51 participants who were re-interviewed approximately two weeks later. Receiver operating characteristic (ROC) analyses were conducted to evaluate the discriminative power of diagnoses determined by the DIAMOND-KID in relation to the corresponding self-report measures; the area under the curve (AUC) values and effect sizes, along with their 95% confidence intervals, were calculated.

Results: In the study sample, the mean age of the participants was 12.89 years; 55.4% (n = 108) were girls, and 77% of families were of middle socioeconomic status. Test–retest reliability was evaluated in 51 participants (mean age 12.7 years; 68.7% girls), and inter-rater reliability was assessed in 22 participants (mean age 12.2 years; 54.5% girls). Diagnostic validity analyses revealed statistically significant agreement between the Turkish version of DIAMOND-KID and clinical interview diagnoses across all major diagnostic categories (all $p < 0.001$). Cohen's kappa coefficients were in the good to very good range for most diagnoses; κ was 0.73 for obsessive–compulsive disorder, 0.81 for major depressive disorder, and 0.93 for panic disorder. Sensitivity and specificity values were high for most disorders, approximately 0.80 and 0.90, respectively. Inter-rater reliability analyses yielded κ values of 0.93 for generalized anxiety disorder, 0.91 for any anxiety disorder, 0.67 for obsessive–compulsive and related disorders, and 0.81 for attention-deficit/hyperactivity disorder, whereas agreement was lower for any mood disorder ($\kappa = 0.36$). In test–retest reliability analyses, diagnosis-specific κ values ranged from 0.70 to 1.00. Groups diagnosed via DIAMOND-KID had significantly higher scores on the corresponding self-report measures; ROC analyses demonstrated AUC values ranging from 0.62 to 0.93, indicating mostly good to very good discriminative ability.

Conclusion: This study demonstrates that the Turkish adaptation of DIAMOND-KID is a valid and reliable diagnostic interview. The interview exhibited generally acceptable to high psychometric performance across all major diagnostic domains examined in children and adolescents. Substantial agreement with clinical

interview diagnoses was achieved across diagnoses, and comparisons with relevant scales supported the criterion-related validity of the instrument. In addition, test–retest and inter-rater analyses indicated that the interview yields largely consistent results over time and across different raters. As the first non-English adaptation of DIAMOND-KID, this study provides a significant contribution by offering a direct comparison with clinical interview–based diagnoses in Turkish-speaking children and adolescents through multidimensional validity and reliability analyses, and by introducing, for the first time in the Turkish literature, a diagnostic interview that comprehensively covers obsessive–compulsive and related disorders, thereby facilitating future clinical and academic research in this field.

Keywords: DIAMOND-KID, Diagnostic Interview, Obsessive–Compulsive and Related Disorders, Mood Disorders, Anxiety Disorders

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında günümüzde karşılaşılan en önemli sorunlardan biri, bu yaş grubunda ortaya çıkan ruhsal belirtilerin doğru biçimde değerlendirilerek güvenilir bir tanıya ulaşılabilmesidir. Bu nedenle çocuk ve ergen ruh birikimi, bozuklukların sınıflandırılmasında güvenilir ve geçerli ölçüm araçlarının bulunabilirliğine bağlıdır. Bu araçlar; (a) klinik ortamlarda tanı koyma sağlığına ilişkin bilgi, tedavi ve değerlendirme amacıyla, (b) genel toplumda ise araştırma, izleme, kaynak planlaması ve politika geliştirme amacıyla kullanılmaktadır (1). Klinik tanılar, başka amaçlarla yapılan tanılardan ayrılır; çünkü epidemiyolojik araştırmalarda gerekli duyarlılığı sağlamayabileceği gibi, temel ya da klinik araştırmalar için de yeterli özgüllük göstermeyebilir (2). Araştırmacılar, klinik tanıların düşük güvenilirliğine ilişkin endişelere yanıt olarak 1980'lerde yapılandırılmış tanı görüşmeleri geliştirmeye başladılar ve günümüzde psikiyatri araştırmalarında tanı koymada altın standart olarak kabul edilmekte ve aynı zamanda günlük klinik uygulamalarda da hızla yer bulmaktadır (3).

Bu bağlamda, klinik ve araştırma alanlarında tanı koymayı sistematik hale getirmek amacıyla geliştirilmiş olan "Anksiyete, Duygudurum, OKB ve İlişkili Nöropsikiyatrik Bozukluklar İçin Tanısal Görüşme: Çocuk Ve Ergen Versiyonu (DIAMOND-KID)" yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme aracıdır (4). Bu yarı yapılandırılmış görüşme aracı, DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5) tanı kriterlerine dayanmaktadır ve bilinen veya şüphelenilen özellikle anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkili nöropsikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesi için çocuklarda ve ergenlerde (6-18 Yaş) kullanılmak üzere tasarlanmıştır. Tanı görüşmesi çok iyi değerlendiriciler arası güvenilirlik, test-tekrar test güvenilirliği ve yakınsak ve ıraksak geçerlilik göstermektedir (4). Araç DSM-5'in bu bölümlerindeki tüm tanılar için tanısal ve diğer bilgileri içermekle beraber ek olarak duygudurum, anksiyete, obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklarla birlikte sıkça görülen veya karıştırılabilen bozukluklar için de tanısal bilgiler içermektedir. Görüşme hem standartlaştırılmış

sorular hem de görüşmecinin esnek müdahalesine olanak tanıyan bir format sunmaktadır. Bu, değerlendirme sürecinde hem doğruluğu artırır hem de görüşmeciye bireysel vaka özelliklerini dikkate alma imkânı vermektedir. Araç, çocuk ve ergenlerin yaşlarına, gelişim düzeylerine ve dil yeteneklerine uygun şekilde hazırlanmıştır. Bu sayede, çocuklarla yapılan görüşmelerin daha anlaşılır ve etkili olmasını sağlar. Yalnızca belirtileri değil, aynı zamanda çocukların ve ergenlerin aile, okul ve sosyal çevrelerindeki işlevselliğini de değerlendirir. Atlama kurallarının kullanımı sayesinde çoğu hastaya yaklaşık 1 saat içinde uygulanabilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Orijinali İngilizce olan ‘’ Psychometric Properties of a Structured Diagnostic Interview for DSM-5 Anxiety, Mood, and Obsessive-Compulsive and Related Disorders in Children and Adolescents (DIAMOND-KID)’’ görüşmenin Türkçe çevirisi bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı Tolin ve arkadaşları tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde bulunan Hartford HealthCare Enstitüsü’nde geliştirilen DIAMOND-KID görüşmesini Türkçe’ye uyarlamakla birlikte geçerlilik ve güvenilirliğini test etmektir.

1.3. Araştırmanın Önemi

Türkiye’de OKB ve ilişkili bozuklukları kapsamlı şekilde değerlendiren bir tanı görüşmesi bulunmamaktadır. Bu çalışma ile Türk diline geçerliliği ve güvenilirliği olan bir tanı görüşme aracı kazandırarak başta bu alanda olmak üzere çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında yapılacak klinik ve akademik çalışmaların önünün açılması, çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinin düzenlenmesine ve hekimlerin klinik kullanımına önemli derecede katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk ve Ergenlerde Ruhsal Sağlığın Önemi

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), ruhsal sağlığı; bireyin kendi yeteneklerini fark ettiği, yaşamın olağan stresleriyle baş edebildiği, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği ve topluma katkı sağlayabildiği bir iyi oluş hali olarak tanımlamaktadır (5). Çocukluk ve ergenlik dönemleri, ruhsal sağlığın desteklenmesi açısından kritik bir evredir; çünkü ruhsal sağlık sorunlarının yarıdan fazlası bu yaşlarda başlamakta ve çoğu erişkinlik döneminde de devam etmektedir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nden 9.282 yetişkini kapsayan ulusal düzeyde temsil gücü yüksek bir örneklemde, ruhsal bozuklukların yaklaşık %50'sinin 14 yaşından önce başladığı, %75'inin ise 24 yaşına kadar ortaya çıktığı bildirilmiştir. (6) Çocuk ve ergenlerde ruhsal sağlığı gelişimin ele alınmamasının sonuçları yetişkinlik dönemine taşınmakta ve bireylerin doyurucu bir yaşam sürme olanaklarını kısıtlamaktadır (5).

Çocukluk döneminde ortaya çıkan ruhsal sağlık sorunlarının, yaşam boyu daha ağır bir hastalık seyri ve daha olumsuz bir prognoz dahil olmak üzere olumsuz etkiler yarattığı bilinmektedir (7). 2021 yılında gerçekleştirilen bir araştırmada, bu yaş grubunda herhangi bir psikiyatrik bozukluğun ortalama yaygınlığı %12,7 olarak belirlenmiştir. (8). 2015 yılında yayımlanan 27 ülkeden 41 çalışmanın dâhil edildiği meta-analizde ruhsal bozuklukların dünya genelinde yürütülen çalışmaların sonuçlarının birleştirilmesiyle elde edilen prevalans oranı %13,4 olarak bulunmuştur. Herhangi bir anksiyete bozukluğunun prevalansı %6,5, herhangi bir depresif bozukluğun %2,6, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun %3,4 ve herhangi bir yıkıcı davranım bozukluğunun %5,7 olduğu saptanmıştır (9). Buna ek olarak, 1990'dan 2019'a kadar geçen süreçte çocuk ve ergenlerde görülen ruhsal bozuklukların küresel yükünde de dikkate değer bir artış olduğu rapor edilmiştir (10). Buna rağmen çok az çocuk ruhsal sağlık sorunları için tedavi almaktadır (11).

Bu tür bulgular, ruhsal açıdan sağlıklı bireylerin yetiştirilmesinin toplumlar için öneminin giderek arttığını göstermekte; bu nedenle ülkelerin çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında politika geliştirmeleri ve eylem planları oluşturmaları bir gereklilik

haline gelmektedir. DSÖ tarafından çocuk ergen ruh sağlığı politikaları ve eylem planları oluştururken yapılması önerilen çalışma basamaklarından ilki veri elde etmedir (12). Epidemiyolojik araştırmalar, belirli bir ülke ya da bölgede çocukluk ve ergenlik döneminde görülen ruhsal bozuklukların yaygınlığını ortaya koymak açısından en önemli veri kaynakları arasındadır (12).

2.2. Epidemiyoloji ve Çocuk Ergen Ruh Sağlığı

Epidemiyoloji, insan topluluklarında hastalıkların dağılımını inceleyen bir bilim dalıdır. Bu dağılımlar rastlantısal değildir; hastalıkların görülme biçimleri hem zamana hem de mekâna göre farklılık gösterebilir. Rastlantısal olmayan bir dağılım gözlendiğinde ise, kimin hastalığa yakalandığını ve kimin yakalanmadığını etkileyen nedensel faktörleri ortaya çıkarma olanağı doğar. Bir başka deyişle epidemiyoloji, hastalık ve sağlıkla ilişkili durumların hangi sıklıkta, kimlerde, nerede ve ne zaman ortaya çıktığını inceleyen; bu sorunların nedenlerini araştırarak tanı, tedavi ve önlemede kullanılabilecek uygun yöntemleri ortaya koymayı hedefleyen bir bilim dalıdır.

Epidemiyoloji, risk altındaki toplum bağlamında hastalık süreçlerini anlamaya ve kontrol etmeye odaklanması yönüyle klinik tıptan ayrılır; klinik tıbbın temel odağı ise bireysel hastadır. Bu durum, epidemiyolojinin bireyle ilgilenmediği anlamına gelmez; aksine, bireyin hastalığını ve bu hastalığın nedenlerini anlamaya büyük önem verir. Fark, ele alınan referans çerçevesinde ortaya çıkar. Basitçe ifade etmek gerekirse, klinik tıp "Bu kişide ne sorun var ve nasıl tedavi etmeliyim?" sorusunu sorarken; epidemiyoloji "Bu kişide ne sorun var ve bu sorunun ortaya çıkmasına hangi bireysel özellikler yol açtı?" sorusunu sorar. Örneğin, "Neden bu çocuk depresyonda da kardeşi değil?" sorusu gündeme gelebilir. Eğer annesi de depresyondaysa, çocuğun depresyonu bir neden mi, bir sonuç mu yoksa rastlantısal ve ilgisiz bir birliktelik mi? Bu tür sorular, bireysel çocuğu hemen diğer çocuklar, aile üyeleri ya da aynı cinsiyet, etnik köken veya sosyoekonomik sınıfa ait diğer kişilerle karşılaştırmalı bir bağlama yerleştirir (13).

Ruhsal bozukluklar; okul terk oranlarının yüksekliği, düşük ekonomik üretkenlik, suç ve cezaevi öyküsü, intihar ve evsizlik gibi bireyleri, aileleri ve toplumu geniş ölçüde olumsuz etkileyen sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (14). Bu nedenle, yaşamın ilk yıllarında ruhsal bozuklukların yaygınlığını ve yükünü anlamak; kamu politikalarının planlanması, hizmetlerin düzenlenmesi ve yaşam döngüsünün tüm evrelerinde bakımın sağlanması açısından büyük önem taşımakta (15) ve çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında epidemiyolojik çalışmaların taşıdığı önem her geçen gün daha fazla vurgulanmaktadır. Her ne kadar epidemiyolojik çalışmalar, bu yaş grubundaki ruhsal bozuklukların yaygınlığını ve etkilerini ortaya koyarak sağlık politikalarına yön verse de çalışmalarda pek çok metodolojik ve uygulamaya dönük zorluk yaşandığını göstermektedir.

2.2.1. Örneklem ile İlgili Sorunlar

Epidemiyolojik araştırmalarda örneklemin hedef popülasyonu temsil etmesi esastır. Çocuk ve ergen ruh sağlığı çalışmalarında ise temsiliyet problemi yaygındır. Birçok çalışma, pratik kolaylık nedeniyle yalnızca okul çağındaki çocukları kapsamakta veya belirli bölgelerle sınırlı kalmaktadır. Bu durum, evde eğitim alanlar, okula devam etmeyenler veya kırsal ve dezavantajlı kesimler gibi önemli alt grupların dışarıda kalmasına yol açabilir. Nitekim dünya genelinde 5-17 yaş arası çocuk ve ergenlerde ruhsal bozukların yaygınlık verilerini inceleyen bir çalışma, küresel popülasyonun sadece %6.7'sine ilişkin veri bulunduğunu bildirmiştir (16).

2.2.2. Olguların Tespiti ve Tanı Güvenilirliği

Epidemiyolojik çalışmalarda bir çocuğa ruhsal bozukluk tanısı koymak, klinik ortama göre çok daha sistematik ancak bir o kadar da zordur. Öncelikle, çocukluk çağı psikiyatrik tanıları için altın standart sayılabilecek biyolojik bir belirteç yoktur; tanılar semptom beyanlarına dayanır. Klinik uygulamada tanılama amacıyla kullanılan yapılandırılmamış görüşmeler, klinisyenlerin alışkanlıkları ve bilişsel yanlılıkları nedeniyle epidemiyolojik araştırmalar için uygun görülmemektedir. Ayrıca eğitim süreçlerindeki standartlaşma eksikliği, hekimlerin deneyim düzeyleri ve kültürel farklılıklar, aynı olgunun farklı hekimlerce tutarlı biçimde değerlendirilmesini

güçleştirerek tanı güvenilirliğini düşürebilir. Bu nedenlerle epidemiyolojik çalışmalarda çoğunlukla yarı yapılandırılmış ya da yapılandırılmış görüşmeler tercih edilmektedir (17). Geçmişte özellikle okul öncesi çocuklarda tanı koyma girişimleri, uygun değerlendirme araçlarının eksikliği nedeniyle sınırlı kalmıştır. Örneğin Yakın zamana kadar, küçük yaştaki çocuklarda ruhsal bozukluklara yönelik epidemiyolojik araştırmalar, tanısal değerlendirme ölçütlerindeki sınırlılıklar nedeniyle önemli ölçüde sekteye uğramıştır (18).

2.2.3. Farklı Bilgi Kaynaklarından Veri Alma Gerekliliği ve Tutarsızlıklar

Çocuk ve ergen ruh sağlığı değerlendirmelerinde çoklu bilgi kaynağı kullanımı yaygın bir uygulamadır. Ebeveynler, öğretmenler ve çocukların kendileri, farklı ortamlarda ve bağlamlarda çocuğun davranış ve duygularına tanık oldukları için, hepsinin görüşü tanı koymada değerli kabul edilir. Ancak bu kaynaklardan alınan bilgiler sıklıkla tutarsızlık gösterir. Örneğin bir çocuk için anne-babası davranış sorunları bildirmezken öğretmeni sınıf ortamında ciddi sorunlar gözlemleyebilir; ya da ergen kendi depresif duygularını gizlerken ebeveynler belirtileri fark etmeyebilir. Çocuk ve ergenlerin kendileri hakkında verdikleri bilgiler de önemlidir. Örneğin, Offord ve çalışma arkadaşlarının bulgularına göre, ebeveynlerin bildirimlerine dayanıldığında davranım bozukluğu yaygınlığı %4 olarak saptanırken, gençlerin kendi bildirimleri dikkate alındığında bu oran %7,2'ye yükselmiştir (19).

Çocukluk çağı psikopatolojisine ilişkin değerlendirmelerde bilgi verenler arasında neden sıklıkla farklılıklar görüldüğü ya da mevcut klinik değerlendirme yöntemlerinde yapılacak değişikliklerle bu farklılıkların azaltılıp azaltılamayacağı konusunda bilgimiz oldukça sınırlıdır. 2005 yılında Yale Üniversitesi'nde yayımlanan derleme çalışmasına göre; bilgi verenlerin özellikleri ile bilgi verenler arasındaki tutarsızlıklar arasındaki ilişkiler üzerine yapılan çalışmalarda bu tutarsızlıklarla bilgi verenlerin özellikleri arasında net ve tutarlı bir ilişki örüntüsü bulunmadığı görülmüştür. Çocuğa ait özellikler (örneğin yaş, cinsiyet, problem türü, sosyal beğenirlik) açısından da sonuçlar çoğunlukla tutarsız ya da anlamsız olduğu bulunmuştur. Ayrıca, ebeveyn psikopatolojisi ve stres gibi ebeveyn özellikleri ile bilgi verenler arasındaki tutarsızlıkların ilişkisi, genellikle çocuğun yaşı ve cinsiyeti gibi

diğer bilgi veren özellikleri tarafından etkilendiği görülmüştür (20). Bunlara bağlı olarak özetle, bozukluğu olan çocukların hem prevalansını hem de özelliklerini belirlemek için olguların saptanması, büyük ölçüde bilgi verenlere bağlı olabilir.

2.2.4. Tanı Sistemleri ve Ölçüm Araçlarının Sınırlılıkları

Çocuk ve ergen ruh sağlığı epidemiyolojisinde tanı koymak için genellikle DSM veya ICD (International Classification of Diseases) gibi tanı sınıflandırma sistemleri kullanılır. Bu sistemler, klinik ortamdaki tanılama sürecini standartlaştırdığı gibi araştırmalarda da ortak bir dil sağlar. DSM ve ICD modelleri, değerlendirme verilerinin kaynağı, niteliği, yaşı ve kökeni ne olursa olsun tüm erkek ve kız çocuklarına aynı tanı kriterlerini uygular. Ancak literatürde, mevcut tanı sistemlerinin çocuk ve ergen psikopatolojisini tam olarak yansıtma konusunda çeşitli sınırlılıklara sahip olduğu tartışılmaktadır. Özellikle gelişimsel açıdan hızlı değişim gösteren bu yaş grubunda, katı tanı kategorileri her zaman uygun olmayabilir. Psikiyatride en çok kullanılan bu iki tanı sınıflandırma sistemi arasında aynı bozukluk için farklı tanı kriterlerinin kullanılması bozukluğun yaygınlığının değişmesine yol açtığı görülmüştür (21). Ayrıca, ICD ve DSM'nin revize edilmiş versiyonları yayımlandıkça ve belirli ruhsal bozuklukların kriterleri değiştikçe, prevalans oranlarında farklılıklar olması beklenmektedir. Bu nedenle, farklı çalışmalar arasında oranları karşılaştırırken tanı kriterleri dikkate alınması gereken önemli bir konudur.

Bir başka sorun DSM ve ICD'nin kategorik yaklaşımının, çocuklardaki ruhsal sorunların doğasına her zaman uymamasıdır. Bu sistemler her bozukluğu belirli eşiklerin üzerinde semptom kümeleriyle tanımlar. Örneğin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) için DSM-5'te 9 belirtiden en az 6'sının varlığı kriter alınır; ama 5 belirti gösteren bir çocuk DSM'e göre "tanısız" sayılırken işlevsellik açısından ciddi sorunlar yaşayabilir. Dolayısıyla kategorik sistemler, sub-klinik düzeydeki (eşik-altı) vakaları gözden kaçırma riski taşır ve bu, prevalans tahminlerini etkiler. Örneğin Avrupa'da 11 ülkeden yaklaşık 12.000 ergenin değerlendirildiği büyük bir çalışmada, gençlerin %5,8'inde anksiyete bozukluğu, %32'sinde eşik altı anksiyete, %10,5'inde depresyon ve %29,2'sinde eşik altı depresyon yaygınlığı tahmin edilmiştir (22).

DSM ve ICD tanı ölçütlerine dayalı olarak yürütülen yapılandırılmış görüşmelerde, herhangi bir bozukluğun tanı kriterlerini tam olarak karşılamayan ancak o bozuklukla ilişkili belirgin belirtiler gösteren ve profesyonel desteğe ihtiyaç duyan bireyler gözden kaçabilmektedir. “Başka türlü adlandırılamayan” tanı kategorisine girebilecek bu olguların, klinik deneyimi bulunmayan kişiler tarafından kapalı uçlu sorularla yürütülen yapılandırılmış görüşmelerde tanılanması oldukça güç görünmektedir. Klinisyenler tarafından yürütülen yarı yapılandırılmış görüşmeler, bu hasta grubunun tanılanmasında çok daha etkili olmakta ve görüşmelerde açık uçlu soruların yer alması, bu sorunun giderilmesine katkı sağlamaktadır (23). Amerika Birleşik Devletleri'nde bulunan Hartford HealthCare Enstitüsü’nde geliştirilen DIAMOND-KID görüşmesi güçlü yönü ise hem yarı yapılandırılmış görüşme olması hem de bünyesinde açık uçlu soruların bulunmasıdır.

2.3. Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Yapılandırılmış Tanısal Görüşmeler ve Önemi

Tanısal görüşme, psikiyatrik değerlendirmede temel bir yöntem olup, danışanın belirtilerini, öyküsünü ve psikososyal işlevselliğini sistematik olarak saptamayı amaçlar. Geleneksel olarak klinisyenler tanı koymak için serbest (yapılandırılmamış) görüşmelere güvenmiş; ancak bu görüşmelerde sorulan sorular ve ulaşılan sonuçlar büyük ölçüde görüşmeyi yapan uzmanın yaklaşımına bağlı olduğundan, farklı klinisyenler arasında tanı tutarlılığı düşüktü. 1980'de DSM-III tanı sisteminin getirdiği belirgin tanı kriterleriyle birlikte, tanı sürecinin güvenilirliğini artırmak için yapılandırılmış tanısal görüşmeler geliştirilmeye başlandı (1). Sınıflama sistemlerinin gelişimine paralel olarak evrim geçiren yapılandırılmış tanısal görüşmeler, günümüzde klinik araştırmalar, epidemiyolojik çalışmalar, akademik araştırmalar ve son yıllarda giderek artan biçimde klinik uygulamalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu araçlar, veri toplama sürecinde görüşmeciler arası güvenilirliği artırarak, klinik araştırmalara katılan bireylerin daha homojen biçimde sınıflandırılmasını sağlamış; böylece elde edilen sonuçların yeniden üretilebilirliğini güvence altına almıştır. Klasik klinik tanı sürecinin aksine bu tanısal araçlar, bozuklukların, tanı ölçütlerinin yanı sıra şiddet ve süre düzeylerinin de sistematik ve kapsamlı biçimde incelenmesine olanak tanır. Veri toplama biçimi ve belirtilerin

değerlendirilme sırası önceden belirlenmiştir. Soruların ifadesi, yanlış anlaşılma ve belirsizlikleri en aza indirmek amacıyla titizlikle test edilmiştir (24).

Çocuk ve ergen ruh sağlığı alanındaki bilgi birikimi, psikiyatrik bozuklukların güvenilir ve geçerli biçimde sınıflandırılmasını sağlayan araçların varlığına bağlıdır. Bu araçlar iki temel amaç için gereklidir: (a) Klinik uygulamalarda, tanı koyma, tedavi planlama ve tedavi sonuçlarını değerlendirme süreçlerini standartlaştırmak; (b) Genel toplum araştırmalarında, ruh sağlığı bozukluklarının yaygınlığını belirlemek, epidemiyolojik izlem yapmak, kaynak planlaması ve ruh sağlığı politikalarının oluşturulmasına katkı sağlamak. Bu amaçla kullanılan standartlaştırılmış tanısal görüşmeler (Standardized Diagnostic Interviews; SDI), çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozuklukları değerlendirmek ve sınıflandırmak için geliştirilmiş, tanı sistemlerindeki ölçütlere dayanan araçlardır. SDI'lar, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5) ya da Dünya Sağlık Örgütü'nün Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması (ICD-10) gibi uluslararası tanı sistemlerinde tanımlanan ölçütleri temel alarak değerlendirme yapar.

Ruh sağlığı uzmanları arasında danışanlarını değerlendirmek ve teşhis etmek için en yaygın yöntem doğrudan klinik görüşmedir (25). Ancak bu tür görüşmeler, özellikle uygulanan yapılandırma derecesi açısından büyük farklılıklar gösterebilir. Nitekim, daha az yapılandırılmış görüşmeler ile daha yapılandırılmış görüşmeler arasında bazı önemli farklılıklar bulunmaktadır. Yapılandırılmamış klinik görüşmeler, klinisyenin kişisel geçmişine, bilgi birikimine, kuramsal yaklaşımına ve kişilerarası iletişim tarzına bağlı olarak şekillenir; bu nedenle son derece esnek bir yapıya sahiptir. Yapılandırılmamış bu görüşme yaklaşımında, klinisyen tanısal bir sonuca ulaşmak için gerekli gördüğü her türlü soruyu sorma konusunda tamamen serbesttir. Gerçekte, klinisyen kendi ruh hali, tercihleri, eğitimi, özel ilgi alanları veya benimsediği yaklaşım doğrultusunda, konuyla ilgili olsun ya da olmasın, herhangi bir soru ya da temayı ele alabilir. Bu durum, farklı klinisyenler tarafından yapılan görüşmeler arasında ortaya çıkabilecek büyük değişkenliği açıklar (26). Öte yandan, yapılandırılmış görüşmeler, önceden belirlenmiş bir standart soru listesi, sabit bir soru sırası ve katılımcı yanıtlarının sistematik olarak derecelendirilmesi ilkelerine dayanır. Ancak tüm yapılandırılmış görüşmeler aynı düzeyde değildir. Aslında "yapılandırılmış

görüşme" terimi oldukça geniş bir kavramdır ve her görüşmenin sunduğu yapılandırma derecesi önemli ölçüde farklılık gösterebilir. Yapılandırılmış görüşmeler genellikle iki temel türe ayrılır: tam yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış görüşmeler. **T**am yapılandırılmış görüşmelerde, tüm sorular katılımcıya kelimesi kelimesine sorulur; takip sorularının ifadeleri de önceden belirlenmiştir ve görüşmecilerin bu katı formatın dışına çıkmasına izin verilmez. Buna karşılık, yarı yapılandırılmış görüşmelerde, her bir semptom için başlangıç soruları belirlenmiştir ve genellikle katılımcıya aynen okunur; ancak görüşmeci, verilen yanıtları temel alarak ek veya uyarlanmış sorular yöneltme konusunda oldukça geniş bir esnekliğe sahiptir. Görüşmeci, standart soruları gerektiğinde bireyselleştirerek veya bağlama uygun hale getirerek belirli semptomları daha doğru değerlendirebilir. Görüşmedeki yapılandırma düzeyi, görüşmeyi uygun biçimde yürütebilmek için gerekli klinik deneyim ve uzman yargısı miktarını doğrudan etkiler. Yarı yapılandırılmış görüşmeler, görüşmeyi uygulayabilmek ve tanı koyabilmek için klinik deneyime sahip uzmanlar gerektirirken, tam yapılandırılmış görüşmeler özel araç üzerine kısa süreli eğitim almış uzman olmayan kişiler tarafından da uygulanabilir (27). Yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış görüşmeler farklı ortamlarda ve farklı amaçlarla kullanılmakla birlikte, uygulamaları genel olarak üç ana alanda toplanabilir: araştırma, klinik uygulama ve klinik eğitim.

Araştırma Alanında Kullanım: Araştırma alanı, yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış görüşmelerin en yaygın olarak uygulandığı alandır. Bu görüşmeler, katılımcıların belirli bir tanıyı gerçekten karşıladığından emin olunarak araştırmalara dâhil edilmesini sağlar; böylece belirli bir tanı ya da tanı grubuna ilişkin etiyoloji, eş tanılar ve tedavi yaklaşımlarının sistematik biçimde incelenmesine olanak verir. Ayrıca yapılandırılmış görüşmeler, zaman içinde klinik durumdaki değişimi değerlendirmek için standartlaştırılmış bir yöntem sunar.

Klinik Uygulamalarda Kullanım: Klinik ortamlarda, yapılandırılmış veya yarı yapılandırılmış bir görüşmenin uygulanması, kapsamlı ve standartlaştırılmış bir ilk değerlendirme sürecinin parçası olarak kullanılabilir. Bu tür görüşmelerin tam ve düzenli uygulanması, eğitim kliniklerinde giderek daha yaygın hale gelmektedir; ancak bu süreç, görüşmeciler için yoğun bir eğitim ve zaman gerektirir (26) Bir diğer

yaygın yaklaşım, geleneksel yapılandırılmamış klinik görüşmeden sonra, yapılandırılmış bir görüşmenin belirli bölümlerinin uygulanarak tanısal izlenimlerin netleştirilmesi ve doğrulanmasıdır. Widiger ve Samuel, özellikle kişilik bozukluklarının değerlendirilmesi konusunda alternatif bir yöntem önermiştir. Buna göre, önce nesnel bir özbildirim ölçeği uygulanır; ardından, bu ölçekte yüksek puan alınan kişilik bozukluklarına odaklanan yarı yapılandırılmış bir görüşme yürütülür. Bu yöntem, klinik uygulamalarda zaman kısıtlarına uyum sağlarken, aynı zamanda yapılandırılmış görüşmelerin sunduğu standart, sistematik ve nesnel veri toplama olanağını da korur (28).

Klinik Eğitimde Kullanım: Yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış görüşmelerin ruh sağlığı profesyonellerinin eğitiminde kullanımı, giderek yaygınlaşan ve oldukça etkili bir uygulamadır. Bu görüşmeler, eğitim sürecindeki klinisyen adaylarına, DSM'de yer alan tanı ölçütlerini değerlendirmek amacıyla kullanılan belirli soruların ve takip sorularının nasıl yöneltileceğini öğrenme fırsatı sunar. Görüşme sırasında soru formülasyonunun, sıralamasının ve akışının yapılandırılmış biçimde modellenmesi, yeni başlayan klinisyenler için son derece değerli bir uygulamalı eğitim kaynağı oluşturur. Tablo 1'de Yapılandırılmış ve Yarı Yapılandırılmış Görüşmelerin Avantajları ve Dezavantajları anlatılmıştır (26).

Tablo 1. Yapılandırılmış ve Yarı Yapılandırılmış Görüşmelerin Avantajları ve Dezavantajları

Avantajlar	**Dezavantajlar**
Artan Güvenilirlik: Soruların standartlaştırılmış olması sayesinde, yapılandırılmış görüşmeler görüşmeciler arasındaki farklılığı azaltır ve görüşmeciler arası güvenilirliği artırır. Ayrıca, yapılandırılmış görüşmeler, bir danışanın semptomlarının zaman içindeki değerlendirmesinde ve danışan raporları ile yakın çevre bilgilerinin tutarlılığında da güvenilirliği yükseltir.	İlişki Kurmayı Zorlaştırabilir: Yapılandırılmış görüşmelerin kullanımı, görüşmenin sorun odaklı ve kişi merkezli olmaması nedeniyle danışanla kurulan terapötik bağı zayıflatabilir. Ayrıca, yetersiz eğitim almış görüşmeciler, görüşme sırasında temel klinik becerilerini kullanmayı ihmal edebilirler.
Artan Geçerlik: Yapılandırılmış görüşmeler, tanı ölçütlerinin sistematik ve eksiksiz biçimde ele alınmasını sağlar. Bu özellik, tanısal süreçlerin geçerliğini artırmada önemli bir rol oynar.	Tanı Sisteminin Geçerliğiyle Sınırlıdır: Tanı koymak amacıyla kullanılan yapılandırılmış görüşmeler, doğaları gereği tanı sistemlerine (ör. DSM, ICD) bağlıdır. Dolayısıyla geçerlikleri, dayandıkları sistemin geçerliğiyle sınırlıdır. Ayrıca, psikiyatrik tanıda evrensel bir altın standart bulunmadığından, belirli yapılandırılmış görüşmelerin geçerliğini kesin olarak belirlemek güçtür.

Tablo 1. (Devamı)

Eğitim Aracı Olarak Kullanışlılık: Yapılandırılmış görüşmeler, özellikle klinik eğitimde, deneyimli görüşmeciler tarafından kullanılan tanısal soruların ve takip tekniklerinin öğrenilmesini kolaylaştıran etkili bir öğretim aracıdır. Ayrıca, tam yapılandırılmış görüşmeler uzman olmayan kişiler tarafından da kısa bir eğitimle uygulanabildiğinden, hem araştırma hem de klinik ortamlarda maliyet açısından verimli bir yöntemdir.	Kapsam ve Derinlik Arasındaki Denge Sorunu: Yapılandırılmış görüşmeler, her bozukluğu veya her konu alanını kapsamaları mümkün olmadığından sınırlıdır. Bu nedenle, kullanılacak görüşme aracı seçilirken geniş kapsam ile derinlemesine değerlendirme arasındaki denge dikkatle değerlendirilmelidir.

2.3.1. Çocuk Ergen Ruh Sağlığında Yaygın Kullanılan Tanısal Görüşmeler

Çocuk ve ergenlerde psikiyatrik tanı koymada yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış tanısal görüşme araçları, klinisyenin sistematik bir şekilde semptomları değerlendirmesini sağlar. Bu araçlar, DSM (veya ICD) ölçütlerini esas alarak belirli psikiyatrik bozuklukların varlığını saptamak üzere geliştirilmiştir. Aşağıda, çocuk ve ergen psikiyatrisinde son 30-35 yılda yaygın olarak kullanılan başlıca tanısal görüşme araçları sunulmuş ve her biri ayrıntılı olarak incelenmiştir. Her aracın kullanım amacı, yapılandırılma düzeyi, kapsadığı tanı kategorileri, geçerlik-güvenirlik çalışmaları ve farklı ülkelerdeki kullanımı ele alınmıştır.

2.3.1.1. K-SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia)

K-SADS, 1970'lerin sonunda Joachim Puig-Antich ve William Chambers tarafından (29), yetişkinler için geliştirilen SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) (30) ölçeğinin çocuk ve ergenlere uyarlanmasıyla oluşturulmuştur. K-SADS, 6–18 yaş arası çocuk ve ergenlerde duygudurum bozuklukları ve şizofreni başta olmak üzere pek çok psikiyatrik bozukluğu değerlendirmeye yöneliktir. Yarı yapılandırılmış bir görüşme olup, hem çocuk hem de ebeveyn ile ayrı ayrı veya birlikte görüşerek, geçmiş ve şimdiki psikiyatrik belirtileri tarar. Görüşme, DSM tanı ölçütlerini karşılayacak şekilde semptomların varlığını sorgular ancak klinisyene soruların ifade biçimini uyarlamada esneklik tanır. K-SADS, önemli belirtiler için

örnek sorular içerir; bir primer belirti var ise o bozukluğun diğer belirtileri ayrıntılı olarak sorgulanır, primer belirti yoksa ilgili bozukluğun ileri soruları atlanır.

K-SADS ilk geliştirildiğinde duygudurum bozuklukları ve şizofreni odaklı olsa da, zamanla genişletilmiştir. Özellikle 1990'larda geliştirilen K-SADS-PL (Present and Lifetime Version), birden fazla DSM-IV bozukluğunu tarayacak şekilde yapılandırılmıştır(31). K-SADS-PL; duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, psikotik bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları, dışa atım bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve karşıt olma-karşı gelme bozukluğu gibi yıkıcı davranım bozukluklarını kapsamaktadır. DSM-5'e uyarlanmış yeni versiyonları, yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu gibi DSM-5 ile eklenen tanıları da içerecek şekilde güncellenmiştir. K-SADS-PL'nin Türkçe uyarlaması 2004'te (32) yapılmış ve güncellenen DSM-5 versiyonu da 2018'de geçerlik-güvenirlik çalışması ile desteklenmiştir.

2.3.1.2. DAWBA (Development and Well-Being Assessment)

DAWBA, Robert Goodman ve ekibi tarafından geliştirilen (33), bir yapılandırılmış görüşme paketidir. 2000'lerin başında tanıtılan DAWBA, anketler, yarı yapılandırılmış görüşmeler ve klinik değerlendirme kombinasyonuyla çocuk ve ergenlerde DSM-IV ve ICD-10 tanılarını otomatik olarak öneren bir sistem sunmuştur. DAWBA'nın temel mantığı, eğitimli klinisyen olmayan görüşmecilerin dahi uygulayabileceği bir bilgisayar destekli tanılama sağlamaktır. Uygulamada, öncelikle ebeveyn(ler) ve 11-16 yaş arası çocukla (daha küçük çocuklar için sadece ebeveynle) yapılandırılmış sorular içeren bir görüşme yapılır. Bu görüşme, her bir olası semptom için "Evet/Hayır" sorularını ve eğer belirtiler varsa bunların çocuğun hayatına etkisini (işlevsellik kısıtlılığı) sorgular. Önemli bir özellik olarak, eğer yapılandırılmış sorular belirgin semptomlar gösterirse, görüşmeci açık uçlu sorularla ayrıntı almaya geçer ve ebeveynin (veya çocuğun) kendi kelimeleriyle sorunu tarif etmesini sağlar. Görüşmeci, bu anlatımları kelimesi kelimesine not alır ancak kendisi puanlama yapmaz. Ayrıca çocuğun öğretmeninden de kısa bir anket Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (34) doldurması istenir; bu anket, davranışsal ve duygusal

sorunlar ile bunların yol açtığı güçlükleri tarar. Tüm bu bilgiler (evet/hayır cevapları, açık uçlu açıklamalar, SDQ sonuçları), bir bilgisayar programına girilir. Bilgisayar programı, girilen bilgilere dayanarak olası tanıları ve bu tanıların gerekçelerini özetleyen raporlar üretir. Program, DSM-IV ya da ICD-10 ölçütlerine göre bir algoritma ile çalışır ve olası her bir bozukluk için "yüksek olasılık – düşük olasılık" şeklinde bir sonuç çıkarır. Ardından deneyimli bir klinisyen, programın özet raporunu ve görüşmecinin aldığı açık uçlu yanıt transkriptlerini inceleyerek, bilgisayarın önerdiği tanıları onaylar veya gerekirse değiştirir. Bu şekilde nihai tanı kararı oluşur. DAWBA'nın kapsadığı tanılar oldukça geniştir: anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, OKB, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozuklukları, tik bozuklukları, DEHB, davranım bozuklukları, karşıt olma bozukluğu, enürezis-enkoprezis gibi yaygın çocuk ve ergen psikiyatrik bozukluklarının çoğu modüler yapıda yer alır. Otizm spektrum bozukluğu için de bir modülü bulunmaktadır. Uluslararası düzeyde DAWBA birçok dile çevrilmiştir. Türkçe sürümü Prof. Dr. Onur Burak Dursun tarafından 2012 yılında yapılmıştır (35).

2.3.1.3. MINI-KID (Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents)

MINI-KID, yetişkinler için geliştirilmiş kısa tanı görüşmesi MINI'nin çocuk ve ergenlere uyarlanmış versiyonudur (36). Bu ölçek, DSM-IV ve ICD-10 ölçütlerine göre en sık görülen çocukluk ve ergenlik psikiyatrik bozukluklarını hızlı biçimde taramayı hedefleyen yapılandırılmış bir görüşmedir. MINI-KID tipik olarak 15-30 dakika gibi kısa bir sürede uygulanacak şekilde yapılandırılmıştır ve 33 kadar yaygın tanı kategorisini kapsar (örneğin yaygın anksiyete, OKB, depresyon, bipolar bozukluk, psikotik bozukluklar, madde kullanımı, DEHB, yıkıcı davranım bozuklukları vb.). Sorular evet/hayır formatındadır ve her "evet" yanıtı ilgili bozukluk için daha detaylı alt sorulara geçişi tetikler. Hem çocukla hem ebeveynle görüşme formları vardır; genelde her ikisinin yanıtları birleştirilerek tanı kararı verilir. Çok kısa ve pratiktir fakat kısalığı, bazen yüzeysel kalmasına yol açabilir.

2.3.1.4. CAPA (Child and Adolescent Psychiatric Assessment)

CAPA, Duke Üniversitesi'nden Angold ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, görüşmeci tarafından yönetilen yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir (37). CAPA'nın özgün yanı, değerlendirme zaman dilimini son 3 ay ile sınırlandırmasıdır. CAPA'nın ayrı çocuk ve ebeveyn versiyonları bulunur; her ikisinden alınan bilgiler birleştirilerek sonuca varılır. Görüşme esnasında semptomların varlığı kadar psikososyal işlevselliğe etkisi de sistematik olarak sorgulanır; bu sayede sadece semptom olup olmadığı değil, semptomun günlük yaşama yansıması da değerlendirilir. CAPA'nın en büyük dezavantajı, uygulanmasının oldukça zaman ve eğitim gerektirmesidir. CAPA, 3 ay kuralı nedeniyle öyküdeki eski ancak önemli bilgileri gözden kaçırabilir; örneğin bir yıl önce majör depresyon geçiren ama son 3 ay iyi durumda olan bir genci o an "depresyon yok" diye değerlendirebilir.

2.3.1.5. ChIPS (Children's Interview for Psychiatric Syndromes)

ChIPS, çocuklar için geliştirilmiş kısa yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir. Weller ve arkadaşları tarafından DSM-IV döneminde formüle edilmiş olup (38), amacı K-SADS gibi uzun görüşmelere pratik bir alternatif sunmaktır. ChIPS, genellikle 30-45 dakikada tamamlanabilecek şekilde düzenlenmiştir ve çocukların dil düzeyine uyarlanmış basit sorulardan oluşur. Görüşmenin bir özelliği, soruların doğrudan çocuğa yönelik basit cümlelerle ve evet/hayır formatında olmasıdır; çocuk için anlaşılır olmayan bir ifade varsa, görüşmeci soruyu açıklayabilir ancak sorunun çekirdeğini değiştiremez. Her bozukluğa ayrılan soru sayısı az olduğu için, belirtilerin ayrıntılarına girilemez; bu da atlanmış tanı riskini artırabilir. Özellikle yaygın olmayan veya spesifik sorular gerektiren bozukluklarda (örneğin bazı obsesyon tipleri, detaylı travma öyküsü) ChIPS yetersiz kalabilir. Ayrıca, ChIPS'i geliştiren araştırmacılar, bu ölçeğin bir tarama aracı olduğunu vurgularlar; kesin tanı için şüpheli çıkan alanların daha detaylı bir görüşme ile doğrulanması önerilir.

2.3.1.6. DIAMOND-KID (Diagnostic Interview for Anxiety, Mood, and OCD and Related Neuropsychiatric Disorders: Child and Adolescent Version)

DIAMOND 2016 yılında Tolin ve çalışma arkadaşlarınca DSM-5 tanı ölçütlerine uygun olarak geliştirilmiş bir yarı-yapılandırılmış görüşme tekniğidir (39). Adından da anlaşılacağı üzere DIAMOND, özellikle anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar alanına ağırlık veren, ancak bunun yanı sıra diğer temel psikiyatrik tanı bölümlerini de içeren bir görüşmedir. DSM-5'in getirdiği yeni tanıları (örn. vücut algı bozukluğu, biriktirme bozukluğu, saç yolma, deri yolma bozukluğu gibi OKB ilişkili tanıları; Premenstrüel disforik bozukluk gibi duygudurum alt tiplerini) kapsayacak şekilde günceldir. DIAMOND'ın yetişkin versiyonu, yapılan ilk çalışmalarda belirtilerin varlığını ve şiddetini güvenilir biçimde değerlendirebildiğini göstermiş.

Bu yaklaşımın çocuk ve ergenlere uyarlanmış hali olan DIAMOND-KID, literatüre en son kazandırılan tanısal görüşme araçlarından biridir. 2023 yılında yayımlanan kapsamlı bir çalışmada DIAMOND-KID'ın geliştirilmesi ve psikometrik özellikleri ayrıntılı olarak sunulmuştur (4). DIAMOND-KID'ın oluşturulma gerekçesi, mevcut görüşme araçlarının anksiyete, duygudurum ve OKB ilişkili bozuklukların tüm yelpazesini kapsamamasıydı. Örneğin, K-SADS gibi yaygın araçlar DSM-5 öncesi dönemde geliştirildiği için biriktiricilik bozukluğu veya beden algı bozukluğu gibi tanıları barındırmıyordu veya DISC gibi ölçeklerde bu bozukluklar tek tük sorularla geçiştirilmişti. DIAMOND-KID, işte bu boşluğu doldurmak üzere 6-17 yaş arası çocuk ve ergenlerde bu tanıları sistematik değerlendirebilecek bir görüşme olarak tasarlanmıştır.

DIAMOND-KID, DSM-5'te yer alan hemen hemen tüm başlıca tanı kategorilerini içermektedir. Özellikle anksiyete bozuklukları (ayrılma anksiyetesi, sosyal anksiyete, panik bozukluk, agorafobi, yaygın anksiyete, özgül fobiler, selektif mutizm), travma ve stresörle ilişkili bozukluklar (akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu [7 yaş ve üzeri], travma sonrası stres bozukluğu [6 yaş], uyum bozukluğu), duygudurum bozuklukları (majör depresyon, distimi, bipolar-I/II, siklotimi, yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu), OKB ve ilişkili

bozukluklar (OKB, beden algı bozukluğu, biriktiricilik, saç yolma, deri yolma) gibi tanılar ayrıntılı modüller halinde yer alır. Bunun yanı sıra psikotik bozukluklar (şizofreni, şizoaffektif bozukluk, şizofreniform, sanrısal bozukluklar), yeme bozuklukları (anoreksiya, bulimiya, tıkınırcasına yeme, kaçıngan/kısıtlı yiyecek alım bozukluğu), bedensel belirti bozukluğu, hastalık kaygısı bozukluğu, madde kullanım bozuklukları, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, tik bozuklukları, aralıklı patlayıcı bozukluk, karşıt olma, karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, madde/ilaç kaynaklı bozukluk, başka bir tıbbi duruma bağlı bozukluk, diğer belirtilen bozukluk ve belirtilmeyen bozukluk gibi alanlarda da bölümler bulunur. DIAMOND-KID'ın çocuklara özgü eklediği bazı özel bölümler de vardır: Okul reddi, otizm spektrum bozukluğu taraması, PANS (pediatrik akut başlangıçlı nöropsikiyatrik sendrom) değerlendirmesi gibi modüller çocuk/ergen popülasyonuna yönelik olarak eklenmiştir. Bu sayede DIAMOND-KID, diğer hiçbir görüşme aracında tek paket halinde bulunmayan bazı kritik çocukluk psikiyatrik durumlarını da kapsama almıştır.

DIAMOND-KID yarı yapılandırılmış bir görüşmedir; yani görüşmeciye belirli sorular ve kriter kontrol listeleri sunar ancak soruların sunuluş biçimi ve ek detay sorma konusunda esneklik tanır. Görüşme, DSM-5 tanı kriter setlerini takip edecek şekilde modüler organize edilmiştir. Her bozukluk için, öncelikle o tanının temel belirtilerini yoklayan sorular sorulur. Belirtiler pozitifse hem sıklık/süre gibi tanı ölçütleri sorgulanır hem de ayırt edici tanı soruları ile diğer bozukluklardan farkı değerlendirilir. Görüşme boyunca "atlama" kuralları uygulanır: Eğer bir modülde belirti yoksa vakit kaybetmemek için o modül atlanabilir; bu sayede DIAMOND-KID'ın ortalama uygulama süresi 1 saat civarında tutulabilmiştir. Görüşmenin sonunda, eğer istenirse çocuğun intihar düşünceleri ve davranışları da ayrıca sorgulanır. DIAMOND-KID hem çocukla hem gerekirse ebeveynle yapılabilir; orijinal çalışmada ilk görüşmelerin çoğu çocukla yüz yüze gerçekleştirilmiş, ebeveyn katılımı klinisyenin ihtiyarına bırakılmıştır. Gerekli durumlarda (ör. okul durumu, gelişim öyküsü) ebeveynlerden elde edilen bilgiler de değerlendirmeye dâhil edilmiştir.

DIAMOND-KID'ın geliştiricileri, ölçeği 10-17 yaş arası 311 çocuk ve ergen üzerinde test etmiş ve sonuçları 2023'te yayımlamıştır (4). Elde edilen bulgular,

DIAMOND-KID'ın genel olarak yüksek güvenirlik sergilediğini göstermektedir: test-tekrar test güvenirliği tüm tanılar için çok iyi ile mükemmel aralığında bulunmuştur. Görüşmeciler arası güvenirlik ise tanıya göre değişmekle birlikte çoğunlukla iyi ile çok iyi aralığındadır; ancak dikkat çekici biçimde Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) ve Majör Depresif Bozukluk tanılarında görüşmeciler arası uyumun diğerlerine kıyasla düşük (soru işareti oluşturacak düzeyde) olduğu rapor edilmiştir. Yazarlar, YAB ve depresyonun çocuklarda tanı ölçütlerinin yoruma daha açık olduğunu, bu nedenle bu alanlarda kısmen güvenirlik sorunu yaşanabildiğini not etmişlerdir (6). Bunun dışında kalan tanılarda kappa değerleri tatmin edici düzeydedir. Eş zamanlı geçerlik açısından, DIAMOND-KID tanıları ile çocukların doldurduğu anksiyete ve duygudurum ölçek puanları karşılaştırılmış; her bir tanı alan grubun ilgili ölçeklerde almayanlara göre anlamlı derecede yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Bu da ölçeğin yapı geçerliğinin iyi olduğunu desteklemektedir.

DIAMOND-KID, literatürdeki önceki araçlardan alınan derslerle tasarlandığından birçok avantaja sahiptir. İlk olarak, içerik kapsamı çok zengindir; Özellikle OKB ve ilişkili bozukluklar (örn. beden dismorfik bozukluğu, trikotillomani, deri yolma bozukluğu gibi) alanında bu düzeyde kapsam sunan başka bir tanı aracı bulunmamaktadır (6). Bu, klinisyenlere tek bir görüşme ile daha fazla tanıyı dışlamadan değerlendirme yapma imkânı verir. İkinci olarak, görüşme süresi optimize edilmiştir: Atlama kuralları sayesinde her hastaya her soruyu sormadan, ilgili alanlara odaklanarak yaklaşık 1 saatte çok boyutlu bir değerlendirme yapılabilir, pratik kullanım için daha uygundur. Üçüncü olarak, DIAMOND-KID'in referans aldığı DIAMOND uluslararası kullanıma açık şekilde tasarlanmıştır: İlk yayınından itibaren çok dilliliğe önem vermiştir, şu anda Arapça, İbranice, Almanca, İspanyolca gibi çevirileri mevcut olup yenileri de hazırlanmaktadır. Son olarak, DIAMOND-KID yaklaşımı klinik kullanım ile araştırma kullanımını bir araya getirmeyi amaçlar. Yani hem klinisyenler günlük pratiğinde hastalarına uygulayıp tanı koyabilir, hem de araştırmacılar çalışmalarda veri toplamak için kullanabilir. Bu esneklik, önceki ölçeklerin ya salt araştırma ya da salt klinik odaklı olma dezavantajını gidermeye yardımcı olur.

DIAMOND-KID her ne kadar çok yönlü olsa da, henüz yeni olduğundan bazı dezavantajları ancak zamanla anlaşılacaktır. İ*lk akla gelen Mevcu*t literatürde, DIAMOND-KID'in psikometrik özelliklerine ilişkin bulgular yalnızca ölçeği geliştiren araştırma ekibi tarafından rapor edilmiştir ve bu açıdan aracın bağımsız örneklemler üzerinde doğrulama çalışmaları henüz yapılmamıştır. Bu durum, özellikle ölçme aracının farklı kültürlerde ve klinik ortamlarda geçerlik ve güvenirliğine ilişkin önemli bir boşluk yaratmaktadır. Bizim çalışmamız, DIAMOND-KID'in geliştirici ekip dışındaki bir bağımsız örneklem üzerinde uygulanarak doğrulama verilerini sunacak ilk çalışma olma özelliğini taşımaktadır. Böylece ölçeğin literatürdeki bu temel eksikliğini gidermeyi ve hem çocuk-ergen popülasyonunda hem de ölçeğin uluslararası alanda kullanılabilirliğine katkı sağlamayı hedeflemekteyiz. Bununla ilişkili olarak, DIAMOND-KID'in klinik yaygınlığı henüz düşüktür, birçok klinisyen hala K-SADS, MINI-KID gibi alışılmış araçları kullanmaktadır. Yeni bir yöntemin eğitimini almak ve entegrasyonu zaman alabilir. Son olarak, DIAMOND-KID içerik olarak geniş olsa da her bozukluğun derinliğini klasik uzmanlık görüşmeleri kadar yakalayamayabilir. Örneğin otizm için bir modül var ancak bu, ADI-R gibi özel bir otizm görüşmesinin yerini tutmaz; sadece tarama niteliğindedir. Benzer şekilde, PANS modülü mevcut ama PANS'ın tam değerlendirmesi için tıbbi testler de gerektiğinden (40), DIAMOND-KID burada sınırlı kalacaktır. Bu durum, aracın suçu olmasa da kullanıcıların beklentilerini doğru ayarlaması gereken bir noktadır.

DIAMOND-KID henüz çok yeni olmakla birlikte literatüre önemli katkılar sunmuştur. İlk olarak, DSM-5 döneminde güncel bozuklukları entegre eden kapsamlı çocuk görüşmesi olmuştur. Bu, araştırmacılara ve klinisyenlere "eski ölçekleri DSM-5'e uyarlama" zahmeti yerine, baştan DSM-5 uyumlu bir araç kullanma şansı vermiştir. İkinci olarak Leffler ve arkadaşları (41) derlemesinde de vurgulandığı üzere diğer görüşmelerin eksik kaldığı noktaları açıkça ortaya koyarak literatürde bir boşluk analizi sunmuştur; altı yaygın görüşmenin her birinin farklı güçlü yönleri vardı ama hiçbiri OKB ilişkili bozuklukların tümünü kapsamıyordu (Tablo 2.).

Sonuç olarak, çocuk ve ergen psikiyatrisinde tanı koymaya yönelik yapılandırılmış görüşme teknikleri, alandaki klinik uygulamayı ve araştırmaları derinden etkilemiştir. K-SADS, DAWBA, CAPA, MINI-KID, ChIPS gibi araçlar,

farklı ihtiyaçlara yanıt veren özellikleriyle literatürde yerlerini almışlardır. Son yıllarda geliştirilen DIAMOND-KID gibi ölçekler ise, geçmiş birikimi harmanlayarak daha kapsamlı ve pratik araçlar sunma çabasındadır. Tüm bu görüşmeler, uygun şekilde kullanıldığında, tanı sürecinde sistematiklik, güvenirlik ve objektiflik sağlayarak hem klinisyenin işini kolaylaştırmakta hem de bilimsel çalışmalar için ortak bir dil yaratmaktadır.

Tablo 2. DSM-5 Anksiyete, Duygudurum, OKB ve İlişkili Bozuklukların Mevcut Tanısal Görüşmeler Tarafından Kapsanma Düzeyi

Tanı	**CAPA**	**K-SADS**	**ChIPS**	**MINI-Kid**	**DAWBA**	**DISK**	**DIAMOND-KID**
Anksiyete Bozuklukları							
Selektif mutizm	+	+	-	-	-	+	+
Sosyal fobi	+	+	+	+	+	+	+
Panik bozukluk	+	+	-	+	+	+	+
Agorafobi	+	+	-	+	+	+	+
YAB	+	+	+	+	+	+	+
Özgül fobi	+	+	+	+	+	+	+
Ayrılma anksiyetesi bozukluğu	+	+	+	+	+	+	+
Duygudurum Bozuklukları							
Distimi	+	+	+	-	-	+	+
Majör depresif bozukluk	+	+	+	+	+	+	+
Bipolar I bozukluğu	-	+	+	+	-	+	+
Bipolar II bozukluğu	-	+	+	+	-	+	+
Siklotimi bozukluğu	-	+	-	-	-	-	+
YDDB	-	+	-	-	-	+	+
PMS	-	-	-	-	-	-	+
OKB ve İlişkili Bozukluklar							
OKB	+	+	+	+	+	+	+
Beden algısı bozukluğu	-	-	-	-	-	-	+
İstifleme bozukluğu	-	-	-	-	-	-	+
Trikotillomani	+	-	-	-	-	+	+
Deri yolma bozukluğu	-	-	-	-	-	+	+

YDDB: Yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, PMS: Premenstrüel disfori bozukluğu

2.4. Ölçeklerin Farklı Dillere Çevirisi, Kültürel Adaptasyonu ve Standardizasyonu

Bir ölçme aracının geliştirilmesi, hem zaman hem de mali kaynak gerektiren kapsamlı bir süreçtir. Bu süreçte öncelikle, ölçülmek istenen yapıyı en iyi şekilde değerlendirebilecek boyutların ve madde havuzunun belirlenmesi gerekir. Eğer kullanılacak ölçek veya anket başka bir dilde mevcutsa, araştırmacıların yeni bir araç geliştirmek yerine, geçerliği ve güvenirliği kanıtlanmış mevcut aracın kültürel uyarlamasını yapmaları önerilir (42). Bu yaklaşım, yeni bir ölçek geliştirme sürecine göre daha kısa sürede uygulanabilir olup, ölçümün farklı kültürlerde eşdeğer biçimde geçerli sonuçlar vermesini sağlamayı amaçlar (43).

Yeni bilgi ve iletişim teknolojilerindeki ilerlemeler, psikiyatride kullanılan ölçme ve değerlendirme araçlarının bilimsel geçerlik ve güvenirlik açısından daha titiz biçimde geliştirilmesine olanak sağlamıştır. Bununla birlikte, bu araçların önemli bir bölümü farklı dil ve kültürel bağlamlarda tasarlanmakta; dolayısıyla, hedef popülasyonun dilinden ve sosyokültürel özelliklerinden farklılık göstermektedir. Bu durum, söz konusu ölçme araçlarının uygulama öncesinde hedef dile çevrilmesi, kültürel olarak uyarlanması ve standardize edilmesi gerekliliğini doğurmaktadır. Bu aşamada, kavramsal çerçevenin netleştirilebilmesi açısından kavramlar arası ayrımların yapılması uygun olacaktır: Çeviri, uyarlama ve kültürlerarası geçerlik aşamaları birbirinden bağımsız fakat birbiriyle ilişkili süreçlerdir. Çeviri, bir ölçme aracının ya da metnin özgün dilinden hedef dile aktarılması sürecini ifade eder. Uyarlama, bu çeviri sürecinde yalnızca dilsel eşdeğerliği değil, aynı zamanda kültürel ve kavramsal uygunluğu koruyarak iki kültür arasındaki anlam farklılıklarını dengelemeyi amaçlar. Kültürlerarası geçerlik ise, uyarlanan aracın özgün formuyla ölçtüğü kavram, yapı ve psikometrik özellikler bakımından benzer biçimde işlev gösterip göstermediğini değerlendirmeye yöneliktir. Bu üç aşama, bir ölçme aracının farklı kültürlerde güvenilir ve karşılaştırılabilir biçimde kullanılabilmesi için birbirini tamamlayan adımları oluşturur (42).

Psikiyatri ve çocuk psikiyatrisinde kullanılan tanı görüşmeleri ve ölçeklerin farklı dile çevrilmesi, yalnızca kelimelerin tercümesi değil; kavramların hedef dilde

anlamlı şekilde yeniden üretilmesini gerektirir. Günümüzde, bir ölçme aracının farklı dillerde geçerli biçimde kullanılabilmesi için yalnızca dilsel çevirinin yeterli olmadığı, aynı zamanda kültürel uyarlama sürecinin de titizlikle yürütülmesi gerektiği kabul edilmektedir. Bu nedenle, ölçeklerin ve tanısal görüşme araçlarının hedef dile çevrilmesi sürecinde, yalnızca kelime düzeyinde eşdeğerlik değil; anlamsal, kavramsal ve kültürel eşdeğerliğin de sağlanması büyük önem taşımaktadır (44). Bir ölçme aracının farklı bir kültüre uyarlanması, çeşitli güçlükleri de beraberinde getirebilir. Öncelikle, çeviri süreci dilbilimsel sorunlar içerebilir; çünkü iki dil arasında birebir karşılığı olmayan kelimeler veya deyimsel ifadeler bulunabilir. İkinci olarak, kültürel adaptasyon sürecinin kendisi de zorluk yaratabilir; çünkü bazı maddeler, belirli bir kültürde tamamen farklı bir anlam kazanabilir ya da hiç anlam ifade etmeyebilir. Son olarak, kültürler arasındaki farklar o kadar derin olabilir ki, düşünme biçimleri de birbirinden tamamen farklı halde olabilir (42).

Herdman ve arkadaşları, bir ölçme aracının farklı kültürlere uyarlanmasında eşdeğerliği sağlamak amacıyla evrenselci yaklaşım olarak tanımladıkları bir yöntem önermişlerdir. Bu yaklaşım, daha önce kullanılan ve mutlakçı olarak adlandırdıkları yaklaşımdan farklıdır. Mutlakçı yaklaşımda, orijinal ölçekte yer alan kavram ve yapının mümkün olduğunca değiştirilmeden korunması hedeflenmiş, dolayısıyla çeviri sürecinde yalnızca dilsel eşdeğerlik ön planda tutulmuştur. Ancak bu durum, çoğu zaman kültürel uyarlama sürecinde sorunlara yol açmıştır. Evrenselci yaklaşım ise, kavramların kültürden kültüre anlam, kapsam veya varlık açısından farklılık gösterebileceğini kabul eder. Hatta aynı dili konuşan toplumlar arasında bile belirli ifadelerin anlamlarının tamamen zıt olabileceğini veya kültürel ya da sosyal nedenlerle belirli anlamları hiç tanımadığını vurgular (45). Sonuç olarak geçmişte, bir ölçme aracının başka bir dile uyarlanması süreci çoğunlukla dilbilimsel bir çeviri işlemi olarak değerlendirilmekteydi. Günümüzde ise, bir ölçüm aracının farklı dil ve kültürlerde kullanılabilmesi için yalnızca dilsel içeriğin korunmasının yeterli olmadığı; aynı zamanda, kültürel uyarlamanın da gerçekleştirilmesi gerektiği genel kabul edilmektedir (43).

Standartlaştırılmış kılavuzların ve merkezi değerlendirme prosedürlerinin bulunması, çeviri sürecinin verimliliğini ve tutarlılığını önemli ölçüde artırmaktadır

(46). Uluslararası Farmakoekonomi ve Sonuç Araştırmaları Derneği (ISPOR) tarafından yayımlanan rehber (47), Uluslararası Test Komisyonu'nun (ITC) testlerin çeviri ve uyarlanmasına ilişkin kılavuzları (48) ve Spine dergisinde yayımlanan Özbildirim Ölçeklerinin Kültürlerarası Uyarlamasına Dair Rehber'e (43) dayanılarak bir çeviri modeli hazırlanmıştır (49). Söz konusu çeviri modelinin amacı mevcut süreçleri sadeleştirerek, hedef kültüre uygun biçimde uyarlanmış ve sonrasında geçerlik-güvenirlik çalışması yapılabilecek bir çeviri modelinin önerilmesidir. Bu çeviri modeli, ölçme araçlarının geçerlik sürecine değil, yalnızca çeviri ve kültürel uyarlama aşamalarına odaklanmaktadır. (Şekil 1.)

Hazırlık: Orijinal aracın psikometrik özellikleri değerlendirilmelidir. Aracın ölçmeyi amaçladığı yapının, geliştirildiği popülasyon ile hedef popülasyonda benzer olup olmadığı incelenmelidir. İki kültür arasındaki benzerlikler ve farklılıklar belirlenmelidir. Ölçeğin geliştiricisinden uyarlama izni alınmalı ve süreçte iş birliği talep edilmelidir.

İleri Çeviri: Hedef dili ana dili olarak konuşan en az iki çevirmen tarafından iki ayrı çeviri yapılmalıdır. Çevirmenlerin, aracın geliştirildiği kaynak dil konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları gereklidir. Böylece hedef dilde aracın iki ayrı versiyonunun oluşturulması sağlanır.

Birleştirme (Sentez): Değerlendirme ekibi iki çeviriyi karşılaştırarak kavramsal eşdeğerlik ve dil tutarlılığı açısından düzeltmeler yapmalıdır böylece hedef dilde uzlaşı sağlanmış ilk versiyonu oluşturulur.

Geri Çeviri: Hedef dilde oluşturulan taslak, kaynak dile geri çevrilmelidir. Bu işlemi yapan çevirmen, kaynak dili ana dili olarak konuşmalı, hedef dil hakkında yeterli bilgiye sahip olmalı ve çeviri amacından haberdar olmamalıdır. Böylece aracın orijinal dilinde yeni bir çeviri versiyonu elde edilir.

Geri Çevirinin İncelenmesi: Geri çeviri, orijinal versiyon ile karşılaştırılarak kavramsal düzeydeki eşdeğerlik tartışılmalı ve uzlaşma sağlanmalıdır.

Hedef Dil İfadesinin Gözden Geçirilmesi: Anlamlı farklılıklar tespit edilirse, bu bölümlerin yeniden düzenlenmesi tartışılmalıdır. Farklılık bulunmazsa, hedef dildeki ifadeler dilsel akıcılık açısından gözden geçirilmelidir.

Harmonizasyon: Süreç boyunca oluşturulan tüm çeviriler gözden geçirilerek olası tutarsızlıklar saptanmalı ve tartışılmalıdır. Geliştiricinin onayı alınarak nihai form oluşturulmalıdır.

Pilot Uygulama: Çevirisi tamamlanan versiyon, hedef popülasyonu temsil eden 5–8 katılımcı üzerinde ön denemeye tabi tutulmalıdır. Katılımcıların yanıtlama biçimleri ve yanıt süresi gözlemlenmelidir. Pilot uygulamada ortaya çıkan aksaklıkları ve kullanım zorluklarını belirleyerek aracın zayıf yönlerini saptanmalıdır.

Tamamlama: Pilot uygulama sırasında tespit edilen hatalar ve eksiklikler belirlenmeli, gerekli düzeltmeler yapılmalıdır.

Nihai Rapor: Çeviri ve kültürel uyarlama sürecinin tüm aşamalarını özetleyen kapsamlı bir raporun hazırlanması.



Şekil 1. Ölçme Araçlarının Çeviri ve Kültürel Uyarlama Sürecinde İzlenmesi Gereken Aşamalar

2.5. Ölçeklerin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları

Tıpta kullanılan bir değerlendirme ölçeğinin başka bir dildeki uyarlamasının aslına uygun olup olmadığının nasıl belirleneceği konusunda çok çeşitli görüşler vardır. Stewart ve Napoles-Springer, farklı araştırmacıların yaklaşımlarını bütünleştiren ve uyarlayan bir eşdeğerlilik değerlendirme sınıflaması önermiştir (50).

Anlamsal Eşdeğerlik: Bir görüşme formundaki her ifadenin her iki dilde de aynı anlamı taşıması gerekir. Ancak anlamsal eşdeğerlik, yalnızca iyi yapılmış bir çeviriyle sağlanamaz. Örneğin İngilizce'deki *"upset"* sözcüğü Türkçe'de birden fazla anlam içerebilir. Bu kelimenin soruda hangi bağlamda kullanıldığının tam olarak bilinmemesi, çeviride anlam kaybına neden olabilir ve böylece eşdeğerlik bozulur. Dolayısıyla, anlamsal eşdeğerliği sağlamak için kelime düzeyinde birebir çeviriden ziyade, anlamın ve bağlamın korunmasına odaklanılmalıdır. Yarı yapılandırılmış görüşmelerdeki soruların geçerliliği ve güvenilirliği, kelimelerin birebir tekrarlanmasına değil, anlam eşdeğerliğinin korunmasına bağlıdır (51). Görüşmeci farklı görüşmecilere aynı anlamı aktarabildiği sürece, cevaplar standartlaştırılabilir ve karşılaştırılabilir (52).

Kapsam Eşdeğerliği: Kapsam eşdeğerliği, soruların farklı kültürlerde aynı kavramsal içeriği ifade edip etmediğini değerlendirir. Örneğin, "Şu an hangi mevsimdeyiz?" sorusu, mevsim geçişlerinin belirgin yaşandığı bir ülkede zaman algısını ölçmek için uygun olabilir; ancak ekvatoral iklimde yaşayan bireyler için aynı anlamı taşımayabilir. Benzer biçimde, "Ailede kararlar birlikte alınıyor mu?" sorusu, Avrupa toplumlarında işlevselliğin göstergesi olarak değerlendirilirken, otoriter aile yapısının yaygın olduğu toplumlarda bu durum normatif kabul edilebilir. Bu nedenle, kapsam eşdeğerliği sağlanmadan yapılan değerlendirmeler yanlış sonuçlara yol açabilir.

Uygulama (Teknik) Eşdeğerliği: Teknik eşdeğerlik, ölçme aracının uygulanma biçiminin farklı kültürlerde aynı şekilde işlerliğe sahip olmasını ifade eder. Anlamsal olarak doğru çevrilmiş bir özbildirim ölçeği, okuryazarlık oranının düşük olduğu toplumlarda uygulanabilir olmayabilir. Ayrıca, orijinal metinde uzun

cümlelerin çevrildiği dilde anlaşılabilirliğini korumak amacıyla bu cümlelerin birkaç kısa cümleye bölünmesi, teknik eşdeğerliğin korunmasına yardımcı olabilir.

Kavramsal Eşdeğerlik: Kavramsal eşdeğerlik, ölçülmek istenen kuramsal yapının her iki kültürde de var olması ve aynı biçimde anlamlandırılabilmesiyle ilgilidir. Psikiyatrik ölçüm araçlarında bu eşdeğerlik genellikle doğrudan ölçülemez; geniş örneklemli epidemiyolojik çalışmalar, uygulayıcılardan ve kültürel uzmanlardan alınan geri bildirimlerle sağlanır. Örneğin, ölmüş yakınlarının sesini duymak veya görüntüsünü görmek bazı toplumlarda psikotik bir belirti olarak değerlendirilebilirken, Katolik ya da spiritüalist inanç sistemlerinin yaygın olduğu toplumlarda bu deneyim olağan kabul edilebilir. Bu nedenle, kültürel bağlamın dikkate alınmaması durumunda yanlış klinik çıkarımlar yapılabilir. Uygulayıcıların toplumun inanç ve normları konusunda bilgilendirilmesi veya bu tür deneyimlerin kültürel olarak normal kabul edilip edilmediğini sorgulayan ek sorular eklenmesi, kavramsal eşdeğerliği güçlendirebilir.

Ölçüt (Değerlendirme) Eşdeğerliği: Değerlendirme eşdeğerliği, farklı kültürlerde elde edilen ölçüm sonuçlarının nasıl yorumlanacağıyla ilgilidir. Örneğin, "aşırı hareketlilik" davranışı bir toplumda patolojik kabul edilirken, başka bir toplumda yaşa veya sosyokültürel normlara bağlı olarak normal sayılabilir. Bu nedenle, bir görüşme aracının farklı bir dile veya kültüre uyarlanması durumunda, belirlenen tanıların o toplumun normlarına göre klinik anlamlılık düzeyine ulaşıp ulaşmadığı ayrıca incelenmelidir. Değerlendirme eşdeğerliğini sağlamak için deneyimli klinisyenlerin sürece dahil edilmesi ve tanıların kültürel bağlamda yeniden yorumlanması önerilir.

Madde Eşdeğerliği: Ölçeğin her maddesinin, orijinal formundaki karşılık gelen maddeyle tam olarak özdeş olması anlamına gelir. Anlam eşdeğerliği, bir sorunun ve yanıt seçeneklerinin çevirisinde ifade edilen anlamın korunmasına odaklanırken; madde eşdeğerliği, her maddenin orijinal metindeki karşılığıyla aynı zorluk düzeyine sahip olmasına, tanısal açıdan eşdeğer önemde bulunmasına ve yanıt seçenekleri arasındaki mesafenin (örneğin zamansal veya derecelendirme açısından) aynı kalmasına odaklanır.

Psikometrik (Ölçüm) Eşdeğerliği: Psikometrik eşdeğerlik, ölçeğin farklı dil ve kültürlerde benzer geçerlik ve güvenirlik değerlerine sahip olması anlamına gelir. Bu aşamada klasik psikometrik yöntemler kullanılır.

Eşdeğerlilik kavramı, bir ölçüm aracının farklı dil ve kültürlerde aynı anlamı koruyarak uygulanabilmesi açısından temel bir önkoşul oluşturur. Ancak bir aracın yalnızca eşdeğer olması, onun ölçmek istediği kavramı gerçekten ölçtüğünü garanti etmez. Bu noktada, geçerlilik kavramı devreye girer. Eşdeğerlilik, aracın biçimsel ve anlamsal tutarlılığını sağlarken; geçerlilik, ölçümün bilimsel doğruluğunu ve kavramsal uygunluğunu değerlendirmeyi amaçlar. Başka bir ifadeyle, eşdeğerlilik "aynı şeyi sorma"yı, geçerlilik ise "doğru şeyi ölçme"yi güvence altına alır.

2.5.1. Geçerlilik

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçülmek istenen özelliği, başka değişkenlerle karışmadan ve hatasız biçimde değerlendirebilme düzeyini ifade eder. Başka bir ifadeyle, geçerlik; bir aracın gerçekte ölçmeyi amaçladığı kavramı ne kadar doğru ölçtüğünün göstergesidir. Bir ölçme aracının geçerliliği, standart koşullar altında yapılan ölçümlerde gözlenen farklılıkların, bireylerin ölçülmek istenen özellikteki gerçek farklarından ne ölçüde kaynaklandığını gösterir. Başka bir ifadeyle, geçerlilik; bireyler arasındaki gerçek farklara dayalı değişkenliğin, ölçüm sonuçlarındaki toplam değişkenlik içindeki oranıdır. Bir ölçeğin geçerliliği, "var" ya da "yok" şeklinde değerlendirilebilen mutlak bir özellik değildir; derece farkı gösterir. Başka bir deyişle, bir ölçeğin geçerliliği yüksek, orta ya da düşük olarak nitelendirilemez; bunun yerine, ölçme aracının belirli bir amaç doğrultusunda ne kadar geçerli olduğu değerlendirilir. Çünkü geçerlilik, bir ölçme aracının kullanım amacına hizmet etme derecesini yansıtır ve bu nedenle ölçme amacına, uygulandığı gruba, kullanılan yöntemlere ve puanlama biçimine bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Bir ölçüm aracının geçerliliğinin yüksek olması, büyük ölçüde ölçülmek istenen değişkenin açık ve doğru biçimde tanımlanmasına bağlıdır. Bu nedenle, doğrudan ölçümlerde geçerlik düzeyi genellikle daha yüksek olurken, dolaylı ölçümlerde değişkenin yeterince tanımlanamaması ve kriterlerin duyarlılığının düşük olması nedeniyle geçerlik düzeyi daha sınırlı kalabilir. Geçerlik düzeyi, çoğunlukla geçerlik katsayısı ile ifade edilir. Geçerlik katsayısı,

ölçekten elde edilen puanlarla, ölçeğin kullanım amacına uygun olarak belirlenen kriter veya kriterler seti arasındaki ilişki katsayısıdır ve –1.00 ile +1.00 arasında bir değer alır. Katsayı değeri ne kadar yüksekse, ölçme aracının amaca o denli uygun ve geçerli olduğu kabul edilir (53). Bir ölçümün geçerli kabul edilebilmesi için öncelikle güvenilir olması gerekir; güvenirlik sağlanmadan geçerlilikten söz etmek mümkün değildir (54). Güvenirlik, bir ölçme aracının geçerli olabilmesi için zorunlu, ancak tek başına yeterli olmayan bir koşuldur. Başka bir ifadeyle, bir ölçek güvenilir sonuçlar verse bile, bu durum onun mutlaka geçerli olduğu anlamına gelmez (53).

Yapı Geçerliliği: Ölçme aracının, teorik olarak ölçülmek istenen yapıyı ne ölçüde doğru ölçtüğünü belirler. Yapı geçerliliği, genellikle yakınsak ve ayrıksak geçerlilik analizleriyle desteklenir. Yakınsak geçerlilik, aynı veya benzer yapıları ölçen diğer ölçeklerle pozitif ve anlamlı korelasyonların bulunması beklenir. Ayrıksak geçerlilik ise farklı kavramları ölçen ölçeklerle düşük veya anlamsız ilişkilerin saptanması gerekir.

Ölçüt Geçerliliği: Ölçüt geçerliliği, bir ölçme aracının ölçülmek istenen özelliği ne derece doğru ve başarılı biçimde yordadığını belirlemeye yarar. Bu geçerlilik türü, geliştirilen aracın dışsal bir ölçütle olan ilişkisine dayanır ve genellikle iki alt başlıkta incelenir: eşzaman ve öngörü geçerlilik. Eşzaman geçerliliği, geliştirilen ölçme aracının puanlarıyla, aynı özelliği ölçtüğü bilinen ve geçerliliği daha önce kanıtlanmış bir başka ölçme aracı arasındaki ilişkinin incelenmesine dayanır. Aynı zamanda uygulanan bu iki ölçüm arasındaki yüksek korelasyon katsayısı, yeni geliştirilen aracın eşzaman geçerliliğini destekler. Öngörü geçerliliği, ölçme aracından elde edilen sonuçların gelecekte gözlemlenecek davranışları, klinik seyri veya tanı sonuçlarını ne kadar doğru öngördüğünü değerlendirir. Bu yöntem genellikle bir hastalığın ilerleyişi, tedaviye yanıtı veya uzun dönem tanısal sonuçları ile yapılan karşılaştırmalarla test edilir. Yani ölçüm, gelecekteki klinik bulgularla anlamlı düzeyde ilişkiliyse, aracın öngörü geçerliliği yüksek kabul edilir.

2.5.2. Güvenilirlik

Bir ölçme aracının güvenirliği, ölçtüğü özelliğin zaman içinde değişmemesi durumunda, yapılan tekrar ölçümlerde tutarlı ve kararlı sonuçlar vermesi olarak tanımlanır aşka bir ifadeyle, güvenilir bir ölçüm aracı, rastlantısal hatalardan arındırılmış ve ölçülen özelliği her uygulamada benzer biçimde yansıtan bir araçtır. Güvenirliğin temelinde tahmin edilebilirlik ve öngörülebilirlik ilkeleri yer alır. Yani bir ölçüm aracı güvenilir olduğunda, aynı birey üzerinde aynı koşullar altında yapılan tekrar ölçümlerde benzer sonuçların elde edilmesi beklenir. Güvenirlik katsayısı (r), ölçümlerin tutarlılığını ve kararlılığını nicel olarak ifade eden bir değerdir ve 0 ile 1 arasında değişir. Katsayı değeri 1'e yaklaştıkça ölçüm aracının güvenilirliği artar, buna karşın 0'a yaklaşan değerler ölçümlerde yüksek hata payı veya düşük tutarlılık olduğunu gösterir. Bir ölçme aracının güvenirliği farklı yöntemlerle değerlendirilebilir. Bu yöntemler; iç tutarlılık katsayıları (*inter-item reliability*), test-tekrar test yöntemi (*test–retest reliability*) ve gözlemciler arası güvenirlik (*inter-rater reliability*) olarak tanımlanır. Bu yaklaşımlar, bir ölçme aracının tutarlılığını farklı açılardan değerlendirmeye olanak sağlar (23).

Yapılandırılmış tanısal görüşmelerde güvenirlik genellikle gözlemciler arası güvenirlik ve test–tekrar test yöntemi aracılığıyla değerlendirilmektedir; bu iki kavram, araştırmalarda kullanılan ölçüm araçlarının tasarımı ve değerlendirilmesinde temel bir rol oynar (55). Test-tekrar test yöntemi, ölçme aracının zaman karşısında kararlılığını ve tutarlılığını belirlemek amacıyla kullanılır. Aynı bireylere belirli bir süre arayla yapılan iki ölçümün sonuçlarının yüksek düzeyde benzerlik göstermesi, aracın zamana karşı değişmezliğini destekler. Bu yöntemde, iki uygulama arasındaki korelasyon katsayısının pozitif yönde ve yüksek olması beklenir. Böylece, ölçüm aracının tekrarlanan uygulamalarda tutarlı sonuçlar üretip üretmediği değerlendirilir. Gözlemciler arası güvenirlik ise aynı bireylerin iki veya daha fazla bağımsız değerlendirici tarafından puanlanması sonucu elde edilen verilerin tutarlılık düzeyini gösterir. Genellikle görüşme kayıtlarının (video veya ses) bağımsız bir değerlendirici tarafından yeniden incelenmesiyle hesaplanır. Değerlendiriciler arasındaki yüksek uyum katsayısı, aracın farklı uygulayıcılar tarafından benzer biçimde kullanılabildiğini ve dolayısıyla uygulayıcı bağımsızlığını sağladığını gösterir. Bu iki yöntem birlikte

değerlendirildiğinde, yapılandırılmış görüşmelerin hem zaman içindeki tutarlılığını hem de farklı uygulayıcılar arasında standartlaşmış biçimde kullanılabilirliğini ortaya koyar (23).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız, DIAMOND-KID görüşmesinin Türkçeye uyarlamasının geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirildiği, tek merkezli, kesitsel nitelikte metodolojik bir çalışmadır. Çalışma metodolojik tasarım kapsamında ölçeğin test–tekrar test ve gözlemciler arası güvenirlik analizlerini de içermektedir.

3.2. Çalışma Deseni

Çalışma, on iki aşamalı olacak şekilde planlanmıştır.

3.2.1. Ön Hazırlık

İlk olarak DIAMOND-KID'i geliştiren David F. Tolin ile e-mail yolu ile temasa geçilerek bu görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması konusunda izin alınmıştır . Bu doğrultuda, görüşmenin Türkçe'ye uyarlanma süreci hakkında fikir alışverişinde bulunulmuş; olası çalışma desenleri, daha önce gerçekleştirilen uyarlama çalışmalarında karşılaşılan güçlükler, ekip gereksinimleri ve zaman planlaması tartışılmıştır. Tüm Anabilim Dalı üyelerinin katılımıyla gerçekleştirilen toplantıda süreç ayrıntılı biçimde değerlendirilmiş, öneriler doğrultusunda son hâlini almıştır. Toplantı sonucunda, iyi derecede İngilizce bilen ve/veya benzer uyarlama çalışmalarında deneyimi bulunan üç öğretim üyesi ile üç araştırma görevlisinden oluşan altı kişilik bir çalışma ekibi oluşturulmuştur. Çalışmanın yürütülebilmesi amacıyla Atatürk Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na ve ilgili Dahili Bilimler Kurulu'na başvuru yapılmış, gerekli etik onay ve kurumsal izinler alınmıştır.

3.2.2. Eğitim ve Standartlaştırma Süreci

İkinci aşamada, proje yürütücüsü ile seçilmiş bir araştırma görevlisi, DIAMOND-KID görüşmesinin çevrim içi eğitim programına katılmışlardır (Proje yürütücüsünün çevrim içi eğitim sertifikası Ek 1'de sunulmuştur) . Eğitim İngilizce

dilinde hazırlanmış yaklaşık 3 saatlik video-tabanlı bir modül olarak tasarlanmış olup, eğitim içeriği görüşme formatının tanıtımı, tam örnek görüşme uygulaması ve katılımcıların semptom var/yok kararlarında ölçücü ile uyum yeteneklerinin test edilmesini içermektedir (her katılımcı için uyum yüzdesi, kappa değeri raporlanır. Hartford HealthCare / Institute of Living tarafından sunulan bu eğitim, görüşmelerin belirli bir standartta yürütülmesini sağlamak amacıyla düzenlenmektedir. Eğitimin tamamlanmasının ardından katılımcılar, orijinal değerlendiricilerle olan uyum düzeylerine göre değerlendirilmiş ve yeterlilik kriterlerini karşılayan katılımcılar denklik belgesi almaya hak kazanmıştır.

3.2.3. İleri Çeviri Aşaması

DIAMOND-KID görüşmeci kitapçığının Türkçe uyarlama süreci, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı alanında klinik deneyimi bulunan proje yürütücüsü tarafından başlatılmıştır. Kitapçığın İngilizce özgün versiyonu, proje yürütücüsü tarafından bölümler hâlinde Türkçe'ye çevrilmiş ve her çevrilen bölüm, her iki dilde (İngilizce ve Türkçe) ileri düzeyde yetkin ve her iki dili de ana dili düzeyinde bilen bir araştırmacının da yer aldığı ekibin diğer üyeleriyle haftalık olarak düzenlenen toplantılarda (Hafta 1 veya 2) ayrıntılı biçimde tartışılmıştır. Bu toplantılarda anlam bütünlüğü, dilsel doğruluk, kültürel uygunluk, kavramsal eşdeğerlik ve imla yönünden geri bildirimler alınmış; gerekli düzenlemeler bu doğrultuda yapılmıştır (1. metin). Güncellenen kısımlar toplu hale getirilerek, araştırma ekibindeki ikinci grup çalışmacılara e-posta yoluyla iletilmiş ve onların değerlendirmeleri sonucunda ikinci çeviri metni (2. metin) oluşturulmuştur. İki dili doğal konuşur düzeyinde bilen araştırmacının sürece en başından itibaren katılımı, çeviri sürecinin her aşamasında dilsel ve kavramsal eşdeğerliğin korunmasını sağlamış; bu durum elde edilen Türkçe formun güvenilirliğini ve kültürel geçerliliğini güçlendirmiştir. Çeviri, toplantı ve revizyon süreci Kasım 2024'te başlatılmış olup Şubat 2025 itibarıyla tamamlanmıştır.

3.2.4. Sentez 1

Bu aşamada, 1. ekipte yer alan proje yürütücüsü, proje danışmanı ve her iki dil ve kültür konusunda deneyimli araştırmacı tarafından, orijinal metin ile birinci ve

ikinci çeviri metinler birlikte değerlendirilmiştir. Dilsel, kavramsal ve kültürel eşdeğerliğin en üst düzeyde sağlanması amacıyla yürütülen bu ortak çalışma sonucunda, gerekli düzenlemeler yapılarak üzerinde uzlaşılan bir metin oluşturulmuştur (1. ortak metin)

3.2.5. Geri Çeviri

Elde edilen birinci ortak metin, klinik alanda deneyimi bulunmayan ancak her iki dil ve kültür konusunda ileri düzeyde yetkin profesyonel bir çevirmen tarafından İngilizceye geri çevrilmiştir. Geri çeviri süreci e-posta aracılığıyla yürütülmüş ve bu işlem sonucunda özgün metinle karşılaştırılmak üzere yeni bir İngilizce metin (geri çeviri metni) oluşturulmuştur.

3.2.6. Karşılaştırma

Bu aşamada, geri çeviri metni, DIAMOND-KID görüşmesini geliştiren araştırma ekibiyle e-mail yoluyla paylaşılmış ve özgün metinle olan uyumu değerlendirilmiştir. Geri çevirisi yapılan metin ile orijinal İngilizce sürüm arasında tam örtüşmeyen veya anlam kayması olduğu düşünülen bölümler araştırma ekibine bildirilmiştir. Proje yürütücüsü, proje danışmanı ve çeviri ekibi, bu geri bildirimleri kültürel farklılıklar, dilsel ifade farklılıkları ve çeviri sürecinden kaynaklanabilecek olası hatalar çerçevesinde değerlendirerek gerekli düzeltmeleri yapmıştır. Ardından DIAMOND-KID geliştiricileriyle yeniden iletişime geçilerek karşılıklı görüş alışverişi sağlanmış ve uzlaşıya varılarak ikinci ortak metin (2. ortak metin) oluşturulmuştur

3.2.7. Pilot Uygulama

DIAMOND-KID görüşmesinin Türkçe uyarlamasının pilot uygulaması, tez yürütücüsü tarafından 10 çocuk, ergen ve ebeveyne uygulanmıştır. Uygulama sürecinde hem görüşmeci hem de katılımcılardan geri bildirimler alınmış; anlaşılamayan ifadeler, kültürel farklılıklardan kaynaklanan anlam kaymaları ve uygulama sırasında karşılaşılan güçlükler ayrıntılı biçimde değerlendirilmiştir. Elde edilen geri bildirimler doğrultusunda gerekli görülen bölümler yeniden düzenlenmiş;

proje yürütücüsü, proje danışmanı ve ikinci ekip üyelerinin katkılarıyla üçüncü ortak metin (3. ortak metin) oluşturularak görüşmeye son biçimi verilmiştir.

3.2.8. DIAMOND-KID Türkçe Nihai Görüşmeci Kitapçığı

Pilot uygulamadan elde edilen geri bildirimler doğrultusunda, DIAMOND-KID Türkçe uyarlamasının görüşmeci kitapçığı proje yürütücüsü tarafından kapsamlı biçimde gözden geçirilmiştir. Bu aşamada, metin üzerinde dil bilgisi, yazım kuralları, noktalama işaretleri, ifade akıcılığı ve biçimsel düzenlemeler titizlikle yapılmış; ayrıca maddelerin anlaşılırlığı ve kültürel uygunluğu yeniden değerlendirilmiştir. Görüşme akışı ve yönergeler, uygulama sırasında karşılaşılan pratik zorluklar dikkate alınarak sadeleştirilmiş ve standartlaştırılmıştır. Elde edilen bu sürüm, proje danışmanının onayıyla 'DIAMOND-KID Türkçe Nihai Görüşmeci Kitapçığı' olarak kabul edilmiştir. Böylece ölçeğin nihai Türkçe sürümü, hem dilsel hem kavramsal eşdeğerlik hem de uygulama kolaylığı açısından son hâlini almıştır. Nihai formun hazırlanmasının ardından, saha uygulama sürecine geçilmiş, planlandığı şekilde çocuk, ergen ve ebeveyn örneklemlerine uygulanmaya başlanmıştır.

3.3. Çalışma Örnekleminin Oluşturulması

Örneklem büyüklüğü, internet tabanlı bir örneklem hesaplayıcısı kullanılarak (Arifin, 2022) belirlenmiştir (56). Çalışmada, ölçüm aracının güvenirliğinin belirlenmesinde kullanılacak olan Cohen'in Kappa katsayısına dayalı hipotez testi yaklaşımı tercih edilmiştir. Bu kapsamda, Arifin (2022) tarafından geliştirilen geçerlilik analizleri için web aracının "Sensitivity/Specificity – Estimation" modülü kullanılmıştır. Bu hesaplamada beklenen duyarlılık 0,80, özgüllük 0,90, hastalık prevalansı 0,10, hata payı (precision) 0,16, güven aralığı %90 ve drop-out oranı %10 olarak belirlenmiştir. Bu parametrelerle yapılan analiz sonucunda, geçerlilik değerlendirmesi için minimum örneklem büyüklüğü 189 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya katılım, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne ilk defa başvuran çocuk ve ergenlerden gönüllülük esasına göre belirlenmiştir.

3.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Çalışmaya dâhil edilecek olgu ve katılımcıların belirlenebilmesi amacıyla, benzer nitelikteki araştırmalar ve güncel literatür incelenerek dâhil edilme ve dışlanma kriterleri tanımlanmıştır. Katılımcıların seçiminde, ölçülmesi planlanan değişkenleri etkileyebileceği literatürde bildirilen potansiyel karıştırıcı etmenler dikkate alınmıştır. Katılımcıların çalışmaya kabulü bu kriterler doğrultusunda gerçekleştirilmiş ve böylece araştırma sonuçlarının zedeleyebilecek olası yanlılık kaynakları en aza indirilmeye çalışılmıştır. Bu yaklaşımla, örneklem gruplarının olabildiğince homojen bir yapıda olması ve elde edilecek bulguların güvenilirliğinin artırılması hedeflenmiştir.

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri:

- Çalışma hakkında bilgilendirilmiş onam formunu okuyup, çalışmaya katılmaya gönüllü olmaları,
- 6–17 yaş aralığında olmaları,
- Türkçe'yi akıcı biçimde konuşabilmeleri ve anlayabilmeleri,
- İlk kez psikiyatrik değerlendirme amacıyla başvuruda bulunuyor olmaları

Araştırmadan Dışlama Kriterleri:

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmama ya da bilgilendirilmiş onam formunu onaylamama,
- Görüşmeyi sürdürmeye engel olacak tıbbi bir hastalık ya da ciddi nörolojik/psikiyatrik yetersizlik bulunması,
- Görüşme sürecinde anlamlı bilişsel yetersizlik veya dil becerilerinde zorluk nedeniyle yanıt verememe,
- Önceden aynı klinikte psikiyatrik değerlendirme veya tedavi geçmişinin bulunması.

3.4. Yöntem

Çalışma için Atatürk Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığından etik onay alınmıştır. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne, Nisan 2024–Aralık 2025 tarihleri arasında, anksiyete, duygudurum ve obsesif kompulsif bozukluklar başta olmak üzere çeşitli psikiyatrik belirtiler nedeniyle değerlendirilmek üzere başvuran çocuk ve ergenler dâhil edilmiştir. Görüşmeden önce, katılımcılar Sosyodemografik Bilgi Formu, Conners Çocuk ve Ebeveyn Derecelendirme Formu , Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (ÇY-BOKÖ), Çocuk Anksiyete ve Depresyon Ölçeği–Yenilenmiş Form (ÇADÖ-Y; çocuk ve ebeveyn formu), Çocuk Biriktirme Ölçeği (CSI), Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (CDI), Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ), Massachusetts Kıl/Saç Yolma Ölçeği (MGH-SY) ve Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26) uygulanmıştır. Ayrıca, DIAMOND-KID Özbildirim Anketlerinin çocuk ve ebeveyn formları da katılımcılar tarafından doldurulmuştur.

DIAMOND-KID görüşmeleri öncesinde, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı alanında klinik deneyimi bulunan bağımsız bir klinisyen tarafından yapılandırılmamış bir psikiyatrik değerlendirme yapılmıştır. Bu süreçte, ön değerlendirmeyi yapan klinisyen ile DIAMOND-KID görüşmesini yürüten uygulayıcı birbirlerinden habersiz olacak şekilde çalışmış; böylece değerlendirmeler arası yanlılık olasılığı en aza indirilmiştir. Bu ilk değerlendirmeyi takiben, DIAMOND-KID tanısal görüşmesi proje yürütücüsü tarafından uygulanmış ve tüm veriler standardize biçimde kaydedilmiştir. Görüşmeler yüz yüze gerçekleştirilmiş, uygulama süreci boyunca aynı standart protokol izlenmiştir. DIAMOND-KID görüşmesinde ebeveynin görüşmeye katılımı, çocuğun yaşına, bilişsel gelişim düzeyine ve değerlendirilen semptomların niteliğine göre belirlenmiştir. Görüşmenin birincil bilgi kaynağı çoğunlukla çocuk veya ergenin özbildirimi olmakla birlikte, gerekli görülen durumlarda ebeveyn de ek bilgi alınmıştır. Bu yaklaşım, çocuğun kendi deneyim ve belirtilerini doğrudan ifade etmesine olanak tanırken, ebeveyn gözlemlerinin eklenmesiyle tanısal değerlendirmede çoklu bilgi kaynağı ilkesi de korunmuştur. Görüşmenin güvenilirliğini artırmak amacıyla, ebeveyn katılımına ilişkin karar her vaka özelinde klinik yargı doğrultusunda verilmiştir. Bu aşama, DIAMOND-KID'in Türkçe

uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik analizlerinde kullanılacak uygulama sürecini oluşturmuştur.

Çalışmada DIAMOND-KID'in güvenirliği, iki farklı yöntemle değerlendirilmiştir. İlk olarak, test-tekrar test güvenirliği kapsamında, ölçüm aracının zamana karşı tutarlılığını belirlemek amacıyla seçkisiz örnekleme yöntemiyle belirlenen 51 katılımcıya, ilk uygulamadan ortalama iki hafta sonra aynı değerlendirici tarafından DIAMOND-KID görüşmesi yeniden uygulanmıştır. Buna ek olarak, değerlendiriciler arası güvenirlik değerlendirilmiştir. Bu kapsamda, seçkisiz yöntemle belirlenen 22 katılımcı, ilk görüşmeden iki hafta sonra bağımsız ikinci bir değerlendirici tarafından yeniden çağrılmış ve DIAMOND-KID görüşmesi bu katılımcılara ikinci kez uygulanmıştır. Her iki değerlendirici, katılımcıların önceki değerlendirme sonuçlarından habersiz şekilde çalışmıştır. İki uygulama sonucunda elde edilen tanısal sınıflandırmalar arasındaki uyum Cohen's Kappa katsayısı kullanılarak analiz edilmiş; bu sayede DIAMOND-KID'in farklı değerlendiriciler tarafından ve farklı zamanlarda uygulandığında tutarlı sonuçlar verip vermediği incelenmiştir.

Çalışmada tanı geçerliliği iki farklı yöntemle değerlendirilmiştir. İlk olarak, DIAMOND-KID ile konulan tanıların, yapılandırılmamış klinik görüşme sonucunda konulan tanılarla tutarlılığı incelenecek ve bu iki değerlendirme arasındaki uyum Cohen'in Kappa katsayısı kullanılarak hesaplanmıştır. Bu analiz, DIAMOND-KID'in klinik tanı ile ne ölçüde örtüştüğünü ve tanısal sınıflandırma doğruluğunu belirlemeyi amaçlamaktadır. İkinci olarak, eşzaman geçerliği kapsamında, DIAMOND-KID aracılığıyla belirlenen tanıların, ilgili bozuklukları değerlendiren standart psikometrik ölçeklerden elde edilen puanlarla olan ilişkisi incelenmiştir.

3.5. Gereçler

3.5.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu form, araştırmaya katılım öncesinde çalışmanın amacı, kapsamı, olası riskleri ve katılımcı hakları hakkında bilgilendirme yapıldığını ve gönüllü onamın alındığını belgelemek amacıyla hazırlanmıştır.

3.5.2. Sosyodemografik Veri Formu (EK-2)

Araştırmacılar tarafından geliştirilen Sosyodemografik Bilgi Formu, çalışmaya katılan bireylerin demografik ve klinik özelliklerini sistematik biçimde değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Form, görüşmeci tarafından katılımcı ve ebeveyn(ler) ile yüz yüze görüşme sırasında doldurulmuştur. Bu formda, katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kardeş sayısı, ebeveyn yaşı, ebeveyn eğitim düzeyi ve mesleği gibi temel sosyodemografik değişkenlerin yanı sıra; psikiyatrik öykü, ailede ruhsal hastalık öyküsü, geçirilmiş hastalıklar ve mevcut tedavi süreçleri gibi klinik özellikler yer almaktadır.

3.5.3. Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Formu (CADÖ- YK) (Ek 3)

Conners tarafından, yenilenmiş uzun formlar için toplanan verilere uygulanan açımlayıcı faktör analizi sonucunda en yüksek faktör yükü veren maddelerin seçilmesiyle oluşturulmuştur (61). CADÖ-YK, 27 maddeden oluşmaktadır. Maddeler üç alt ölçek (Karşı Gelme - KG, Bilişsel Problemler - Dikkatsizlik - BP-D, Hiperaktivite - H) ve bir yardımcı ölçek (DEHB İndeksi - DEHB) altında toplanmıştır. Her madde için puan değeri 0-3 arasında değişen dört yanıt seçeneği bulunmaktadır: hiçbir zaman doğru değil (hiçbir zaman, çok ender) 0 puan; biraz doğru (bazen) 1 puan; oldukça doğru (sık sık, oldukça çok) 2 puan; çok doğru (çok sık) 3 puan. Yüksek puanlar, çocuğun CADÖ-YK'da tanımlanan problemlere daha fazla sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Kaner ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (57,58).

3.5.4. Yenilenmiş Çocuk ve Ergen Anksiyete Depresyon Ölçeği (ÇADÖ-Y) (EK-4)

DSM-V kriterlerine göre pediatrik yaş grubu için hazırlanan ölçek depresyon ve kaygı bozukluklarını taramaktadır (57). Ölçek 47 maddeden ve 6 alt başlıktan oluşmakta olup her bir madde 0 ile 3 puan arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin çocuk ve ebeveyn formu olmak üzere iki versiyonu vardır. Ölçekte 10 madde majör depresif bozukluğu, 9 madde sosyal anksiyete bozukluğunu, 6 madde obsesif kompulsif bozukluğu, 9 madde panik bozukluğu, 7 madde ayrılık anksiyetesi bozukluğunu, 6 madde yaygın anksiyete bozukluğunu taramaktadır. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerliliğini Görmez ve arkadaşları 2017 yılında yapmıştır (59,60).

3.5.5. Çocuk Biriktirme Ölçeği (CSI) (Ek 5)

Çocukların biriktirme davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen Children's Saving Inventory (CSI), Eric A. Storch ve çalışma arkadaşları tarafından hazırlanmış bir özbildirim ölçeğidir (63). Ölçeğin temel amacı, çocuklarda biriktirme davranışlarını, bu davranışların neden olduğu işlevsel bozuklukları ve tedavi planlamasına katkı sağlayabilecek faktörleri belirlemektir. Genellikle 6–18 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlerde kullanılmakta olup, hem çocuk/ergenin kendisi hem de ebeveyni tarafından doldurulabilen bir formdur. Ölçek, 23 maddeden oluşmakta ve farklı klinik gereksinimlere göre uyarlanmış versiyonları bulunmaktadır. Çocukların biriktirme eğilimleri, eşyalarla ilişkili duygusal bağları ve bu davranışların günlük yaşam üzerindeki etkileri çeşitli alt boyutlar aracılığıyla değerlendirilir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, yakın dönemde yapılmış olup, Mehmet Akif Akıncı ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış olup psikometrik özelliklerinin yeterli düzeyde olduğu gösterilmiştir (61,62).

3.5.6. Massachusetts Genel Hastane Saç/Kıl Yolma Ölçeği (MGH-SY) (Ek 6)

En sık kullanılan özbildirim ölçeklerinden biri olan bu ölçek, bireylerin son bir haftalık dönem içerisindeki ruhsal belirtilerini değerlendirmektedir (68). Ölçeğin

erişkin örnekleminde gerçekleştirilen Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Pirdoğan Aydın ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (63,64)). Yedi maddeden oluşan ve beşli likert tipi derecelendirme sistemiyle puanlanan ölçek, tek boyutlu bir yapıya sahiptir. Ölçekten elde edilen yüksek puanlar, semptom şiddetinin artışını göstermektedir. Hastalık şiddetini belirlemede ve tedaviye verilen yanıtı değerlendirmede klinik uygulamalarda sıkça kullanılan, güvenilir bir özbildirim aracıdır.

3.5.7. Vücut Algısı Ölçeği (Ek 7)

Araştırmaya katılan ergen bireylerin beden algılarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen Vücut Algısı Ölçeği, Secord ve Jourard tarafından 1953 yılında hazırlanmış olup (66), Hovardaoğlu tarafından 1992 yılında Türkçeye uyarlanmıştır (65,66). Ölçeğin orijinal formu iki bölüm ve 101 maddeden oluşmaktadır. Ancak yapılan çeviri, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sonucunda ölçek 40 maddelik, tek boyutlu bir yapıya dönüştürülerek literatüre kazandırılmıştır. Beşli Likert tipi derecelendirmeye sahip olan ölçek, bireylerin kendi bedenlerinden duydukları memnuniyet düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır. Türkçe formun psikometrik değerlendirmeleri sonucunda ölçeğin yüksek iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermiştir.

3.5.8. Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26) (Ek 8)

Yeme Tutum Testi–26 (YTT-26), çalışmaya katılan bireylerin yeme tutumlarını ve yeme davranışlarındaki olası bozuklukları değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır (69). Ölçek, 11–70 yaş aralığındaki bireylere uygulanabilmektedir. Yeme Tutum Testi'nin (YTT) özgün formu, anorektik ve bulimik tutum ile davranışların belirlenebilmesi amacıyla Garner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında geliştirilmiştir. İlk olarak 40 maddeden oluşan ölçeğin 26 maddelik kısa formu daha sonra Garner ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği gösterilmiştir (67,68).

3.5.9. Çocuklar İçin Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (ÇY-BOKÖ) (Ek 9)

Scahill ve çalışma arkadaşlarının 1997 yılında geliştirdikleri ölçek (59), 2006 yılında Yücelen ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile Türkçeye kazandırılmıştır. Yarı yapılandırılmış biçimde düzenlenen bu ölçek, obsesif kompulsif bozukluğun belirti şiddetini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Puanlamaya beş obsesyon ve beş kompulsiyon maddesi dâhil edilmiştir. Her bir madde 0 ile 4 arasında puanlanmakta olup alınabilecek en yüksek toplam puan 40'tır ve bu değer obsesif kompulsif bozukluğun şiddet düzeyini göstermektedir. Buna göre 0–7 puan eşik altı, 8–15 puan hafif, 16–23 puan orta, 24–31 puan ağır ve 32–40 puan çok ağır şiddeti ifade etmektedir (69,70).

3.5.10. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (CDI) (Ek 10)

Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), çocukluk ve ergenlik dönemindeki depresif belirtilerin değerlendirilmesi amacıyla kullanılan, 6–17 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlere yönelik bir özbildirim ölçme aracıdır. Ölçek, Beck Depresyon Ölçeği temel alınarak geliştirilmiş olup Maria Kovacs tarafından (71) 1985 yılında tanımlanan Children's Depression Inventory (CDI)'nin Türkçe uyarlaması Öy tarafından 1991 yılında gerçekleştirilmiştir (72). Toplam 27 maddeden oluşan ölçekte, her bir madde depresyona ilişkin bir belirtinin son iki hafta içindeki şiddetini yansıtacak şekilde 0, 1 veya 2 puan ile değerlendirilen üçlü yanıt seçeneği içermektedir. Ölçekten elde edilebilecek toplam puan 0–54 aralığında değişmekte olup, 19 puan ve üzeri değerlerin depresif belirtiler açısından ayırt edici bir eşik olarak kullanılması önerilmektedir.

3.6. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS Statistics 27.0 yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Kategorik değişkenler ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Tanı geçerliliği kapsamında, DIAMOND-KID ile belirlenen tanıların klinik görüşme ile konulan tanılarla olan tutarlılığı Cohen'in Kappa katsayısı

(κ) ile analiz edilmiştir. Kappa katsayısının yorumlanmasında Landis ve Koch (1977) sınıflandırması esas alınmıştır: κ=0,81–1,00 "çok iyi", κ=0,61–0,80 "iyi", κ=0,41–0,60 "orta", κ=0,21–0,40 "düşük", κ=0,00–0,20 "önemsiz", κ<0,00 "yetersiz" olarak değerlendirilmiştir (73). Ayrıca, DIAMOND-KID tanılarının klinik tanıyı öngörme gücünü değerlendirmek amacıyla duyarlılık (Sensitivite), özgüllük (Spesifite), pozitif öngörü değeri (PPV), negatif öngörü değeri (NPV), pozitif olabilirlik oranı (LR+) ve negatif olabilirlik oranı (LR−) ve tüm değelerin %95 güven aralıkları hesaplanmıştır. Yakınsak geçerlilik analizinde, belirli tanılara sahip olan ve olmayan grupların özbildirim ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki farklar bağımsız örneklem t-testi ile incelenmiş ve farkların etki büyüklükleri Cohen'in d katsayısı ile hesaplanmıştır. DIAMOND-KID ile belirlenen tanıların ve ilgili öz-bildirim ölçekleri karşısındaki ayırt edici gücünü değerlendirmek amacıyla ROC analizleri yapılmış; eğri altı alan (AUC) değerleri ve %95 güven aralıkları hesaplanmıştır. Test-tekrar test güvenirliği ve değerlendirmeciler arası tanı uyumu, ilk uygulamadan ortalama iki hafta sonra yeniden yapılan DIAMOND-KID görüşmelerinden elde edilen tanıların tutarlılığına dayalı olarak Cohen'in Kappa katsayısı ile hesaplanmıştır. Testlerin sonucunda anlamlı farklılıklar yorumlanmış ve tablo haline getirilmiştir. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ olan değerler anlamlı kabul edilmiştir. Bulgularda istatistiksel anlamlılık düzeyi yıldızlı gösterimle ($*p < 0.05$, $**p < 0.001$) belirtilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Türkçe Uyarlamanın Eşdeğerliği

Bu araştırmada, DIAMOND-KID'in Türkçe'ye kazandırılması ve Türk kültürel bağlamına uyarlanmasına yönelik süreç yaklaşık altı ay boyunca yürütülmüştür. Uyarlama sürecinde uygulanan 11 aşamalı standartlaştırılmış yöntem sonucunda, DIAMOND-KID'in Türkçe formunun, özgün İngilizce sürümüyle beş temel alanda yapısal ve içeriksel olarak eşdeğerliği sağlanmıştır.

4.1.1. Anlam Eşdeğerliği

Türkçe uyarlama sürecinde uygulanan 11 basamaklı çeviri deseni, DIAMOND-KID'in özgün İngilizce sürümüyle anlamsal açıdan tutarlı bir yapı kazanmasına yönelik olarak planlanmıştır. Çeviri aşamasında, çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında deneyimli bağımsız çevirmenlerin kullanılmasıyla hem terminolojik doğruluk hem de anlam kaybının önlenmesi amaçlanmıştır. Sentez aşamasında proje yürütücüsü ve her iki kültüre hâkim danışman tarafından metinler birlikte değerlendirilmiştir.

4.1.2. Kapsam Eşdeğerliği

Kapsam eşdeğerliği, bir metindeki içerik ve ifade alanının farklı kültürlerde aynı anlamı karşılaması ile sağlanır ve yalnızca dilsel yeterlilikle sınırlı değildir; metnin üretildiği kültüre ilişkin bilgi ve deneyim gerektirir. Bu doğrultuda, DIAMOND-KID'in Türkçe uyarlamasında sentez, geri çeviri ve uzmanlar komitesi aşamalarında görev alan ekip üyelerinin her iki dile hâkim olmasının yanı sıra Amerikan kültürüne ilişkin deneyime sahip olmaları, kapsam eşdeğerliğini destekleyen temel unsur olmuştur. Ayrıca pilot uygulamalar aracılığıyla maddelerin Türk katılımcılar tarafından nasıl anlaşıldığı gözlemlenmiş ve gerekli düzenlemeler yapılarak kapsam eşdeğerliği güçlendirilmiştir.

4.1.3. Kavram Eşdeğerliği

Kavram eşdeğerliğini sağlamak için çeviri sürecinde her maddenin, özgün metinde ölçülen aynı kuramsal yapıyı yansıtmasına dikkat edilmiştir. Çeviriyi yapan klinisyen çevirmenlerin alana hâkim olması; soruların amacını, kullanılan terimleri ve Türkçe karşılıklarını doğru belirleme açısından sürece önemli katkı sağlamış ve kavram eşdeğerliğini güçlendirmiştir. Ayrıca üçü doçent olmak üzere çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında çalışan ekip üyeleriyle yürütülen sentez toplantıları, bu eşdeğerliğin korunmasında belirleyici olmuştur. Pilot uygulamalar kavram eşdeğerliğini değerlendiren son aşama olmuş; böylece DIAMOND-KID'in Türkçe uyarlamasında kavram ve kapsam eşdeğerliği birlikte sağlanmıştır.

4.1.4. Uygulama Eşdeğerliği

Toplumlar arasında bir davranışın patolojik kabul edilme sınırları değişebileceğinden, yanlış tanılamayı önlemek amacıyla ölçüt eşdeğerliğinin sağlanması önemlidir. DIAMOND-KID'in Türkçe uyarlamasında bu eşdeğerlik; uyarlama ekibinde çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında çalışan uzmanların yer alması, pilot uygulamaların klinisyen bir uzman tarafından yürütülmesi ve geçerlik aşamasında görüşmelerin yine alan uzmanlarınca değerlendirilmesiyle desteklenmiştir.

4.1.5. Madde Eşdeğerliği

Uyarlama sürecinde DIAMOND-KID'in Türkçe formunda maddelerin büyük çoğunluğunda madde eşdeğerliği korunmuştur. Ancak bu eşdeğerlik, özellikle "upset" ifadesinin yer aldığı ve belirti sıklığı ile şiddetini sorgulayan maddelerde zorlayıcı olmuştur. Özgün metindeki *"In the past month, how much does this problem bother or upset you?"* ifadesi ilk aşamada "Geçtiğimiz ay, bu sorun seni ne kadar rahatsız etti veya üzdü?" şeklinde çevrilmiştir.

4.2. Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmaları

4.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Çalışmanın örneklemini Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ve DIAMOND-KID'in Türkçe uyarlama sürecine dahil edilen 195 çocuk ve ergen oluşturmuştur. Katılımcıların yaşları 6-17 arasında değişmektedir. Olguların yaş ortalaması 12,89(±3,22) olup, katılımcıların %55,4'ü (n=108) kız ve 44,6%'sı (n=87) erkektir. Ortalama sınıf düzeyi 7,65(±3,27) olarak saptanmıştır. Katılımcıların %20'sinin (n=39) önceden psikiyatrik tanı öyküsü bulunduğu, %14,9'unda (n=29) kronik bir tıbbi hastalık öyküsünün bulunduğu belirlenmiştir. Ayrıca aile yapısının %18,9'unda (n=33) parçalanmış aile öyküsü, %20'sinde (n=39) ise kırsal yaşam öyküsü mevcuttur.

Ebeveyn değişkenleri incelendiğinde; annelerin yaş ortalaması 41,48(±6,03), babaların yaş ortalaması 46,21(±6,30) olarak bulunmuştur. Ebeveynlerde ruhsal ya da bedensel hastalık öyküsü oranı %17,9'dur (n=35). Sosyoekonomik açıdan değerlendirildiğinde, ailelerin büyük çoğunluğunun (%76,9) (n=150) orta sosyoekonomik düzeyde olduğu, düşük sosyoekonomik düzey oranının %13,8 (n=27), yüksek düzey oranının ise %6,7 (n=13) olduğu görülmüştür. Bu bulgular, örneklemin genel olarak orta sosyoekonomik düzey ve kültürel çeşitlilik içeren bir popülasyonu temsil ettiğini göstermektedir. (

Test–tekrar test güvenirlik örneklemi 51 olgudan oluşmuş, bu grubun yaş ortalaması 12,74 (±3,29), kız oranı %68,7 (n=35), erkek oranı %31,3 (n=16) olarak kaydedilmiştir. Değerlendirmeciler arası güvenirlik çalışması 22 katılımcı ile yürütülmüş olup, grubun yaş ortalaması 12,23(±3,49), kız oranı %54,5 (n=12) ve erkek oranı %45,5'tir (n=10). Sosyo demografik ve klinik özellikleri Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Örneklemin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

	DIAMOND-KID Örneklemi (*n* = 195)	Klinik Tanı Örneklemi (*n* = 195)	Test-tekrar test Güvenilirlik Örneklemi (*n* = 51)	Değerlendirmeciler Arası Güvenilirlik Örneklemi (n=22)
Sosyodemografik				
Yaş, *M* (*SD*)	12,89 (3,22)	12,89 (3,22)	12,74 (3,29)	12,23 (3,49)
Cinsiyet (Kız), *N* (%)	108 (55,4%)	108 (55,4%)	35 (68,7%)	12 (54,5%)
Cinsiyet (Erkek), *N* (%)	87 (44,6%)	87 (44,6%)	16 (31,3%)	10 (45,5%)
Sınıf Düzeyi, *M* (*Sd*)	7,65 (3,27)	7,65 (3,27)	7,64 (3,37)	7,23 (3,52)
Önceden Psikiyatrik Tanı Öyküsü Olan *N* (%)	39 (20%)	39 (20%)	15 (29,4%)	4 (18,2%)
Kronik Hastalık Öyküsü, *N* (%)	29 (14,9%)	29 (14,9%)	7 (13,7%)	4 (18,2%)
Parçalanmış Aile Yapısına Sahip N(%)	33 (18,9%)	33 (18,9%)	11 (20%)	4 (18,2%)
Ailesi Kırsal Bölgede Yaşayan N(%)	39 (20%)	39 (20%)	11 (21,6%)	4 (18,2%)
Sosyoekonomik Düzey				
Düşük N(%)	27 (13,8%)	27 (13,8%)	9 (17,6%)	2 (9,1%)
Orta N(%)	150 (76,9%)	150 (76,9%)	38 (74,5%)	20 (91,9%)
Yüksek N(%)	13 (6,7%)	13 (6,7%)	3 (5,9%)	0 (0%)
Anne Yaşı *M* (*Sd*)	41,48 (6,03)	41,48 (6,03)	41 (6,93)	42,23 (7,70)
Baba Yaşı *M* (*Sd*)	46,21 (6,30)	46,21 (6,30)	45,51 (6,46)	46,32 (6,63)
Ebeveynlerde Ruhsal/Bedensel Hastalık Öyküsü N(%)	35 (17,9)	35 (17,9)	10 (19,6%)	5 (22,7%)
Başvuru Sırasındaki Tanılar				
Anksiyete Bozuklukları				
Selektif Mutizim *N* (%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)
Sosyal Anksiyete Bozukluğu *N* (%)	29 (14,9%)	31 (15,9%)	5 (9,8%)	1 (4,5%)
Panik Bozukluk *N* (%)	16 (8,2%)	16 (8,2%)	7(13,7%)	4 (18,2%)
Agorafobi *N* (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Yaygın Anksiyete Bozukluğu *N* (%)	42 (21,5%)	38 (19,5%)	9(17,6%)	6 (27,3%)
Özgül Fobi *N* (%)	20 (10,3%)	11 (5,6%)	5(9,8%)	4 (18,2%)
Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu *N* (%)	17 (8,7%)	14 (7,2%)	2 (3,9%)	0 (0%)
Herhangi Bir Anksiyete Bozukluğu *N* (%)	102 (52,3%)	90 (46,2%)	23(45,1%)	11 (50%)
Duygudurum Bozuklukları				
Distimi	7 (3,6%)	5 (2,6%)	1(2%)	0 (0%)
Majör Depresif Bozukluk *N* (%)	23 (11,8%)	25 (12,8%)	6(11,8%)	3 (13,6%)
Bipolar Bozukluk *N* (%)	3 (1,5%)	3 (1,5%)	2(3,9%)	1 (4,5%)
Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu *N* (%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	1(2%)	0 (0%)
Premenstrüel Disforik Bozukluk N (%)	8 (4,1%)	8 (4,1%)	1(2%)	1 (4,5%)
Herhangi Bir Duygudurum Bozukluğu *N* (%)	36 (18,5%)	38 (19,5%)	10(19,6%)	5(22,7%)
OKB ve Ilişkili Bozukluklar				
Obsesif-Kompulsif Bozukluk N (%)	31 (15,9%)	24 (12,3%)	5(9,8%)	3 (13,6%)
Beden Algısı Bozukluğu N (%)	16 (8,2%)	9 (4,6%)	2 (3,9%)	1 (4,5%)
İstifleme Bozukluğu N (%)	7 (3,6%)	4 (2,1%)	2 (3,9%)	1 (4,5%)
Trikotillomani N (%)	11 (5,6%)	9 (4,6%)	4 (7,8%)	1 (4,5%)
Deri Yolma N (%)	21 (10,8%)	8 (4,1%)	4 (7,8%)	1 (4,5%)
Herhangi Bir OKB ve İlişkili Bozukluk *N* (%)	81 (41,5%)	49 (25,1%)	16 (31,4%)	7 (31,8%)
Travma ve Stresörle Ilişkili Bozukluklar				
Akut Stres Bozukluğu *N* (%)	1 (0,5%)	0 (0%)	0 (2%)	0 (0%)
Travma Sonrası Stres Bozukluğu *N* (%)	8 (4,1%)	6 (3,1%)	5 (9,8%)	1 (4,5%)
Uyum Bozukluğu *N* (%)	6 (3,1%)	6 (3,1%)	1 (2%)	3 (13,6%)
Herhangi Bir Travma ve Stresörle İlişkili Bozuk *N* (%)	14 (7,2%)	12 (6,2%)	5 (9,8%)	4 (13,6%)

Tablo 3. (Devamı)

Beslenme ve Yeme Bozuklukları				
Bulimiya Nervoza *N* (%)	5 (2,6%)	2 (1%)	1 (2%)	0 (0%)
Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu *N* (%)	4 (2,1%)	4 (2,1%)	0 (2%)	1 (4,5%)
Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu *N* (%)	14 (7,2%)	9 (4,6%)	2 (3,9%)	0 (0%)
Herhangi Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu *N* (%)	23 (11,8%)	15 (7,7%)	3 (5,9%)	1 (4,5%)
Nörogelişimsel Bozukluklar				
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu *N* (%)	106 (54,4%)	102 (53,3%)	31 (60,8%)	12 (54,5%)
Tik Bozuklukları *N* (%)	11 (5,6%)	9 (4,6%)	1 (2%)	0 (0%)
Herhangi Bir Nörogelişimsel Bozukluk *N* (%)	109 (55,9%)	104 (53,3%)	32 (62,7%)	12 (54,5%)
Yıkıcı, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları				
Aralıklı Patlayıcı Bozukluk *N* (%)	5 (2,6%)	4 (2,1%)	0 (0%)	0 (0%)
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu *N* (%)	15 (7,7%)	9 (4,6%)	2 (3,9%)	1 (4,5%)
Davranım Bozukluğu *N* (%)	13 (6,7%)	13 (6,7%)	3 (5,9%)	0 (0%)
Herhangi Bir Yıkıcı, Dürtü Denetimi Ve Davranım Bozukluğu *N* (%)	28 (14,4%)	23 (11,8%)	4 (7,8%)	1 (4,5%)
Diğer Bozukluklar				
Şizofreni *N* (%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)
Madde Kullanım Bozukluğu *N* (%)	4 (2,1%)	4 (2,1%)	2 (3,9%)	1 (4,5%)
Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar *N* (%)	4 (2,1%)	5 (2,6%)	3 (5,9%)	2 (9,1%)
Toplam Psikiyatrik Tanı Sayısı				
Tanı Yok *N* (%)	8 (4,1%)	9 (4,6%)	1 (2%)	1 (4,5%)
1 Tanı *N* (%)	49 (25,1%)	69 (35,4%)	16 (31,4%)	8 (36,4%)
2 Tanı *N* (%)	58 (29,7%)	60 (30,8%)	18 (35,3%)	4 (18,2%)
≥3 Tanı *N* (%)	80 (41,0%)	57 (29,2%)	16 (31,4%)	9 (40,9%)

4.2.2. Geçerlilik ve Güvenilirlik ile İlgili Bulgular

Olguların klinik tanıları ve DIAMOND-KID uygulaması ile belirlenen tanılar, DIAMOND-KID'in tanısal kategorizasyon sistemine uygun olarak sınıflandırılmıştır. Buna göre tanılar; anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar, travma ve stresörle ilişkili bozukluklar, beslenme ve yeme bozuklukları, nörogelişimsel bozukluklar, yıkıcı, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları olmak üzere yedi ana başlık altında incelenmiştir. Bu kategorilerin dışında kalan Şizofreni, madde kullanım bozuklukları ve hastalık kaygısı bozukluğu ile bedensel belirti bozukluğunun birleştirilmesiyle oluşan Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar ise Diğer Bozukluklar ana kategorisi altında incelenmiştir.

4.2.2.1. DIAMOND-KID Tanı Performansının Klinik Görüşme ile Tutarlılığı

Tablo 4, DIAMOND-KID'in klinik tanılar ile karşılaştırıldığında tanısal geçerliliğini değerlendirmek amacıyla yapılan istatistiksel analizleri kapsamaktadır. Tablo 4, her bir tanı kategorisi için tanı doğruluğunu, uyum düzeyini ve ayırt edici gücünü ortaya koyan göstergeleri içermektedir. Tablodaki analizler kapsamında ilk olarak duyarlılık ve özgüllük değerleri hesaplanmıştır. Bu değerler; DIAMOND-KID'in ilgili bozukluğu olan bireyleri doğru tanıma (duyarlılık) ve bozukluğu olmayan bireyleri doğru şekilde dışlama (özgüllük) becerisini ölçmektedir. Böylece DIAMOND-KID'in hasta–sağlam ayrım gücü nesnel olarak test edilmiştir. Buna ek olarak, tanı koyma sürecinde verilen kararların klinik açıdan ne kadar anlamlı olduğunu değerlendirmek amacıyla Pozitif Öngörü Değeri (PPV) ve Negatif Öngörü Değeri (NPV) raporlanmıştır. PPV, DIAMOND-KID tarafından tanı konulan bireylerin gerçekten o tanıya sahip olma olasılığını, NPV ise tanı konulmayan bireylerin gerçekten sağlıklı olma ihtimalini göstermektedir. Tanısal kararların gücünü daha ileri düzeyde test etmek amacıyla tabloda Pozitif ve Negatif Olabilirlik Oranları (LR+ ve LR–) da yer almaktadır. Pozitif olabilirlik oranı (LR+), DIAMOND-KID'de pozitif çıkan bir test sonucunun klinik tanı ile uyumlu olma olasılığını kaç kat artırdığını gösterirken; negatif olabilirlik oranı (LR–) tanı dışlama gücünü göstermektedir. Hesaplanan tüm tanısal doğruluk ölçütleri için %95 güven aralıkları, örneklem belirsizliğini ve tahminlerin kesinliğini göstermek amacıyla raporlanmıştır. Son olarak, Cohen'in Kappa katsayısı (κ) hesaplanmış ve klinik görüşme ile DIAMOND-KID tanıları arasındaki uyum düzeyi belirlenmiştir. Bu kapsamlı analiz yaklaşımı, DIAMOND-KID'in çocuk ve ergenlerde farklı psikiyatrik bozuklukları tespit edebilme, ayırt edebilme ve klinik görüşme ile uyumlu tanılama kapasitesini çok boyutlu bir biçimde değerlendirmeyi mümkün kılmıştır. Tablo 4, ilgili kategorilerde bu ölçümlere ilişkin ayrıntılı değerleri ve güven aralıklarını içermektedir.

Tablo 4'deki bulgular, DIAMOND-KID ile klinik görüşme arasındaki tanısal uyumun genel olarak iyi–çok iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Tablo 4'te sunulan tüm tanı grupları için DIAMOND-KID ile klinik görüşme arasındaki uyum katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüş olup, tüm kappa değerleri

$p < 0{,}001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Tanı spektrumlarının büyük çoğunluğunda kappa katsayıları 0.60'ın üzerinde, birçok tanıda ise 0.80'in üzerinde bulunmuş; duyarlılık, özgüllük ve pozitif/negatif olabilirlik oranları da DIAMOND-KID'in hem "hasta" hem de "sağlam" olguları ayırt etmede güçlü bir performansa sahip olduğunu düşündürmektedir. Anksiyete bozuklukları için kappa katsayısı 0.69 olup, DIAMOND-KID ile klinik tanı arasında iyi düzeyde uyum olduğu görülmektedir. Duyarlılığın 0.9, özgüllüğün 0.8 olması, anksiyete bozukluğu olan olguların büyük kısmının doğru yakalandığını, bozukluğu olmayanların da önemli ölçüde doğru dışlandığını göstermektedir. Alt tanılarda; sosyal anksiyete bozukluğu (k=0.65), panik bozukluk (k=0.93), yaygın anksiyete bozukluğu (k=0.72), ayrılma anksiyetesi bozukluğu (k=0.69) ve özgül fobi (k=0.55) için kappa değerleri orta–çok iyi aralıktadır. Bu bozukluklarda pozitif olabilirlik oranlarının çoğunun 10'un üzerinde, negatif olabilirlik oranlarının ise 0.3'ün altında olması, DIAMOND-KID ile anksiyete tanısı alan bir olgunun gerçekten bu tanıya sahip olma olasılığının yüksek, tanı almayan olguda ise bozukluk olasılığının düşük olduğunu düşündürmektedir.

Duygudurum bozuklukları başlığında kappa katsayısı 0.73 olup, yine iyi düzeyde tanısal uyum izlenmektedir. Duyarlılık 0.76 ve özgüllük 0.95 değerleri ile birlikte hesaplanan LR+ (=16.9) ve düşük LR− (0.24) değerleri, duygudurum bozuklukları için DIAMOND-KID'in hem tanı koymada hem de dışlamada güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir. Alt tanılarda özellikle majör depresif bozukluk için kappa değeri 0.81 olup çok iyi düzeydedir; duyarlılık ve özgüllük yüksek, pozitif olabilirlik oranı 40'ın üzerinde, negatif olabilirlik oranı ise 0.2'dir. Bu bulgular, DIAMOND-KID'in majör depresyon varlığını güçlü biçimde öngörebildiğini ve yanlış negatif olasılığının oldukça düşük olduğunu düşündürmektedir. Distimi ve PDB'de kappa değerleri orta–iyi aralıkta olup, olgu sayısının görece az olması nedeniyle güven aralıkları daha geniştir, ancak LR+ ve özgüllük değerleri bu tanıların da klinik açıdan anlamlı düzeyde yakalandığını göstermektedir.

OKB ve ilişkili bozukluklar için genel kappa değeri 0.55 olup orta düzeyde bir uyuma işaret etmektedir. Genel kategoride duyarlılık 0.92 ve özgüllük 0.75 olarak hesaplanmıştır. Buna paralel olarak, negatif olabilirlik oranının düşük (LR− = 0.12) olması, negatif test sonucunun OKB ve ilişkili bozuklukların dışlanmasında klinik

olarak güvenilir olduğunu göstermektedir. Alt tanılara bakıldığında OKB, belirgin şekilde daha güçlü tanısal doğruluk göstermiş; kappa katsayısı 0.73 ile iyi düzeyde uyum elde edilmiş, duyarlılık ve özgüllük oranları yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda istifleme bozukluğu için DIAMOND-KID ile klinik görüşme arasındaki tanısal uyum kappa = 0.53 olarak bulunmuş ve bu değer orta düzeyde, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir uyuma işaret etmiştir. Duyarlılığın =0.75 düzeyinde olması, özgüllüğün =0.97 gibi yüksek bir değerde seyretmesi, bozukluğu olmayan olguların neredeyse tamamının doğru dışlandığını göstermektedir. Trikotillomani için kappa 0.90 olup, klinik görüşme ile çok yüksek düzeyde paralellik göstermektedir; duyarlılık ve özgüllüğün her ikisinin de oldukça yüksek olması nedeniyle bu tanıda DIAMOND-KID'in yanlış sınıflandırma olasılığı oldukça düşüktür. Deri Yolma Bozukluğu için DIAMOND-KID ile klinik görüşme arasındaki uyum kappa = 0.38 olup, bu değer istatistiksel olarak anlamlı ancak sınırlı düzeyde bir uyuma işaret etmektedir. Duyarlılık 0.75 (0.41–0.93) ile klinik olguların büyük bölümünün yakalandığını, özgüllük ise 0.92 (0.87–0.95) ile yanlış pozitif oranının düşük olduğunu göstermektedir. Buna karşın PPV'nin 0.28 (0.13–0.50) gibi düşük çıkması, DIAMOND-KID'in bu tanıda pozitif sonuç verdiği olguların önemli bir kısmının klinik olarak doğrulanmadığını düşündürmektedir. NPV'nin 0.98 (0.95–0.99) olması, negatif sonuçların klinik açıdan güvenilir olduğunu ve DIAMOND-KID'in tanıyı dışlamakta daha başarılı olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar için DIAMOND-KID ile klinik görüşme arasındaki tanısal uyumun iyi düzeyde olduğu görülmüştür (kappa = 0.67). Tanısal performans göstergeleri incelendiğinde, duyarlılık (0.75) ve özgüllük (0.97) değerlerinin genel olarak yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda Beslenme ve Yeme Bozuklukları için DIAMOND-KID ile klinik görüşme arasındaki tanısal uyumun orta düzeyde olduğu görülmüştür (kappa = 0.59). Bu tanı grubunda duyarlılık 0.80, özgüllük 0.98 olarak saptanmış; buna göre DIAMOND-KID'in klinik olarak yeme bozukluğu bulunan olguların büyük çoğunluğunu doğru biçimde tanılayabildiği ve bozukluğu olmayan olguları çok yüksek doğrulukla dışlayabildiği belirlenmiştir.

Nörogelişimsel Bozukluklar için DIAMOND-KID ile klinik görüşme arasındaki tanısal uyumun çok iyi düzeyde olduğu görülmüştür (kappa = 0.80). Tanısal performans göstergeleri incelendiğinde; duyarlılığın 0.93, özgüllüğün 0.86, pozitif öngörü değerinin 0.89 ve negatif öngörü değerinin 0.91 olması, DIAMOND-KID'in bu alanda hem tanı koyma hem de tanıyı dışlama açısından yüksek güvenilirlik sunduğunu düşündürmektedir. Ayrıca pozitif olabilirlik oranının 7.0 olması, pozitif sonuç veren bir olgunun gerçekten nörogelişimsel bozukluğa sahip olma olasılığının, sahip olmama olasılığına göre 7 kat daha yüksek olduğunu göstermektedir. Buna ek olarak negatif olabilirlik oranının 0.07 gibi oldukça düşük bir düzeyde bulunması, taramada negatif sonuç alan bir olguda nörogelişimsel bir bozukluk bulunma ihtimalinin klinik olarak minimal olduğunu göstermektedir.

Yıkıcı, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları tanı grubuna ilişkin bulgular, DIAMOND-KID'in klinik görüşme ile iyi oranda örtüştüğünü göstermektedir (kappa = 0.75). Bu düzey, yarı yapılandırılmış görüşmenin ilgili bozuklukları tanımlamada güvenilir bir karşılaştırma ölçütü olarak kullanılabileceğine işaret etmektedir. Performans göstergeleri incelendiğinde; duyarlılığın 0.87 olması, ölçeğin belirtileri yakalama kapasitesinin güçlü olduğunu ortaya koymaktadır. Özgüllüğün 0.95 olması, yanlış pozitiflerin oldukça sınırlı olduğunu, yani tanı konmaması gereken olguların büyük çoğunluğunun doğru biçimde elendiğini göstermektedir.

Tablo 4 sonuçları, DIAMOND-KID'in klinik görüşme ile genel olarak anlamlı ve yüksek düzeyde bir uyum gösterdiğini ortaya koymaktadır. Genel olarak, pozitif sonuçların birçok tanı alanında yüksek doğrulama değeri taşıdığı; negatif sonuçların ise bozukluğu dışlama açısından yüksek güvenilirlik sunduğu izlenmektedir. Bu bulgular, DIAMOND-KID'in Tablo 4'te değerlendirilen tanı alanlarında tarama ve tanısal yönlendirme süreçlerinde klinik açıdan işlevsel bir araç olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. DIAMOND-KID Tanılarının Klinik Tanılarla Karşılaştırılması.

Tanı	*Duyarlılık (Sensitivite)*	*Özgüllük (Spesifisite)*	*Pozitif Prediktif Değer*	*Negatif Prediktif Değer*	*Pozitif Olabilirlik Oranı (LR+)*	*Negatif Olabilirlik Oranı (LR−)*	*Kappa Katsayısı (κ)*
Anksiyete bozuklukları	0.90(0.82- 0.95)	0.80(0.71 - 0.86)	0.79(0.70 - 0.86)	0.90(0.82 - 0.94)	4.5(3.1 - 6.6)	0.12(0.06 - 0.23)	0.69**
SAB	0.68(0.50 - 0.81)	0.95(0.90 - 0.97)	0.72(0.54 - 0.85)	0.94(0.893 - 0.96)	13.8(6.7 - 28.4)	0.34(0.20 - 0.56)	0.65**
PB	0.94(0.72 - 0.99)	0.99(0.96 - 0.99)	0.93(0.71 - 0.98)	0.99(0.96 - 0.99)	156.3(23.6 - 1189.6)	0.06(0.01 - 0.41)	0,93**
YAB	0.82(0.67 - 0.91)	0.93(0.87 - 0.96)	0.73(0.58 - 0.84)	0.95(0.90 - 0.97)	11.6(6.4 - 20.9)	0.19(0.10 - 0.38)	0.72**
ÖF	0.82(0.52 - 0.95)	0.94(0.89 - 0.96)	0.45(0.25 - 0.65)	0.98(0.95 - 0.99)	13.6(7.2 - 25.8)	0.19(0.05 - 0.67)	0.55**
AAB	0.79(0.52 - 0.92)	0.96(0.93 - 0.98)	0.64(0.43 - 0.827)	0.98(0.95 - 0.99)	23.8(10.3 - 54.5)	0.22(0.08 - 0.60)	0.69**
Duygudurum bozuklukları	0.76(0.61 - 0.87)	0.95(0.91 - 0.97)	0.80(0.65 - 0.90)	0.94(0.896 - 0.97)	16.9(8.1 - 36.1)	0.24(0.14 - 0.43)	0.73**
DİSTİMİ	0.60(0.23 - 0.88)	0.97(0.94 - 0.99)	0.42(0.15 - 0.75)	0.98(0.96 - 0.99)	28.5(8.5 - 95.1)	0.40(0.14 - 1.1)	0.49**
MDB	0.80(0.61 - 0.91)	0.98(0.94 - 0.99)	0.87(0.67 - 0.95)	0.97(0.93 - 0.98)	44.4(14.5 - 141.5)	0.20(0.09 - 0.44)	0,81**
PDB	0.63(0.31 - 0.86)	0.98(0.95 - 0.99)	0.62(0.30 - 0.86)	0.94(0.95 - 0.99)	39.1(11.2 - 135.1)	0.38(0.15 - 0.93)	0.61**
OKB ve ilişkili bozukluklar	0.92(0.81 - 0.97)	0.75(0.67 - 0.81)	0.55(0.44 - 0.65)	0.96(0.91 - 0.98)	3.7(2.7 - 5.1)	0.10(0.04 - 0.27)	0.55**
OKB	0.88(0.69 - 0.95)	0.94(0.89 - 0.96)	0.67(0.50 - 0.81)	0.98(0.94 - 0.99)	15.1(8 - 27.8)	0.13(0.04 - 0.38)	0.73**
BAB	0.89(0.57 - 0.98)	0.95(0.91 - 0.97)	0.5(0.28 - 0.72)	0.99(0.96 - 0.99)	20.6 (10 - 42.2)	0.11(0.01 - 0.73)	0.62**
İB	0.75(0.30 - 0.95)	0.97(0.94 - 0.99)	0.42(0.15 - 0.75)	0.99(0.97 - 0.99)	35.7(11.6 - 110)	0.25(0.04 - 1.39)	0.53**
TTM	1(0.70 – 1.0)	0.98(0.96 - 0.99)	0.81(0.52 - 0.94)	1(0.98 - 1)	90.9(23.4 - 369)	0 (0 – ∞)	0.90**
EDB	0.75(0.41 - 0.93)	0.92(0.87 - 0.95)	0.28(0.13 - 0.5)	0.98(0.95 - 0.99)	9.3(4.9 - 17.5)	0.27(0.08 - 0.90)	0.38**
Travma ve stresörle ilişkili bozukluklar	0.75(0.47 - 0.91)	0.97(0.93 - 0.98)	0.64(0.38 - 0.83)	0.98(0.95 - 0.99)	27.7(10.8 - 69.1)	0.25(0.09 - 0.68)	0,67**
TSSB	0.83(0.44 - 0.97)	0.98(0.95 - 0.99)	0.62(0.30 - 0.86)	0.99(0.97 - 0.99)	52.1(16.1 - 170.5)	0.17(0.02 - 1.01)	0.70**
UB	0.5(0.19 - 0.81)	0.98(0.95 - 0.99)	0.5(0.18 - 0.81)	0.98(0.95 - 0.99)	31.2(7.9 - 125)	0.50(0.22 - 1.13)	0.48**

Tablo 4. (Devamı)

Beslenme ve yeme bozuklukları	0.8(0.55 - 0.93)	0.93(0.89 - 0.96)	0.522(0.33 - 0.708)	0.98(0.95 - 0.99)	13.1(7 - 24.4)	0.21(0.077 - 0.58)	0.59**
BN	1(0.34 - 1)	0.98(0.95 - 0.99)	0.4(0.11 - 0.76)	1(0.98 - 1)	62.5(20.9 - 197.7)	0 (0 – ∞)	0.57**
TYB	0.5(0.15 - 0.85)	0.99(0.96 - 0.99)	0.5(0.15 - 0.85)	0.99(0.96 - 0.99)	50(8.7 - 259.1)	0.50(0.19 - 1.34)	0.49**
KKYAB	0.89(0.57 - 0.98)	0.96(0.93 - 0.98)	0.57(0.32 - 0.78)	0.99(0.96 - 0.99)	27.7(12.1 - 62.5)	0.11(0.01 - 0.72)	0.68**
Madde Kullanım Bozukluğu	1(0.51 – 1.0)	1(0.98 - 1)	1(0.51 - 1)	1(0.98 - 1)	∞ [0 – ∞)	0 (0 – ∞)	1,0**
Nörogelişimsel bozukluklar	0.93(0.87 - 0.97)	0.86(0.78 - 0.92)	0.89(0.81 - 0.93)	0.91(0.841 - 0.96)	7.0(4.1 - 12.0)	0.07(0.03 - 0.15)	0.80**
DEHB	0.92(0.85 - 0.96)	0.87(0.78 - 0.92)	0.88(0.81 - 0.93)	0.91(0.83 - 0.95)	7.1(4.1 - 12.1)	0.09(0.04 - 0.17)	0.79**
TİK BOZUKLUKLARI	1(0.70 – 1.0)	0.98(0.96 - 0.99)	0.81(0.52 - 0.94)	1(0.98 - 1)	90.9(23.4 - 369.0)	0 (0 – ∞)	0.90**
Yıkıcı, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları	0.87(0.68 - 0.96)	0.95(0.91 - 0.97)	0.71(0.52 - 0.84)	0.98(0.94 - 0.99)	18.5(9.3 - 37.4)	0.13(0.04 - 0.39)	0.75**
APB	0.5(0.15 - 0.85)	0.98(0.95 - 0.99)	0.4(0.11 - 0.76)	0.98(0.96 - 0.99)	31.2(7.1 - 141.2)	0.50(0.19 - 1.35)	0.43**
KOKG	0.67(0.35 - 0.88)	0.95(0.91 - 0.97)	0.4(0.19 - 0.64)	0.98(0.95 - 0.99)	13.8(6.2 - 30.2)	0.35(0.13 - 0.88)	0.47**
DB	0.85(0.58 - 0.96)	0.98(0.96 - 0.99)	0.84(0.57 - 0.95)	0.98(0.96 - 0.97)	76.9(19.0 - 311.5)	0.15(0.04 - 0.55)	0.84**
Bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar	0.8(0.38 - 0.96)	1(0.98 - 1)	1(0.51 - 1)	0.99(0.97 - 0.99)	∞ [0 – ∞)	0.2(0.03 - 1.15)	0.89**

SAB = Sosyal Anksiyete Bozukluğu; PB = Panik Bozukluğu; YAB = Yaygın Anksiyete Bozukluğu; ÖF = Özgül Fobi; AAB = Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu; DİSTİMİ = Distimi; MDB = Major Depresif Bozukluk; PDB = Premenstrüel Disforik Bozukluk; OKB = Obsesif-Kompulsif Bozukluk; BAB = Beden Dismorfik Bozukluğu; İB = İstifleme Bozukluğu; TTM = Trikotillomani; EDB = Deri Yolma Bozukluğu; TSSB = Travma Sonrası Stres Bozukluğu; UB = Uyumsuzluk Bozukluğu; BN = Bulimia Nervoza; TYB = Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu; KKYAB = Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu; MKB = Madde Kullanım Bozukluğu; DEHB = Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; TİK = Tik Bozuklukları; APB = Aralıklı Patlayıcı Bozukluk; KOKG = Karşıt Olma/Karşı Gelme Bozukluğu; DB = Davranım Bozukluğu.

*p < .05. **p < .001.

4.2.2.2. DIAMOND-KID Tanılarının Değerlendiriciler Arası Güvenilirliği

Bazı tanı kategorilerinde olgu sayısının çok düşük olması nedeniyle, beş ve daha fazla katılımcının bulunduğu tanılar için kappa hesaplaması yapılmıştır. Bu yaklaşım, düşük prevalanslı tanılarda kappa katsayısının istatistiksel olarak kararsız olabileceğine ilişkin metodolojik önerilerle uyumludur (74) . DIAMOND-KID tanılarının değerlendirmeciler arası güvenirlik sonuçları Tablo 5'te yer almaktadır. Anksiyete bozuklukları alanında Yaygın Anksiyete Bozukluğu için elde edilen kappa katsayısı 0.93 olup, bu değer değerlendirmeciler arasında çok iyi düzeyde uyuma işaret etmektedir. Benzer şekilde, herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı için kappa katsayısı 0.91 bulunmuş ve çok iyi düzeyde değerlendirilebilir bir tutarlılık göstermiştir. Duygudurum bozuklukları kategorisinde ise herhangi bir duygudurum bozukluğunun kappa katsayısının 0.36 olarak hesaplanması, bu alanda değerlendirmeciler arasında düşük düzeyde uyum olduğunu göstermektedir. Buna karşın OKB ve ilişkili bozukluklar için elde edilen 0.67 değeri, değerlendirmeciler arasında iyi düzeyde bir uyuma işaret etmektedir. Nörogelişimsel bozukluklar grubunda, hem DEHB (k=0.81) hem de herhangi bir nörogelişimsel bozukluk (k=0.81) için elde edilen sonuçlar, değerlendirmeciler arasında çok iyi düzeyde bir uyum olduğunu göstermektedir. Değerlendiriciler arası güvenilirlik, tabloda bulunan tüm tanı alanlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p < .05, **p < .001).

Genel olarak tablo, DIAMOND-KID'in özellikle anksiyete, OKB ve ilişkili bozukluklar ile nörogelişimsel bozukluklar alanlarında yüksek değerlendirici tutarlılığı sunduğunu; buna karşın duygudurum bozuklukları alanında değerlendirmeciler arası değişkenliğin daha belirgin olduğunu göstermektedir.

Tablo 5. DIAMOND-KID Tanılarının Değerlendiriciler Arası Güvenilirliği

Tanılar	K	95% CI	*t*	Yorumlama
Anksiyete Bozuklukları				
YAB	0.93	[0.20, 0.98]	3,04*	Çok iyi uyum
Herhangi Bir Anksiyete Bozukluğu	0.91	[0.73, 1]	4,60**	Çok iyi uyum
Duygudurum Bozuklukları				
Herhangi bir duygudurum Bozukluğu	0.36	[0.11, 0.61]	2.89**	Düşük uyum
OKB ve ilişkili bozukluklar				
Herhangi bir OKB ve ilişkili bozukluk	0.67	[0.34, 1]	3,17*	İyi uyum
Nörogelişimsel Bozukluklar				
DEHB	0.81	[0.57 1]	3,88**	Çok iyi uyum
Herhangi bir nörogelişimsel bozuklukluk	0.81	[0.57 1]	3,88**	Çok iyi uyum

Not. YAB = Yaygın Anksiyete Bozukluğu; OKB = Obsesif-Kompulsif Bozukluk; DEHB = Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.
*$p < .05$. **$p < .001$.

4.2.2.3. DIAMOND-KID Tanıları için Test-Tekrar Test Güvenilirliği

Tablo 6'te DIAMOND-KID tanıları için test–tekrar test güvenirliği sonuçları sunulmaktadır. Anksiyete bozuklukları grubunda; Sosyal Anksiyete Bozukluğu (k=0.90), Panik Bozukluk (k=1.00), Yaygın Anksiyete Bozukluğu (k=0.85) ve Özgül Fobi (k=0.70) ve "herhangi bir anksiyete bozukluğu" tanısı (k=0.88) için elde edilen kappa katsayıları iyi ile çok iyi düzeyde uyuma işaret etmektedir.

Duygudurum bozuklukları alanında Major Depresif Bozukluk (k=0.81) ve herhangi bir duygudurum bozukluğu (k=0.94) sonuçları çok iyi düzeyde bulunmuştur. OKB ve ilişkili bozukluklar grubunda OKB (k=0.88), Trikotillomani ile Deri Yolma Bozukluğu (k=1.00) ve "herhangi bir OKB ve ilişkili bozukluk" tanısı (k=0.86) için de çok iyi düzeyde güvenirlik değerleri elde edilmiştir. Bedensel belirti ile ilişkili bozukluklar için kappa katsayısı 0.80 olup, bu alan için de çok iyi bir güvenirlik düzeyi gözlenmiştir. Travma ve stresör ile ilişkili bozukluklarda, TSSB (k=0.88) ve "herhangi bir travma ve stresör ile ilişkili bozukluk (k=1.00)" tanıları çok iyi düzeyde uyum sergilemiştir. Beslenme ve yeme bozukluklarında "herhangi bir beslenme ve yeme bozukluğu" tanısı için k=0.85 değeri elde edilmiş ve çok iyi düzeyde güvenirlik kaydedilmiştir. Nörogelişimsel bozukluklar alanında DEHB (k=0.97) ve "herhangi bir

nörogelişimsel bozukluk" tanısı (k=1.00) çok iyi düzeyde test–tekrar test güvenirliği göstermiştir.

Elde edilen kappa katsayılarının 0.70–1.00 aralığında olması, DIAMOND-KID'in farklı tanı alanlarında aynı sonuçları tekrar üretebildiğini; yani aracın ölçtüğü şeyi zaman içinde tutarlı biçimde yeniden ölçebildiğini göstermektedir. Bu durum, ölçeğin zamana karşı kararlı, tekrarlanabilir ve güvenirliği yüksek bir yapıda olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 6. DIAMOND-KID Tanıları için Test-Tekrar Test Güvenilirliği

Tanılar	K	95% CI	*t*	Yorumlama
Anksiyete Bozuklukları				
SAB	0.90	[0.70, 1]	6,44**	Çok iyi uyum
PB	1	[1, 1]	7,14**	Çok iyi uyum
YAB	0.85	[0.65,1]	6,15**	Çok iyi uyum
ÖF	0.70	[0.37, 1]	4,98**	İyi uyum
Herhangi Bir Anksiyete Bozukluğu	0.88	[0.75, 1]	6,34**	Çok iyi uyum
Duygudurum Bozuklukları				
MDB	0.81	[0.55, 1]	5,79**	Çok iyi uyum
Herhangi bir duygudurum Bozukluğu	0.94	[0.81, 1]	6,69**	Çok iyi uyum
OKB ve ilişkili bozukluklar				
OKB	0.88	[0.64, 1]	6,31**	Çok iyi uyum
TTM ve DY	1.0	[1, 1]	7,14**	Çok iyi uyum
Herhangi bir OKB ve ilişkili bozukluk	0.86	[0.71, 1]	6,15**	Çok iyi uyum
Bedensel belirti ile ilişkili bozukluklar	0.80	[0.39, 1]	5,77**	Çok iyi uyum
Travma ve Stresör ile İlişkili Bozukluklar				
TSSB	0.88	[0.64 1]	6,31**	Çok iyi uyum
Herhangi birTravma ve Stresör ile İlişkili Bozukluk	1.0	1	7,14**	Çok iyi uyum
Beslenme ve Yeme bozuklukları				
Herhangi bir Beslenme ve Yeme bozukluğu	0.85	[0.55, 1]	6,12**	Çok iyi uyum
Nörogelişimsel Bozukluklar				
DEHB	0.97	[0.88 1]	6,85**	Çok iyi uyum
Herhangi bir nörogelişimsel bozuklukluk	1.0	[1, 1]	7,14**	Çok iyi uyum

Not. SAB: Sosyal Fobi; PB: Panik Bozukluk; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu; ÖF: Özgül Fobi; MDB: Major Depresif Bozukluk; OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk; TTM: Trikotillomani; DY: Deri Yolma Bozukluğu; TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu; DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
*p < .05. **p < .001.

4.2.2.4. Belirli DIAMOND-KID Tanıları Bulunan ve Bulunmayan Katılımcıların Öz-Bildirim Ölçekleri Açısından Karşılaştırılması

DIAMOND-KID ile tanı alan (ilk görüşmede) ve almayan katılımcıların ilgili öz-bildirim ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır (Tablo 7.). Tanı grupları arasında gerçekleştirilen t-testlerinin sonuçları istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < .001$.). Tüm tanı kategorilerinde, tanı alan grubun ölçek puanlarının tanı almayan gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek (veya ilgili bozukluğun doğasına göre daha düşük) olduğu görülmüştür. Bu sonuç, görüşmenin tanı koyduğu bireylerin, aynı psikopatoloji alanına yönelik öz-bildirimlerde de beklenen yönde belirgin puan farklılıkları gösterdiğini ortaya koymakta ve yakınsak geçerliliği desteklemektedir.

Alanlar arası etki büyüklüklerinin orta–çok büyük düzeyde olması (d: 0.83–2.49), DIAMOND-KID tanılarının ilgili psikopatoloji alanına yönelik ölçümlerdeki karşılıklarının klinik olarak anlamlı bir ayrışma oluşturduğunu göstermektedir. Buna ek olarak AUC değerlerinin 0.62–0.93 aralığında değişerek çoğunlukla iyi ve çok iyi ayırt edicilik düzeyinde olması, DIAMOND-KID'in ilgili tanı alanlarında ölçek puanlarına göre bireyleri doğru sınıflandırma kapasitesine sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, DIAMOND-KID'in ele aldığı tanı alanlarında öz-bildirim ölçekleriyle aynı yapıyı ölçtüğü, tanı alan bireylerin klinik profilini özbildirimde de tutarlı biçimde yansıttığı ve ölçeğin yakınsak geçerliliğe sahip olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Sonuç olarak, Tablo 7 bulguları DIAMOND-KID'in çocuk ve ergenlerde tanı koyduğu alanların, ilgili psikopatolojiye özgü özbildirim ölçekleri tarafından da desteklendiğini göstermekte; böylece ölçme aracının geçerliliğini güçlendirmektedir.

Tablo 7'te elde edilen bulgular, DIAMOND-KID'in değerlendirdiği tanı alanlarında ölçüm sonuçlarıyla beklenen yönde tutarlılık gösterdiğine işaret etmektedir. Bu sonuçlar, ölçeğin ele alınan psikopatoloji gruplarında yakınsak geçerliliğinin desteklendiğini düşündürmektedir; ancak bu bulguların farklı örneklemler ve daha geniş popülasyonlarda tekrarlanması, bulguların genellenebilirliği açısından önemlidir. Belirli DIAMOND-KID tanıları bulunan ve

bulunmayan katılımcıların öz-bildirim ölçekleri açısından karşılaştırılması Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Belirli DIAMOND-KID Tanıları Bulunan ve Bulunmayan Katılımcıların Öz-Bildirim Ölçekleri Açısından Karşılaştırılması

Tanılar		Ölçüm Aracı	Tanı Alan	Tanı Almayan	*t*	*d*	*AUC* (*95% CI*)
Anksiyete Bozuklukları	SAB	ÇADÖ-Y-SAB	17.21 (6.60) (*n* = 28)	9.32 (6.48) (*n* = 165)	5.94**	1.20	0,81 (0,72-0,89)
	PB	ÇADÖ-Y-PB	16.31 (5.43) (*n* = 16)	7.41 (6.83) (*n* = 177)	5.06**	1.44	0,84 (0,78-0,91)
	YAB	ÇADÖ-Y-YAB	8,55 (4,32) (*n* = 42)	6,76 (4,19) (*n* = 151)	2,43*	0.42	0,62 (0,52-0,71)
	AAB	ÇADÖ-Y-AAB	8.12 (4.70) (*n* = 17)	4,22 (3,61) (*n* = 176)	4,13**	1.05	0,74 (0,61-0,87)
	HAB	ÇADÖ-Y-TP	43,97 (19,97) (*n* = 101)	28,54 (19,69) (*n* = 92)	5.39**	0.98	0,73 (0,66-0,80)
Depresif Bozukluklar	Distimi	CDI	24.75 (4.03) (*n* = 4)	12.16 (7.64) (*n* = 159)	3.27*	2.06	0,92 (0,86-0,98)
	MDB	CDI	21.90 (7.22) (*n* = 20)	11.15 (6.95) (*n* = 143)	6.40**	1.51	0,86 (0,78-0,95)
	HDB	CDI	21.55 (8.10) (*n* = 29)	10.50 (6.21) (*n* = 134)	8.20**	1.53	0,86 (0,78-0,95)
OKB ve İlişkili Bozukluklar	OKB	ÇY-BOKÖ	16.26 (7.84) (*n* = 31)	0.99 (3.66) (*n* = 164)	17.06**	2.49	0,93 (0,86-0,99)
	BAB	BAÖ	2.89 (0.68) (*n* = 16)	3.86 (0.71) (*n* = 175)	-5,22**	1.38	0,87 (0,75-0,97)
	İB	CSI	50.43 (16.75) (*n* = 7)	21.73 (14.78) (*n* = 187)	5,02	1.81	0,91 (0,82-0,99)
	TTM	MGH-SY	9.27 (8.55) (*n* = 11)	0.87 (3.22) (*n* = 183)	7.32**	1.30	0,87 (0,73-1,00)
Diğer Bozukluklar	DEHB	Conners	17.67 (8.95) (*n* = 106)	9.19 (7.04) (*n* = 88)	5.62**	1.05	0,77 (0,71-0,84)
	KOKGB	Conners	10.87 (4.88) (*n* = 15)	5.91 (4.49) (*n* = 179)	4,07**	1.05	0,78 (0,65-0,91)
Beslenme ve Yeme Bozuklukları	HBYB	YTT-26	62.17 (22.73) (*n* = 23)	45.96 (15.57) (*n* = 167)	4.40**	0.83	0,73 (0,63-0,83)

Not. SAB *= Sosyal anksiyete bozukluğu;* ***PB*** *= Panik bozukluk;* ***YAB*** *= Yaygın anksiyete bozukluğu;* ***AAB*** *= Ayrılma anksiyetesi bozukluğu;* ***ÇADÖ-Y-TP*** *= Çocuk Anksiyete Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı;* ***HAB*** *= Herhangi bir anksiyete bozukluğu;* ***CDI*** *= Çocuk Depresyon Envanteri;* ***Distimi*** *= Distimik bozukluk;* ***MDB*** *= Majör depresif bozukluk;* ***HDB*** *= Herhangi bir depresif bozukluk;* ***OKB*** *= Obsesif kompulsif bozukluk;* ***BAB*** *= Beden algısı bozukluğu;* ***İB*** *= İstifleme Bozukluğu;* ***TTM*** *= Trikotillomani;* ***DEHB*** *= Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu;* ***KOKGB*** *= Karşı olma karşı gelme bozukluğu;* ***HBYB*** *= Herhangi bir beslenme/yeme bozukluğu;* ***YTT-26*** *= Yeme Tutum Testi-26;* ***BAÖ*** *= Beden Algısı Ölçeği;* ***CSI*** *= Çocuk Biriktirme Envanteri;* ***MGH-SY*** *= Massachusetts General Hospital Saç Yolma Ölçeği;* ***AUC (95% CI)*** *= Eğri Altı Alan (%95 Güven Aralığı).*

*$p < .05$. **$p < .001$.

4.3. Bulguların Genel Değerlendirmesi

Çalışmada elde edilen bulgular, DIAMOND-KID'in değerlendirilen klinik tanı alanlarında genel olarak kabul edilebilir ve iyi düzeyde güvenirlik ile geçerlilik göstergeleri sunduğunu ortaya koymaktadır. Değerlendiriciler arası ve test-tekrar test analizlerinde istatistiksel olarak anlamlı kappa katsayıları ölçeğin zaman içinde kararlı sonuçlar üretebildiğini desteklemektedir. Yakınsak geçerlilik analizlerinde, tanı alan bireylerin klinik ölçümlerde beklenen yönde ve anlamlı farklılıklar göstermeleri, DIAMOND-KID tanılarının ilgili psikopatolojik yapılara yönelik ölçüm sonuçlarıyla tutarlı olduğunu düşündürmektedir. Bu doğrultuda bulgular, DIAMOND-KID'in çalışılan örneklemde ele alınan tanı kategorilerinde tanısal süreçleri destekleyebilecek nitelikte olduğunu, ancak bazı alanlarda daha geniş örneklemlerle yapılacak çalışmaların gerekliliğini göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında klinik uygulamaların en kritik gereksinimlerinden biri, belirtilerin doğru biçimde değerlendirilerek güvenilir tanılara ulaşılabilmesidir. Türkiye'de özellikle obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozuklukları ayrıntılı biçimde ele alan, DSM-5 tanı ölçütlerine dayalı ve standardize edilmiş bir görüşme aracının bulunmaması, bu alandaki tanısal süreçlerde önemli bir boşluk yaratmaktadır. Bu çalışma, DIAMOND-KID'in Türkçe'ye uyarlanmasını yalnızca dilsel eşdeğerlik üzerinden ele almakla sınırlı kalmayıp, aracın psikometrik özelliklerini bütüncül bir yaklaşımla incelemeyi amaçlamıştır. Çalışmamızda DIAMOND-KID'in psikometrik özellikleri çok boyutlu bir yaklaşımla ele alınmıştır. Tanısal geçerlilik, yarı yapılandırılmış görüşmeden elde edilen tanıların klinik görüşme temelli tanılarla karşılaştırılması yoluyla değerlendirilmiştir. Değerlendiriciler arası güvenirlik, farklı değerlendiriciler tarafından yapılan görüşmeler arasındaki tutarlılığın incelenmesi amacıyla hesaplanmıştır. Test–tekrar test güvenirliği ise görüşme formunun zaman içindeki kararlılığını ortaya koymak üzere analiz edilmiştir. Ayrıca, elde edilen tanıların ilgili klinik ölçeklerle olan ilişkileri incelenerek, aracın beklenen yönlerde korelasyon gösterip göstermediği değerlendirilmiştir. DSM-5 ölçütlerine dayalı yarı yapılandırılmış bir görüşmenin Türkçe konuşan çocuk ve ergen popülasyonunda ilk kez bu kapsamda sistematik biçimde değerlendirilmiş olması, nadir örneklerden biri olup, daha önce Türkçeye uyarlanmış bazı görüşme araçlarının OKB ve ilişkili bozuklukları sınırlı düzeyde kapsadığı göz önüne alındığında, DSM-5 temelli bu kapsam ve derinlikte yapılan ilk çalışma olarak öne çıkmaktadır.

Çalışmamızın geçerlilik aşaması, DIAMOND-KID'in özgün İngilizce formunun klinik örneklemde yürütülen geçerlilik çalışmasıyla çeşitli açılardan farklılıklar göstermektedir. Örneklem büyüklüğümüz klinik açıdan anlamlı kabul edilebilecek düzeyde olmakla birlikte, özgün çalışmadaki örneklem (n = 311) ile karşılaştırıldığında daha sınırlı kalmaktadır. Ayrıca, örneklemin yaş ortalaması özgün çalışmadan (Ort. = 14.33) daha düşük olup erken yaş grubunu temsil etmektedir. Bu durum belirli açılardan avantaj olarak değerlendirilebilir; zira özgün araştırmada 10 yaş altındaki çocukların sayısının düşük olması (n = 19) nedeniyle bu yaş grubunun

analizlere dahil edilmediği belirtilmiştir (4). Buna karşın, çalışmamızda 10 yaş altı çocuk sayısının daha yüksek olması (n = 37) bu grubun verileri analize dahil etmemize olanak sağlamıştır. Dolayısıyla bu araştırma, DIAMOND-KID'in geliştirme çalışmasında metodolojik olarak boşlukta kalan küçük yaş grubuna yönelik veri eksikliğini doldurarak, erken yaşta tanısal görüşme uygulamalarının güvenilirliğine dair literatüre özgün bir katkı sunmaktadır. Geliştirici çalışma, hastane temelli bir ayaktan tedavi kliniği, iki klinik araştırma laboratuvarı ve bir özel muayenehanede gibi tek bir kurumdan yürütülmemiş olup çok merkezli bir veri toplama modeliyle tasarlanmasıyla çalışmamızdan ayrılmaktadır. Çok merkezli araştırmaların kendine özgü birtakım güçlü yönleri bulunmaktadır. Birden fazla kurumun dahil edilmesi, örneklem hacmini artırmakta, kurumlar arası kaynak ve deneyim paylaşımını kolaylaştırmakta ve akademik iş birliği/ağ oluşturma imkanlarını genişletebilmektedir (75). Tek merkezde yürütülen çalışmalara göre çok merkezli tasarımlar, farklı klinik ortamlardan elde edilen veriler sayesinde tekrarlanabilirliği ve genellenebilirliği (76) yükseltmekte; ayrıca araştırma sonuçlarının klinik uygulamaya aktarılabilirliğini güçlendirmektedir (77). Bununla birlikte, çok merkezli bir araştırma yürütmek birtakım güçlükleri de beraberinde getirebilir. Merkezler arası veri toplama süreçlerinin standardize edilmesi, görüşmecilerin uygulama biçimindeki farklılıklar, hasta kabul/örnekleme kriterlerindeki değişkenlik gibi küçük metodolojik sapmalar; sonuçların tutarlılığını azaltabilmekte ve analiz aşamasında ek düzeltme/uyarlamalar gerektirebilmektedir. Farklı klinik ortamlarda oluşabilen bu çeşitlilik, özellikle yarı yapılandırılmış görüşme araçlarında, tanı koyma sürecinin uygulayıcıya bağlı etkilenme riskini artırarak bulguların yorumlanmasını zorlaştırabilmektedir (78). DIAMOND-KID'in geliştirici çalışmasında çok merkezli olarak yürütülmüş olması, aracın farklı klinik ortamlarda geçerli ve güvenilir biçimde kullanılabileceğini zaten göstermiştir. Bu nedenle, mevcut araştırmanın tek merkezli olarak planlanması, yöntemsel bir eksiklikten ziyade; uyarlama ve geçerlilik sürecinde kontrolü artırmaya yönelik bilinçli bir tercihtir. Tek merkezli yapı sayesinde: uygulama biçimi, çevresel/kurumsal koşullar ve örnekleme süreci gibi değişkenler homojen tutulmuş, böylece geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinde uygulayıcı dışı etkilerin minimize edilmesi amaçlanmıştır. Bu yönüyle çalışma, özellikle çeviri–adaptasyon aşamasında elde edilen bulguların daha sağlıklı yorumlanmasına olanak tanımaktadır. Geliştirici

çalışmanın örneklemi tedavi arayışıyla başvuran genel klinik popülasyondan oluşmuştur. Buna karşılık, mevcut çalışmada yalnızca çocuk psikiyatri polikliniğimize ilk kez başvuran olgular örnekleme dahil edilmiştir. Klinik öyküsünde daha önce psikiyatrik bir tanı almış olanlar (n=39) dahil edilmiş olmakla birlikte, aktif herhangi bir psikiyatrik tedavi kullanmakta olanlar çalışma dışı bırakılmıştır. Böylece tedavinin semptom görünümüne ve tanısal süreçlere olası etkileri kontrol altına alınarak, DIAMOND-KID'in tanısal performansı tedavi etkisine maruz kalmamış bir klinik profil üzerinde değerlendirilmiştir. Bu yaklaşım, geliştirici çalışmadaki geniş başvuru profili ile karşılaştırıldığında, tedavi geçmişi ve müdahale etkilerinin ölçüm duyarlılığı üzerinde oluşturabileceği yanlılığı azaltan bir örneklem yapısı sunmaktadır. Ana örneklemde her ne kadar tedavinin, belirti görünümünü hızlı şekilde değiştirebilmesi nedeniyle aktif psikiyatrik tedavi kullanan olgular dışlanmış olsa da, etik gereklilikler ve klinik işleyişten kaynaklanan sınırlılıklar nedeniyle test-tekrar test ve değerlendiriciler arası güvenilirlik alt örneklemlerinde bu kriter aynı düzeyde uygulanamamıştır. Bizim çalışmamızda tanı kesinliği bir dahil edilme kriteri olarak kullanılmadı; çünkü amaç, DIAMOND-KID'in klinik gerçeklikte karşılaşılan tanısal belirsizlik içeren olgularda nasıl işlediğini değerlendirmekti. Bu nedenle çalışmamızda tanısal belirsizlik içeren olguların dahil edilmesi, DIAMOND-KID'in klinik gerçeklikle temas eden koşullarda denenmesini mümkün kılmış olmakla birlikte, bazı tanı kategorilerinde uyum katsayılarının beklenenden daha düşük görünmesine katkıda bulunmuş olabilir.

DIAMOND-KID'in geliştirici çalışmasında, ilk değerlendirme aşamasında yapılandırılmış görüşmeler ağırlıklı olarak çocuk ve ebeveyn ile birlikte yürütülmüş; ancak test-tekrar test ve değerlendiriciler arası güvenilirlik uygulamalarında görüşmelerin yalnızca çocukla gerçekleştirilmesi tercih edilmiştir. Buna karşın, mevcut araştırmamızda DIAMOND-KID, klinik görüşme, test-tekrar test ve değerlendirmeciler arası güvenilirlik uygulamaları tümünde hem çocuk hem de ebeveyn bildirimleri üzerinden yürütülmüş; böylece çok boyutlu bir veri seti elde edilmiştir. Bu yaklaşım, çocuk ve ergen psikiyatrisi literatüründe sıkça vurgulanan çoklu bilgi vereni dahil etme gerekliliği ile uyumludur ve özellikle dışsallaştırma belirtileri gibi psikopatolojilerde değerlendirme duyarlılığını artırması bakımından

önemli bir avantaj sağlamaktadır (79). Bununla birlikte, çalışmamızda çoklu bilgi vereni kullanımının yaş grupları veya spesifik tanı kategorileri (örn. OKB ve ilişkili bozukluklar, nörogelişimsel bozukluklar gibi) temelinde karşılaştırmalı biçimde incelenmemiş olması, yöntemin farklı gelişim dönemleri ve klinik sunumlar üzerindeki etkisine ilişkin yorumlarımızı sınırlamaktadır. Gelecek araştırmalarda, bilgi vereni farklılıklarının yaşa, tanı grubuna veya belirti profilinin doğasına göre sistematik olarak karşılaştırılması; DIAMOND-KID'in değerlendirme dinamiklerine dair daha ayrıntılı ve genellenebilir sonuçlar sağlayabilecektir. Bu gözlemler, DIAMOND-KID'in görüşme yapısının çoklu bilgi vereni klinik süreçlere entegre etmeye uygun olduğunu göstermekte olup; geliştirici çalışma yazarlarının aracı tasarlarken vurguladıkları yaklaşım ile tutarlıdır (4).

DIAMOND-KID'in Türkçe uyarlamasına ilişkin ölçüt geçerliliği değerlendirilirken, bu çalışmayı geliştirme çalışmasından ayıran temel yöntemsel fark, aracın yalnızca özbildirim ölçekleriyle değil, doğrudan klinik görüşme ile karşılaştırmalı olarak incelenmesidir. Geliştirici çalışmada geçerlik büyük ölçüde özbildirim ölçekleri ve analizleri üzerinden sınanmışken, mevcut araştırmada DSM-5 ölçütleri dikkate alınarak yapılan görüşme ile DIAMOND-KID'in tanısal performansı duyarlılık, seçicilik, pozitif/negatif öngörü değerleri, olabilirlik oranları ve Cohen's kappa katsayıları aracılığıyla sistematik biçimde incelenmiştir. Klinik tanılar ve ölçek puanlarıyla karşılaştırmalı olarak elde edilen sonuçlar Tablo 4'de sunulmuş olup, alanlar bazında değerlendirmeler aşağıda ayrıntılı biçimde tartışılmıştır.

Çalışmamızda anksiyete bozuklukları tanılarında DIAMOND-KID ile klinik değerlendirme arasında iyi düzeyde bir uyum saptanmıştır ($\kappa = 0.69$). Bu kappa değeri, yapılandırılmış görüşmenin klinik tanılarla rastlantısal olmayan anlamlı bir tutarlılık gösterdiğini ifade eder. Tanısal performans açısından DIAMOND-KID'in duyarlılığı 0.90, özgüllüğü 0.80 olarak bulunmuştur. Yüksek duyarlılık, anksiyete bozukluğu olan vakaların büyük kısmının görüşme ile doğru tespit edildiğini; özgüllüğün %80 düzeyinde olması ise bozukluğu olmayan bireylerin önemli ölçüde doğru biçimde elendiğini göstermektedir. Nitekim pozitif öngörü değerlerinin yüksek oluşu (birçok alt tanı için pozitif olabilirlik oranı >10) ve negatif öngörü değerlerinin güçlü olması (negatif olabilirlik oranları <0,3) DIAMOND-KID ile anksiyete tanısı alan bir olgunun

gerçekten bu tanıya sahip olma olasılığının yüksek, almayanın ise bozukluk olasılığının düşük olduğunu desteklemektedir. Literatürle karşılaştırıldığında, bulgularımız genel olarak önceki çalışmalarla uyumludur. Örneğin, DSM-5 uyarlanmış K-SADS-PL görüşmesinin Yunanistan örnekleminde de anksiyete bozuklukları için klinik görüşme ile yapılandırılmış görüşme arasında iyi düzeyde uyum ($\kappa = 0.74$) bildirilmiştir (80). Bununla birlikte, alt tipler düzeyinde bazı değişkenlikler olabileceği görülmektedir. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) için elde edilen kappa katsayısı $\kappa = 0.72$ bulunmuştur. Bu değer, DIAMOND-KID ile klinik görüşme arasında iyi düzeyde bir uyuma işaret etmekte ve yapılandırılmış görüşme araçlarının YAB tanısındaki performansına ilişkin alanyazınla uyumludur. Örneğin, K-SADS'in Türkçe uyarlaması çalışmasında yapılan bir geçerlik çalışmasında YAB için $\kappa = 0.74$ bildirilmiş; bu da klinik görüşme ile yapılandırılmış görüşme arasında benzer düzeyde bir uyuma işaret etmiştir (81). Çalışmamızda sosyal anksiyete bozukluğu $\kappa = 0.65$, duyarlılık 0.68 ve seçicilik 0.95 bulunmuştur. Bulgularımız, sosyal anksiyete için yapılandırılmış görüşmelerde bildirilen uluslararası referans değerleriyle de paralellik göstermektedir. Örneğin, K-SADS-PL-5'in İspanyolca uyarlamasında SAB için $\kappa = 0.64$ rapor edilmiştir; bu değer bizim bulgumuzla örtüşmektedir. SAB'ın doğası gereği içselleştirilmiş bir psikopatoloji olması, klinik değerlendirmede bilgi vericiler arası uyumsuzluk riskini artırabilmektedir. Bu çalışmada görüşmelerin hem çocuk hem ebeveynle yürütülmüş olması, bazı örtük belirtilerin daha güvenilir biçimde yakalanmasına katkıda bulunmuş olabilir. Buna karşın, duyarlılığın özgüllüğe kıyasla daha düşük kalması, sosyal anksiyete belirtilerinin zaman zaman görüşme koşullarında tam tetiklenmemesi veya çocuğun ifade kapasitesi/kaçınma eğilimleri nedeniyle az raporlanmasıyla ilişkili olabilir. (82). Çalışmamızda panik bozukluğu için elde edilen $\kappa = 0.93$ düzeyindeki uyum, DIAMOND-KID ile klinik görüşme arasında neredeyse mükemmel bir tanısal tutarlılığa işaret etmektedir. Bununla birlikte, bu bulgunun yorumlanmasında dikkat edilmesi gereken noktalar bulunmaktadır. İlk olarak, her ne kadar κ değeri yüksek olsa da %95 güven aralığının geniş olması (0.67–0.99), panik bozukluğu tanısı alan olgu sayısının sınırlılığı nedeniyle, istatistiksel kestirimin yüksek belirsizlik payı içerdiğini göstermektedir. İkinci olarak, panik bozukluğu için özgüllüğün 0.99 ve yanlış pozitif oranının son derece düşük olması, Pozitif Olabilirlik Oranının (LR+) 156.3 gibi

matematiksel olarak uç bir değere ulaşmasına yol açmıştır; bu durum klinik açıdan güçlü bir ayırt edicilik ima etmekle birlikte, değerin, dağılımdaki hücre frekanslarının dengesinden etkilendiği ve küçük sapmalarla dramatik şekilde değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Benzer biçimde, duyarlılığın 0.94 düzeyinde olması yanlış negatif oranını azaltmış ve LR– değerinin (0.06) oldukça düşük görünmesine katkıda bulunmuştur. Çocuk ve ergenlerde panik bozukluğunun tanısal güvenilirliğini yapılandırılmış görüşmeler üzerinden inceleyen literatür incelendiğinde, ADIS-C/P, K-SADS, DISC ve DAWBA gibi yaygın kullanılan tanı araçlarının çoğunda panik bozukluğu için ayrı kappa katsayılarının raporlanmadığı, bulguların genellikle "anksiyete bozuklukları" başlığı altında toplu şekilde sunulduğu görülmektedir. Bu durum, panik bozukluğuna özgü tanısal uyumun literatürde yetersiz temsil edildiğini göstermektedir. Çalışmamızda DIAMOND-KID ile klinik görüşme arasında panik bozukluğu için $\kappa = 0.93$ düzeyinde raporlamamız bu açıdan çocuk/ergen popülasyonunda panik bozukluğu tanısına ilişkin sistematik az sayıdaki kappa raporlarından biri olup bu alandaki sınırlı literatüre kayda değer bir katkı sunmaktadır. Dolayısıyla, panik bozukluğu için elde edilen bu yüksek uyumun hem klinik hem de metodolojik açıdan umut vaat edici olduğu, ancak genellenebilirliğinin daha geniş örneklemler ve çok merkezli çalışmalarla desteklenmeye ihtiyaç duyduğu söylenebilir. Tüm bu veriler bir arada değerlendirildiğinde, çalışmamızda panik bozukluğu için elde edilen yüksek tanısal uyumun, yalnızca DIAMOND-KID'in ölçme özelliklerinden değil, aynı zamanda panik bozukluğunun fenomenolojik belirginliği, ebeveyn tarafından gözlenebilirliği (83) ve örneklemin klinik niteliği ile de ilişkili olduğu söylenebilir. Bu nedenle bulgular klinik açıdan değerli olmakla birlikte, hastalığın yapısal avantajlarının sonuçları etkiliyor olabileceği göz önünde bulundurularak yorumlanmalıdır. Çalışmamızda özgül fobi için elde edilen $\kappa = 0.55$, duyarlılık = 0.82, seçicilik = 0.94, pozitif öngörü değeri = 0.45, negatif öngörü değeri = 0.98, pozitif olabilirlik oranı = 13.6 ve negatif olabilirlik oranı = 0.19 şeklindeki bulgular, DIAMOND-KID'in özgül fobi tanısında ölçüt ile klinik görüşme arasında orta düzeyde bir uyum sağladığını göstermektedir. Özgül fobiye özgü kappa katsayılarının bildirildiği çalışmalardan İspanyolca K-SADS uyarlamasında $\kappa = 0.73$ (82), Yunanistan örnekleminde ise $\kappa = 0.80$ (80) düzeyinde uyum bildirilmiştir. Literatürde, erken ve orta çocukluk döneminde çeşitli korkuların normal gelişimin bir parçası

olduğu; ancak bu korkuların bir bölümünün işlevselliği bozacak düzeyde yoğunlaştığında özgül fobi tanı düzeyine ulaştığı belirtilmektedir (84). Bu nedenle çocukluk çağında özgül fobi değerlendirmesi, tek bir klinik görüşmenin ötesinde çok yöntemli, çok kaynaklı ve gelişimsel olarak duyarlı bir değerlendirme yaklaşımı gerektirmektedir. Çalışmamızda uygulanan klinik görüşmelerin bu üç boyutu tam olarak içermemesi, DIAMOND-KID ile klinik görüşme arasındaki uyumun orta düzeyde kalmasına katkıda bulunmuş olabilir. Çalışmamızda AAB için elde edilen kappa değeri ($\kappa = 0.69$), DIAMOND-KID ile klinik görüşme arasında iyi bir tanısal uyum olduğunu göstermektedir. Literatürde, ayrılma anksiyetesi bozukluğu için yapılandırılmış görüşmelerin tanısal uyumuna ilişkin sonuçların ülkeler ve uyarlamalar arasında değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Örneğin, İspanya K-SADS-PL DSM-5 uyarlamasında rapor edilen kappa katsayısı $\kappa = 0.44$ düzeyinde, Yunanistan'da yapılan K-SADS uyarlamasında ise $\kappa = 0.66$ bildirilmiştir. Bu bağlamda, çalışmamızda AAB için elde edilen $\kappa = 0.69$ değerinin, literatürde rapor edilen bulgulardan daha yüksek olması dikkat çekicidir. Bu farkın olası nedenlerinden biri, araştırmamızda DIAMOND-KID'in yalnızca çocuk bildirimine değil, eş zamanlı ebeveyn ve çocuk görüşmelerine dayanarak uygulanması ve böylece tanısal sürecin çoklu bilgi kaynağı üzerinden yürütülmesi olabilir. Nitekim literatürde, yalnızca klinik görüşme ile tam tanı kriterlerine ulaşmanın güçleştiği durumlarda, tanısal süreci desteklemek amacıyla doğrulanmış bir tarama veya yapılandırılmış görüşme aracının kullanılmasının önerildiği bildirilmektedir (85). Çalışmamızda ayrılma anksiyetesi bozukluğu için elde edilen iyi düzeyde tanısal uyum ($\kappa = 0.69$) göz önünde bulundurulduğunda, DIAMOND-KID'in bir değerlendirme aracı olarak bu alanda kullanılabileceği düşünülmektedir. Sonuç olarak, çalışmamızda DIAMOND-KID'in anksiyete bozuklukları genelinde iyi düzeyde geçerlilik gösterdiği; özgül fobi hariç diğer alt tanılarda geçerlilik düzeylerinin iyi ile çok iyi arasında değiştiği saptanmıştır.

DIAMOND-KID'in Türkçe uyarlamasına ilişkin bulgular, Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve ilişkili bozukluklar için elde edilen $\kappa = 0.55$ değeri, DIAMOND-KID ile klinik görüşme arasında orta düzeyde bir uyuma işaret etmektedir. Duyarlılığın 0.92 gibi yüksek bir düzeyde bulunması, görüşmenin OKB ve ilişkili bozukluğu olan olguları büyük oranda yakalayabildiğini; buna karşın özgüllüğün 0.75 düzeyinde

kalması ise, klinik tanı almayan bazı olguların DIAMOND-KID tarafından tanı almış olarak değerlendirilmiş olabileceğine işaret etmektedir. Bu farklılık, DIAMOND-KID'in yüksek duyarlılığa bağlı olarak klinik açıdan şüpheli görülen vakaları erken evre belirti düzeyinde tanıya yakın biçimde işaretleme eğiliminden ya da klinik görüşmenin, özellikle içgörüsü sınırlı olgularda belirtiler netleşene kadar tanı koymaktan kaçınan daha temkinli yaklaşımından kaynaklanıyor olabilir. Örneklemin polikliniğe ilk başvuru olgularından oluşturulmuş olması, tanıların henüz netleşme sürecinde olma ihtimalini artırmaktadır. Dolayısıyla yaklaşık %25'lik uyumsuzluk, tek başına aracın ölçüm hatası şeklinde değerlendirilmemelidir. Bu değerlerin, "OKB ve ilişkili bozukluklar" kategorisinin bir bütün olarak değerlendirilmesinden elde edildiği; yani OKB, trikotillomani, deri yolma bozukluğu, istifleme bozukluğu ve beden belirti ile ilişkili bozukluklar gibi alt tanıların tek bir başlık altında birlikte karşılaştırılmasıyla hesaplandığı göz önünde bulundurulmalıdır. Literatür incelendiğinde, çocuk ve ergen örneklemlerinde OKB ve ilişkili bozuklukların tamamını kapsayan yapılandırılmış bir tanı aracının bulunmadığı; mevcut görüşmelerin çoğunlukla yalnızca OKB'yi değerlendirdiği, trikotillomani, deri yolma, istifleme bozukluğu veya beden algısı bozukluğunu ise sınırlı ölçüde ya da ek modüller aracılığıyla ele aldığı dikkat çekmektedir. Bu nedenle çalışmamızda DIAMOND-KID'in performansının "OKB ve ilişkili bozukluklar" başlığının tümü için karşılaştırılabileceği doğrudan bir referans araç bulunmamakta; dolayısıyla elde edilen sonuçlar alan yazında bu kapsamda raporlanan ilk bütüncül verilerden biri niteliği taşımaktadır. Bu durum, karşılaştırma yapmayı güçleştirmekle birlikte, DIAMOND-KID'in çok eksenli yapısının klinik kullanım açısından özgün bir avantaj sunduğunu göstermektedir. Bu bulgular ışığında ileride yapılacak çalışmalar için: uzunlamasına izlem ile klinik tanının zaman içindeki doğrulanması, Bu yaklaşım, özellikle obsesyon ve kompulsiyonların erken evre veya subklinik düzeyde olduğu olgularda DIAMOND-KID'in öngörü gücünü değerlendirmeye olanak sağlayabilir. Çalışmamızda OKB ve ilişkili Bozukluklar için tek tek alt başlıklara baktığımızda; OKB için elde edilen kappa katsayısı 0.73, DIAMOND-KID ile klinik görüşme arasında iyi düzeyde bir tanısal uyuma işaret etmektedir. Literatürdeki diğer bulgulara baktığımızda K-SADS-PL Türkçe uyarlamasında (81) $\kappa = 0.69$, K-SADS-PL Yunanca uyarlamasında $\kappa = 0.76$ (80) olarak saptanmakla çalışmamızda elde ettiğimiz değerin

bu aralıkla uyumlu olduğu görülmektedir. Bu bulgu, içgörü düzeyinin düşüklüğü, belirti gizleme eğilimi ve semptomların ego-distonik yapısı nedeniyle çocuk ve ergenlerde OKB değerlendirmesinin klinik olarak güçleşebileceğini bildiren literatürle de örtüşmektedir (86). DIAMOND-KID'in belirti sorgulama yaklaşımı yüksek duyarlılık sağlayacak şekilde yapılandırılmış olup, "içgörü düşük", "belirtiyi gizleme eğilimi olan" veya kompulsif davranışları rutin/alışkanlık gibi tanımlayan olgularda, klinik görüşmede gözden kaçabilecek belirtileri yakalayabilme avantajına sahiptir. Bu durum, yapılandırılmış görüşmenin OKB'ye yönelik semptom tarama gücünü artırırken, klinik görüşmenin gözlem ve spontan anlatıma dayalı doğası nedeniyle bazı vakalarda daha temkinli tanı koyma eğilimi göstermesiyle sonuçlanabilir; bu fark da kappa değerini aşağı çekebilecek bir durumdur ve nitekim negatif olabilirlik oranının 0.10 olarak bulunması, DIAMOND-KID tarafından OKB tanısı almayan olgularda bozukluk olasılığının kayda değer düzeyde azaldığını göstererek bu yorumu desteklemektedir. Çocuk ve ergenlerde OKB belirtilerinin zaman içinde artıp azalabildiğine dair bulgular mevcuttur; örneğin bir doğal izlem çalışmasında semptom düzeylerinin uzun dönem takiplerde anlamlı ölçüde değiştiği, bazı semptomların kaybolup yeniden ortaya çıktığı saptanmıştır, bu da tanısal stabiliteyi sınırlayan bir faktör olarak değerlendirilebilir (87). Bu bilgiler ışığında, mevcut çalışmamızda zaman içi değişimi incelemeye yönelik boylamsal bir izlem yapılmamıştır; gelecekte yapılacak araştırmalarda DIAMOND-KID'in OKB ve ilişkili bozukluklarda uzun dönem tanısal stabilitesinin değerlendirilmesi, aracın klinik geçerliliğine ve kullanım alanlarına ilişkin daha kapsamlı veri sağlayacaktır. Sonuç olarak, DIAMOND-KID'in OKB'ye ilişkin tanısal performansı çocuk ve ergenlerde yarı yapılandırılmış görüşme kullanımının klinik değerlendirmeye anlamlı bir katkı sağlayabileceğini göstermekte; ancak sonuçların farklı klinik ortamlarda ve daha geniş örneklemlerle test edilmesi gerekliliğini de işaret etmektedir. Çalışmamızda beden algı bozukluğu için elde edilen kappa katsayısı 0.62 olup DIAMOND-KID ile klinik değerlendirme arasında iyi düzeyde bir tanısal uyuma işaret etmektedir. Tanısal performans göstergeleri incelendiğinde duyarlılığın 0.89 olması, bozukluğu olan olguların büyük oranda doğru sınıflandırıldığını; özgüllüğün 0.95 düzeyinde olması ise bozukluğu olmayan olguların yüksek doğrulukla elendiğini göstermektedir. Bu bulgular, pozitif öngörü değerinin 0.50 düzeyinde kalmasının, yapılandırılmış görüşmenin bazı olgularda klinik

görüşmeye kıyasla "erken işaretleyici" davranabilmesinden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Literatürde, BAB'de içgörü düzeyinin değişkenliği, belirtilerin utanma ve gizlenme nedeniyle ifade edilmeme eğilimi ve beden algısındaki çarpıtmaların gelişimsel olarak farklı kavramsallaştırılması gibi etmenlerin değerlendirme sürecini güçleştirdiği bildirilmektedir. Nitekim, bir çalışmada da çocuk ve ergenlerde BAB belirtilerinin sıklıkla utanma, mahremiyet kaygısı ve sosyal karşılaştırma süreçleri nedeniyle klinik görüşmede yeterince dile getirilmediği, bunun özellikle ilk başvuru değerlendirmelerinde tanı konmasını geciktirebildiği gösterilmiştir(88). Aynı çalışmada, dış görünüşle ilgili kaygıların ergenlik dönemine özgü kimlik gelişimi ile iç içe seyretmesi nedeniyle BAB'nin spesifik bir psikopatoloji olarak ayırt edilmesinin klinisyenler açısından zorlayıcı olabileceği vurgulanmıştır (87). Çalışmamızda da bu klinik dinamiklerin, DIAMOND-KID'in yüksek duyarlılık ile belirtiyi yakalamasına karşın, klinik görüşmenin özellikle ifade güçlüğü yaşayan veya içgörüsü sınırlı olgularda daha temkinli bir tutum sergilemesi nedeniyle kappa değerinin iyi düzeyde kalmasına neden olabileceği düşünülmektedir. Çocuk ve ergenlerde BAB için yapılandırılmış görüşmelerin kullanımına ilişkin çalışmaların sınırlı olduğu; mevcut verilerin büyük bölümünün genel OKB ve ilişkili bozukluklar alt başlığı altında raporlandığı ve spesifik kappa değerlerinin çoğu çalışmada bildirilmediği görülmektedir (89). DSM-5 tanı sistemine göre çocuk ve ergenlerde Beden Algısı Bozukluğu'nu yapılandırılmış biçimde değerlendiren görüşme araçlarının son derece sınırlı olduğu ve yaygın kullanılan tanısal görüşmelerin (CAPA, K-SADS, ChIPS, MINI-Kid, DAWBA, DISC) bu tanıyı kapsam dışı bıraktığı görülmektedir (4). Bu bağlamda DIAMOND-KID, BAB için sistematik ve DSM-5'e özgül tanı modülü içeren nadir araçlardan biri olarak öne çıkmakta; çalışmamızda BAB için raporlanan kappa katsayısı ise çocuk/ergen popülasyonunda bu alandaki sınırlı tanısal güvenirlik verilerine katkı sunmaktadır. Ancak bu bulgunun genellenebilirliği, daha geniş örneklemlerle yapılacak karşılaştırmalı çalışmalarla desteklenmelidir. Çalışmamızda istifleme bozukluğu için DIAMOND-KID ile klinik görüşme arasında elde edilen kappa katsayısı 0.53 olup, bu değer istifleme bozukluğu tanısında orta düzeyde bir uyuma işaret etmektedir. Tanısal performans göstergeleri incelendiğinde; duyarlılık (0.75) ve özellikle özgüllük (0.97) değerlerinin yüksek olması, yapılandırılmış görüşmenin bozukluğu olan olguları büyük oranda tespit

ettiğini ve bozukluğu olmayanları başarıyla dışladığını göstermektedir. Bununla birlikte, çalışmamızda istifleme bozukluğu olan olgu sayısının sınırlı olması, pozitif öngörü değerinin 0.42 düzeyinde kalması ve güven aralığının genişliği (0.15–0.75) üzerinde etkili bir faktör olabilir. Literatürde, çocuk ve ergenlerde istifleme bozukluğunun bağımsız bir tanı kategorisi olarak değerlendirilmesine yönelik çalışmaların sınırlı olduğu ve çoğu çalışmada bozukluğun OKB veya anksiyete bozuklukları altında ikincil bir belirti olarak ele alındığı görülmektedir (90) . DSM-5 ile birlikte istifleme bozukluğunun ayrı bir tanı olarak sınıflandırılması, özellikle gelişimsel popülasyonda değerlendirmeyi daha kritik hale getirmiştir; ancak bu yaş grubunda tanılama sürecinin güçleştiği, davranışların gelişimsel özellikler, aile dinamikleri ve çevresel faktörlerden belirgin biçimde etkilendiği belirtilmektedir (90). Bu bağlamda, çalışmamızda elde edilen $\kappa = 0.53$ düzeyindeki uyum; çocuk ve ergenlerde istifleme bozukluğunun fenomonolojik belirsizlikleri, biriktirme davranışlarının aile üyeleri tarafından normalize edilebilmesi, çocuğun içgörü eksikliği veya bozukluğun okul/ev ortamına göre farklı görünmesi gibi faktörlerle ilişkili olabilir. Nitekim, Storch ve ark. çocukluk çağında istifleme davranışının değerlendirilmesinde tek bir bilgi kaynağının yeterli olmadığını, ebeveyn ve çocuktan alınan bilgilerin sıklıkla çeliştiğini ve yapısal görüşmelerin bu çelişkiyi görünür kılma açısından kritik rol oynadığını bildirmiştir (91). DIAMOND-KID'in hem çocuk hem de ebeveynden eş zamanlı bilgi alacak şekilde yapılandırılmış olması ve değerlendirme sürecine gerektiğinde çevresel düzeni yansıtan fotoğraf ve benzeri görsel materyallerin dahil edilmesine olanak tanıması, istifleme davranışının çok boyutlu ve bağlamsal özelliklerini yakalamada klinik değerlendirmeye göre belirli avantajlar sunmuş olabilir. Dolayısıyla, ölçülen uyumsuzluk, "yanlış pozitifliğinden" ziyade; iki yöntemin bilgi toplama mantığı arasındaki ayrışmadan kaynaklanan yapısal bir farklılık olarak değerlendirilmelidir. BAB'da olduğu gibi literatürde, çocuk ve ergenlerde istifleme bozukluğu için yapılandırılmış görüşme ile klinik tanı uyumunu Cohen's kappa ile raporlayan çalışma sayısı son derece sınırlıdır; mevcut yayınların çoğu prevalans, semptom şiddeti veya ilişkilendirilmiş özellikleri ele almakta, tanı araçlarının uyumuna yönelik sistematik kappa verisi sunmamaktadır. Bu bağlamda, çalışmamızın istifleme bozukluğu için elde ettiği kappa katsayısı, bu alandaki az sayıdaki tanısal uyum verisine katkı sağlayan özgün bir bulgu niteliği taşımaktadır.

Çalışmamızda OKB ve ilişkili bozukluklar altında incelenen Trikotillomani (TTM) ve Deri Yolma Bozukluğu (DY) için DIAMOND-KID ile klinik görüşme arasındaki tanısal uyumun belirgin biçimde farklılaştığı görülmüştür. TTM için kappa = 0.90 düzeyinde neredeyse mükemmel uyum saptanmışken; EDB için kappa = 0.38 olup zayıf düzey bir uyuma işaret etmektedir. Bu durum, aynı tanı kategorisi altında yer almalarına rağmen, iki bozukluğun tanısal görünürlüğü, ifade edilebilirliği ve klinik farkındalık düzeyinin farklı olmasıyla ilişkili olabilir. Saç yolma davranışının fenomenolojik açıdan görece spesifik ve gözlenebilir bir belirti kümesi oluşturması nedeniyle, literatürde trikotillomaninin "klinik olarak taranması nispeten kolay bozukluklardan biri" olduğu, özellikle klinisyenin hedefe yönelik sorgulama yapması ve hastanın semptomları açıklamaya istekli olması durumunda tanı sürecinin belirgin biçimde kolaylaştığı belirtilmektedir (92). Çalışmamızda TTM için elde edilen yüksek duyarlılık (1.00) ve özgüllük (0.98) ise bu görüşü destekler nitelikte olup, DIAMOND-KID'in saç yolma davranışını güvenilir ve tutarlı biçimde tespit edebildiğini ve klinik değerlendirme ile yüksek düzeyde paralel bir tanısal performans sergilediğini göstermektedir. DY'da ise düşük kappa (0.38) ise araçta "ölçüm hatası" olduğu anlamına gelmemekte; bozukluğun yapısal olarak düşük görünürlüğü, içgörü problemleri, gelişimsel bağlam ve utanma/gizleme eğiliminin tanısal uyumu zayıflattığını düşündürmektedir. DY'nin gizlenmesi daha kolaydır: yaralar kıyafetle örtülebilir; çocuklar "kaşındı", "alerji oldu" gibi açıklamalarla davranışı normalleştirebilir. Sıklıkla semptomlarını alerji, dermatolojik rahatsızlık veya stres kaynaklı kaşıntı gibi farklı klinik çerçevelerde tanımladığı bildirilmektedir. Bu durum, özellikle ilk başvuruda olanlarda, klinik görüşmenin belirtileri başka bir tıbbi nedene atfetme veya "kendiliğinden geçici bir durum" olarak değerlendirme eğilimini artırmaktadır (93). Literatürde, deri yolma davranışına sahip bireylerin tıbbi yardım arama eğilimlerinin belirgin biçimde düşük olduğu, yıllar içinde dönemsel olarak artıp azalabilen dalgalı bir seyir gösterebildiği belirtilmiştir (94). Bu nedenler yapılandırılmış görüşme ile klinik tanı arasındaki tutarlılığı düşürebilmektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde, çalışmamızda DIAMOND-KID'in OKB ve ilişkili bozukluklar grubunda klinik görüşme ile anlamlı düzeyde bir uyum gösterdiği saptanmıştır. Alt tanılar düzeyinde farklılıklar olmakla birlikte, özellikle Trikotillomani ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk için elde edilen kappa katsayılarının

iyi ile mükemmel aralığında yer alması, görüşmenin bu tanılardaki ayırt edici gücünü desteklemektedir. Buna karşın, Deri Yolma ve İstifleme Bozukluğu gibi klinik görünürlüğü ve ifade edilebilirliği değişken olan tanılarda uyumun daha sınırlı kalması, bu alanlarda yapılandırılmış görüşmenin daha çok erken belirti tespit eden bir işaretleyici olarak işlev gördüğünü düşündürmektedir. Duyarlılık ve özgüllük değerlerinin genel olarak yüksek seyretmesi, DIAMOND-KID'in bu tanı grubunda yanlış negatifleri azaltma ve doğru negatifleri ayırt etme konusunda güven verici bir performansa sahip olduğunu göstermektedir.

Genel olarak duygudurum bozuklukları kategorisinde DIAMOND-KID ile klinik tanı arasında iyi düzeyde uyum sağlanmıştır (κ=0,73). Görüşme aracının duyarlılığı 0.76, özgüllüğü ise 0.95 olarak hesaplanmıştır. Bu yüksek özgüllük, duygudurum bozukluğu olmayan bireylerin %95'inde görüşmenin doğru negatif sonuç verdiğini gösterir. Nitekim pozitif öngörü değeri de %80 gibi yüksek bir düzeydedir; DIAMOND-KID'in "duygudurum bozukluğu var" dediği olguların büyük kısmı klinik olarak da tanı almaktadır. Literatüre bakıldığında K-SADS-PL Yunanca uyarlamasında duygudurum bozuklukları grubunun kappa değeri 0.69 (80), K-SADS-PL Türkçe uyarlamasında kappa değeri 0.70 (81), DAWBA Türkçe uyarlamasında ise 0.84 (35) saptanmıştır. Bu bağlamda, çalışmamızda elde edilen kappa katsayısının söz konusu literatür bulgularıyla uyumlu ve benzer düzeylerde olduğu görülmektedir. Majör Depresif Bozukluk (MDB) özelinde DIAMOND-KID son derece başarılı görünmektedir. Çalışmamızda MDB tanısı için duyarlılık 0.80, özgüllük 0.98 bulundu; kappa katsayısı 0.81 olup görüşme ile klinik tanı arasında çok yüksek düzeyde uyum olduğu saptandı. Bu sonuç, yarı yapılandırılmış görüşmenin majör depresyonu olan vakaların büyük kısmını yakaladığı ve sağlıklı bireyleri hemen hemen hiç yanlış olarak depresyonlu sınıflandırmadığı anlamına gelir. Nitekim pozitif olabilirlik oranı MDB için 44'ün üzerindedir, yani DIAMOND-KID'in depresyon tanısı koyduğu bir çocukta gerçekten depresyon olma ihtimali son derece yüksektir. Öte yandan negatif olabilirlik oranı 0.20 olarak bulunmuştur, bu da görüşmenin "depresyon yok" dediği durumda gözden kaçmış bir bozukluk olasılığının oldukça düşük olduğunu gösterir. Literatürde kappa değeleri 0,77 (79), 0,61 (95) ve K-SADS ve MINI-KID'ın kappa değerlerinin karşılaştıran bir çalışmada 0,21-0,40 (96) olarak saptanmıştır. Bu çeşitlilik,

depresyonun değerlendirilmesinde kullanılan aracın yapısal özellikleri, görüşmenin kapsamı, tanı ölçütlerindeki değişkenlik ve örneklem farklılıklarının, ölçümler arası tutarlılığı belirgin biçimde etkileyebileceğini göstermektedir. Bu açıdan bakıldığında, çalışmamızdaki MDB uyum katsayısının literatürdeki geniş varyasyon içinde üst düzeyde yer aldığı söylenebilir. Bununla birlikte, bulguların genellenebilirliği konusunda temkinli olunmalıdır. Örneklemin klinik başvuru özellikleri, görüşmelerin hem ebeveyn hem çocukla birlikte yürütülmesi DIAMOND-KID'in performansını olumlu yönde etkilemiş olabilir. Ayrıca, depresyon belirtilerinin epizodik doğası, anksiyete ile komorbidite oranlarının yüksekliği ve çocuklarda duygulanımın ifade edilme biçimindeki gelişimsel farklılıklar nedeniyle, değerlendirme koşullarındaki değişikliklerin sonuçları etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. MDB için elde edilen yüksek uyum umut verici olmakla birlikte, bu bulgunun farklı klinik ortamlarda, boylamsal tasarımlarla ve komorbiditeyi dikkate alan alt grup analizleriyle desteklenmesi, DIAMOND-KID'in bu alandaki tanısal gücünün daha sağlıklı biçimde değerlendirilmesine katkı sağlayacaktır. Çalışmamızda distimi için elde edilen kappa katsayısı 0,49 olup, DIAMOND-KID ile klinik görüşme arasında orta düzeyde bir uyuma işaret etmektedir. Özgüllüğün 0,97 ve negatif öngörü değerinin 0,98 düzeyinde bulunması, yapılandırılmış görüşmenin distimi tanısı almayan olguları büyük ölçüde doğru sınıflandırdığını göstermektedir. K-SADS- Yunanca uyarlamasında ise 18 kişinin Distimi olarak tanılanmasıyla elde edilen çalışmada kappa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda distimi için elde edilen orta düzeyde uyumun ($\kappa = 0.49$), bozukluğun klinik tanılanma güçlükleri göz önünde bulundurulduğunda beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir. Distimi klinik pratikte sıklıkla "hafif ama süreğen" bir duygudurum paterni ile seyrettiği için, majör depresyona kıyasla daha düşük belirti şiddetiyle ortaya çıkmakta ve bu durum özellikle ilk değerlendirmelerde tanının gözden kaçmasına neden olabilmektedir. Nitekim literatürde, kronik ve episodik depresyonun klinik uygulamada yeterince ayrıştırılmadığı, bu iki grubun çoğu zaman aynı tanı kategorisi altında ele alındığı ve bunun depresyonun tanısal heterojenliğine yol açtığı belirtilmektedir (97). Bu bağlamda, klinik görüşmede belirtilerin "kişilik özelliği" ya da "bireyin temel duygudurum stili" olarak yorumlanması, tanının temkinli yaklaşım nedeniyle ertelenmesine neden olabilirken; yarı yapılandırılmış görüşmelerin sistematik sorgulama kapsamında belirti sürekliliğini erken işaretlemesi,

iki yöntem arasındaki farklılaşmaya katkıda bulunmuş olabilir. Ayrıca komorbiditelerin dışlanmamış olması ve tek seanslık klinik görüşmelerde duygudurumun mizaç özelliklerinden ayrıştırılmasının güçlüğü, klinisyenlerin temkinli yaklaşımını artırarak yarı yapılandırılmış görüşme ile uyumu sınırlamış olabilir. Dolayısıyla, bulguların yorumlanmasında bu metodolojik ve klinik faktörlerin göz önünde bulundurulması önemlidir. Çalışmamızda DIAMOND-KID'in PDB tanısı için klinik tanı ile uyum düzeyi kappa=0.61 olarak bulunmuştur. Bu değer, tanı görüşmelerinin güvenilirliği için sıklıkla kullanılan sınıflamalara göre iyi düzeyde bir uyuma işaret etmekle birlikte, PDB gibi tanısal sınırları tartışmalı ve ergenlerde değerlendirilmesi güç bir bozukluk için beklenen sevide denebilir. Ölçütün duyarlılık değerinin 0.63 olması, buna karşın özgüllüğün (0.98) yüksek olması ve LR+ değerinin (39.1) güçlü olması, pozitif tanı konan olgularda klinik uyumun görece daha güvenilir olduğuna işaret etmektedir. Bununla birlikte, çalışmamızda elde edilen PPV (0.62) ve yüksek NPV (0.94) değerleri, PDB prevalansının düşük olduğu örneklemlerde tanısal performans göstergelerinin baz oranlardan önemli ölçüde etkilendiğini ortaya koymakta ve bu bulguların, özellikle yüksek özgüllüğe rağmen sınırlı duyarlılık ve olası yanlış pozitif olgular ışığında dikkatli yorumlanması gerektiğine işaret etmektedir. PDB tanısının retrospektif bildirim ile konmasının, düşük prospektif geçerlilik nedeniyle sınırlı olduğu bilinmektedir(98); bizim çalışmamızda herhangi bir duygudurum bozukluğu için test-tekrar test güvenirliği κ=0.94 düzeyinde bulunmuştur. Bu değer, tanısal görüşmelerde yüksek düzeyde kararlılığa işaret etmekte ve görüşmenin zaman içinde tekrarlanan uygulamalarda tutarlı sonuçlar üretme potansiyeli olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, elde edilen yüksek test-tekrar test uyumu, prospektif dönem çalışmalarının yürütülmesi hâlinde DIAMOND-KID'in tanısal performansının daha güçlü biçimde değerlendirilebilmesi için önemli bir başlangıç noktası oluşturmaktadır. Genel olarak elde edilen bulgular, DIAMOND-KID'in duygudurum bozukluklarının klinik değerlendirilmesinde kullanılabilir nitelikte bir ölçüm aracı olduğunu, ancak tanısal doğruluğun bozukluk türlerine, belirti örüntülerine ve değerlendirme koşullarına göre değişkenlik gösterebileceğini ortaya koymaktadır. Gelecek çalışmaların farklı klinik ortamlarda, daha geniş ve çeşitlendirilmiş örneklemlerle, özellikle prospektif tasarımlarla yürütülmesi, bu

alandaki bulguların doğrulanmasına ve aracın sınırlarının daha net tanımlanmasına katkı sağlayacaktır.

Çalışmamızda travma ve stresörle ilişkili bozukluklar üst başlığı için DIAMOND-KID ile klinik tanı arasındaki uyum κ=0.67 olarak bulunmuştur. Bu değer iyi düzeyde uyuma işaret etmektedir. Duyarlılığın 0.75 ve özgüllüğün 0.97 olarak saptanması, yüksek özgüllükle uyumlu biçimde, pozitif olabilirlik oranı (LR+) 27.7 olması DIAMOND-KID'in pozitif sonuç verdiği durumlarda travma ve stresörle ilişkili bir bozukluğun gerçekten mevcut olma olasılığının belirgin şekilde arttığını düşündürmektedir. Öte yandan negatif olabilirlik oranının 0.25 düzeyinde kalması, görüşmenin "bozukluk yok" dediği durumlarda yanlış negatif olasılığının sıfıra yakın olmadığına işaret etmektedir; yani genel olarak "dışlama" konusunda güçlü bir araç olmakla birlikte, travma ve stresörle ilişkili bozuklukları olan her olguyu yakalayamamaktadır. Bu bağlamda, çalışmamızda elde edilen κ=0.67 değerinin, travma ve stresörle ilişkili bozukluklar için literatürde bildirilen geniş varyasyon içinde iyi düzeyde bir uyuma karşılık geldiği söylenebilir; ancak bu, uyumun tüm alt tanılar için homojen olduğu anlamına gelmemektedir. Alt gruplara baktığımızda TSSB için κ=0.70 değeri, TSSB gibi çocuk ve ergenlerde klinik olarak karmaşık bir bozukluk için iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda DIAMOND-KID'in TSSB tanısı için duyarlılık değerinin 0.83, özgüllüğün ise 0.98 olarak saptanması, aracın TSSB olgularının büyük çoğunluğunu yakalayabildiğini göstermektedir. Bu bulgular, çocuk ve ergenlerde kullanılan yapılandırılmış TSSB değerlendirmelerinde bildirilen aralıklarla genel olarak uyumlu olmakla beraber kısmen düşük kalmaktadır. Örneğin K-SADS-PL Farça versiyonun 8 kişinin tanılanmasıyla elde edilen kappa katsayısının 0.88 olarak raporladığı görülmektedir (99). Çalışmamızda kappa katsayısının düşük olmasının birkaç nedeni olabilir. Çalışmamız, farklı şiddet düzeylerinde travma öyküsü ve eşlik eden komorbidite paternleri olan daha heterojen bir klinik başvuru örneklemi üzerinde yürütülmüştür. Bu heterojenlik, tanı koyma sürecini güçleterek hem klinik görüşme hem de yarı yapılandırılmış görüşme arasında mutlak uyum sağlanmasını zorlaştırmakta ve kappa katsayısının Farsça K-SADS-PL çalışmasında bildirilen yüksek değere kıyasla daha düşük bulunmasına katkıda bulunuyor olabilir. Ayrıca literatürde, TSSB belirtilerinin klinik pratikte rutin olarak sistematik biçimde

sorgulanmadığı ve bu nedenle gözden kaçabildiği vurgulanmıştır(100). Özellikle, travmatik yaşantı veya travma öyküsünün beklenmediği durumlarda klinisyenlerin TSSB semptomlarını aktif bir biçimde sormadığı ve bunun sonucunda tanı konmamış vaka oranının artabileceği belirtilmektedir; bu durum, travmatik yaşantının bildirilmemesi halinde TSSB belirtilerinin tanımlanmasının klinik değerlendirmede sıklıkla atlandığını göstermektedir. Örneğin TSSB kriterlerinin temelinde yatan travmatik olayın bildirilmemesi hâlinde semptomların değerlendirilmediği ve bu nedenle tanı konmadığı ifade edilmektedir (99). Bu eksiklik, yapılandırılmış görüşmeler ile klinik değerlendirme arasındaki farklılıkları artırabilmekte ve özellikle TSSB gibi spesifik travma belirtilerinin klinik görüşmede gözden kaçmasına sebep olabilmektedir; bu nedenle, DIAMOND-KID'in pozitif sonuçlarının bir kısmının klinik görüşmede yakalanmamış olması yanlış pozitif değil, klinik değerlendirmenin kapsam dışı bıraktığı olguların tespit edilmiş olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda Uyum Bozukluğu için elde edilen $\kappa=0.48$, orta uyuma işaret etmektedir. Uyum bozukluğu alt grubuna ilişkin DIAMOND-KID performansı, yüksek özgüllük ve güçlü pozitif olasılık oranı ile bozukluğun yokluğunu dışlamada etkiliken, duyarlılığın ve kappa katsayısının orta düzeyde olması, bu bozukluğun semptom heterojenitesi ve tanı kriterlerinin yoruma açık yapısı nedeniyle tanı uyumunun sınırlı olabileceğini düşündürmektedir. Uyum bozukluğunun değerlendirilmesinde distresin bağlamsal ve kültürel yorumu da belirleyici bir rol oynar. Aynı stresör (örneğin iş kaybı, aile içi çatışma veya akademik başarısızlık), bazı bireylerde görece yönetilebilir bir zorluk olarak kalırken, başka bireylerde aileyi yoksullaştıran, temel yaşam koşullarını bozan ve klinik başvuruya yol açan bir kriz niteliği kazanabilir. Bu nedenle, "koşullar altında orantılı mı, orantısız mı?" sorusu, kültürel normlar, aile dinamikleri ve başa çıkma stillerine göre değişkenlik gösterir (101). Bu bağlamda, DIAMOND-KID'in bir ölçüt tablosu üzerinden belirti ve süre kriterlerini karşılayan bazı olguları uyum bozukluğu olarak işaretlerken, klinisyenin aynı tabloyu kültürel bağlam, aile öyküsü ve başa çıkma biçimlerini göz önünde bulundurarak "normal adaptif tepki" olarak yorumlaması mümkündür. Bu durum, bir yandan κ'yı düşüren bir ayrışma yaratırken, diğer yandan uyum bozukluğu tanısının kültürler arası ve bağlamsal yorumlara son derece açık olduğunu göstermektedir. Uyum bozukluğu tanısında işlevsellik kaybını gerektiren ikinci ölçüt, çoğu zaman tedavi arayışı için asıl tetikleyici

unsur olduğundan, klinisyene göre bozukluğun daha "güçlü" göstergesi olarak kabul edilmektedir. Örneğin çalışamama, okula gidememe, bakım sorumluluklarını yerine getirememe gibi durumlar, klinik kararı belirgin şekilde etkiler. Ancak özellikle ağır yaşam olaylarında –örneğin bir çocuğun kaybı gibi– patolojik olmayan yas tepkilerinin varlığında bile işlevsellik kaybının beklenenden uzun sürmesi mümkündür (100). Bu gri alan, yarı yapılandırılmış görüşmenin belirli süre ve şiddet eşiklerini aşan durumları "uyum bozukluğu" olarak sınıflandırırken, klinisyenin aynı tabloyu "uzamış ama normatif tepki" olarak görebilmesine yol açabilir. Böylece, DIAMOND-KID ile klinik görüşme arasındaki uyumsuzlukların bir kısmı, gerçek bir ölçüm hatasından çok, normatif tepki ile patolojik tepki arasındaki sınırın nerede çizileceğine ilişkin yaklaşım farklarını yansıtıyor olabilir. Tüm bu nedenlerle, uyum bozukluğu için saptanan κ=0,48 değerinin, ölçüm aracının tamamen yetersiz olduğunu göstermekten çok, bozukluğun tanı sınırlarının görece geçirgen ve yoruma açık doğasını yansıttığı söylenebilir. Aynı zamanda bu bulgu, bir yandan uyum bozukluğunun kendine özgü tanı güçlüklerine işaret ederken, diğer yandan bu alt tanı için daha ayrıntılı ölçütlerin, gelişimsel açıdan uyarlanmış işlevsellik değerlendirmelerinin ve kültürel bağlamın sistematik biçimde dikkate alındığı araçların geliştirilmesi gereğine dikkat çekmektedir. Travma ve stresörle ilişkili bozukluklarda DIAMOND-KID ile klinik değerlendirme genel olarak birbirini destekleyen sonuçlar vermektedir; özellikle TSSB söz konusu olduğunda, aracın belirtileri yakalamada güvenilir olduğu ve klinik tanıyla büyük ölçüde örtüştüğü görülmektedir. Buna karşılık Uyum Bozukluğunda uyum daha sınırlıdır; çünkü bu tanı, bağlama, kültürel yorumlara, yaşam olayının anlamına ve işlevsellik değerlendirmesine daha fazla bağımlıdır ve klinisyenler benzer tabloyu bazen normal bir tepki olarak yorumlayabilmektedir.

Beslenme ve yeme bozuklukları için elde edilen bulgular, DIAMOND-KID'in klinik tanıyla orta düzeyde bir uyum gösterdiğini ortaya koymaktadır (κ=0.59). Duyarlılığın 0.80 olarak bulunması, bozukluğu olan olguların büyük kısmının tespit edildiğini; buna karşın bir kısmının gözden kaçabildiğini düşündürmektedir. Özgüllüğün 0.93 düzeyinde olması ve negatif öngörü değerinin 0.98 gibi yüksek bir orana ulaşması, özellikle bozukluk yok kararlarında aracın klinik değerlendirmeyle büyük ölçüde örtüştüğünü göstermektedir. Pozitif olasılık oranının 13.1 olması, pozitif

sonuçların tanı olasılığını anlamlı biçimde artırdığını; negatif olasılık oranının 0.21 olması ise negatif sonuçların tanıyı dışlamada güçlü olmakla birlikte tek başına yeterli olmadığını göstermektedir. Bu veriler birlikte değerlendirildiğinde, DIAMOND-KID'in beslenme ve yeme bozukluklarında tanıyı dışlama açısından yüksek doğrulukta bir araç olduğu söylenebilir. Çalışmamızda Bulimia Nervoza için DIAMOND-KID'in duyarlılığı 1.00, özgüllüğü ise 0.98 olarak bulunmuştur; bu, örneklemimizde klinik tanıya göre Bulimia Nervoza tanısı alan olguların tamamının görüşme aracı tarafından yakalandığını, buna karşılık bozukluğu olmayan olguların da çok büyük çoğunluğunda doğru biçimde "tanı yok" olarak sınıflandırıldığını göstermektedir. Pozitif öngörü değeri 0.40 olup, DIAMOND-KID pozitif çıktığında her vakada klinik tanıyla örtüşmediğini; buna karşın negatif öngörü değerinin 1.00 olması, aracın "Bulimia Nervoza yok" dediği olgularda bozukluğun gerçekte de yok olma olasılığının son derece yüksek olduğunu düşündürmektedir. Pozitif olasılık oranının 62.5 gibi çok yüksek bir düzeyde olması, pozitif DIAMOND-KID bulgusunun Bulimia Nervoza olasılığını dramatik biçimde artırdığını; negatif olasılık oranının 0.00 olarak hesaplanması ise, örneklemimizde yanlış negatif vakaya rastlanmaması nedeniyle istatistiksel olarak kararsız bir tahmine işaret etse de, pratikte negatif sonucun bozukluğu dışlamada oldukça güçlü olabileceğini düşündürmektedir. Kısaca, Bulimia Nervoza için elde ettiğimiz çok yüksek duyarlılık ve negatif öngörü değeri, ölçüm aracının tek başına kusursuz performans gösterdiğini değil; klinik başvuru popülasyonunun doğası, BN'nin DSM-5'te görece keskin tanımlanmış kriterlere sahip olması, düşük prevalansın matematiksel etkisi ve güven aralıklarındaki genişliğin yarattığı istatistiksel belirsizlik gibi faktörlerin bir araya gelmesiyle oluşan bir tabloyu yansıtmaktadır. Bu nedenle sonuçlar iyimser olmakla birlikte, genellenebilirlik açısından temkinli yorumlanmalıdır. Kappa katsayısının 0.57 düzeyinde kalması ise, tanı görüşmeleri için kullanılan yaygın sınıflandırmalara göre orta düzeyde uyuma karşılık gelmektedir. Çalışmamızda Bulimia Nervoza için elde edilen yüksek duyarlılık ve özgüllük bulguları, literatürde araçlarının BN tanısında genel olarak güçlü performans gösterdiğini bildiren verilerle uyumludur. Örneğin Eating Disorder Assessment for DSM-5 (EDA-5) ile Eating Disorder Examination (EDE) arasında yapılan karşılaştırmada, BN için çok yüksek bir uyum (kappa = 0.82) ve özgüllüğe (1.00) yakın değerler elde edilmiş; bu da BN tanısının ölçümlerle benzer

biçimde saptanabildiğini göstermektedir (102). Bulimia Nervoza için kappa katsayısının orta düzeyde kalması, tanının örneklemimizde düşük prevalansa sahip olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca, DIAMOND-KID'in DSM-5 kriterlerini sistematik biçimde sorgulaması ile klinik değerlendirmede eşik altı tablolar, komorbiditeler ve bağlamsal etkenlerin daha geniş bir yorum alanına dâhil edilmesi, özellikle sınırda vakalarda tanı sınıflandırmasını farklılaştırarak uyumu düşürmüş olabilir. Bulimia Nervoza'nın klinik pratikte gizleme ve utanç temalarıyla ilişkili olması da yapılandırılmış görüşmenin semptomları yakalayıp klinik görüşmenin daha temkinli sınıflandırmasına yol açarak kappa değerini aşağı çekmiş olabilir. Çalışmamızda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu için DIAMOND-KID'in duyarlılığı 0.50, özgüllüğü 0.99, pozitif öngörü değeri 0.50 ve negatif öngörü değeri 0.99 olarak hesaplanmıştır; buna ek olarak pozitif olasılık oranı 50 gibi çok yüksek, negatif olasılık oranı ise 0.50 ve kappa katsayısı 0.49 düzeyindedir. Bu tablo, DIAMOND-KID'in TYB tanısı koyduğu hastaların yaklaşık yarısında klinik tanıyla örtüştüğünü, buna karşın bozukluk olmayan olguları neredeyse her zaman doğru biçimde "negatif" sınıfladığını düşündürmektedir. Literatürde, erişkin klinik örneklemlerde geliştirilen (EDA-5) ile (EDE) karşılaştırıldığında, TYB için kappa=1,00, duyarlılık=1,00, özgüllük=1,00, PPV=1,00, NPV=1,00 gibi çok yüksek uyum değerleri bildirilmiştir (101). Bizim çalışmamızda duyarlılığın ve kappa katsayısının daha düşük, buna karşın özgüllük ve negatif öngörü değerinin benzer şekilde yüksek bulunması; çocuk ve ergenlerde tanı koyma sürecinin yapısal güçlükleriyle ilişkili olabilir. Gelişimsel dönemlerde "nesnel olarak büyük miktarda yiyecek" tanımının belirsizleşmesi, çocukların yaş, boy, kilo, büyüme hızı ve günlük enerji gereksinimlerindeki değişkenlik nedeniyle aynı miktarın bir klinisyene "normal", diğerine ise "aşırı" görünebilmesine yol açmaktadır; bu durum yarı yapılandırılmış görüşme ile klinik yargının farklı eşikler üzerinden karar vermesine neden olarak uyumu düşürebilir(103). Ayrıca atağa eşlik eden kontrol kaybının ifade edilmesi ve yiyecek alımının güvenilir biçimde raporlanması, çocuk ve ergenlerde gelişimsel bilişsel sınırlılıklar, utanç ve gizleme eğilimleri, ebeveyn raporuna bağımlılık ve öz farkındalık düzeyi gibi etkenler nedeniyle zorlayıcıdır (104,105); bu durum, yapılandırılmış görüşmenin semptomu "karşılanmış" olarak kodladığı bazı olguların klinisyen tarafından "belirsiz", "eşik altı" ya da "izlemde" olarak değerlendirilmesine

yol açabilir. Bu farklılaşma, özellikle kappa katsayısında belirgin bir düşüş yaratabilir; çünkü kappa katsayısı tek tek duyarlılık veya özgüllükten çok, her iki yöntemin aynı kişiye aynı tanıyı koyma oranını ölçmekte ve raporlama/tanı eşiği farklılıklarından doğan ayrışmayı doğrudan cezalandırmaktadır. Çalışmamızda KKYAB için DIAMOND-KID'in duyarlılığının 0.89 ve özgüllüğünün 0.96 olarak belirlenmesi, bozukluğu olan çocukların büyük kısmının yapılandırılmış görüşmeyle yakalanabildiğini ve bozukluk yok sonucunun çoğunlukla klinik değerlendirmeyle örtüştüğünü göstermektedir. Pozitif öngörü değerinin 0.57 düzeyinde kalması, pozitif sonuç alan çocukların yaklaşık yarısında klinik tanıyla uyum olduğunu düşündürürken; negatif öngörü değerinin 0.99 gibi çok yüksek bir düzeyde olması, olumsuz test sonucunun bozukluğu dışlamada güçlü bir belirti sağladığını göstermektedir. Elde edilen kappa katsayısı 0.68, hastalık yokluğunda yüksek doğrulukla uyum olmasına ve iyi düzeyde olduğuna işaret etmektedir. Literatürde, KKYAB'li çocuk ve ergenlerin besin alımını etkileyen tıbbi durumlar, duyusal hassasiyetler, travmatik beslenme deneyimleri, anksiyete belirtileri ve öğrenilmiş kaçınma davranışları gibi birbirinden farklı risk profilleriyle başvurdukları, ancak klasik yeme bozukluklarının aksine vücut imajı ve kilo kaygısının belirleyici olmadığı vurgulanmaktadır (106).Bu klinik çeşitlilik, hem tanı koyma sürecinde hem de hangi uzmana yönlendirme yapılacağında (örn. pediatri, gastroenteroloji, beslenme uzmanı, çocuk psikiyatrisi) karar verme süreçlerini güçleştirmekte; dolayısıyla KKYAB değerlendirmesinde yapılandırılmış görüşmelerin tıbbi beslenme öyküsü, büyüme izlemi ve psikososyal değerlendirmelerle bütünleştirilmesi, tanının doğruluğu ve tedavi takibinin sürdürülebilirliği açısından önerilmektedir (107). Bu bulgulara bakılarak DIAMOND-KID, beslenme ve yeme bozukluklarında genel olarak yüksek özgüllük ve negatif öngörü değerleriyle bozukluk yokluğunu güvenilir biçimde dışlayabilmektedir. Buna karşın özellikle düşük prevalanslı tanılarda, gelişimsel değişkenlik ve eşik altı tablolar nedeniyle duyarlılık, pozitif öngörü değeri ve kappa katsayısında dalgalanmalar görülmekle beraber bulguların genellenebilirliğini güçlendirmek için ileride daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda Madde Kullanım Bozukluğu için DIAMOND-KID ile klinik tanı arasında tam uyum (κ=1.00) gözlenmiştir; duyarlılık, özgüllük, PPV ve NPV'nin

de 1.00 olarak hesaplanması, örneklemimizde yanlış sınıflamaya rastlanmadığını göstermektedir. Bununla birlikte bu sonuçların, aracın her koşulda kusursuz performans gösterdiği anlamına gelmediği; yanlış pozitif ya da yanlış negatif vakaların görülmemesinin örneklem büyüklüğü, vaka profili ve klinik başvuru seçilimine bağlı olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu verilerin genellenebilirliği sınırlı olup, özellikle komorbiditeleri yüksek ve gizleme/inkâr davranışının daha belirgin olduğu örneklemlerde uyumun düşebileceği belirtilmektedir. Çalışmamızda madde kullanım bozukluğunda elde edilen tam uyumun, yalnızca aracın performansına değil, aynı zamanda değerlendirme yaklaşımımıza da bağlı olabileceği düşünülmektedir. Nitekim, standartlaştırılmış yarı yapılandırılmış görüşmelerin klinik değerlendirmeyi yalnızca doğrulamakla kalmayıp, klinik gözlem sayısını arttırarak tanı kalitesini güçlendirdiği ve daha kapsamlı bir ergen değerlendirmesi sağladığı belirtilmiştir (108). Bu çerçevede, çalışmamızda madde kullanım bozukluğu için gözlenen yüksek uyum düzeyinin, hem DIAMOND-KID'in yapılandırılmış görüşmenin sistematik sorgulama gücünden hem de klinik değerlendirme sürecinde birden fazla bilgi kaynağının kullanılmış olmasından etkilenmiş olabileceği değerlendirilebilir. Dolayısıyla tam uyum bulgumuz olumlu bir gösterge olmakla birlikte, MKB'nin komorbiditeye açık doğası ve değerlendirmede bağlamsal değişkenlerin belirleyici olması nedeniyle (109), bu sonucun farklı popülasyonlarda yeniden test edilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Çalışmamızda nörogelişimsel bozukluklar için DIAMOND-KID ile klinik tanı arasında elde edilen kappa katsayısı 0.80 olup, uluslararası sınıflamalara göre çok iyi düzeyde uyuma işaret etmektedir. Duyarlılık 0.93 ve özgüllük 0.86 düzeyinde bulunmuş, pozitif öngörü değerinin 0.89, negatif öngörü değerinin 0.91 olması olumlu bir görünüm sunmakla birlikte; nörogelişimsel bozuklukların gelişimsel heterojenlik ve bağlamsal değişkenlik içerdiği göz önüne alındığında, bu düzeylerin farklı alt tiplerde değişebileceği akılda tutulmalıdır. Çalışmamızda DEHB için elde edilen duyarlılık 0.92 ve özgüllük 0.87 değerleri, DIAMOND-KID'in hem tanı koymada hem de DEHB'yi dışlamada yüksek doğruluk düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Literatürde yapılandırılmış görüşmelerin DEHB tanısındaki uyum düzeylerinin geniş bir aralıkta seyrettiği görülmektedir; örneğin K-SADS'ın Yunanca uyarlamasında

0,65, Farsça versiyonunda 0,91 ve DAWBA uygulamalarında 0,78 düzeyinde kappa katsayıları bildirilmiştir. Bu değişkenlik, kullanılan görüşme aracının yapısal özellikleri, klinik popülasyonun komorbidite profili ve değerlendirme sürecine dahil edilen bilgi kaynakları gibi faktörlerin tanısal uyumu belirgin biçimde etkileyebildiğini göstermektedir (23,80,99). Kappa katsayısının 0.79 bulunması, yapılandırılmış görüşme ile klinik tanı arasında iyi düzeyde bir uyumu işaret etmekte ve sonuçlarımızın, çocuk ve ergenlerde kullanılan diğer yarı yapılandırılmış görüşmelerle (ör. K-SADS, MINI-KID, DAWBA) DEHB alanında bildirilen uyum aralığıyla genel olarak tutarlı olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızda tik bozuklukları için elde edilen kappa katsayısı 0.90, yapılandırılmış görüşme ile klinik tanı arasında çok iyi düzeyde uyuma işaret etmektedir; duyarlılığın 1.00 ve özgüllüğün 0.98 düzeyinde bulunması da, örneklemimizde yanlış sınıflandırma görülmediğini göstermektedir. Ancak pozitif ve negatif olasılık oranlarının istatistiksel olarak uç değerlere (LR+=90.9; LR−=0) ulaşması, klinik performansın kusursuz olduğunu göstermekten çok, örneklemde yanlış pozitif/yanlış negatif bulunmamasının matematiksel yansıması olarak değerlendirilmelidir. Literatüre bakıldığında benzer kappa oranları gözükmektedir; örneğin K-SADS Farsça uyarlasında Tik Bozukluklarının kappa katasıyısı 0.89 olarak bulunmuştur (99). Tik bozukluklarının motor ve vokal tiklerin doğrudan gözlenebilir olması, belirti yapısının diğer nörogelişimsel bozukluklara göre daha fenomenolojik olarak belirgin seyretmesi ve aile/çevre tarafından daha kolay fark edilmesi, yapılandırılmış görüşme ile klinik değerlendirmenin benzer sonuçlar üretme olasılığını artırmış olabilir. Bununla birlikte, tiklerin dalgalı seyri, stres ve dikkat düzeyine bağlı olarak ortamlar arası şiddet değişkenliği, eşlik eden DEHB/OKB komorbiditeleri, belirtilerin baskılanması ya da sosyal ortamlarda geçici olarak maskelenebilmesi gibi faktörler, daha heterojen veya daha ağır olguların bulunduğu örneklemlerde uyumun daha düşük düzeyde seyredebilme ihtimalini gündemde tutmaktadır (110). Bu nedenle çalışmamızda elde edilen yüksek uyum düzeyi, DIAMOND-KID'in tik bozuklukları alanında klinik kararı destekleyen işlevsel bir araç olduğuna işaret etmekle birlikte, bu bulgunun farklı klinik ortamlar ve daha geniş örneklemler ile doğrulanmasına ihtiyaç vardır. Sonuç olarak nörogelişimsel bozukluklar alanındaki bulgular, DIAMOND-KID'in Türkçe konuşan çocuk ve ergen örnekleminde tanısal açıdan güçlü ve uygulanabilir bir araç olduğunu göstermektedir.

Ancak performansın tanı alt tipleri, gelişimsel değişkenlik ve komorbiditelere duyarlı olması nedeniyle, bu sonuçların daha geniş ve farklı klinik ortamlarda yeniden test edilmesine ihtiyaç vardır.

Bu grupta κ=0.75, duyarlılık 0.87 ve özgüllük 0.95 bulunması, DIAMOND-KID'in yıkıcı, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları varlığını çoğunlukla yakalayabildiğini ve bozukluk olmayan vakaları da büyük ölçüde doğru dışlayabildiğini gösteriyor. Pozitif öngörü değerinin 0.71, negatif öngörü değerinin 0.98 ve LR+'ın 18.5 olması, pozitif bulguların tanı olasılığını anlamlı biçimde artırdığını, negatif sonucun ise bozukluğu dışlamada oldukça güvenilir olduğunu düşündürüyor. Bu tablo, yarı yapılandırılmış görüşmelerin yıkıcı davranışlar, dürtüsellik ve kurallara uymama gibi gözlenebilir davranış örüntüleri söz konusu olduğunda genellikle iyi düzeyde tanısal uyum verdiğini bildiren derlemelerle uyumlu görünmektedir (111). Alt gruplara bakıldığında; APB için duyarlılığın 0.50, özgüllüğün ise 0.98 olması, DIAMOND-KID'in saldırgan öfke patlaması olmayan çocukları neredeyse her zaman doğru biçimde negatif sınıflandırdığını, buna karşın bozukluğu olan olguların yalnızca yarısını yakalayabildiğini gösteriyor. PPV'nin 0.40, NPV'nin 0.98 olması ve κ=0.43'ün "orta" uyuma karşılık gelmesi, pozitif tanıların bir kısmının klinik tanıyla örtüşmediğini; buna karşın negatif sonucun çoğu zaman güvenilir olduğunu düşündürüyor. Literatürde, çocuk ve ergenlerde APB'ye özgü yapılandırılmış modüller (ör. M-IED) üzerine yapılan pilot çalışmalar, APB'nin klinik tablosunun anksiyete, duygu durum bozuklukları ve yıkıcı davranış örüntüleriyle sıklıkla iç içe geçtiğini ve özellikle sınırda olgularda tanısal uyumu güçleştirebildiğini göstermektedir. Ayrıca, küçük örneklem boyutu ve yüksek psikopatoloji düzeyi bulunan popülasyonlarda test performansının daha düşük görünebildiği ve bulguların genellenebilirliğinin sınırlanabileceği de belirtilmiştir (112). Çalışmamızdaki yüksek komorbidite oranları ve sınırlı örneklem büyüklüğü, özellikle sınırda vakalarda tanısal ayrımı güçleştirerek APB için elde edilen kappa katsayısının daha düşük görünmesine yol açmış olabilir. Zorlu bir örneklem profiline rağmen DIAMOND-KID'in APB alanında elde ettiği yüksek özgüllük ve negatif öngörü değerleri, bozukluk yokluğunu saptamada ölçüm aracının güçlü yönünü oluşturmaktadır. Bir sonraki aşamada daha geniş örneklem, alt grup analizleri ve boylamsal tasarımlarla hem tanısal hem de izlem

geçerliliğinin yeniden sınanması gerekiyor; özellikle komorbidite ve bağlam etkilerini görünür kılan bir metodoloji öneriyoruz. KOKG için duyarlılık 0.67, özgüllük 0.95, PPV 0.40, NPV 0.98 ve κ=0.47 olması, DIAMOND-KID'in pozitif tanıların önemli bir kısmının klinik tanıyla bire bir örtüşmediğini gösteriyor. Yüksek özgüllük ve NPV, "KOKG yok" sonucunun büyük oranda güvenilir olduğunu; buna karşın PPV ve kappa değerlerinin orta bandda kalması, sınırda olgular, gelişimsel olarak normatif itirazcı davranışlar ve ebeveyn algısına bağlı raporlama farkları nedeniyle yapılandırılmış görüşme ile klinik yargının her zaman aynı tanıda buluşmadığını düşündürüyor. Farsça K-SADS-PL KOKG için kappa değerlerinin "iyi" aralıkta (0.80) (99), Türkçe K-SADS-PL DSM-5 uyarlamasında (0.76) (81) olarak bulmuş ancak duygudurum ve anksiyete bozukluklarına göre daha değişken olduğu bildirilmiş. KOKG için elde edilen görece düşük uyum düzeyi, bozukluğun tanısal yapısının kendisiyle ilişkili olabilir. Literatürde, KOKG belirtilerinin gelişimsel normlarla iç içe geçmesi ve bağlama göre değişkenlik göstermesi nedeniyle patolojik–normatif ayrımının güçleştiği (113), yüksek komorbidite oranlarının özellikle DEHB ve davranım bozukluğu ile semptom örtüşmesine yol açtığı (114) ve tanı tutarlılığını sınırlayabildiği bildirilmiştir. Bu nedenle çalışmamızdaki sonuçların, ölçme aracının yetersizliğinden ziyade KOKG'nin bağlamsal, gelişimsel ve fenomenolojik olarak değişken doğasının bir yansıması olduğu düşünülebilir. Ayrıca, Bizim örneklem klinik başvuru popülasyonu olduğu için, daha karmaşık komorbid tablolar ve başvuru şiddeti tanısal kararı etkileyerek uyumu aşağı çekmiş olabilir. Klinik açıdan zor bir popülasyonda çalışmamıza rağmen yüksek özgüllük ve düşük yanlış pozitif oranı elde etmemiz, DIAMOND-KID'in pratikte riskli bir grup olan 'yanlış pozitif' alanını başarıyla daraltabildiğini gösteriyor. Çalışmamızda DB için DIAMOND-KID ile klinik tanı arasında iyi düzeyde uyum saptanmıştır (κ=0.84). Duyarlılığın 0.85 ve özgüllüğün 0.98 düzeyinde olması, aracın davranım bozukluğu olan çocukların büyük çoğunluğunu yakalayabildiğini ve bozukluk olmayan olgularda yanlış pozitif oranının oldukça düşük kaldığını göstermektedir; bu durum, DB semptomlarının daha dışa vuruk, gözlenebilir ve sosyal işlevsellikte belirgin bozulmayla ilişkili olmasıyla uyumludur. DB'de literatür uyum aralığı 0.49–0.92 arasında değişiklik göstermektedir (35,80,99). DB'de uyum düzeyimizin literatürün üst bandında yer alması, klinik popülasyonda davranışsal belirti şiddetinin daha görünür olması ve çoklu bilgi

kaynağıyla yapılan değerlendirmenin tanısal eşik belirginliğini artırmasıyla açıklanabilir (114). Sonuçlar, bu bozukluk grubunda DIAMOND-KID'in genel olarak iyi düzeyde tanısal uyum sağladığını; özellikle bozukluk olmayan olguları dışlamada güçlü bir performans gösterdiğini düşündürmektedir. DB'deki uyumun görece yüksek, APB ve KOKG'deki uyumun nispeten düşük olması ise tanıların klinik ve gelişimsel farklılıklarına bağlı doğal bir değişkenlik olarak yorumlanabilir.

Çalışmamızda bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar için DIAMOND-KID ile klinik tanı arasında mükemmel düzeyde uyum (κ=0,89) saptanmıştır. Duyarlılığın 0,80, özgüllüğün 1,00 ve negatif öngörü değerinin 0,99 olması, özellikle bozukluk olmayan olguları dışlamada aracın çok güçlü bir performans sunduğunu göstermektedir. Buna karşılık pozitif öngörü değerinin 1,00 görünmesi ve LR+ değerinin matematiksel olarak sonsuz çıkması, örneklemde yanlış pozitif bulunmamasının bir sonucu olup, bu durumun küçük örneklem ve düşük prevalans etkisiyle ilişkili olabileceği ve genellenebilirlik açısından temkinli yorumlanması gerektiğini düşündürmektedir. Literatüre bakıldığında Türkçe SCID-5/CV uyarlamasında alt başlık olarak Bedensel Belirti Bozukluğu için kappa katsayısı 0,65 olup bu konuda yapılan çalışma sayısı kısıtlıdır (115). Bedensel belirti ve ilişkili bozukluklarda elde ettiğimiz yüksek uyum, bu tanı grubunun DSM-5'te psikolojik, bilişsel ve davranışsal bileşenleri daha açık şekilde tanımlaması nedeniyle, yapılandırılmış görüşmenin klinik değerlendirme ile aynı fenomenolojik çerçevede hareket etmesiyle ilişkili olabilir. Ayrıca örneklemimizdeki belirti sunumunun klinik başvuru düzeyinde belirgin olması ve değerlendirmelerin hem çocuk hem ebeveynden alınan bilgilerle yürütülmesi, eşik üstü olguların tanısal sınıflandırılmasını kolaylaştırarak uyumu yukarı çekmiş olabilir. Sonraki çalışmaların, daha heterojen örneklemler ve boylamsal tasarımlar aracılığıyla tanısal doğruluk ve klinik karar destek potansiyelini yeniden sınaması, aracın gerçek yaşam koşullarındaki geçerliliğini daha net ortaya koyacaktır.

Çalışmamızın genel bulguları, DIAMOND-KID'in çocuk ve ergenlerde geniş bir psikopatoloji yelpazesinde klinik tanı ile çoğunlukla orta ile çok iyi düzeyde uyum gösterdiğini ortaya koymaktadır. Anksiyete, duygudurum, nörogelişimsel bozukluklar, madde kullanım bozukluğu, davranım bozukluğu, OKB ve ilişkili

bozuklukların önemli bir kısmı ile beden belirti bozukluklarında yüksek kappa, güçlü duyarlılık/özgüllük ve özellikle yanlış negatiflerin düşük olduğu güçlü negatif öngörü değerleri, aracın tanı koyma ve bozukluğu dışlama açısından klinik olarak anlamlı bir performansa sahip olduğunu düşündürmektedir. Buna karşılık, özgül fobi, distimi, uyum bozukluğu, bazı yeme bozuklukları (özellikle tıkınırcasına yeme bozukluğu), karşıt olma-karşı gelme bozukluğu, deri yolma ve istifleme bozukluğu gibi gelişimsel, bağlamsal ve fenomenolojik açıdan daha geçirgen veya normatif tepkilerle iç içe olabilen tablolarda kappa katsayılarının orta düzeyde kalması, bu alanlarda aracın "zayıf" olduğunu değil, klinik yargı ile DIAMOND-KID'in tanı eşiklerini farklı noktalardan kestiğini düşündürmektedir. Klinik görüşmenin mi yoksa DIAMOND-KID'in mi daha iyi ayırt ettiğini görebilmek amacıyla Tablo 7'te güç analizi ve AUC değerleri hesaplanmıştır. Genel olarak bakıldığında DIAMOND-KID, olgularda tanısal süreci sistematikleştiren, bozukluk yokluğunu güvenilir biçimde dışlayabilen ve bazı alanlarda (örneğin panik bozukluğu, TTM, tik bozuklukları, MDB gibi) klinik görüşmeyle çok yüksek ölçüde örtüşen bir araç olarak görünmekte; ancak tanısal doğruluğun bozukluk türü, gelişimsel dönem, komorbidite profili ve değerlendirme koşullarına göre değişkenlik gösterebildiği, bu nedenle farklı klinik ortamlarda, daha geniş ve heterojen örneklemlerle ve yeniden sınanmasının gerekli olduğu anlaşılmaktadır.

Değerlendiriciler arası güvenirlik bulguları incelendiğinde, Tablo 5'te DIAMOND-KID'in tanı alanlarına göre belirgin bir ayrışma gösterdiği ve ölçeğin kimi kategorilerde yüksek tutarlılık sağlarken bazı alanlarda ise klinik yorum farklılıklarına duyarlı olduğu görülmektedir. Değerlendiriciler arası güvenirlik uygulamasında ikinci değerlendirme, farklı bir değerlendirmeci tarafından ilk görüşmeden yaklaşık iki hafta sonra gerçekleştirilmiş olup, iki değerlendirme arasındaki süre ortalaması M = 14,23 gün (SD = 3,54) olarak hesaplanmıştır. YAB için $\kappa = 0.93$ (Çok iyi uyum) ve Herhangi bir anksiyete bozukluğu için $\kappa = 0.91$ (Çok iyi uyum) bu değeler hem DIAMOND-KID'in özgün çalışmasında hem de çocukluk çağında yaygın kullanılan diğer yarı yapılandırılmış görüşmelerde bildirilen anksiyete tanısı güvenirliğiyle büyük ölçüde uyumlu, hatta kısmen daha yüksek görünüyor. DIAMOND-KID'in orijinal çalışmasında anksiyete bozuklukları için değerlendiriciler

arası güvenirlik genel olarak "şüpheli–çok iyi" (0,26-0,60) aralığında bildirilmiş; DIAMOND-KID'in geliştirici uygulamasında; "herhangi bir anksiyete bozukluğu" için κ = 0.26 (CI = 0.02–0.51; $p < .05$) ve YAB için κ = 0.34 (CI = 0.10–0.57; $p < .05$) değerleriyle sonuçlar "şüpheli" (sorgulanabilir) düzeyde değerlendirilmiştir (4). Yetişkin DIAMOND versiyonunda YAB için κ = 0.71 ile "çok iyi", buna karşın "herhangi bir anksiyete bozukluğu" için κ = 0.26 ile "şüpheli" (sorgulanabilir) düzeyde uyum (39), K-SADS-PL Yunanca uyarlamasında YAB için κ = 0.73(80), K-SADS-PL İspanyolca uyarlamasında YAB için κ = 0.70 (82) olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda YAB (κ = 0,93) ve "herhangi bir anksiyete bozukluğu" (κ = 0.91) için saptanan yüksek uyum; belirti görünürlüğünün fazla olması, değerlendiricilerin benzer eğitim ve klinik çerçeveye sahip olmaları, örneklemde anksiyete belirtilerinin baskınlığı ve görüşme koşullarının standardizasyonu gibi literatürde tanımlanan faktörlerle ilişkili olabilir. Bununla birlikte, söz konusu etkenlerin gözlenen yüksek kappa değerlerinin aracı değişken mi, yoksa anksiyete bozukluklarının doğası gereği zaten ortaya çıkan bir mu olduğu kesin olarak ayırt edilememektedir. Duygudurum bozuklukları alanında gözlenen düşük değerlendirici uyumu (κ = 0.36; CI = 0.11–0.61), DIAMOND-KID'in bu tanı grubunda diğer alanlara kıyasla daha sınırlı bir tutarlılık sunduğunu göstermektedir. Literatüre bakıldığında DIAMOND-KID gelişitirici çalışması κ = 0,56, DIAMOND yetişkin örneklemi κ = 0.68 olarak saptamıştır (4,39). Duygudurum bozukluklarının çocuk ve ergenlerde karmaşık, heterojen ve gelişimsel olarak değişken klinik sunumları nedeniyle, yarı yapılandırılmış görüşmelerde bile değerlendiriciler arası tutarlılık daha zor sağlanabilmektedir. OKB ve ilişkili bozukluklar için elde edilen kappa değerinin "iyi" düzeyde olması (κ = 0.67; CI = 0,.34–1.00), DIAMOND-KID'in bu tanı alanında değerlendiriciler arası tutarlı bir performans sergilediğini göstermektedir. DIAMOND-KID'in özgün çalışmasında "herhangi bir bozukluk" kategorisi için κ = 0.60 (CI = 0.41–0.79; $p < .001$) ile "iyi" düzeyde bir uyum raporlanırken, yetişkin DIAMOND versiyonunda "herhangi bir bozukluk" için κ = 0.90 (CI = 0.82–0.98; $p < .001$) ile "mükemmel" düzeyinde değerlendirici tutarlılığı bildirilmiştir (4,39). Bizim çalışmamızda ise benzer kategoride saptanan yüksek değerlendirici uyumu, bu iki bulguyla karşılaştırıldığında DIAMOND-KID'in Türkçe uygulamasında tanısal tutarlılığın klinik bağlam ve örneklem özelliklerine bağlı olarak güçlenebildiğini

düşündürmektedir. Nörogelişimsel bozukluklar için elde edilen değerlendirici uyumu, DEHB ve geniş kategori kapsamında her iki durumda da κ = 0.81 (CI = 0,57–1,00; *p* < .001) ile "çok iyi" düzeydedir. Bu sonuç, DIAMOND-KID'in bu tanı alanında tutarlı bir performans sergilediğini ve değerlendiricilerin benzer ölçütleri esas alarak karar verebildiğini düşündürmektedir. Diğer literatür bulgularına baktığımızda ise; DEHB için DIAMOND-KID'de κ = 0.69 ve yetişkin DIAMOND'da κ = 0.60 olarak raporlanan değerler; Farsça ve Yunanca K-SADS uyarlamalarında bildirilen κ = 0.69 ve İspanyolca uyarlamadaki κ = 0.92 ile birlikte ele alındığında, bu tanı alanında yarı yapılandırılmış görüşmelerin ağırlıklı olarak "iyi–çok iyi" düzeyde interrater uyumu sağladığı anlaşılmaktadır (4,39,80,82,99). Bizim çalışmamızda DEHB için elde edilen κ = 0.81 değeri, mevcut literatürde raporlanan değerlerle uyumlu olup, bazı çalışmaların üzerinde, bazı çalışmaların altında seyreden ancak genel eğilimle örtüşen bir "çok iyi" uyum düzeyine işaret etmektedir. Bu çalışma, DIAMOND-KID'in Türkçe uygulamasında değerlendiriciler arası güvenirliğin tanı alanlarına göre değişmekle birlikte genel olarak kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir. Anksiyete, OKB/ilişkili ve nörogelişimsel bozukluklarda yüksek uyum, ölçeğin bu alanlarda klinik kullanıma elverişli olduğunu desteklemektedir. Duygudurum bozukluklarında daha sınırlı uyum saptanmış olsa da, bu farklılığın tanısal yapının doğasından kaynaklanabileceği ve ileri çalışmalarla güçlendirilmesi gerektiği değerlendirilmektedir.

Birçok araştırmacı, test–tekrar test güvenirliğinin değerlendirilmesinde iki uygulama arasındaki sürenin hatırlama etkisini en aza indirirken klinik değişim olasılığını da sınırlamak amacıyla yaklaşık iki hafta ile iki ay arasında tutulmasını önermektedir (116). Test–tekrar test güvenirliği kapsamında ikinci değerlendirme, aynı değerlendirmeci tarafından ilk uygulamadan ortalama 14,33 gün (SD = 3,19) sonra yeniden gerçekleştirilmiştir. Test-tekrar test sonuçları tanı alanları bazında incelendiğinde, DIAMOND-KID'in kısa süreli ölçümlerde genel olarak yüksek düzeyde kararlılık sağladığı görülmektedir. Anksiyete bozuklukları alt grubunda SAB (κ = 0.90), YAB (κ = 0.85), Panik bozukluğu (κ = 1.00) ve "herhangi bir anksiyete bozukluğu" (κ = 0.88) için elde edilen "çok iyi" uyum değerleri yakalanmıştır. Literatüre baktığımızda Kaygı bozukluklarında DIAMOND-KID, SF (κ = 0.75), YAB

(κ = 0.72), ve ‘’Herhangi bir anksiyete bozukluğu’’ (κ = 0.78) değerleriyle “iyi–çok iyi” düzeyde kararlılık göstermektedir (4). Yetişkin DIAMOND ise SF(κ = 0.86), PB (κ = 0,96) ve YAB (κ = 0.68) ve ‘’Herhangi bir anksiyete bozukluğu’’ (κ = 0.75) gibi bazı alt tiplerde “mükemmel” düzeylere ulaşmaktadır (39). Genel olarak iki uygulama da kaygı bozuklukları alanında stabil ve klinik açıdan kullanılabilir test-tekrar test güvenirliği sunmaktadır. Genel olarak, bizim çalışmamızdaki YAB (κ = 0.85), PB (κ = 1.00) ve ‘’Herhangi bir anksiyete bozukluğu’’ (κ = 0.88) değerleri hem DIAMOND-KID hem DIAMOND’ın kaygı bozuklukları için raporlanan κ aralığıyla uyumlu olup, bazı alt tiplerde bu değerlerin üzerinde seyretmektedir. Bazı tanılarda yüksek κ değerleri ölçme aracının güçlü yönlerine işaret ediyor gibi görünse de, bu bulguların ölçüm performansından mı yoksa örneklem ve bağlamsal etmenlerden mi kaynaklandığını belirlemek için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Duygudurum bozuklukları için elde edilen test-tekrar test güvenirlik değerlerinin “Herhangi bir duygudurum bozukluğu” kategorisinde saptanan κ = 0,94’lük yüksek tutarlılık ise DIAMOND-KID’deki κ = 0,83 ve yetişkin DIAMOND’daki κ = 0,76 değerleriyle karşılaştırıldığında daha belirgin bir kararlılık örüntüsüne işaret etmektedir. Depresif bozukluklar açısından bakıldığında, çalışmamızda Majör Depresif Bozukluk için elde edilen κ = 0.81’lik “çok iyi” düzeydeki test-tekrar test uyumu, DIAMOND-KID’de bildirilen κ = 0.70 ve yetişkin DIAMOND’da raporlanan κ = 0.72 değerlerinin (4,39) üzerinde seyretmekte olup, buna karşın Çince K-SADS uyarlamasında elde edilen κ = 0.86 (117) değerinin altında kalmıştır. Bu durum, çalışmamızda elde edilen güvenirliğin literatürdeki temel referans aralığıyla uyumlu olmakla birlikte, farklı ölçek ve örneklemlerde bildirilen değerlere göre tanı alanına ve bağlama duyarlı değişkenlik gösterebileceğini düşündürmektedir. OKB ve ilişkili bozukluklar alanında elde edilen test-tekrar test güvenirlik değerlerinin OKB için κ = 0.88, TTM/DY için κ = 1.00 ve Herhangi bir OKB ve ilişkili bozukluk düzeyinde κ = 0.86 gibi “çok iyi” aralıkta seyretmesi, kısa süreli değerlendirmelerde belirti kararlılığının güçlü olduğunu göstermektedir. DIAMOND-KID’de OKB (κ = 0.81), TTM/DY (κ = 0.85) ve Herhangi bir OKB ve ilişkili bozukluk düzeyinde (κ = 0.86) “mükemmel” düzeyde; yetişkin DIAMOND’da ise OKB (κ = 0.83), TTM (κ = 1.00), DY (κ = 0.94) ve Herhangi bir OKB ve ilişkili bozukluk düzeyinde (κ = 0,95) olarak raporlanmıştır. Bu örüntü, OKB ve ilişkili bozuklukların her iki uygulamada da test-tekrar test açısından

yüksek kararlılık gösterdiğini ortaya koymaktadır (4,39). Çalışmamızdaki OKB/ilişkili bozukluk sonuçları literatür aralığıyla uyumlu olup, bazı alt tiplerde üst sınıra yakın bir kararlılık eğilimi göstermektedir. Bedensel belirti ile ilişkili bozukluklar için elde edilen test–tekrar test güvenirlik değerinin κ = 0,80 ile "çok iyi" düzeyde bulunması, kısa süreli izlemde tanısal kararlılığın yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, somatik yakınmaların çoğunlukla tekrar eden başvurular, benzer beden duyumlarının sürmesi ve belirtilerin bilişsel olarak yorumlanma biçimindeki süreklilik nedeniyle kısa zaman aralığında stabil seyredebildiğine ilişkin klinik gözlemlerle uyumludur. Çocuk-ergen için bedensel belirti ile ilişkili bozukluklara özgü kappa değeri sunan yapılandırılmış görüşme çalışmaları yok denecek kadar azdır; Bu nedenle, bizim çalışmamızda κ = 0.80 düzeyinde "çok iyi" uyum elde edilmesi testin tanı uyumluluğunun boylamsal göstergesi açısından umut verici olsa da doğrudan karşılaştırmalı veri kısıtlılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Travma ve stresör ile ilişkili bozukluklar alanında TSSB için elde edilen κ = 0,88 ve "herhangi bir travma ve stresörle ilişkili bozukluk" için saptanan κ = 1,00 düzeyindeki test-tekrar test güvenirliği, kısa süreli izlemde tanısal kararlılığın çok yüksek olduğunu göstermektedir. Yalnızca travma odaklı yapılandırılmış görüşmelerde (Children's PTSD Inventory) tanı düzeyinde çok yüksek test-tekrar test ve değerlendiriciler arası güvenirlik (kappa ≈ 0,91; alt düzeylerde κ = 0.66–1,00) raporlanmıştır (118). Bu çerçevede, çalışmamızda travma ve stresörle ilişkili bozukluklar için saptanan κ = 0,88 ve κ = 1,00 değerleri, literatürde çocuk TSSB'sine yönelik bazı yarı yapılandırılmış görüşmelerde raporlanan sınırlı kappa sonuçlarına kıyasla üst sınırına yakın olmakla beraber, bildirilen "iyi–mükemmel" aralıkla uyumludur. Sonuçlar destekleyici nitelikte olsa da genellenebilirlik açısından temkinli yorumlanmalı ve ileri çalışmalarla güçlendirilmelidir. Beslenme ve yeme bozuklukları için saptanan κ = 0,85'lik "çok iyi" düzey, kısa süreli izlemde tanı kararlarının büyük ölçüde korunabildiğini ve değerlendirmeler arasında tutarlı bir ölçüm örüntüsü ortaya çıktığını göstermektedir. EDA-5 adlı yapılandırılmış görüşme aracının çalışmasında test-tekrar test güvenirliği tüm yeme bozuklukları tanıları için kappa = 0.87 olarak raporlanmıştır; bu, yeme bozukluklarının klinik tanısında yüksek tutarlılığı gösteren bir veridir (102). Çalışmamızda beslenme ve yeme bozuklukları için elde edilen κ = 0,85'lik test-tekrar test değeri, EDA-5'in PubMed'de raporlanan κ = 0,87 düzeyindeki güvenirlik

bulgusuyla uyumlu bir aralıkta yer almakta olup, bu tanı alanında kısa vadeli ölçüm kararlılığı açısından literatürle tutarlı bir görünüm sunmaktadır. Mevcut literatürde bu alanda çocuk-ergen örneklemlerinde test-tekrar test kappa bulgularının azlığı göz önünde bulundurulduğunda, çalışmamızda elde edilen κ = 0.85 değeri DIAMOND-KID'in bu tanı grubundaki ölçüm kararlılığına ilişkin sınırlı veri havuzuna anlamlı bir katkı sunmakta; ancak bu katkının genellenebilirliğini netleştirmek adına daha geniş örneklemlerle gelecekteki araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Nörogelişimsel bozukluklar alanında DEHB için elde edilen κ = 0.97 ve "herhangi bir nörogelişimsel bozukluk" için saptanan κ = 1.00 düzeyindeki test-tekrar test güvenirliği, kısa süreli izlemde tanısal sınıflandırmanın olağanüstü düzeyde kararlı seyrettiğini göstermektedir. DEHB için alanyazındaki test-tekrar test güvenirlik bulguları incelendiğinde, DIAMOND-KID geliştirme çalışmasında κ = 0,91, yetişkin DIAMOND uygulamasında κ = 0.68, Farsça K-SADS uyarlamasında κ = 0,81 ve Çin K-SADS çalışmasında κ = 0.75 düzeyinde uyum bildirilmiştir (4,39,98,115). Çalışmamızda DEHB için elde edilen yüksek test-tekrar test güvenirliği (κ = 0.97), ölçüm performansının kısa süreli izlemde güçlü bir kararlılığa işaret ettiğini düşündürmektedir. Bu görünümün, DEHB belirtilerinin kısa vadede görece stabil seyretmesi, DIAMOND-KID'in yapılandırılmış soru akışıyla tanısal karar süreçlerine yön vermesi ve örneklemde belirgin klinik sunumların yer alması gibi etkenlerle ilişkili olabileceği değerlendirilebilir. Bununla birlikte, bu etkenlerin yüksek uyumu "nedensel" olarak açıklayıp açıklamadığı kesin değildir; dolayısıyla bulgunun genellenebilirliği konusunda temkinli olmak ve farklı örneklem ve uygulama koşullarında doğrulayıcı çalışmalar yürütmek önem taşımaktadır. Genel olarak, çalışmamızdaki test–tekrar test bulguları DIAMOND-KID'in kısa vadeli ölçümlerde tanısal kararlılık açısından birçok tanı alanında literatürle uyumlu, kimi alt kategorilerde ise referans değerlerin üst sınırına yaklaşan güvenilirlik düzeyleri sunduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, sonuçların genellenebilirliği konusunda temkinli olmak ve farklı örneklemlerde yapılacak ileri çalışmalarla bulguların doğrulanması gerekmektedir.

Tablo 7'te, DIAMOND-KID ile tanı alan ve tanı almayan katılımcıların ilgili öz-bildirim ölçeklerinden aldıkları puanların karşılaştırılması yoluyla görüşmenin

ölçüt bağıntılı geçerlilik göstergeleri değerlendirilmiştir. Bu amaçla, tanı alan ve almayan gruplar arasındaki farkın büyüklüğünü göstermek için Cohen's d etki büyüklüğü, ölçeklerin tanı alan bireyleri ayırt etme performansını belirlemek için ise ROC analizi ve AUC (Eğri Altı Alan) değerleri kullanılmıştır. Böylece, DIAMOND-KID'in yalnızca tanısal sınıflandırma gücü değil, aynı zamanda bu sınıflandırmanın klinik belirti şiddetiyle tutarlılığı ve ölçek temelli ayırt ediciliği de bütüncül bir yaklaşımla incelenmiştir. Bu bölümde, öncelikle Tablo 7'in genel örüntüsü ve kavramsal anlamı ele alınmakta; daha sonra tanı alanlarına göre elde edilen bulgular ayrıntılı biçimde tartışılacaktır. Anksiyete bozuklukları için ölçüt bağıntılı geçerlilik analizlerinde; Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB) için d = 1,20 (çok büyük etki) ve AUC = 0,81 (iyi ayırt edicilik); Panik Bozukluğu (PB) için d = 1,44 (çok büyük etki) ve AUC = 0,84 (iyi ayırt edicilik) elde edilmiştir. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) için d = 0,42 (küçük–orta etki) ve AUC = 0,62 (sınırlı ayırt edicilik) gözlenmiş; Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (AAB) için d = 1,05 (büyük etki) ve AUC = 0,74 (orta–iyi ayırt edicilik), Herhangi bir Anksiyete Bozukluğu (HAB) kategorisi için ise d = 0,98 (büyük etki) ve AUC = 0,73 (orta–iyi ayırt edicilik) saptanmıştır. Geliştirici çalışmada MASC ile elde edilen etki büyüklükleri, ayrılık anksiyetesi (d = 1,26), sosyal kaygı (d = 1,25) ve panik bozukluğu (d = 1,00) için "çok büyük", YAB için ise (d = 0,31) "küçük" düzeydedir; bu dağılım, çalışmamızdaki SAB (d = 1,20) ve PB (d = 1,44) için gözlenen yüksek etkiyi ve YAB için saptanan görece düşük ayrışmayı (d = 0,42) destekleyen bir örüntü sunarken; "herhangi bir anksiyete bozukluğu" kategorisinde geliştirici çalışmada bildirilen d = 0,43'lük "küçük–orta" etkiye kıyasla çalışmamızda elde edilen d = 0,98'lik "büyük" etki büyüklüğü, DIAMOND-KID'in özellikle geniş kategori başlığında ölçüt bağıntılı geçerlilik açısından daha güçlü bir ayrıştırma performansı sergileyebildiğini göstermektedir. Depresif bozukluklar alanında elde edilen sonuçlar, tanı alan ve almayan grupların belirgin biçimde ayrıştığını göstermektedir. Distimi için d = 2,06 ve AUC = 0,92, ölçekte güçlü biçimde yakalandığını düşündürürken; Majör Depresif Bozukluk (d = 1,51; AUC = 0,86) ve Herhangi bir Depresif Bozukluk (d = 1,53; AUC = 0,86) için elde edilen değerler klinik olarak anlamlı bir ayırma gücü sunduğunu göstermektedir. Geliştirici çalışmada CDI-2 ile elde edilen etki büyüklükleri PDD için d = 1,05, MDD için d = 0,87 ve herhangi bir depresif bozukluk için d = 1,24 düzeyinde bildirilmiştir. Çalışmamızda ise Distimi

(d = 2,06; AUC = 0,92), Majör Depresif Bozukluk (d = 1,51; AUC = 0,86) ve herhangi bir depresif bozukluk (d = 1,53; AUC = 0,86) için elde edilen değerler, geliştirici çalışmada raporlanan d değerlerinin tamamından daha yüksek seyretmiş ve depresif bozukluklarda belirgin düzeyde ölçüt bağıntılı geçerlilik sağlandığını göstermiştir. Bu görünüm, depresif belirtilerin çocuk ve ergenlerde öznel farkındalık ve işlevsellik kaybı üzerinden ölçeklere yüksek düzeyde yansıdığı varsayımıyla uyumludur; ancak Distimi alt grubundaki örneklem dağılımı göz önünde bulundurularak genellenebilirlik temkinli biçimde değerlendirilmelidir. OKB ve ilişkili bozukluklarda OKB için d = 2,49 ve AUC = 0,93, çalışmada elde edilen en güçlü ayrışmayı göstermektedir. Beden Algısı Bozukluğu (d = 1,38; AUC = 0,87) büyük etki ve iyi ayırt edicilik sunarken; İstifleme Bozukluğu (d = 1,81; AUC = 0,91) çok büyük etki ve çok iyi ayırt edicilik düzeyiyle dikkat çekmektedir. Trikotillomani (d = 1,30; AUC = 0,87) ise büyük etki ve iyi düzeyde ayırma gücü sağlamaktadır. Geliştirici çalışmada OKB (d = 1,23), TTM (d = 3,72) ve EXD (d = 2,16) için bildirilen etki büyüklükleri, tümünün çok büyük düzeyde ayrışma gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bizim çalışmamızdaki OKB (d = 2,49), TTM (d = 1,30) ve İB karşılığı olarak İB (d = 1,81) değerleri, geliştirici çalışmaya kıyasla OKB'de daha yüksek, TTM ve deri yolma/istifleme benzeri kategorilerde ise daha düşük fakat yine de büyük–çok büyük etki aralığında seyretmektedir. Bu çalışmanın literatüre en belirgin katkılarından biri, geliştirici DIAMOND-KID çalışmasında kapsam dışı bırakılan İB (İstifleme Bozukluğu) ve BAB (Beden Algı Bozukluğu) tanılarının değerlendirmeye dahil edilmesidir. Her iki alt tanıda da sırasıyla d = 1,81 (İB) ve d = 1,38 (BAB) düzeyinde elde edilen yüksek etki büyüklükleri, DIAMOND-KID'in Türkçe uygulamada OKB ve ilişkili bozuklukların fenomenolojik çeşitliliğini yakalama ve tanısal ayrıştırma kapasitesini genişlettiğini göstermektedir. Diğer bozukluklar kategorisinde, DEHB tanısı alan grubun Conners puanlarında gözlenen d = 1,05 ve AUC = 0,77; DIAMOND-KID ile belirlenen tanıların ölçek üzerinde anlamlı biçimde daha yüksek skorlarla temsil edildiğini ve görüşmenin DEHB'yi pratik ölçekte ayrıştırabildiğini göstermektedir. Benzer biçimde, KOKGB için elde edilen d = 1,05 ve AUC = 0,78; DIAMOND-KID'de konulan tanının Conners üzerinde beklenen davranış örüntüleriyle tutarlı şekilde yansıdığını ve tanısal sınıflandırmanın ölçekte karşılık bulduğunu desteklemektedir. Beslenme ve yeme bozukluğu grubunda YTT-26 puanlarıyla elde

edilen d = 0,83 ve AUC = 0,73 ise DIAMOND-KID tanılarının ölçek üzerinde orta-iyi düzeyde ayrıştırılabildiğini, ancak alt tiplere yönelik ayrı bir inceleme yapılmadığı için, ölçek puanlarının hangi belirtileri daha güçlü yansıttığı tam olarak belirlenememiştir. Tablo 7'teki ölçüt bağıntılı geçerlilik bulguları, DIAMOND-KID tanılarının genel olarak öz-bildirim ölçek puanlarıyla tutarlı biçimde ayrıştığını ve özellikle anksiyete, depresif bozukluklar ile OKB ve ilişkili bozukluklarda orta–çok büyük etki büyüklükleri ve iyi–çok iyi ayırt edicilik düzeyleri ile desteklendiğini göstermektedir. DEHB, KOKGB ve beslenme–yeme bozuklukları değerleri göreli olarak daha mütevazı olsa da klinik açıdan anlamlı bir ayrışma sunarken, YAB'a ilişkin sonuçlar tanının heterojen yapısı nedeniyle ileri çalışmalarda yeniden ele alınmaya açıktır.

Bu çalışmanın sınırlı yönleri; Her ne kadar örneklem boyutu klinik olarak anlamlı kabul edilse de (N=195), orijinal geliştirme çalışmasındaki örneklemle (N=311) kıyaslandığında daha küçüktür ve istatistiksel güç bazı alt analizlerde sınırlı kalmıştır. Örneklemin tek bir üniversite hastanesi polikliniğinden ve ilk başvuran hastalardan oluşması da çalışmanın kapsamını sınırlar. Bu durum, bulguların coğrafi bölge, farklı sosyokültürel çevreler veya klinik ortamlar geneline genellenebilirliğini kısıtlayabilmektedir. Çalışma, her ne kadar çoklu bilgi vereni kullansa da, bu verilerin etkisini alt gruplar bazında derinlemesine incelememiştir. Örneğin, çocuk ve ebeveyn değerlendirmelerinin tanısal uyuma etkisi yaş grupları veya spesifik tanılar temelinde karşılaştırılmamıştır. Bu durum, farklı yaşlarda çocuklardan alınan bilgi ile ergenlerden alınan bilginin veya farklı bozukluklarda ebeveyn-çocuk tutarsızlıklarının nasıl değişebileceği konusunda belirsizlik yaratır. Çalışmada bazı tanı kategorilerinin örneklem içinde çok az sayıda temsil edilmesi, o alanlardaki bulguların güvenilirliğini sınırlamıştır. Tanıların uzun vadeli geçerliliği (örneğin, DIAMOND-KID'in öngördüğü tanıların ilerideki klinik seyirle uyumu) bu çalışmada incelenmemiştir. Bu noktalar, çalışmanın amacı dışında olmakla birlikte, aracın tüm yönleriyle değerlendirilmesi açısından gelecekte ele alınabilecek konular olarak not edilebilir. Bununla birlikte, Bu çalışmada Türkiye'de ilk kez, OKB ve ilişkili tüm DSM-5 bozukluklarını (OKB, Beden Algısı Bozukluğu, İstifleme Bozukluğu, Trikotillomani, Deri Yolma Bozukluğu) tek bir yarı yapılandırılmış görüşme altında bütüncül biçimde

değerlendirebilen bir aracın klinik uygulamaya kazandırılması, bu çalışmanın alan literatüründe karşılanmamış bir ihtiyacı gideren en özgün katkısı olarak öne çıkmaktadır. Bildiğimiz kadarıyla, DIAMOND-KID'in İngilizce dışındaki ilk sistematik geçerlilik-güvenilirlik analizleri bu çalışmada yapılmış olup literatürde öncü bir çalışma niteliğindedir. Bununla birlikte, 10 yaş altı çocukların da analize dahil edilmesi, görüşmenin erken çocukluk–ergenlik geçişindeki uygulanabilirliğine ilişkin ilk verileri sağlamış; elde edilen yüksek uyum ve geçerlilik göstergeleri, DIAMOND-KID'in Türkçe klinik kullanımı açısından ümit verici bir tanısal araç olduğunu desteklemiştir. Geliştirici çalışmada kapsam dışı bırakılan Beden Algısı Bozukluğu ve İstifleme Bozukluğu gibi tanı alanlarının ilk kez sistematik olarak ele alınması, aracın DSM-5 kapsamındaki klinik çeşitliliği yakalama kapasitesine dair özgün katkılar sunmaktadır. Çalışmada DIAMOND-KID'in güvenilirlik ve geçerliği çok boyutlu bir yaklaşımla incelenmiştir. tanısal geçerlik, yapılandırılmış görüşmeden elde edilen tanıların bağımsız klinik DSM-5 tanıları ile karşılaştırılmasıyla değerlendirilmiştir, farklı uygulayıcılar arası tutarlılık için değerlendiriciler arası güvenirlik vezaman içindeki kararlılığı için test-tekrar test güvenirliği, hesaplanmıştır. Ayrıca, her tanı alanına özgü ölçeklerle korelasyon analizleri yapılarak aracın ölçmesi beklenen yapıları doğru ölçüp ölçmediği sınanmıştır. Bu çok yönlü yöntem, aracın psikometrik performansını güçlü bir şekilde ortaya koymaktadır (örn. pek çok tanı için yüksek kappa, duyarlılık ve özgüllük oranları elde edilmiştir). Çalışmanın bir diğer güçlü yanı, hem çocuk hem ebeveyn olmak üzere birden fazla bilgi kaynağından veriye dayalı değerlendirme yapmasıdır. DIAMOND-KID görüşmeleri başlangıç, test-tekrar ve değerlendiriciler arası tüm alt örneklemlerde çocuk ve aile ile birlikte yürütülmüş, böylece her olgu için çok boyutlu bir veri seti elde edilmiştir. Çok merkezli çalışmaların geniş örneklem ve genellenebilirlik gibi artıları olmakla birlikte farklı merkezler arası uygulama farkları yaratabileceği belirtilmiştir. Bu araştırmada tek merkezli tasarım sayesinde uygulama koşulları, görüşmeci standardı ve örnekleme süreci homojen tutulmuş, çevresel değişkenler kontrol altına alınmıştır. yalnızca tanısal uyum değil, değerlendiriciler arası güvenirlik, test–tekrar test güvenirliği, ROC/AUC, Cohen's d, duyarlılık–özgüllük, olabilirlik oranları ve ölçek temelli ölçüt bağıntılı geçerlilik gibi çok boyutlu istatistiksel göstergelerin birlikte incelenmiş olması, DIAMOND-KID'in psikometrik özelliklerinin kapsamlı bir biçimde

değerlendirilmesine olanak sağlamıştır. Ayrıca geliştirici çalışmada kapsam dışı bırakılan Beden Algısı Bozukluğu ve İstifleme Bozukluğu gibi tanı alanlarının ilk kez sistematik olarak ele alınması, aracın DSM-5 kapsamındaki klinik çeşitliliği yakalama kapasitesine dair özgün katkılar sunmaktadır. Bununla birlikte, 10 yaş altı çocukların da analize dahil edilmesi, görüşmenin erken çocukluk–ergenlik geçişindeki uygulanabilirliğine ilişkin ilk verileri sağlamış; elde edilen yüksek uyum ve geçerlilik göstergeleri, DIAMOND-KID'in Türkçe klinik kullanımı açısından ümit verici bir tanısal araç olduğunu desteklemiştir. Türkiye'de ilk kez, OKB ve ilişkili tüm DSM-5 bozukluklarını (OKB, Beden Algısı Bozukluğu, İstifleme Bozukluğu, Trikotillomani, Deri Yolma Bozukluğu) tek bir yarı yapılandırılmış görüşme altında bütüncül biçimde değerlendirebilen bir aracın klinik uygulamaya kazandırılması, bu çalışmanın alan literatüründe karşılanmamış bir ihtiyacı gideren en özgün katkısı olarak öne çıkmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, DSM-5 temelinde geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme olan DIAMOND-KID'in Türkçe uyarlamasının 6-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde geçerlilik ve güvenilirlik özelliklerini incelemiştir. 195 çocuk ve ergenden (6–17 yaş) oluşan bir örneklemde yapılan değerlendirmede, ölçeğin anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ile dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yeme bozuklukları gibi yaygın psikiyatrik tanıları kapsadığı görülmüştür. DIAMOND-KID ile klinik değerlendirmeyle konulan tanılar arasında genel olarak yüksek düzeyde uyum saptanmış; kappa katsayıları tüm tanı grupları için anlamlı olup çoğu tanıda iyi ila çok iyi aralıktadır. Test-tekrar test ve görüşmeciler arası güvenirlik analizlerinde de tanıların büyük kısmı için kappa değerleri iyi ve çok iyi olarak saptanmıştır, ölçeğin zaman içinde ve farklı değerlendiriciler arasında tutarlı sonuçlar verdiği gösterilmiştir. Yakınsak geçerlik bulguları, DIAMOND-KID'in tanı koyduğu gruplardaki bireylerin ilgili psikopatolojiye özgü ölçeklerde anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldığını ve bu sayede görüşmeden elde edilen tanıların klinik ölçümlerle tutarlı olduğunu göstermiştir, geliştirici çalışmaya ek olarak istifleme ve beden algı bozukluğunun geçerliliği gösterilmiş. Sonuç olarak, Türkçe DIAMOND-KID'in çocuk ve ergenlerde psikiyatrik tanı koyma sürecinde geçerli ve güvenilir bir araç olduğu, klinik uygulamalarda başarıyla kullanılabileceği belirlenmiştir. Türkçe literatüre ilk kez OKB ve ilişkili bozukların tamamını kapsayan bir araç kazandırılmış ve bu alanda yapılacak çalışmaların önünün açılması sağlanmıştır.

KAYNAKÇA

1. Duncan L, Comeau J, Wang L, Vitoroulis I, Boyle MH, Bennett K. Research Review: Test–retest reliability of standardized diagnostic interviews to assess child and adolescent psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2019;60(1):16-29.
2. Kraemer HC, Kupfer DJ, Clarke DE, Narrow WE, Regier DA. DSM-5: How Reliable Is Reliable Enough? AJP. Ocak 2012;169(1):13-5.
3. Nordgaard J, Revsbech R, Sæbye D, Parnas J. Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. World Psychiatry. 2012;11(3):181-5.
4. Tolin DF, Sain KS, Davis E, Gilliam C, Hannan SE, Springer KS, vd. The DIAMOND-KID: Psychometric Properties of a Structured Diagnostic Interview for DSM-5 Anxiety, Mood, and Obsessive-Compulsive and Related Disorders in Children and Adolescents. Assessment. Aralık 2023;30(8):2351-63.
5. Mental health [İnternet]. [a.yer 27 Eylül 2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response
6. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 01 Haziran 2005;62(6):593-602.
7. Copeland WE, Wolke D, Shanahan L, Costello EJ. Adult Functional Outcomes of Common Childhood Psychiatric Problems: A Prospective, Longitudinal Study. JAMA Psychiatry. 01 Eylül 2015;72(9):892-9.
8. Barican JL, Yung D, Schwartz C, Zheng Y, Georgiades K, Waddell C. Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis to inform policymaking. Evid Based Mental Health [Internet]. 20 Ocak 2022 [a.yer 27 Eylül 2025];25(1). Erişim adresi: https://mentalhealth.bmj.com/content/25/1/36
9. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry. Mart 2015;56(3):345-65.
10. Piao J, Huang Y, Han C, Li Y, Xu Y, Liu Y, vd. Alarming changes in the global burden of mental disorders in children and adolescents from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 01 Kasım 2022;31(11):1827-45.
11. Mulraney M, Hiscock H, Sciberras E, Coghill D, Sawyer M. Mental health difficulties across childhood and mental health service use: findings from a longitudinal population-based study. The British Journal of Psychiatry. Temmuz 2020;217(1):364-9.
12. Chıld and Adolescent Mental Health Polıcıes and Plans. World Health Organization, (2005) - Google'da Ara [İnternet]. [a.yer 27 Eylül 2025]. Erişim

adresi: https://www.google.com/search?q=Ch%C4%B1ld+and+Adolescent+Mental+Health+Pol%C4%B1c%C4%B1es+and+Plans.+World+Health+Organization%2C+(2005)&rlz=1C1GCEA_enTR1042TR1042&oq=Ch%C4%B1ld+and+Adolescent+Mental+Health+Pol%C4%B1c%C4%B1es+and+Plans.+World+Health+Organization%2C+(2005)&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBBzU5OWowajeoAgCwAgA&sourceid=chrome&ie=UTF-8

13. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burden. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 01 Ekim 2005;44(10):972-86.
14. Copeland WE, Angold A, Shanahan L, Costello EJ. Longitudinal Patterns of Anxiety From Childhood to Adulthood: The Great Smoky Mountains Study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 01 Ocak 2014;53(1):21-33.
15. Kieling C, Buchweitz C, Caye A, Silvani J, Ameis SH, Brunoni AR, vd. Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence: Evidence From the Global Burden of Disease Study. JAMA Psychiatry. 01 Nisan 2024;81(4):347-56.
16. Erskine HE, Baxter AJ, Patton G, Moffitt TE, Patel V, Whiteford HA, vd. The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. Epidemiol Psychiatr Sci. Ağustos 2017;26(4):395-402.
17. ResearchGate [Internet]. [a.yer 28 Eylül 2025]. Epidemiologic Studies in Child and Adolescent Psychiatry: A Review of Methodology. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/44111228_Epidemiologic_Studies_in_Child_and_Adolescent_Psychiatry_A_Review_of_Methodology
18. Skovgaard AM, Koch SV. The epidemiology of mental disorders in very early childhood: What can we learn from recent research? Curr Res Psychiatry. 19 Mayıs 2021;Volume 1(Issue 2):24-6.
19. Offord DR, Boyle MH, Racine Y. Ontario Child Health Study: correlates of disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Kasım 1989;28(6):856-60.
20. De Los Reyes A, Kazdin AE. Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. Psychol Bull. Temmuz 2005;131(4):483-509.
21. Anselmi L, Fleitlich-Bilyk B, Menezes AMB, Araújo CL, Rohde LA. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. Soc Psychiat Epidemiol. 01 Ocak 2010;45(1):135-42.
22. Balázs J, Miklósi M, Keresztény A, Hoven CW, Carli V, Wasserman C, vd. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. J Child Psychol Psychiatry. Haziran 2013;54(6):670-7.

23. Dursun OB. Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi Türkçe'ye Uyarlama ve Geçerlik Çalışması [Internet] [Ph.D.]. 2009 [a.yer 03 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.proquest.com/docview/2956853447/abstract/9BA699FCC85A4862PQ/1

24. Renou S, Hergueta T, Flament M, Mouren-Simeoni MC, Lecrubier Y. [Diagnostic structured interviews in child and adolescent's psychiatry]. Encephale. 2004;30(2):122-34.

25. Segal DL, June A, Marty MA. Basic Issues in Interviewing and the Interview Process. Içinde: Segal DL, Hersen M, editörler. Diagnostic Interviewing: Fourth Edition [Internet]. Boston, MA: Springer US; 2010 [a.yer 04 Ekim 2025]. s. 1-21. Erişim adresi: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1320-3_1

26. Themes UFO. Structured and Semistructured Interviews for Differential Diagnosis [Internet]. Neupsy Key. 2016 [a.yer 04 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://neupsykey.com/structured-and-semistructured-interviews-for-differential-diagnosis/

27. Rogers R. Handbook of diagnositc and structured interviewing. New York, NY, US: Guilford Press; 2001. xi, 516 s. (Handbook of diagnositc and structured interviewing).

28. Widiger TA, Samuel DB. Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders--fifth edition. J Abnorm Psychol. Kasım 2005;114(4):494-504.

29. Chambers WJ, Puig-Antich J, Hirsch M, Paez P, Ambrosini PJ, Tabrizi MA, vd. 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. 01 Temmuz 1985;42(7):696-702.

30. Endicott J, Spitzer RL. A Diagnostic Interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 01 Temmuz 1978;35(7):837-44.

31. Kaufman J, Birmaher B, Brent DA, Ryan ND, Rao U. K-SADS-PL. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 01 Ekim 2000;39(10):1208.

32. Gökler B, Ünal F, Pehlivantürk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocuklari İçin Duygulanim Bozukluklari ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe Uyarlamasinin Geçerlik ve Güvenirliği. [Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children--Present and Lifetime Version--Turkish Version (K-SADS-PL-T).]. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağliği Dergisi. 2004;11(3):109-16.

33. Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The Development and Well-Being Assessment: Description and Initial Validation of an Integrated Assessment of Child and Adolescent Psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2000;41(5):645-55.

34. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1997;38(5):581-6.

35. Dursun OB, Guvenir T, Aras S, Ergin C, Mutlu C, Baydur H, vd. A new diagnostic approach for Turkish speaking populations DAWBA Turkish Version. Epidemiology and Psychiatric Sciences. Eylül 2013;22(3):275-82.

36. Sheehan DV, MD, Sheehan MKH, Shytle PRD, Janavs PJ, Bannon MY, vd. Psychiatrist.com. [a.yer 07 Ekim 2025]. Reliability and Validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). Erişim adresi: https://www.psychiatrist.com/jcp/reliability-validity-mini-international-neuropsychiatric/

37. Angold A, Prendergast M, Cox A, Harrington R, Simonoff E, Rutter M. The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). Psychol Med. Temmuz 1995;25(4):739-53.

38. Weller EB, Weller RA, Fristad MA, Rooney MT, Schecter J. Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS). Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 01 Ocak 2000;39(1):76-84.

39. Tolin DF, Gilliam C, Wootton BM, Bowe W, Bragdon LB, Davis E, vd. Psychometric Properties of a Structured Diagnostic Interview for DSM-5 Anxiety, Mood, and Obsessive-Compulsive and Related Disorders. Assessment. 01 Ocak 2018;25(1):3-13.

40. Chang K, Frankovich J, Cooperstock M, Cunningham MW, Latimer ME, Murphy TK, vd. Clinical Evaluation of Youth with Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome (PANS): Recommendations from the 2013 PANS Consensus Conference. J Child Adolesc Psychopharmacol. 01 Şubat 2015;25(1):3-13.

41. Leffler JM, Riebel J, Hughes HM. A Review of Child and Adolescent Diagnostic Interviews for Clinical Practitioners. Assessment. 01 Aralık 2015;22(6):690-703.

42. Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. Journal of Clinical Epidemiology. 01 Nisan 2015;68(4):435-41.

43. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. Spine. 15 Aralık 2000;25(24):3186.

44. Intercultural Scale Adaptation Stages, Language and Culture Adaptation: Updated Guideline [Internet]. [a.yer 09 Ekim 2025]. Erişim adresi: http://fnjn.org/en/intercultural-scale-adaptation-stages-language-and-culture-adaptation-updated-guideline-13661

45. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. Qual Life Res. Mayıs 1998;7(4):323-35.

46. Acquadro C, Conway K, Hareendran A, Aaronson N. Literature Review of Methods to Translate Health-Related Quality of Life Questionnaires for Use in Multinational Clinical Trials. Value in Health. 01 Mayıs 2008;11(3):509-21.

47. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, vd. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Value Health. 2005;8(2):94-104.

48. Muñiz J, Elosua P, Hambleton R. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. Psicothema. 01 Mayıs 2013;2(25):151-7.

49. Ortiz-Gutiérrez S, Cruz-Avelar A. Translation and Cross-Cultural Adaptation of Health Assessment Tools. Actas Dermosifiliogr. 01 Nisan 2018;109(3):202-6.

50. Stewart AL, Nápoles-Springer A. Health-related quality-of-life assessments in diverse population groups in the United States. Med Care. Eylül 2000;38(9 Suppl):II102-124.

51. Nuzhat Naz FG. Development of Qualitative Semi-Structured Interview Guide for Case Study Research. Competitive Social Science Research Journal. 10 Haziran 2022;3(2):42-52.

52. Barriball KL, While A. Collecting data using a semi-structured interview: a discussion paper. J Adv Nurs. Şubat 1994;19(2):328-35.

53. Ercan İ, Kan İ. Reliability and Validity in The Scales. Uludağ Tıp Derg. 01 Eylül 2004;30(3):211-6.

54. Scribd [Internet]. [a.yer 12 Ekim 2025]. Bilimsel Araştırma Yöntemi - Prof. Dr. Niyazi KARASAR (İkili) PDF | PDF. Erişim adresi: https://www.scribd.com/document/400811594/Bilimsel-Ara%C5%9Ft%C4%B1rma-Yontemi-Prof-Dr-Niyazi-KARASAR-%C4%B0kili-pdf

55. Shweta, Bajpai RC, Chaturvedi HK. Evaluation of inter-rater agreement and inter-rater reliability for observational data: An overview of concepts and methods. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology. 2015;41(3):20-7.

56. Unit of Biostatistics and Research Methodology, School of Medical Sciences, Universiti Sains Malaysia, Kelantan, MALAYSIA, Arifin WN. A Web-based Sample Size Calculator for Reliability Studies. EIMJ. 28 Eylül 2018;10(3):67-76.

57. Conners, CK (2001). Conners Derecelendirme Ölçekleri - Çocuklar ve Ergenlerde Kullanım İçin Gözden Geçirilmiş Araçlar. Çoklu Sağlık Sistemleri. - Kaynaklar - Bilimsel Araştırma Yayıncılığı [İnternet]. [a.yer 18 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3439300

58. Kaner S, Buyukozturk S, Iseri E. Conners parent rating scale-revised short: Turkish standardization study/Conners anababa dereceleme olcegi-yenilenmis kisa: Turkiye stardardizasyon calismasi. Archives of Neuropsychiatry. 01 Haziran 2013;50(2):100-10.

59. Chorpita BF, Yim L, Moffitt C, Umemoto LA, Francis SE. Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. Behav Res Ther. Ağustos 2000;38(8):835-55.

60. Gormez V, Kilincaslan A, Ebesutani C, Orengul AC, Kaya I, Ceri V, vd. Psychometric Properties of the Parent Version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a Clinical Sample of Turkish Children and Adolescents. Child Psychiatry Hum Dev. Aralık 2017;48(6):922-33.

61. Akıncı MA, Turan B, Çakır A, Esin İS, Storch EA, Dursun OB. Psychometric Properties of the Turkish Version of the Children's Saving Inventory in a Clinical Sample. Eurasian J Med. 01 Ekim 2023;55(3):243-8.

62. Storch EA, Muroff J, Lewin AB, Geller D, Ross A, McCarthy K, vd. Development and Preliminary Psychometric Evaluation of the Children's Saving Inventory. Child Psychiatry Hum Dev. 01 Nisan 2011;42(2):166-82.

63. Pirdoğan Aydin E, Güler Kenar J, Altunay İK, Deniz F, Özer ÖA, Karamustafalioğlu KO. Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale: Validity and Reliability Study of the Turkish Form. Turk Psikiyatri Derg. 2023;34(1):2-10.

64. Keuthen NJ, O'Sullivan RL, Ricciardi JN, Shera D, Savage CR, Borgmann AS, vd. The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale: 1. development and factor analyses. Psychother Psychosom. 1995;64(3-4):141-5.

65. Hovardaoğlu S. Vücut Algısı Ölçeği. Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi (3P) Testler Özel Eki. 1992;1(1):26-7.

66. Secord PF, Jourard SM. The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. J Consult Psychol. Ekim 1953;17(5):343-7.

67. Dm G, Mp O, Y B, Pe G. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. Psychological medicine [Internet]. Kasım 1982 [a.yer 18 Ekim 2025];12(4). Erişim adresi: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6961471/

68. Ergüney-okumuş FE, Sertel-berk HÖ. Yeme Tutum Testi Kısa Formunun (YTT-26) Üniversite Örnekleminde Türkçeye Uyarlanması ve Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Studies in Psychology. 27 Mart 2020;40(1):57-78.

69. Scahill L, Riddle MA, McSwiggin-Hardin M, Ort SI, King RA, Goodman WK, vd. Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: reliability and validity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Haziran 1997;36(6):844-52.

70. Yucelen AG, Rodopman-Arman A, Topcuoglu V, Yazgan MY, Fisek G. Interrater reliability and clinical efficacy of Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale in an outpatient setting. Compr Psychiatry. 2006;47(1):48-53.

71. Kovacs, M. "Children's Depression Inventory." CDI, Manual/Multi-Health Systems Inc (1992).

72. Oy, B. "Çocuklar için depresyon ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması." Turk Psikiyatri Derg 2 (1991): 132-137.

73. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. Mart 1977;33(1):159-74.

74. Wongpakaran, Tinakon, et al. “Interrater reliability of Thai version of the structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders (T-SCID II).” Journal of the Medical Association of Thailand 95.2 (2012): 264.

75. Jo D. The interpretation bias and trap of multicenter clinical research. Korean J Pain. 01 Temmuz 2020;33(3):199-200.

76. Technology I of M (US) C on HC, Sox H, Stern S, Owens D, Abrams HL. Problems of Multi-Institutional Studies. Içinde: Assessment of Diagnostic Technology in Health Care: Rationale, Methods, Problems, and Directions: Monograph of the Council on Health Care Technology [Internet]. National Academies Press (US); 1989 [a.yer 26 Aralık 2025]. Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235189/

77. Payne S, Seymour J, Molassiotis A, Froggatt K, Grande G, Lloyd-Williams M, vd. Benefits and challenges of collaborative research: lessons from supportive and palliative care. BMJ Supportive & Palliative Care. 01 Haziran 2011;1(1):5-11.

78. Das MK. Multicenter Studies: Relevance, Design and Implementation. Indian Pediatr. 01 Temmuz 2022;59(7):571-9.

79. De Los Reyes A, Augenstein TM, Wang M, Thomas SA, Drabick DAG, Burgers DE, vd. The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. Psychological Bulletin. 2015;141(4):858-900.

80. Kolaitis G, Zaravinos-Tsakos F, Rokas IM, Syros I, Tsakali A, Belivanaki M, vd. Navigating young minds: reliability and validity of the Greek version of kiddie – schedule for affective disorders and schizophrenia – present and lifetime DSM-5 version (K-SADS-PL-GR-5). BMC Psychiatry. 01 Aralık 2023;23(1):614.

81. Unal F, Oktem F, Cetin Cuhadaroglu F, Cengel Kultur SE, Akdemir D, Foto Ozdemir D, vd. 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). Turkish Journal of Psychiatry [İnternet]. 2019 [a.yer 06 Ekim 2025]; Erişim adresi: http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=doi&doi=u23408

82. de la Peña FR, Villavicencio LR, Palacio JD, Félix FJ, Larraguibel M, Viola L, vd. 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. 01 Aralık 2018;18(1):193.

83. Baker HJ, Hollywood A, Waite P. Adolescents’ lived experience of panic disorder: an interpretative phenomenological analysis. BMC Psychol. 06 Haziran 2022;10(1):143.

84. King NJ, Muris P, Ollendick TH. Childhood Fears and Phobias: Assessment and Treatment. Child and Adolescent Mental Health. 2005;10(2):50-6.

85. Feriante J, Torrico TJ, Bernstein B. Separation Anxiety Disorder. Içinde: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [a.yer 27 Aralık 2025]. Erişim adresi: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560793/

86. Merlo LJ, Storch EA, Murphy TK, Goodman WK, Geffken GR. Assessment of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Critical Review of Current Methodology. Child Psychiatry Hum Dev. 01 Aralık 2005;36(2):195-214.

87. Fernández de la Cruz L, Micali N, Roberts S, Turner C, Nakatani E, Heyman I, vd. Are the symptoms of obsessive-compulsive disorder temporally stable in children/adolescents? A prospective naturalistic study. Psychiatry Research. 30 Eylül 2013;209(2):196-201.

88. Phillips KA, Didie ER, Menard W, Pagano ME, Fay C, Weisberg RB. Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. Psychiatry Res. 30 Mart 2006;141(3):305-14.

89. Lee SM, Liu G, Meinert A, Manis J, Guzick AG, Schneider SC, vd. Çocuklarda ve Ergenlerde Obsesif-Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar. İçinde: Tolin DF, editör. The Oxford Handbook of Obsessive-Compulsive and Related Disorders [İnternet]. Oxford University Press; 2023 [a.yer 28 Aralık 2025]. s. 0. Erişim adresi: https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190068752.013.27

90. Burton CL, Crosbie J, Dupuis A, Mathews CA, Soreni N, Schachar R, vd. Clinical Correlates of Hoarding With and Without Comorbid Obsessive-Compulsive Symptoms in a Community Pediatric Sample. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 01 Şubat 2016;55(2):114-121.e2.

91. Lynch FA, Moulding R, McGillivray JA. Phenomenology of hoarding in children with comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): The perceptions of parents. Comprehensive Psychiatry. 01 Temmuz 2017;76:1-10.

92. Grant JE, Chamberlain SR. Trichotillomania. American Journal of Psychiatry [Internet]. 01 Eylül 2016 [a.yer 28 Aralık 2025]; Erişim adresi: https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2016.15111432

93. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Keuthen NJ, Lochner C, Stein DJ. Skin Picking Disorder. American Journal of Psychiatry [Internet]. Kasım 2012 [a.yer 28 Aralık 2025]; Erişim adresi: https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2012.12040508

94. Grant JE, Odlaug BL, Suck WK. Lamotrigine treatment of pathologic skin picking: An open-label study. J Clin Psychiatry. 2007;68(9):1384-91.

95. Goodman A, Heiervang E, Collishaw S, Goodman R. The 'DAWBA bands' as an ordered-categorical measure of child mental health: description and validation in British and Norwegian samples. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 01 Haziran 2011;46(6):521-32.

96. Reliability and Validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID) [İnternet]. [a.yer 28 Aralık 2025]. Erişim adresi: https://www.psychiatrist.com/jcp/reliability-validity-mini-international-neuropsychiatric/

97. Distimi ve kalıcı depresif bozukluğun incelenmesi: tarihçe, ilişkili faktörler ve klinik sonuçlar - ClinicalKey [İnternet]. [a.yer 30 Aralık 2025]. Erişim adresi: https://www.clinicalkey.com/#!/content/playContent/1-s2.0-

S2215036620300997?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS2215036620300997%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F

98. Eisenlohr-Moul TA, Girdler SS, Schmalenberger KM, Dawson DN, Surana P, Johnson JL, vd. Toward the Reliable Diagnosis of DSM-5 Premenstrual Dysphoric Disorder: The Carolina Premenstrual Assessment Scoring System (C-PASS). Am J Psychiatry. 01 Ocak 2017;174(1):51-9.
99. Ghanizadeh A, Mohammadi MR, Yazdanshenas A. Psychometric properties of the Farsi translation of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia-present and lifetime version. BMC Psychiatry. 15 Mart 2006;6(1):10.
100. Grasso D, Boonsiri J, Lipschitz D, Guyer A, Houshyar S, Douglas-Palumberi H, vd. Posttraumatic Stress Disorder: The Missed Diagnosis. Child Welfare. 2009;88(4):157-76.
101. CASEY P, BAILEY S. Adjustment disorders: the state of the art. World Psychiatry. Şubat 2011;10(1):11-8.
102. Dahlgren CL, Walsh BT, Vrabel K, Siegwarth C, Rø Ø. Eating disorder diagnostics in the digital era: validation of the Norwegian version of the Eating Disorder Assessment for DSM-5 (EDA-5). J Eat Disord. 01 Aralık 2020;8(1):30.
103. Tanofsky-Kraff M, Yanovski SZ, Wilfley DE, Marmarosh C, Morgan CM, Yanovski JA. Eating-Disordered Behaviors, Body Fat, and Psychopathology in Overweight and Normal-Weight Children. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2004;72(1):53-61.
104. Marzilli E, Cerniglia L, Cimino S. A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. Adolescent Health, Medicine and Therapeutics. 05 Ocak 2018;9:17-30.
105. Bohon C. Binge Eating Disorder in Children and Adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. Ekim 2019;28(4):549-55.
106. Archibald T, Bryant-Waugh R. Current evidence for avoidant restrictive food intake disorder: Implications for clinical practice and future directions. JCPP Adv. 03 Nisan 2023;3(2):e12160.
107. Norris ML, Spettigue WJ, Katzman DK. Update on eating disorders: current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016;12:213-8.
108. Meyers K, Hagan TA, Zanis D, Webb A, Frantz J, Ring-Kurtz S, vd. Critical issues in adolescent substance use assessment. Drug and Alcohol Dependence. 01 Temmuz 1999;55(3):235-46.
109. Hasin D, Kilcoyne B. Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States: current issues and findings from the NESARC. Current Opinion in Psychiatry. Mayıs 2012;25(3):165.
110. Iverson AM, Black KJ. Why Tic Severity Changes from Then to Now and from Here to There. Journal of Clinical Medicine. Ocak 2022;11(19):5930.

111. Burke JD, Butler EJ, Shaughnessy S, Karlovich AR, Evans SC. Evidence-Based Assessment of DSM-5 Disruptive, Impulse Control, and Conduct Disorders. Assessment. 01 Ocak 2024;31(1):75-93.

112. Validation of the Interview Module for Intermittent Explosive Disorder (M-IED) in children and adolescents: a pilot study. Psychiatry Research. 15 Nisan 2001;101(3):259-67.

113. Burke JD, Loeber R, Birmaher B. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Kasım 2002;41(11):1275-93.

114. Frick PJ, Nigg JT. Current issues in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. Annu Rev Clin Psychol. 2012;8:77-107.

115. Elbir M, Alp Topbas O, Bayad S, Kocabas T, Topak OZ, Cetin S, vd. Adaptation and Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders - Clinician Version (SCID-5/CV) to the Turkish Language. Turkish Journal of Psychiatry [Internet]. 2019 [a.yer 31 Aralık 2025]; Erişim adresi: http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=doi&doi=u23431

116. Understanding Test-Retest Reliability: What It Is and Why It Matters | Voyager Sopris Learning [İnternet]. [a.yer 01 Ocak 2026]. Erişim adresi: https://www.voyagersopris.com/vsl/blog/understanding-test-retest-reliability-what-it-is-and-why-it-matters?utm_source=chatgpt.com

117. Dun Y, Li QR, Yu H, Bai Y, Song Z, Lei C, vd. Reliability and validity of the Chinese version of the kiddie-schedule for affective disorders and schizophrenia-present and lifetime version DSM-5 (K-SADS-PL-C DSM-5). Journal of Affective Disorders. 15 Kasım 2022;317:72-8.

118. Saigh PA, Yasik AE, Oberfield RA, Green BL, Halamandaris PV, Rubenstein H, vd. The children's PTSD inventory: Development and reliability. Journal of Traumatic Stress. 2000;13(3):369-80.

EKLER

EK-1.DIAMOND-KID Çevrim İçi Eğitim Sertifikası

Confidential

Record ID 205 Ürük Taylan

Page 3

INTER-RATER CALIBRATION VIDEOS

This is the inter-rater calibration test. Your answers will be checked against those of the expert rater. You will receive feedback in real time. After you click "Submit," you will receive a report showing the correct answers along with your reliability statistics.

We recommend you have a paper copy of the DIAMOND-KID for reference during the test. You can find the DIAMOND-KID at www.diamondinterview.org.

If you need to leave the program for more than a few minutes, click "Save and Return" at the bottom of the page. You will need to save the return code provided to you.

Hint: Because some of our child actors speak softly, you may wish to use the "closed captioning" buttons on the videos.

SUMMARY STATISTICS

Your percent agreement is 97%.

Your kappa coefficient is 0.95.

0.80 and greater	Excellent
0.60 - 0.79	Very Good
0.40 - 0.59	Good
0.20 - 0.39	Questionable
Less than 0.20	Unacceptable

EK-2. Sosyodemografik Veri Formu

A. Çocuğa Ait Bilgiler

1. Çocuğun Adı Soyadı:

2. Cinsiyeti: ☐ Erkek ☐ Kız ☐ Diğer: _____

3. Doğum Tarihi: _____

4. Yaş (yıl/ay): _____

5. Sınıf düzeyi / eğitim durumu: _____

6. Kronik hastalık varlığı: ☐ Yok ☐ Varsa, belirtiniz: _____

7. Gelişimsel gerilik / özel gereksinim: ☐ Yok ☐ Varsa, belirtiniz: _____

8. Daha önce psikiyatrik tanı aldı mı? ☐ Hayır ☐ Evet → Tanılar: _____

9. Psikiyatrik tedavi / terapi öyküsü: ☐ Hayır ☐ Evet → Açıklayınız: _____

10. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü: ☐ Yok ☐ Var → Kimde, hangi tanı?: _____

B. Ebeveyne Ait Bilgiler

11. Anne yaşı / eğitim durumu / mesleği: _____

12. Baba yaşı / eğitim durumu / mesleği: _____

13. Aile yapısı: ☐ Anne-baba birlikte ☐ Boşanmış ☐ Tek ebeveynli ☐ Koruyucu aile ☐ Diğer: _____

14. Ailenin yaşadığı yer: İl: _____ İlçe: _____ ☐ Kentsel ☐ Kırsal

15. Sosyoekonomik düzey: ☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek

16. Evde yaşayan kişi sayısı: _____

17. Kardeş sayısı: _____

18. Ebeveynlerde ruhsal/bedensel hastalık öyküsü: ☐ Yok ☐ Var → Belirtiniz:

EK-3. Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği

19.02.2021 / Ver 2.0

YENİLENMİŞ CONNERS EBEVEYN DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ-KISA (3-17 YAŞ)

Yönerge: Aşağıda çocukların yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, çocuğunuzun son bir ay içerisindeki davranışlarına göre derecelendiriniz .Her bir madde için kendinize 'Son bir ay içinde bu sorunun ne kadar görüldüğü' sorusunu sorunuz ve her madde için en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer o davranış hiçbir zaman görülmüyorsa ya da çok seyrek, nadiren görülüyorsa 0'ı işaretleyiniz. Eğer çok sık görülüyorsa 3 ü işaretleyiniz. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1'i ya da 2'yi işaretleyiniz. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	**BİRAZ DOĞRU (Bazen)**	**OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)**	**ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)**
1	Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
2	Öfkeli ve alıngandır.	0	1	2	3
3	Ev ödevlerini yapmada ya da tamamlamada güçlük çeker	0	1	2	3
4	Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder.	0	1	2	3
5	Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
6	Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
7	Ürkektir, kolayca korkar	0	1	2	3
8	Ödevlerini tamamlamayı başaramaz	0	1	2	3
9	Çarşıda ya da marketlerde alışveriş sırasında kontrolü zordur	0	1	2	3
10	Evde ya da okulda dağınık ya da düzensizdir	0	1	2	3
11	Hiddetlenir.	0	1	2	3
12	Ödevlerini yaparken yakından denetlenmesi gerekir	0	1	2	3
13	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir	0	1	2	3
14	Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
15	Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
16	Sinirlidir.	0	1	2	3
17	Uzun süreli zihinsel çaba göstermeyi gerektiren görevlerden (okul çalışmaları ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik gösterir ya da yapmakta zorlanır	0	1	2	3
18	Kıpır kıpırdır, huzursuzdur .	0	1	2	3
19	Bir şey yapması için yönergeler verildiğinde dikkati dağılır	0	1	2	3
20	Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder .	0	1	2	3
21	Sınıfta dikkatini toplamada sorunu vardır.	0	1	2	3
22	Sırada beklemekte ya da oyunlarda ve grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlüğü vardır.	0	1	2	3
23	Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar.	0	1	2	3
24	Başkalarını kızdıran şeyleri kasıtlı olarak yapar.	0	1	2	3
25	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını, günlük ev işlerini ya da iş yerindeki görevlerini bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil)	0	1	2	3
26	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
27	Çabalamaktan çabuk vazgeçer	0	1	2	3

EK-4. ÇADÖ-Y Çocuk Formu

Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y)

Adı ve Soyadı: Yaş: Cinsiyet: Eğitimi (sınıfı):

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin (" Asla doğru değil ise 0'ı, Bazen doğru ise 1'i, Sık Sık doğru ise 2'yi, Her Zaman doğru ise 3'ü işaretleyin).

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

ÇADÖ-Y (Çocuk Formu)

35.	Gelecek hakkında endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Hiçbir nedeni yokken aniden başım döner ve bayılacak gibi olurum	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Ölüm hakkında düşünürüm	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Sınıfımın önünde konuşma yapmak beni korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Kalbim sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Hareket etmek istemiyor gibi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hissederim (ellerimi yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri "tam olması gereken biçimde" yapmak zorunda hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Geceleri yatağa gittiğimde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Kendimi huzursuz hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)

EK-5. Çocuk Biriktirme Ölçeği

Çocuğun adı soyadı: Tarih:

Aşağıda bazı çocuk ve gençlerde görülebilecek özellikler bulunmaktadır. Lütfen çocuğununuz **gecen haftaki** durumuna uyan sayıyı işaretleyin. Lütfen bir başka aile üyesinin değil sadece ÇOCUĞUNUZUN davranışlarını belirtiniz.(Puanlama 0 ile 4 puan arasındadır.Aşağıdaki her soru için uygun puanı veriniz.)

0	1	2	3	4
Hiç	Çok az/Minimal	Bazen/Orta derecede	Çok/Çok fazla	Neredeyse her zaman/Tamamen

1.	Çocuğunuzun odası(uyuduğu, oynadığı oda) ona ait şeylerle tıka basa doldurulmuş, bunlar biriktirilmiş bir halde midir?	0	1	2	3	4
2.	Çocuğunuz ihtiyacı olmayan şeyleri elde etme konusunda arzularını ne kadar kontrol edebilir?	0	1	2	3	4
3.	Çocuğunuza ait şeylerle ne kadar vakit harcıyorsunuz? (örneğin onları toplamak, çöpe atmak, düzenlemek vb için)	0	1	2	3	4
4.	Çocuğunuz artık ihtiyacı olmayan şeylerini yinede saklama konusundaki arzusunu kontrol edebilir mi?	0	1	2	3	4
5.	Çocuğunuzun biriktirdikleri nedeniyle evinizde yürümek zor mudur?	0	1	2	3	4

Her soru için çocuğununuz **gecen haftaki** durumuna uyan sayıyı işaretleyin

0	1	2	3	4
Hiç	Çok az/Minimal	Bazen/Orta derecede	Çok/Çok fazla	Neredeyse her zaman/Tamamen

6.	Çocuğunuz artık ihtiyacı olmayan şeyleri atmak konusunda güçlük çeker mi?	0	1	2	3	4
7.	Bir şeyleri çöpe atma işi çocuğunuzu ne kadar gerer?	0	1	2	3	4
8.	Başka insanların ona ait şeylere dokunması veya yerlerini değiştirmesi çocuğunuzu ne kadar üzer veya kızdırır?	0	1	2	3	4
9.	Sizin (veya bir başka yetişkinin) artık ihtiyacı olmadığını düşündüğünüz şeylerini kaldırmanız veya atmanıza çocuğunuz ne kadar tepki gösterir?	0	1	2	3	4
10.	Çocuğunuz istediği ancak ihtiyacı olmayan birşeyi elde edemezse ne kadar üzülür ve gerilir ?	0	1	2	3	4
11.	Bazı eşyalarına aşırı derecede bağlı olması çocuğunuzun okulunu, arkadaş ilişkilerini evdeki durumunu ne ölçüde etkiler?	0	1	2	3	4
12.	Kısa vadede(hemen) kullanmayacağı şeyleri satın almak ya da bedava veriliyorsa almak konusunda isteği ne kadar fazla olur?	0	1	2	3	4

Arka sayfadaki sorulara devam ediniz .

GEÇEN HAFTA BOYUNCA:

0	1	2	3	4
Hiç	Hafif	Orta	Belirgin/Şiddetli	Çok ileri

13. Hiç kullanmayacağını bildiğiniz birşeyi yine de saklamak konusundaki isteği ne kadar fazladır?	0	1	2	3	4
14. Bazı nesnelere aşırı bağlı olması aile üyeleri veya diğer çocuklarla ilişkilerini ne kadar etkiler?	0	1	2	3	4

Her soru için çocuğununuz **geçen haftaki** durumuna uyan sayıyı işaretleyin

0	1	2	3	4
Asla	Nadiren	Bazen/ara sıra	Sıklıkla	Çok sık

15. Çocuğunuz ne sıklıkta kendisine ait şeyleri atmaya katlanamadığı veya bunları atmak çok zaman alacağı için atmaktan kaçınır?	0	1	2	3	4
16. Çocuğunuz ne sıklıkta gördüğü birşeyi mutlaka edinmesi gerektiği hissine kapılır. Örneğin alışverişte veya bedava verilen birşey konusunda.	0	1	2	3	4
17. Çocuğunuz ne sıklıkta koyacak yeri olmamasına ve ihtiyacı olmamasına rağmen birşeyleri saklamaya karar verir?	0	1	2	3	4
18. Ne sıklıkta çocuğunuzun biriktirdiği şeyler evinize misafir davet etmenizi engeller?	0	1	2	3	4
19. Çocuğunuz acil ihtiyacı olmayan, hemen kullanmayacağı şeyleri ne sıklıkta satın alır? (ya da sizi satın almaya zorlar, bedava veriliyorsa almanız için ısrar eder)	0	1	2	3	4
20. Ne sıklıkta çocuğunuzu bu alma ısrarı sorunları nedeniyle alışverişe götürmekten kaçınırsınız?	0	1	2	3	4
21. Çocuğunuzun odası,oyun alanı vb ne ölçüde eşyaları ile tıka basa doldurulmuş, eşyalar biriktirilmiş haldedir?	0	1	2	3	4
22. Çocuğunuzun bu biriktirme huyu nedeniyle diğer aile üyelerinin evin bir bölümünü tam olarak kullanmasını engellediği oluyor mu? (Örneğin yatağında uyumasını, lavaboyu kullanmasını,masasını kullanmasını)	0	1	2	3	4
23. Çocuğunuz ne sıklıkta atmasını ya da ondan kurtulmasını istediğiniz bir şeyini atamaz?	0	1	2	3	4

Arka sayfadaki sorulara devam ediniz .

EK-6. Massachusetts Genel Hastane Saç/Kıl Yolma Ölçeği (MGH-SY)

İsim: Tarih:

TALİMATLAR: Her soru için, geçen hafta boyunca davranışlarınızı ve/veya duygularınızı en iyi tanımlayan açıklamayı işaretleyiniz. Davranış ve duygularınız değişkense, geçen haftanın ortalamasını değerlendirmeye çalışın. İşaretlemeden önce sorudaki tüm ifadeleri okuduğunuzdan emin olun.

Sıradaki 3 soruda, sadece saçınızı/kılınızı yolma isteğini puanlayın.

1. İsteklerin sıklığı. Ortalama bir günde saçınızı/kılınızı yolma isteği ne sıklıkta oldu?

   0 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteğim olmadı.

   1 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteği nadiren oldu.

   2 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteği sık oldu.

   3 Bu hafta saçımı/kılımı yolmak isteği çok sık oldu.

   4 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteği neredeyse her zaman oldu.

2. İsteklerin yoğunluğu. Ortalama bir günde saçınızı/kılınızı yolma isteğine yoğunluktaydı veya ne şiddetteydi?

   0 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteğim olmadı.

   1 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteği hafif oldu.

   2 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteği orta düzeyde oldu.

   3 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteği şiddetli oldu.

   4 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteği çok şiddetli oldu.

3. İstekleri kontrol edebilme. Ortalama bir günde saçınızı/kılınızı yolma isteğinizi ne kadar kontrol edebiliyorsunuz?

   0 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteğini her zaman kontrol edebildim veya saçımı/kılımı yolma isteğim olmadı.

   1 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteğinden kendimi çoğu zaman uzaklaştırabildim.

   2 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteğinden kendimi bazen uzaklaştırabildim.

   3 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteğinden kendimi nadiren uzaklaştırabildim.

   4 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteğinden kendimi hiç uzaklaştıramadım.

4. Saç/kıl yolmanın sıklığı. Ortalama bir günde,ne sıklıkta saçınızı/kılınızı yoldunuz?

   0 Bu hafta saçımı/kılımı yolmadım.

   1 Bu hafta saçımı/kılımı ara sıra yoldum.

   2 Bu hafta saçımı/kılımı sık yoldum.

   3 Bu hafta saçımı/kılımı çok sık yoldum.

   4 Bu hafta saçımı/kılımı o kadar sık yoldum ki, sanki her zaman yolmuşum gibi hissetim.

5. Saç/kıl yolmaya direnme girişimleri. Ortalama bir günde, saçını/kılını yolmayı durdurmak için ne sıklıkta girişimde bulundun?

   0 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteğim olmadı.

   1 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteğine karşı neredeyse her zaman direnmeye çalıştım.

   2 Bu hafta saçımı/ kılımı yolma isteğine karşı bazen direnmeye çalıştım.

   3 Bu hafta saçımı/ kılımı yolma isteğine karşı nadiren direnmeye çalıştım.

   4 Bu hafta saçımı/kılımı yolma isteğine karşı hiçbir zaman direnmeye çalışmadım.

6. Saç/kıl yolma üzerindeki kontrol. Ortalama bir günde saçınızı yolmayı durdurma konusunda ne kadar başarılı oldunuz?

   0 Bu hafta saçımı/kılımı yolmadım.

   1 Bu hafta saçımı/kılımı yolmamak için neredeyse her zaman direnebildim.

   2 Bu hafta saçımı/kılımı yolmamak için çoğu zaman direnebildim.

   3 Bu hafta saçımı/kılımı yolmamak için bazen direnebildim.

   4 Bu hafta saçımı/kılımı yolmamak için nadiren direnebildim.

Son soruda, saç/kıl yolmanızın sonuçlarını puanlayın…

7. İlişkili sıkıntı. Saç/kıl yolma bazı insanları huzursuz veya "sinirli" veya üzgün yapabilir. Geçen hafta boyunca saç/kıl yolmamla ilgili ne kadar rahatsızlık duydun?

   0 Bu hafta saç/kıl yolmamla ilgili rahatsızlık duymadım.

   1 Bu hafta saç/kıl yolmamla ilgili belli belirsiz rahatsızlık duydum.

   2 Bu hafta saç/kıl yolmamla ilgili belirgin rahatsızlık duydum.

   3 Bu hafta saç/kıl yolmamla ilgili önemli ölçüde rahatsızlık duydum.

   4 Bu hafta saç/kıl yolmamla ilgili yoğun rahatsızlık duydum.

EK-7. Vücut Algısı Ölçeği

Ek B: Vücut Algısı Ölçeği

	Hiç Beğenmiyorum	Pek Beğenmiyorum	Kararsızım	Oldukça Beğeniyorum	Çok Beğeniyorum
1. Saçlarım					
2. Yüzümün rengi					
3. İştahım					
4. Ellerim					
5. Vücudumdaki kıldağılımı					
6. Burnum					
7. Fizikselgücüm					
8. İdrar – dışkıdüzenim					
9. Kaskuvvetim					
10. Belim					
11. Enerji düzeyim					
12. Sırtım					
13. Kulaklarım					
14. Yaşım					
15. Çenem					
16. Vücut yapım					
17. Profilim					
18. Boyum					
19. Duyularımın keskinliği					
20. Ağrıya dayanıklılığım					
21. Omuzlarımın genişliği					
22. Kollarım					
23. Göğüslerim					
24. Gözlerinim şekli					
25. Sindirim sistemim					
26. Kalçalarım					
27. Bacaklarım					
28. Dişlerimin şekli					
29. Cinsel gücüm					
30. Ayaklarım					
31. Uyku düzenim					
32. Sesim					
33. Sağlığım					
34. Cinsel faaliyetlerim					
35. Dizlerim					
36. Vücudumun duruş şekli					
37. Yüzümün şekli					
38. Kilom					
39. Cinsel organlarım					
40. Hastalığa direncim					

EK-8. Yeme Tutum Testi (YTT-26)

Yeme Tutum Testi (YTT-26)

Açıklama: Bu ölçek, profesyonel dikkat gerektiren bir yeme bozukluğunuz olup olmadığını belirlemede size yardımcı olan bir tarama ölçeğidir. Bu tarama ölçeği yeme bozukluğu tanısı konulması veya profesyonel danışmanlığın yerini alması için geliştirilmemiştir. Aşağıda yer alan formu doğru, dürüstçe ve mümkün olduğunca eksiksiz doldurunuz. Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Tüm cevaplarınız gizli kalacaktır.

Aşağıda yer alan her bir ifade için size uygun gelen bir şıkkı işaretleyiniz.	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1.Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
2.Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
3.Kendimi sürekli yemek düşünürken bulurum.						
4.Yemek yemeyi durduramadığımı hissettiğim zamanlar olur.						
5.Yiyeceğimi küçük parçalara bölerim.						
6.Yediğim yiyeceklerin kalorisini bilirim.						
7.Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
8.Başkaları, benim daha fazla yememi tercih ediyorlar gibi gelir						
9.Yemek yedikten sonra kusarım.						
10.Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
11.Zayıf olma arzusu zihnimi meşgul eder.						
12.Egzersiz yaptığımda, harcadığım kalorileri düşünürüm.						
13.Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
14.Vücudumda yağ birikeceği (şişmanlayacağım) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
15.Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
16.Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
17.Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
18.Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
19.Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
20.Yemek yeme konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim.						
21.Yiyecekle ilgili düşünceler çok fazla zamanımı alır.						
22.Tatlı yedikten sonra rahatsız hissederim.						
23.Diyet yaparım.						
24.Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
25.Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						
26.Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						

EK-9. YBOCS Ölçeği

YBOCS ÖLÇEĞİ

Tarih:_____

Şu andaki rahatsızlık düzeyinizi saptamak amacıyla oluşturulmuş olan aşağıdaki liste üzerinde son bir haftanızı düşünerek zihninize takılan takıntılar (obsesyon) ve tekrar tekrar yapmak zorunda hissettiğiniz zorlantılarınızı (kompülsiyon) puanlamanız istenmektedir. Puanlama yaparken her sorunun karşısındaki açıklamaları okuyarak size uygun gelen puanı takıntılar ve zorlantılar için ayrı ayrı altlarında yer alan boşluğa yazınız.

Takıntılar (obsesyon): Tekrar tekrar zihninize giren istenmeyen düşünceler, hayaller veya istekler. Siz istemeden gelirler ve sıklıkla sıkıntıya neden olurlar. Örneğin: bulaşma oldu mu, ... kir var mı? kapıyı açık bıraktım mı, ... zarar verebilir miyim?, farkında olmadan ... yapmış olabilir miyim?, hata yaptım mı?, eksiklik var mı? ... istedim mi? .... istiyor muyum?.

Zorlantılar (Kompülsiyon): Aşırı veya mantıksız bulmanıza rağmen yapmaktan kendinizi alamadığınız davranışlar. El yıkama, silme, kapıyı kontrol etme, musluğu kontrol, dönüp tekrar bakma, başkasına sorma, aynı düşünce veya istek akla gelmeden hareketi tekrar yapma veya belli sayıda bazı hareketleri tekrarlama veya zihinsel işlemler sayı sayma, dua etme, tersini söyleme, rahatlatıcı kelimeler tekrarlama, konuyu zihinde tekrar canlandırarak inceleme, konu üzerinde düşünerek analiz etme, soruya cevap bulmaya çalışma gibi.

Geçen Hafta Boyunca		**Takıntı** (Obsesyon)	**Zorlantı** (Kompülsiyon)
1.Zaman-- Ne kadar zaman bunlarla meşgul oldunuz (Gün/ saat)	0-**Hiç** 1-**Hafif** (günde toplam 1 saatten az)veya kısa sürelerle gelip gidiyor (günde 8 kereden az) 2-**Orta** (günde toplam 1-3 saat) veya sık sık gelen ama kısa süren (günde 8 kereden fazla ama günün büyük kısmı bunlar yok) 3-**Ağır** (günde toplam 3-8 saat) veya çok sık bir şekilde kısa süreli olarak gelip geçen (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bölümünü bunlar işgal ediyor) 4-**Çok ağır** (günde 8 saatten fazla) veya neredeyse sürekli bir şekilde gelip giden (sayılamayacak kadar çok ve arada çok nadiren 1 saat ara veren)		
2.Engel-- Sosyal yaşantınızı ve işinizi ne kadar engellediğini derecelendirin	0-**Hiç** 1-**Hafif** Sosyal hayatı veya işi çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan bir etki 2-**Orta** Sosyal hayatı veya iş hayatını etkilediği kesin olarak gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir bir durumda olan bir etki 3-**Ağır** Sosyal hayatı veya iş verimini belirgin olarak olumsuz etkileyen bir durum 4-**Çok ağır** iş görmez bir durum		
3.Rahatsızlık-- Sizde ne kadar sıkıntıya neden oldu?	0-**Hiç** 1-**Hafif** *Obsesyonlar*: Ara sıra ve çok rahatsız edici değil. *Kompülsiyonlar*: engellendiğinde çok az sıkıntı duyuyorum; kompülsif davranışı gerçekleştirirken çok az sıkıntı duyuyorum 2-**Orta** *Obsesyonlar* sık olarak çok rahatsızlık veriyor ancak halen baş edebiliyorum *Kompülsiyonlar*: engellendiğinde sıkıntım artabilir ancak baş edebiliyorum; kompülsiyonu yaparken sıkıntı duyuyorum ancak baş edebiliyorum 3-**Ağır** *Obsesyonlar* Çok sık olarak çok rahatsızlık veriyor *Kompülsiyonlar* Eğer kompülsiyonu yapmazsam veya engellenirse belirgin bir şekilde çok sıkıntı duyuyorum; kompülsiyonu yaparken belirgin şekilde çok sıkıntı duyuyorum 4-**Çok ağır** *Obsesyonlar* neredeyse sürekli ve beni iş göremez duruma getiren bir rahatsızlık veriyor *Kompülsiyonlar*ımı yapmazsam veya engellenirse çok şiddetli ve beni iş göremez duruma getiren bir sıkıntı duyuyorum; kompülsiyonu yaparken çok şiddetli ve beni iş göremez duruma getiren bir sıkıntı duyuyorum		
4. Direnme-- Direnebilmek için ne kadar çaba sarfediyorsunuz?	0- Her zaman direniyorum veya zaten o kadar az ki direnmeye gereksinim duymuyorum 1-Çoğu zaman direnmeye çalışıyorum 2- Direnmek için bir miktar çabalıyorum 3- Hepsine teslim olmuş durumdayım; direnemiyorum ancak bu durumdan hoşnut değilim 4-Hiç direnmiyorumTam ve gönüllü olarak boyun eğmiş durumdayım		
5.Kontrol-- Ne kadar kontrol edebildiğinizi derecelendirin -- durdurabilme veya başka yöne çevirebilme düzeyiniz nedir?.	0- Tam olarak kontrol edebiliyorum 1-Büyük oranda kontrol edebiliyorum *Obsesyonu* genellikle bir miktar çaba ve dikkatle durdurabiliyorum veya unutabiliyorum *Kompülsif* davranışı yapmak için baskı hissetmeme rağmen genellikle istemli olarak kontrol edebiliyorum 2-Orta derecede kontrol edebiliyorum. *Obsesyonu* bazen durdurabiliyorum veya unutabiliyorum. *Kompülsif* hareketleri yapmak için kuvvetli bir baskı var ancak güçlükle kontrol edebiliyorum 3-Az miktarda kontrol edebiliyorum. *Obsesyonu* durdurmada nadiren başarılı olabiliyorum veya sadece zorlukla dikkatimi başka şeylere yöneltebiliyorum *Kompülsiyonları* durdurmak için çok fazla çaba harcamam gerekiyor, engelleyemiyorum sadece zorlukla yapmayı geciktirebiliyorum 4-Kontrol edemiyorum. *Obsesyon* İradenin dışında. Çok nadiren dikkatimi başka bir şeye verebildiğim oluyor. *Kompülsiyonları* sürekli yapıyorum yapmamak benim gücümü aşar, ancak anlık olarak geciktirebiliyorum		

YBOCS'e dayalı kendi kendini değerlendirme ölçeği M. Hakan Türkçapar tarafından Türkçeye çevrilmiş ve uyarlanmıştır. Ankara 2005 Lütfen izinsiz çoğaltmayınız ve kullanmayınız Compos Mentis Psikiyatri Eğitim ve Araştırma Merkezi Billur S. 5/3 K.Dere Ankara

EK-10. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (CDI)

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ
(CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY - CDI)

Adı Soyadı :	Tarih:
Cinsiyeti :	Okul :
Doğum Tarihi :	Sınıf :

Sevgili Öğrenciler,

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki sayıyı yuvarlak içine alınız.

A) 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.

B) 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3- İşlerim yolunda gidecek.

C) 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2- İşlerimin bir çoğunu yanlış yaparım.
3- Herşeyi yanlış yaparım.

D) 1- Birçok şeyden hoşlanırım.
2- Bazı şeylerden hoşlanırım.
3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.

E) 1- Her zaman kötü bir çocuğum.
2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3- Arada sırada kötü bir çocuğum.

F) 1- Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
2- Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3- Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.

G) 1- Kendimden nefret ederim.
2- Kendimi beğenmem.

3- Kendimi beğenirim.

H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.

I) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

İ) 1- Her gün içimden ağlamak gelir.
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.

J) 1- Herşey her zaman beni sıkar.
2- Herşey sık sık beni sıkar.
3- Herşey arada sırada beni sıkar.

K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.
3- Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.

L) 1- Herhangi birşey hakkında karar verememem.
2- Herhangi birşey hakkında karar vermek zor gelir.
3- Herhangi birşey hakkında kolayca karar veririm.

M) 1- Güzel / Yakışıklı sayılırım.
2- Güzel / Yakışıklı olmayan yanlarım var.
3- Çirkinim.

N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için herzaman kendimi zorlarım.
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.

O) 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3- Oldukça iyi uyurum.

Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.

P) 1- Hemen hergün canım yemek yemek istemez.
2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3- Oldukça iyi yemek yerim.

R) 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

S) 1- Kendimi yalnız hissetmem.
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.

Ş) 1- Okuldan hiç hoşlanmam.
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

T) 1- Birçok arkadaşım var.
2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterim.
3- Hiç arkadaşım yok.

U) 1- Okul başarım iyi.
2- Okul başarım eskisi kadar iyi değil.
3- Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.

Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.

V) 1- Kimse beni sevmez.
2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3- Beni seven insanların olduğundan eminim.

Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.
2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.

Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.
2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.