

T.C
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**TİKLER İÇİN UYARICI DÜRTÜ ÖLÇEĞİ'NİN
TÜRKÇE'YE UYARLAMA ÇALIŞMASI**
Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Buse TAYAKISI

İstanbul, 2019

T.C
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**TİKLER İÇİN UYARICI DÜRTÜ ÖLÇEĞİ'NİN
TÜRKÇE'YE UYARLAMA ÇALIŞMASI**
Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Buse TAYAKISI

Öğrenci No:

150790024

Danışman:

Dr. Öğr. Üyesi Süleyman KAHRAMAN

İstanbul, 2019

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlama Çalışması” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.16.01.2018

Buse TAYAKISI



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

25/01/2019

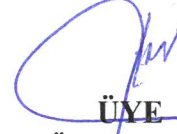
Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim Dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 150790024 numaralı *Buse TAYAKISI*'nın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Tikler İçin Uyarıcı Dürtü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlama Çalışması*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 15.01.2019 tarih ve 2019/03 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (45) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.



DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Süleyman KAHRAMAN
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin EBADİ
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Hakan KARAŞ
(İstanbul Gelişim Üniversitesi)

Adı-Soyadı : Buse TAYAKISI
Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Süleyman KAHRAMAN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2019
Alanı : Klinik Psikoloji
Anahtar Kelimeler : Tik Bozuklukları, Tourette Sendromu, Uyarıcı Dürtüler, Ölçek Uyarlama, Geçerlik, Güvenirlik

ÖZ

TİKLER İÇİN UYARICI DÜRTÜ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE'YE UYARLAMA ÇALIŞMASI

Bu çalışmada çocuk ve ergenlerde Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır. Tik bozuklukları ile diğer bozukluklar arasında ayrımı yapmak, tik yapmadan önce gelen uyarıcı dürtüleri tanımlayabilmek için ölçeğe ihtiyaç vardır. Araştırmanın hedefi bu eksikliğe ve literatüre katkı sağlamaktır.

Araştırma Adana ve Ankara ilinde hizmet veren 2 hastanede tedavi gören 102 çocuk ve ergen ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği (TUDÖ), Yale Genel Tik Ağırlığını Derecelendirme Ölçeği (YGTADÖ) ve Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) kullanılmıştır.

Uyarlama çalışmasında önce geçerlik ve güvenilirlik incelenmiştir. Geçerlik incelemesi için AFA ve DFA yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik incelemesi için Cronbach's Alfa iç tutarlılık ve eşdeğer test korelasyonuna bakılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi ve güvenilirlik testleri için SPSS 21.0, doğrulayıcı faktör analizi için SPSS Amos 25.0 kullanılmıştır.

Yapılan analizler sonucunda TUDÖ' nün çocuk ve ergenlerde uygulanması için yeterli geçerlik ve güvenilirliğe sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca TUDÖ ile YGTADÖ arasında düşük düzey, pozitif ve anlamlı bir korelasyon olduğu, TUDÖ ile GGA arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkmamıştır.

Name and Surname : Buse TAYAKISI
Supervisor : Asst. Prof. Süleyman KAHRAMAN
Degree and Date : Master's Degree, 2019
Major : Clinical Psychology
Key Words : Tics Disorder, Tourette Syndrome, Premonitory Urge, validity, reliability, scale adaptation

ABSTRACT

STUDY FOR THE ADAPTATION OF THE PREMONITORY URGE FOR TICS SCALE IN TO TURKISH

The aim of this study is to performe on the validity and reliability of the PUTS among children and adolescent. To differentiate the tic disorders from the other disorders a scale to diagnose the premonitory urges before the tic is needed. The main purpose of this study is to contribute to the literature.

This study is performed on 102 children and adolescents who have been treated in 2 hospitals in Adana and Ankara. Personal information form, Premonitory Urge for Tics Scale (PUTS), Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS) and Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) werw used to gather the data.

The validity and reliability have been investigated in this adaptation study. EFA and CFA have been performed to investigate the validity. Cronbach's Alpha internal consistency ceofficiend and Equivalent tesr correlation were used to investigate the reliability of the scale. SPSS 21.0 was used for exploratory factor analysis and reliability tests, and SPSS Amos 25.0 was used for confirmatory factor analysis.

The results of these analysis proved that PUTS for children and adolescents had sufficient validity and reliability. Also a positive and significant but a weak correlation between PUTS and YGTSS but not a significant correlation between PUTS and SDQ have been detected.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZ	i
ABSTRACT	ii
TABLolar LİSTESİ	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
KISALTMALAR	vii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM KURAMSAL ÇERÇEVE

1. TİK BOZUKLUKLARINDA KURAMSAL ÇERÇEVE	4
1.1. Tanımlama ve Tarihçe	4
1.2. Temel Belirtiler	7
1.3. Tik Bozukluklarının Teşhis Bilgileri	9
1.4. Epidemiyoloji	10
1.5. Tik Bozukluklarının Etiyolojisi	11
1.5.1. Genetik	11
1.5.2. Nörobiyoloji	12
1.5.3. Çevresel Faktörler	13
1.6. Tik Bozukluğu Belirtilerinin Doğal Seyri	15
1.7. Tikleri Bastırma	16
1.8. Tiklerin Kategorizasyonu	17
1.9. Tikleri Çevreleyen Uyarıcı Dürtüler (Duyusal Fenomenler)	19
1.10. Tik Bozukluklarına Eşlik Eden Diğer Hastalıklar	21
1.11. Sınıflandırma	23
1.11.1. DSM-5 Tik Bozuklukları Sınıflaması	24
1.11.2. ICD-10 Tik Bozuklukları Sınıflaması	26

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

1.1. Araştırma Modeli.....	28
1.2. Örneklem	28
1.3. Araştırmanın Etiği	29
1.4. Verilerin Değerlendirilmesi	30
1.5. Ölçek Çevirisi	30
1.6. Veri Toplama Araçları.....	31
1.6.1. Kişisel Bilgi Formu	31
1.6.2. Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği.....	31
1.6.3. Yale Genel Tik Ağırlığını Derecelendirme Ölçeği	31
1.6.4. Güçler ve Güçlükler Anketi	32

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR VE YORUMLAR

1.1. Açıklayıcı Faktör Analizi	34
1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi	37
1.3. Güvenirlilik Analizleri	40
1.4. Demografik Değişkenlere Göre Bulgular	42

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA.....	45
SONUÇ	51
KAYNAKÇA.....	53
EKLER	63
Ek-1 : Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Etik Onay.....	63
Ek-2 : Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Etik Onay.....	64
Ek-3 : Bilgilendirilmiş Onam Formu	65
Ek-4 : Ölçek Çevirisi için Dr. Woods' dan Alınan İzin.....	68
Ek-5 : Kişisel Bilgi Formu	69
Ek-6 : Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği	71
Ek-7 : Yale Genel Tik Ağırlığını Derecelendirme Ölçeği	72
Ek-8 : Güçler ve Güçlükler Anketi	80

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1 Tik Türleri Örnekleri	8
Tablo 2 Tik Türleri	9
Tablo 3 Tik Bozukluklarının Ayırıcı Tanısı	10
Tablo 4 Tikleri Arttıran ve Azaltan Faktörler.....	14
Tablo 5 Tikleri Derecelendirme Ölçekleri.....	18
Tablo 6 Uyarıcı Dürtüleri Derecelendirme Ölçekleri	20
Tablo 7 Tik Bozukluklarının ICD ve DSM'ye göre Sınıflandırılması	23
Tablo 8 Örneklem Grubunun Demografik Bilgiler Tablosu	29
Tablo 9 KMO ve Bartlett's Test.....	34
Tablo 10 Ortak Yükler.....	35
Tablo 11 Çıkarım Metodu: Temel Bileşenler Analizi	35
Tablo 12 Bileşen Matrisi ^a	37
Tablo 13 Kikare Uygunluk Testi	38
Tablo 14 Standartize Edilmiş Regresyon Ağırlıkları.....	38
Tablo 15 Tukey Toplanabilirlik Testi.....	40
Tablo 16 Madde Toplam İstatistikleri	41
Tablo 17 Eş Değer Test Korelasyonu Tablosu	41
Tablo 18 Cinsiyete Göre TUDÖ Ölçeği T-test Analizi Sonuçları.....	42
Tablo 19 Anne Çalışma Durumuna Göre TUDÖ Ölçeği T-test Analizi Sonuçları.....	42
Tablo 20 Yaşa Göre TUDÖ Ölçeği ANOVA Analizi Sonuçları.....	43
Tablo 21 ANOVA.....	43
Tablo 22 Yaş Gruplarına Göre Tukey HSD Analizi Sonuçları	44

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No.
Şekil 1 Charcot ile Gilles de la Tourette'in portresi.	5
Şekil 2 2-18 yaş arasındaki ortalama tik şiddeti.....	16
Şekil 3 Faktör Analizi Sonucunda Elde Edilen Saçılım Grafiği	36
Şekil 4 TUDÖ' nün Doğrulayıcı Faktör Analizi Standardize Edilmiş Katsayıları	39



KISALTMALAR

CFA	: Confirmatory Factor Analysis
EFA	: Exploratory Factor Analysis
AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
ANOVA	: Varyans Analizi
CDC	: Centers for Disease Control & Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)
CSTC	: Kortiko-Striato-Talamo-Kortikal
DCI	: Tourette Syndrome Diagnostic Confidence Index (Tourette Sendromu Tanısal Güven Endeksi)
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSM-III	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III (Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı)
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı)
DSM-V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı)
GGA	: Güçler ve Güçlükler Anketi
HRT	: Alışkanlığın Tersine Çevrilmesi
ICD-10	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Hastalık Sınıflandırma Kitapçığı)
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PUTS	: Premonitory Urge For Tics Scale
SDQ	: Strength And Difficulties Questionnaire
SGI	: Sensory Gating Inventory
SIAPA	: Structured Interview for Assessing Perceptual Anomalies
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TB	: Tik Bozuklukları
TODS-CR	: Tourette's Disorder Scale-Clinician Rated
TODS-PR	: Tourette's Disorder Scale-Patient Rated
TS	: Tourette Sendromu

TSSS	: Tourette's Syndrome Severity Scale
TUDÖ	: Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği
USP-SPS	: University of Sao Paulo Sensory Phenomeno Scale
YGTADÖ	: Yale Genel Tik Ağırılığını Derecelendirme Ölçeği
YGTSS	: Yale Global Tic Severity Scale



GİRİŞ

Problem:

Tikler ani, hızlı, ritmik olmayan tekrarlayan, çoğunlukla istemsiz hareketler (motor tikler) ve / veya seslerdir (vokal tikler) (Roessner vd., 2013, s. 143). Basit motor tikleri, göz kırpmaya, yüz buruşturma veya omuz silkme gibi basit, kısa süreli hareketlerdir. Ayrıca birçok istemsiz hareketin aynı anda ortaya çıktığı, daha sürdürülebilir, yarı istemli kompleks (karmaşık) motor tikler de olabilir; eşyalara veya insanlara dokunma, kendine vurma, atlama, kopropaksi (kaba ve müstehcen hareketler) kompleks motor tiklerine örnektir. Basit vokal tikler, boğaz temizleme, burun çekmek, öksürmek, koklamak gibi seslerdir. Kompleks (karmaşık) vokal tiklere koprolali (kaba ve müstehcen sözler söyleme), palilali (kendi sözcüklerini tekrarlama), ekolali (başkalarının sözcüklerini tekrarlama) örnek verilir (American Psychiatric Association (APA), 2000, s. 109).

Tik bozuklukları tipik olarak 5 ile 7 yaşları arasında ortaya çıkmakta olup, başlangıç yaşından ergenliğe kadar ciddiyet boyutlarının tümünde (sayı, sıklık, yoğunluk, karmaşıklık) kötüye gitmektedir. 10-12 yaşları arasında şiddet yoğunlaşmaktadır ve yetişkinlikte tedavi olmadan bile azalma görülür (Bloch vd., 2006, s. 65). Tiklerin sıklığı ve şiddeti yorgunluk ve stresle artış göstermektedir (Leckman, 2002, s. 1582).

Tik bozuklukları, bireyin aile yaşantısını, kendilik saygısını, kişilerarası ilişkilerini, akademik ve iş performansını etkilemektedir. Ölüm, sakatlık, maddi açıdan kayıplara yol açmıyor olsa da varlığı çocuğun ruhsal ve sosyal gelişimleri açısından olumsuz bir etki yaratmaktadır. Çocuğun günlük hayatında zorluk çektiği zamanlar belirlenerek gerekli müdahalelerin yapılması çocuğun yaşam kalitesinin artmasını sağlayacaktır.

Bireyin hayatında çok etkili olan tikler hakkında günümüze kadar birçok araştırma yapılmıştır. Araştırmalara bakıldığında bu konuyla ilgili literatürde kullanılan ölçek sayısı çok azdır. Tik bozuklukları ile diğer psikolojik rahatsızlıklar arasındaki ayrımı yapmak, farklılıklarını tespit etmek, tik yapmadan önce gelen uyarıcı dürtüleri tanımlayabilmek için ölçeğe ihtiyaç vardır. Ayrıca çocuk popülasyonu hakkında bir fikir vermek yönünde de yetersizdir. Bu uyarılan ölçeğin literatüre katkı sağlayacağı ve tik bozukluğu ile ilgilenen araştırmacılara, klinisyenlere yardımcı olabilecek verilere ulaşılacağı düşünülmektedir.

Önem:

Tiklerin ve bireyde oluşturduğu stres belirtilerinin ifade edilmesinin en zor olduğu çocukluk ve ergenlik döneminde, ortaya çıkan ve şiddetinde değişiklik olan tik belirtilerini değerlendirebilecek ölçeklere ihtiyaç vardır. Bu çalışma ile birlikte tik yapmadan önce ve sonrasında ortaya çıkan hisleri değerlendirebilen Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği Türkçe' ye uyarlanmış ve böylece ihtiyaç giderilmiş olacaktır. Bu çalışmanın önemi ise ülkemizde tik yapmadan önce gelen uyarıcı dürtüler ile ilgili bir ölçeğin olmamasıdır.

Sayıtlar:

Bu çalışmada aşağıdaki sayıtlar göz önünde bulundurulmuştur :

1. Bu araştırmaya katılan kişilerin ölçek yönergesini ve soruları okuyup, anladıklarını ve sorulara içtenlikle cevap verdikleri varsayılmıştır.
2. Araştırmadaki katılımcıların tik bozukluğu tanısı almış olduğu varsayılmıştır.
3. Kişiler ölçeği doldururken verilen cevapların gizli tutulacağını bildiklerinden dolayı ölçeği istekli bir şekilde doldurdıkları varsayılmıştır.

Sınırlılıklar:

Bu çalışma aşağıdaki sınırlılıklar dikkate alınarak değerlendirilmelidir :

1. Ölçeğin özgün halinden Türkçe'ye çevrilmesiyle birlikte bazı kelimeler anlamı tam karşılamamış olabileceğinden çeviri bir sınırlılık olarak kabul edilebilir.
2. Bu çalışmanın ölçek uyarılma bölümü İngilizce ve Türkçeyi iyi bilen kişiler, uygulama bölümü ise 7 yaşından büyük çocuklar ile sınırlıdır.
3. Ölçek güvenilirliği Cronbach' s Alfa katsayısı ile yapı geçerliliği ise Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile sınırlıdır.

Araştırmanın Amacı:

Bu çalışmanın temel amacı Woods, Piagentini, Himle, ve Chang (2005) tarafından geliştirilen özgün adı " The Premonitory Urge For Tics Scale" olan ölçeğin Türkçe'ye uyarlanarak tik bozukluğu ile ilgilenen araştırmacılara, klinisyenlere yardımcı olabilecek verilere ulaşmaktır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki soruların yanıtları aranmıştır.

1. TUDÖ' nün maddelerinin Türkçe formu orijinal formu ile eşdeğer midir ?
2. Açıklayıcı faktör analizi sonucu faktör deseni nasıldır ?
3. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda tanımlanan faktör deseni doğrulanmakta mıdır ?
4. Faktörler arası korelasyon nedir ?
5. TUDÖ' nün Cronbach' s Alfa iç tutarlılık katsayısı nedir ?
6. Çocuk ve ergenlerin TUDÖ ölçeğinden aldıkları puanlarla Yale Genel Tik Ağırlığını Derecelendirme Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır ?

BİRİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

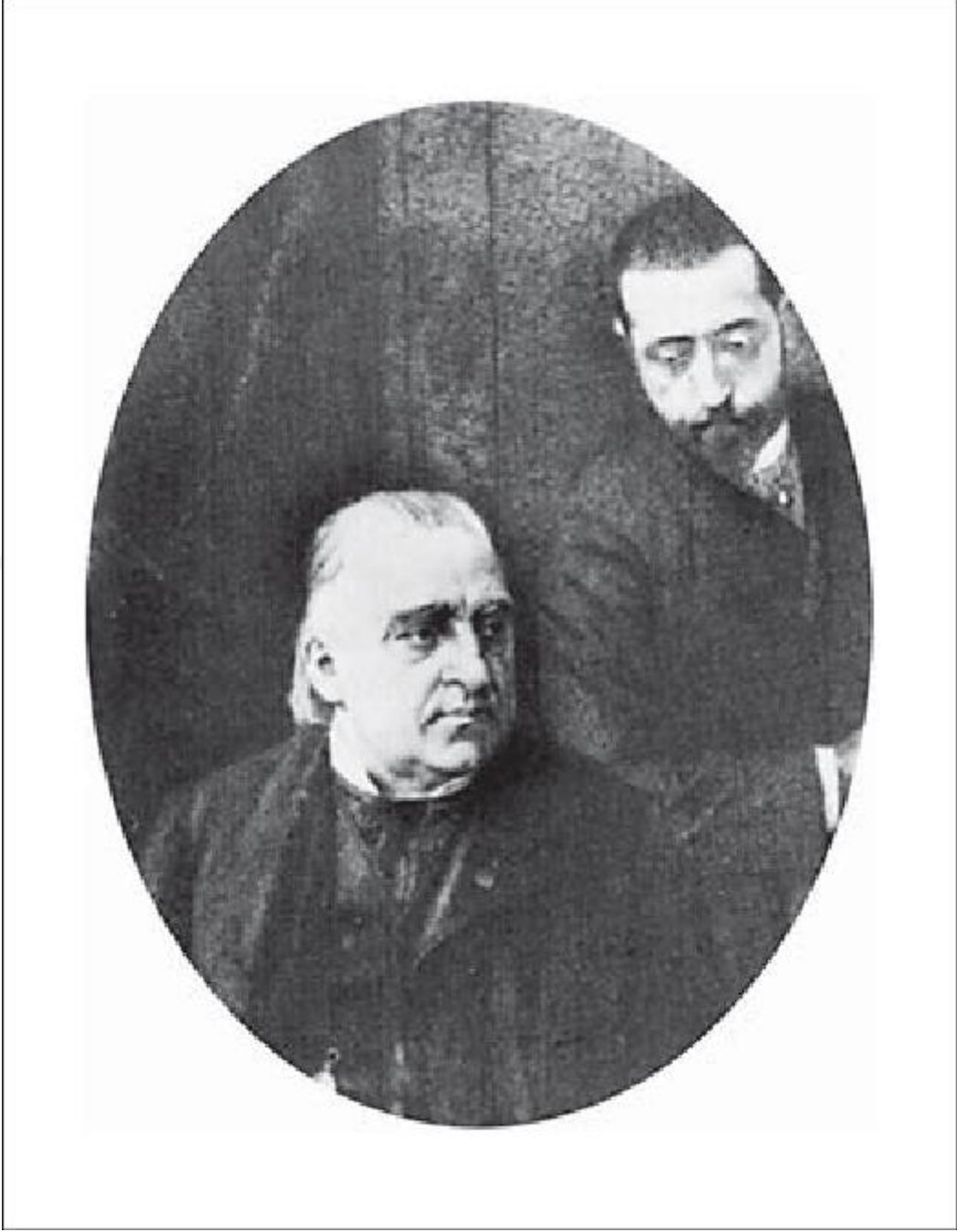
1. TİK BOZUKLUKLARINDA KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Tanımlama ve Tarihçe

Georges Gilles de la Tourette, adıyla ilişkili olan sendromun semptomlarını tanımlayan ilk kişi olarak kabul edilir. Bununla birlikte tik bozukluklarının geçmişi Gilles de la Tourette'nin açıklamasının öncesine uzanmaktadır (Rickards, Woolf, & Cavanna, 2010, s. 2285).

1489'da Dominik din adamlarından olan Jacob Sprenger ve Heinrich Kramer bir papazda bulunan motor ve vokal tikleri tanımlamışlardır (Goetz, Chamura, & Lanska, 2001, s.346). Daha sonra 17. Yüzyılda Fransız mahkemesinden Prince de Conde ile ilgili yazılı raporlar hazırlanmıştır; bu istemsiz sesleri bastırmak için ağızına nesnelere koyması istenmiştir. Homurdanması ve havlaması, yüz buruşturmaları, tekrarlayan vücut hareketleri Gilles de la Tourette Sendromunun belirtilerinden olduğu söylenmiştir (Goetz vd., 2001, s. 346).

Ünlü Fransız Doktor Itard (1825), tik bozukluklarının ilk olarak tam tanımını, durum açıklamasını yapan kişi olarak bilinmektedir ancak ünlü Jean-Martin Charcot tik bozukluklarını nörolojiyle ilişkilendirmiştir. Tikler üzerine açıklayıcı tez Charcot' un öğrencisi Gille de la Tourette (1885) tarafından yazılsa da çalışma Jean-Martin Charcot' un belirgin izlerini taşımaktadır. Tourette Sendromu'nun modern tanımı, Charcot ve Gilles de la Tourette tarafından yapılmıştır. Çocukluk dönemi başlaması, motor ve vokal tiklerin varlığı, balmumu gibi durma şeklinde kriterleri içermektedir. Başlangıçta yaşam boyu sürmesi de kriterler arasındaydı (Goetz vd., 2001, s. 346).



Şekil 1 Charcot ile Gilles de la Tourette'in portresi.

Kaynak: Goetz, C. G., Chmura, T. A., & Lanska, D. J. (2001). History of tic disorders and Gilles de la Tourette syndrome: Part 5 of the MDS-sponsored history of movement disorders exhibit, Barcelona, June 2000. *Movement Disorders*, 16(2), 346-349.

Gilles de la Tourette'nin çalışmalarının yayınlanmasından önce, Armand Trousseau da benzer semptomları tanımlamıştır fakat bu ölümünden sonra 1873' te yayınlanmıştır (Rickards vd., 2010, s. 2285). Kronik, kalıtsal olmayan tik veya ani istemsiz hareketler ve seslendirmeler olarak tanımlamıştır. Bu tiklerin öncelikle yüz bölgesinde bulunduğu inanıyordu, fakat aynı zamanda vücudun diğer kısımlarını etkileyebileceklerini de kabul

ediyordu. Açıklamaları tik bozuklukların mevcut tanımına benzer; bununla birlikte yayınları, gözlemlerinin küçük bir örneğini temel alıyordu. Gilles de la Tourette, Trousseau' yu kabul etmiş olsa da, Trousseau' nun çalışmalarının Tourette' nin önemine ulaşamamasına neden olmuştur ve ayrıca bazı açıklamalarda da aynı fikirde değildi (Rickards vd., 2010, s. 2286).

1880' lerin sonlarında ve dünyanın her yerinden bu durumla ilgili raporları alan ve tikleri olan bireyleri tedavi eden Jean-Martin Charcot, öğrencisi Gilles de la Tourette' ye yayın için vaka analizleri topluluğunu açıklamasını istemiştir (Kushner, 1999, s. 1455). Sonunda Gilles de la Tourette' nin ismi ile ilişkilendirilen bu vaka çalışmaları 1885' te Nöroloji Arşivleri' ndeki (Archives de Neurologie) bir makalede yayınlanmıştır. Makalesi, benzer özellikleri sergileyen Fransız erkek ve kadınlardan oluşan 9 vaka analizlerini özetliyordur (Lajonchere, Nortz, & Finger, 1996, ss. 572-573).

Marquise de Dampierre, daha önce açıklanan ilk vaka çalışmasıdır. Gilles de la Tourette, istem dışı, hızlı ve bazen uygunsuz hareketler ve seslerin yanı sıra tekrarlayan konuşma ve motor hareketleri de tanımlamıştır. Her bireyin farklı şekilde etkilendiğini ancak hastalığın tipik olarak çocukluk döneminde ortaya çıktığını belirtmiştir. Ayrıca semptomların kalıtsal bir temele sahip olma olasılığını da tartışmıştır. Hastalığın neredeyse dejeneratif bir niteliğe sahip olduğunu, tiklerin zamanla kötüleştiğini bildirmiştir. Bununla birlikte hastaların bilişsel yeteneklerinde aksamaların olmadığı görülmüştür (Kushner, 1999, s. 1455).

Tik bozuklukları için psikanalitik bir modelin örneği, bireyin karakterine ya da değişim için yetersiz irade sahibi olduğu görüşündedir. Örneğin tiklerin ilk psikanalitik tanımlamasında Ferenczi (1921), tikleri çevreleyen duyguları ve düşünceleri “ hastanın cinselliğinin patolojik ifadeleri ” olarak tanımlamıştır. Tiki olan hastalarını duygusal tanımlamalarına dayanarak “ zihinsel olarak çocuksu karakter ” olarak nitelendirmiştir. Ferenczi tikleri olan bir hasta ile hiç çalışmamış olmasına rağmen tikli bireyler için uzun vadeli psikanalizi savunmuştur (ss. 9-10). Bu bakış açısı semptomların yanlış anlaşılmasına, tikleri olan kişilerin kendini daha fazla suçlamasına neden olan yaygın model haline gelmiştir. Tiklerle ilgili psikanalitik görüşün popüleritesi nedeniyle konuşmalar biyolojik modellerden psikolojik bir modele geçmiştir (Chang, Piacentini, & Walkup, 2007, s. 269).

Nörobiyolojik bir modele geçiş genel olarak psikoloji için sonuçlar doğurmuştur. 1950' lerde tikleri olan bireyler için davranışsal tedaviler literatürde olmaya başlamış fakat o sırada psikanalizin popüleritesi nedeniyle gözden kaçırılmıştır. Nörobiyolojik modele geçiş ve

psikanaliz, başarısızlık ile birlikte tüm psikolojik müdahalelere karşı çıkararak kronik tik bozukluğu olan bireylere daha fazla zarar vermişlerdir (Chang vd., 2007, s. 269).

1990' ların sonlarında tik bozuklukları için biyopsikososyal bir modelin yükselmesi ve 2000' lerin başında tikler için alışkanlığın tersine çevrilmesi eğitimi (HRT) olarak adlandırılan bu tedavi kısmen tik bozuklukları için bir tedavi modeli olarak kabul görmüştür. Ancak biyopsikososyal model, kronik tik bozukluklarının nörolojik bir temel taşıdığını kabul ederken, aynı zamanda bireyin çevresi içindeki faktörlerin tikleri artırmak ve azaltmak için bir rol oynadığını kabul etmektedir (Chang vd., 2007, s. 270).

1.2. Temel Belirtiler

Kronik tik bozukluğu olan tüm bireyler için ortak nokta tiklerin varlığıdır. Tikler, istemsiz olma eğiliminde olan ani, hızlı, tekrarlayan, ritmik olmayan hareketler veya seslerdir (Jankovic & Kurlan, 2011, s. 1150).

Tikler genellikle tipik davranışa benzemekle birlikte genellikle daha yoğun ve tekrarlayıcıdır. Zamanla artmaya ve azalmaya meyilli olurlar ve sıklıkları ile yoğunlukları değişir (Jankovic & Kurlan, 2011, s. 1150). Frekans ve yoğunluğa ek olarak tikler, vücut yerleri, sayısı ve karmaşıklığına göre de klinik olarak değerlendirilebilir (Leckman, 2003, s. 24).

Bastırılabilme özelliği, tiklerin kısa bir süre için durdurulabildiğini ifade eder ve genellikle rahatsız edici ve çabuktur (Banaschewski vd., 2003, s. 700). Bu özellik tiklerin kısmi olarak kontrol altına alınabileceğini göstermektedir (Swain, Scahill, Lombroso, King, & Leckman, 2007, s. 28), ancak tik seçme veya tikleri durdurmak kolay değildir (Murphy, Lewin, Storch, Stock, & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP], 2013, s. 1342). Bir bireyin tik geçmişi, tiklerin gösterilmesine atıf yapar; bu tik geçmişi genellikle eski tiklerin ifadesini içerir (Leckman, 2003, s. 25).

Tikler motor veya vokal olarak sınıflandırılır. Motor tikler vücudun istemsiz hareketlerini içerir. Motor tikleri yüz veya baş ile başlayıp aşağı doğru hareket etme eğilimindedir. Sık karşılaşılan motor tiki göz kırpmadır (Grados & Mathews, 2009, s. 492). Ses tikleri olarak adlandırılan vokal tikler, istem dışı sesleri içerir. En sık karşılaşılan vokal tik ise boğaz temizlemedir (Grados & Mathews, 2009, s. 492). Daha sonra tikler basit ve karmaşık olarak kategorize edilebilir (Piacentini vd., 2010, s. 1929).

Tablo 1 Tik Türleri Örnekleri

	Motor Tikler	Vokal Tikler
Basit	Göz kırpma, dudak yalama, yüz buruşturma, kafa atma, omuz silkme, parmakları oynatma/çıtlatma, ayak sallama, vurma, bilek çıtlatma/döndürme	Boğaz temizleme, öksürme, burun çekme, ısıklık çalma, hayvan sesi çıkarma, ah-ee-ih gibi tek sesler çıkarma, koklama
Kompleks	'Şaşırılmış' gibi yapma, elde ve yüzde anlamlı hareketler, kendine çeki düzen verme, nesnelere dokunma, çömelme, adım atma, zıplama	Hece ve kelimeler söyleme Koprolali Ekolali Palilali

Joseph Bliss (1980), tik bozukluklarının uyarıcı dürtülere farkındalık kazandırmaya yardımcı olmuştur. Tourette Sendromu, tikleri ve uyarıcı dürtüleri daha iyi anlamıştır. Önceden uyarı amaçlı gelen dürtü, tik gerçekleştirilmemesi durumunda tikten önce oluşan his olarak adlandırılmıştır (Himle, Woods, Conelea, Bauer, & Rice, 2007, s. 2965). Bunlar genellikle tatsız, rahatsız edici, basınç, kaşıntı, gerginlik veya enerji dürtüleri olarak ortaya çıkarlar (Banaschewski vd., 2003, s. 700; Singer, 2005, s. 149).

Dürtüler, vücudun belli bir alanında lokalize olabilir veya daha genel olabilir (Banaschewski vd., 2003, s. 700). Bu dürtüler, tiklerin kendisinden daha rahatsız edici veya dayanılmaz da olabilir (Himle vd., 2007, s. 2965; Kane, 1994, s. 806). Kronik tik bozukluğu olan bireylerin %90' ı tik yapmadan önce bir miktar somatik duygular hissettiğini bildirmiştir (Kwak, Vuong, & Jankovic, 2003, s. 1531). Duygusal uyarıcı dürtülerin farkındalığı, kronik tik bozukluğunun kendisinden ziyade bilişsel gelişimle ilişkili olduğu bilinmekte ve yaşla birlikte artmaktadır (Banaschewski vd., 2003, s. 700).

Bazı kanıtlar, uyarıcı dürtü ile bir tik oluşumu arasında fonksiyonel ilişki olduğunu düşündürmektedir (Himle vd., 2007, s. 2965; Evers & van de Wetering, 1994, s. 256; Woods vd., 2005, s. 402). Önceden anlaşılan uyarıcı dürtü kişiye bir tik olacağını anlamasını ve bu da tiki baskı altına alma girişimini sağlar (Mink, 2001, s. 191). Bu dürtü birçok davranışsal tedavinin ana hedefi olmuştur (Piacentini & Chang, 2006, s. 230).

Tablo 2 Tik Türleri

	MOTOR	SES
BASİT	Hızlıdır, tekrarlayıcıdır ve belli bir amaca yönelik değildir. Göz kırpma, burun kırıştırma, yüz kaslarında oynama, başı bir tarafa çevirme veya omuz sallama gibi tek bir kas grubunu ilgilendiren ve belli bir bölgeye lokalize olan davranışlar görülür.	Hızlı ve anlamsız sesler çıkarma Örneğin; koklama, boğaz temizleme, homurdanma
KARMAŞIK	Basit tiklere göre daha yavaş ve belli bir amaca yöneliktir. Ekopraksi: İstemsiz olarak başka birisinin mimiklerini, hareketlerini taklit etmek. Kopropaksi: Garip şekilde durma. Distoni: İnsan vücudunda aşırı kasılmalara sebebiyet veren bir hastalıktır. Örneğin; Blefarospazm, oktrografik hareketler. Tonik: sürekli, izometrik kasılma. Örneğin; karın veya kol ve bacak gerilimi. Kendine Zararlı Davranış: Yaralanmaları içeren tikler Örneğin; dil veya dudak ısırma veya kendine vurma.	Normal konuşmanın içeriğinde uymayan kelime veya cümlenin aniden söylendiği görülür. Ekolali: Başkalarının kelimelerini veya cümlelerini tekrarlama. Palilali: İstemsiz olarak kişinin kendi kelimelerini tekrar etmesi. Koprolali: Bir kişinin istemsiz bir şekilde müstehcen, küfürlü veya saldırgan sözler söylemesidir.

1.3. Tik Bozukluklarının Teşhis Bilgileri

Tik bozuklukları için tıbbi test henüz mevcut değildir (Swain vd., 2007, s. 30). Tik bozukluklarının teşhisi çoğunlukla nörologlar, birinci derece hekimler veya psikiyatristler tarafından yapılır. Az sıklıkla psikologlar ve terapistler tarafından yapılır (Woods, Conelea, & Himle, 2010, s. 521). En iyi uygulama tavsiyeleri arasında aile ve kişisel geçmiş, klinik gözlem, semptom kontrol listeleri ve nörolojik muayene yer alır (Scahill vd., 2006, s. 193).

Tablo 3 Tik Bozukluklarının Ayırıcı Tanısı

HAREKET	AÇIKLAMA	YAYGIN SEBEPLER
TİK	Anormal, basmakalıp hareketler veya genellikle taklit edilen sesler	Tourette Sendromu, Kalıcı (kronik) motor ve vokal tik bozuklukları, Gelip geçici tik bozuklukları
STEREOTİPİLER	Tekrarlayan, amaçsız, görünüşüne göre istemli hareketler	Otizm, Yaygın gelişimsel bozukluk, Mental retardasyon, Stereotipik hareket bozuklukları
CHOREA (KORE)	Basit, rastgele, düzensiz ve stereotipik olmayan hareketler. Uyarıcı bileşeni yoktur ve kişinin dikkati dağıldığında artar. Genellikle bir vücut bölümünden diğerine akar.	8 aylıktan küçük çocuklarda normal, Serebral Palsi, Sydenham Koresi, Kernicteus, Lesch Nyhan Sendromu
DİSKİNEZİ	Kas gerginliği durumları. Yavaş ve bükme hareketleri	Hipoksi ve inme
ATETOİD	Yavaş, düzensiz, kıvrak hareketler. Genellikle el ve ayak parmaklarını içerir. Bazen de boynu içerir.	Parkinson hastalığı
MİYOKLONİ	Kas gruplarını etkileyen kısa, basit, şok benzeri kas kasılmaları	Fizyolojik: Egzersize bağlı Patolojik:1. Juvenil Miyoklonik Epilepsi 2. Wilson hastalığı 3. Creutzfeldt Jacob hastalığı 4. Hipoksi
SYNKİNESİS	Vücudun bir tarafından refleks hareket meydana gelirken başka bir tarafta da buna bağlı iradesiz bir hareketin olması	Fizyolojik

1.4. Epidemiyoloji

Kronik tik bozukluğu çok nadir olarak kabul edilirdi. Bununla birlikte prevalans ve aile çalışmalarını içeren 1980 ve 1990'larda olan tik bozukluğu araştırmalarındaki artış ile bu görüş değişmiştir (Jankovic & Kurlan, 2011, s. 1152; Robertson, 2003, s. 3; Robertson, 2008a, s. 466).

Çocukluk döneminde basit ve geçici tikler için yaygınlık oranlarının, tüm çocukların %4 ile %18' i arasında olduğu tahmin edilmektedir (Robertson, 2003, s. 3). Bu istatistikler, tiklerin çocukluk çağında oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte geçici tikler için geçerli olan yaygınlık oranı bilinmemektedir. Çünkü kısa süreli olma eğilimindedirler ve zamanla devam etmezler (Bruun & Budman, 1997, s. 292).

Tikleri olan bireylerin çoğu geçici tikleri taşır ve sonuç olarak bir kronik tik bozukluğu kriterlerini karşılamayacaktır (Mink, 2001, s. 191). Çocukluk çağında (diğer bir deyişle 6 ila 17 yaş arasındaki çocuklar) Tourette bozukluğunun, diğer tik bozukluklarından daha şiddetli olduğu düşünülse de, literatürde değişkenlik olsa da yaklaşık % 0,5 ila 1 arasında ortaya çıktığı tahmin edilmektedir (Robertson, 2008a, s. 463). Diğer tik bozuklukları daha yaygındır ve yaygınlık oranları literatürde bildirilen oran % 1 ila % 29 arasındadır (Robertson, 2008a, s. 463) .

Tourette Sendromu kadınlara göre erkeklerde 1/4 oranındadır (Freeman vd., 2000, s. 438). Tourette Sendromu' nun tanısında cinsiyete dayalı farklılığın nedeni açık değildir. Bununla birlikte büyük olasılıkla genlerin, ortamın ve potansiyel olarak hormonların bir araya gelmesinden kaynaklanmaktadır (CDC, 2009, s. 584). Tanıya ek olarak, erkeklerin eşlik eden bir durum (DEHB, OKB, öğrenme bozuklukları, konuşma güçlüğü vb.) gösterme olasılıkları daha yüksektir (Freeman vd., 2000, s. 436).

Mevcut literatüre göre tik bozuklukları neredeyse tüm ülkelerde ancak farklı oranlarda ortaya çıkmaktadır (Robertson, 2008a, s. 463). Uluslar arası düzeyde, Tourette Sendromu'nun, bireylerin % 0,4 ila % 3,8' inde ve çocuk nüfusunun % 1' inde ortaya çıktığı bildirilmiştir. Avrupa kökenli bireylerde daha yaygın olarak görülmektedir ve Afrika'da Sahra Çölü'nün güney kısmında bireysel olarak daha az görülmektedir. Dünya çapında tik bozukluklarının fenomenolojisi ve sunumu benzerdir. Kronik tik bozuklukları sosyal sınıflar arasında da görülür. Ek olarak, erkeklerde kadınlara göre oran kültürler arasında sabit kalmaktadır (Robertson, 2008a, s. 470).

1.5. Tik Bozukluklarının Etiyolojisi

1.5.1. Genetik

Tourette Sendromu genetik olarak önemli bir etkiye sahip kalıtsal bir hastalıktır. Bununla birlikte tek bir gen tanımlanmamıştır (Robertson, 2003, s. 5). Tourette Sendromu' nun ifade edilmesinde en az 10 kromozom ortaya çıkmış ve daha fazla araştırma yapıldığında daha fazla kromozomun keşfedilebileceği düşünülmektedir (Robertson, 2008b, s. 31). Şu anda tik bozukluklarının kalıtsallığının karmaşık ve çoklu genleri içerdiği düşünülmektedir (Jankovic & Kurlan, 2011, s. 1152).

Psikiyatrik bozuklukların aile öyküsü de kronik tik bozukluklarıyla ilişkilendirilmiştir. Tik bozuklukları olan bireylerin % 80' inden fazlasının hem kendisinde hem de birinci dereceden akrabalarında bilinen bir psikiyatrik tanı olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bunlardan en fazla görülen hastalıkların tik bozukluğu, DEHB, OKB veya depresyon olduğunu keşfetmişlerdir. Birinci derece akrabasında Tourette Sendromu olan bireylerin kronik tik bozukluğu veya OKB geliştirme riski yüksektir (Khalifa & VonKnorring, 2005, s. 1612).

Buna ek olarak kalıtsal bulaşmayı araştıran ikiz çalışmaları aynı zamanda dizigotik ikizlere karşı monozigot ikizlerde tik bozukluğunun yüksek uyumluluk oranı bulmuşlardır. Bu önemlidir fakat eksik genetik etkiyi ortaya koymaktadır (Robertson, 2012, s. 170).

1.5.2. Nörobiyoloji

Çocuklukta olan tiklerin, yetişkinlikte olan tiklere göre daha yaygın olması; gelişmekte olan sinir sisteminin olgunlaşmış bir sinir sistemine kıyasla tikleri ortaya çıkaran farklı özelliklere sahip olabileceğini düşündürmektedir. Buna ek olarak, ergenlik döneminde yaygın görülen tiklerde artış, erkeklerde ve kadınlarda tanısal farklılık, hormonların özellikle tiklerin ifade edilmesinde rol oynayabileceğini düşündürmektedir (Mink, 2001, s. 191).

Beyin yapılarıyla ilgili yapılan araştırmalarda ön beyin ve orta beyinde bulunan subkortikal çekirdeklerin bir koleksiyonu olan bazal gangliyonlara sahip olma eğilimindedir. Bazal gangliyon, korteksin tüm bölgelerinden girdi alır ve talamus ve diğer limbik yapılarla doğrudan bağlantılıdır (Mink, 2001, s. 192). Bu yapılar beyindeki motor fonksiyon ile ilişkili bölgeler olan kortiko-striato-talamo-kortikal (CSTC) devrelerini oluştururlar (Yoon, Gause, Leckman, & Singer, 2007, s. 50).

Tik bozukluğu olan bireylerde bazal gangliyonların özellikle kaudat çekirdeği ve lentiküler çekirdeğin kısımlarının nörotipik kontrollerle karşılaştırıldığında daha az hacmi olduğu keşfedilmiştir (McCraken, 2000, s. 5595). Çocuklukta kaudat çekirdeğinin azalmış hacmi, yetişkinlikte tiklerin daha şiddetli olacağı yönünde öngörüle bulunulmuştur (Bloch, Leckman, Zhu, & Peterson, 2005, s. 1253).

Beyin süreçlerinin tiklerin üretilmesine neden olabileceği konusunda birkaç açıklama yapılmıştır. Birincisi CSTC devresinde özellikle bazal gangliyonlarda ve frontal lobda, nörotransmitter salınımında bir takım anormallikler olabileceği düşünülmektedir (Harris &

Singer, 2006, s. 686). Bu alanlardaki dopamin üretimindeki anormallikler çoğunlukla belirtilmektedir. Bu açıklama, dopamin reseptörlerini bloke eden klinik gözlemlerle ve dopamin üretimini uyaran ilaçları aldıktan sonra tiklerde bir azalma ile desteklenir. Ancak, bu açıklamayı incelemek için yapılan çalışmalar tutarsız sonuçlar vermiştir (Mink, 2001, s. 195).

İkinci açıklama bazal gangliyonların üretimini içerir. Tik bozukluğu olan bireylerde, bazal gangliyon, hareket ve sesden sorumlu korteks ve diğer beyin yapılarına engelleyici şekilde anormallikler gösterebilir. Bu anormallikler, istenmeyen hareketleri veya sesleri engelleme konusunda bir başarısızlığa neden olabilir (Mink, 2001, s. 196). Bu model, tik bozuklukları, DEHB ve OKB için sinirsel devredeki yüksek komorbiditeleri ve olası ortak noktaları açıklamak için kullanılmıştır (Mink, 2001, s. 191).

Bazal gangliyonlara ek olarak tik bozuklukları için beyindeki diğer yapısal anormallikler de gözlenmiştir. Özellikle duyu ve motor nöron incelmeleri, genişlemiş limbik yapılar ve prefrontal korteks, azalmış serebellar, hemisferler ve azalmış korpus kallozum tik bozukluğu olan bireylerde görülmüştür (Robertson, 2012, s. 171).

1.5.3. Çevresel Faktörler

Literatürdeki kanıtlar tik bozukluklarının ifadesine katkıda bulunmak için genlerin ve çevresel faktörlerin etkileşiminin tikler için stres kaynağı olduğunu düşündürmektedir (Swain vd., 2007, s. 29). Tik bozukluklarının ifade edilmesine katkıda bulunan spesifik çevresel faktörler, genetik ve nörobiyolojik temellere göre daha tutarsız sonuçlar vermiştir (Mathews vd., 2006, s. 1066). Doğum öncesi annenin sigara içimi, babanın yaşının büyük olması ve ailenin tıbbi öyküsünün tik bozukluğu olan bireylerde OKB'ye eşlik ettiği bulunmuştur. Doğum öncesi annenin sigara içimi ve düşük doğum ağırlığının eşlik eden DEHB'na eşlik ettiği bulunmuştur (Pringsheim, Sandor, Lang, Shah, & O'Connor, 2009, s. 115).

Bireyin çevresindeki değişkenler tiklerin şiddetlenmesine ve hafiflemesine neden olur (Conelea & Woods, 2008, s. 487). Tikler, kişi sıkıntılı, endişeli veya sinirli olduğunda artar ve genellikle bireyin rahat olduğu dönemlerde azalır (Conelea & Woods, 2008, s. 488). Literatürde olan yaygın stres faktörleri, yeni bir okul yılı başlatma, aile içi çatışmalar ve taşınmaları içermektedir (Conelea & Woods, 2008, s. 495; Silva, Munoz, Barickman, & Friedhoff, 1995, s. 309). Tiklerde artış, yorulma zamanlarında, sosyal olaylarda (örneğin bayramlar, doğum günleri), sıkıldıklarında, akademik görevler sırasında ve belirli kişilerin

varlığında gözlenmiştir (Conelea & Woods, 2008, s. 490). Ayrıca gevşeme döneminde tikler hakkında konuşmak tiklerin artmasına neden olabilir (Woods, Watson, Wolfe, Twohig, & Friman, 2001, s. 353). Tiklerdeki azalmalar, bir şeye konsantrasyon olduğunda, boş zamanlarda, klinik veya doktor ziyaretleri sırasında özellikle bastırmaları istendiğinde gözlenmiştir (Conelea & Woods, 2008, s. 488). Tikler aynı zamanda uyku sırasında artabilir (Singer, 2005, s. 149).

Tablo 4 Tikleri Arttıran ve Azaltan Faktörler

TİKLERİ AZALMASI	TİKLERİN ARTMASI
Rahatlık	Stres, kaygı, endişe, hayal kırıklığı
Fiziksel egzersiz, spor	Yorgunluk
Konsantrasyon	Okula dönüş
Alışılmış, otomatik eylemler	Can sıkıntısı
İstekli okuma	Duygusal travma
Boş zaman etkinliği	Tatil, doğum günleri
Arkadaşlarla konuşma	Baskı altında çalışmak
Doktor görüşmeleri	Aşırı uyarı alma, çok fazla görev verilmesi
Tik yapılmadığı zamanlarda ödüllendirmek	Tik ile ilgili konuşma
Tanıdık insanlarla etkileşim	Yalnız olmak
Toplumsallaşma (% 30), sosyal toplantılar (% 25)	Toplumsallaşma (% 42), sosyal toplantılar (% 50)

Çevresel olaylar veya tiklerden sonra ortaya çıkan değişiklikler olan sonuç değişkenleri, tik ifadesini etkileme potansiyeline sahiptir (Conelea & Woods, 2008, s.492). Gelecekte tiklerin olma olasılığındaki artış, başkalarından, tik oluşumunu etkileyen bir ortamdan veya etkinlikten uzaklaştırılma ile ilintili olmuştur. Gelecekteki tiklerin olma olasılığındaki azalma alışkanlığın tersine çevrilmesi prosedürlerine uyumu ödüllendirmeyi içermektedir (Conelea & Woods, 2008, s. 495).

Tiklerle ilişkili olarak çeşitli çevresel değişkenler belirlenmiş olsa da sonuçlar tikleri olan her bireyin yukarıda belirtilen durumlarla karşılaşmayacak şekilde tutarsız olmuştur (Conelea & Woods, 2008, s. 495).

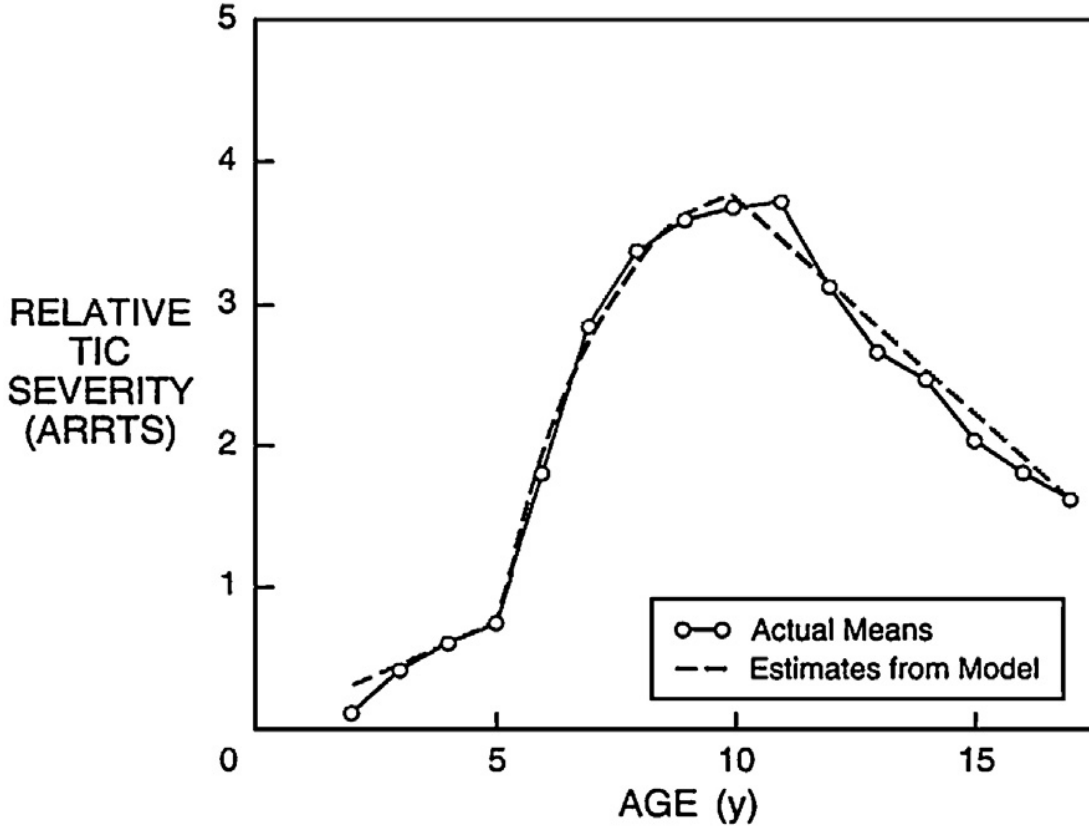
1.6. Tik Bozukluğu Belirtilerinin Doğal Seyri

Mevcut literatürde tiklerin başlangıç yaşı 2 ila 21 yıl arasında değişmekte olup motor tikler için ortalama başlangıç yaşı 5-7 arasındadır (CDC, 2009, s. 584; Robertson, 2008a, s. 461). Vokal tiklerin başlangıcı biraz daha sonra olma eğilimindedir, 11 yaş olarak bilinmektedir (Robertson, 2008a s. 461). Tiklerin yoğunlukları 10 yaşlarında artma eğilimindedir (Robertson, 2003, s. 4). Tourette Sendromu'nun tanısı 12 ila 17 yaş arası bireylerde 6 ila 11 yaş arası çocuklara kıyasla 2 kat daha fazladır (CDC, 2009, s. 582).

Ergenlikte tiklerin şiddetinde artış olur ve yetişkinlik dönemine kadar azalma eğilimi gösterirler (CDC, 2009, s. 583). İlk tahminler kronik tik bozukluğu olan bireylerin üçte ikisinin tik belirtilerinin yetişkinlikte iyileştiği ve bireylerin üçte birinin yetişkin olarak tiklerinin olmadığı ve üçte birinin sadece yetişkinlikte hafif semptomlarla karşılaştığı yönündeydi (Bloch vd., 2006, s. 68; Roessner, Hoekstra, & Rothenberger, 2011, s. 71). Diğer tahminle 18 yaşına kadar çocukluğunda kronik tik bozukluğu olan bireylerin kabaca yarısının artık yetişkin olarak tiklerinin olmadığını ortaya koymaktadır (Jankovic & Kurlan, 2011, s. 1151).

Tikler zamanla azalma eğiliminde olsa da yetişkinlikte devam etme potansiyeline de sahiptir. Yetişkinlikte gözlenen tikler çoğunlukla yüz, boyun veya gövde ile ilgili olma eğilimindedir (Jankovic, Gelineau-Kattner, & Davidson, 2010, s. 2173; Jankovic & Kurlan, 2011 s. 1151). Ayrıca yeni tik oluşturmak yerine çocuklukta yaşanan tikleri yeniden doğurma eğilimindedirler ve yetişkinlikteki tik yoğunluğu kısmen çocukluk dönemindeki tiklerin ciddiyetine dayanmaktadır (Jankovic vd., 2010, s. 2174).

Kendi kendine yaralanmaya neden olan tikler veya kopropraksi içeren tikler gibi ciddi semptomlar erişkin dönemde daha yaygın olabilir (Swain vd., 2007, s. 27). Buna ek olarak karşılaştırıldığında çocukluk çağındaki örneklerde, kronik tik bozukluğu olan yetişkinlerin maddeyi kötüye kullanımı veya duğu durum bozukluğu olma olasılığı daha yüksekken, çocuklarda DEHB ve tikleri tedavi etmek için ilaç alma olasılığı daha yüksek olabilir (Jankovic vd., 2010, s. 2172; Pappert, Goetz, Louis, Blasucci, & Leurgans, 2003, s. 938). Çocukluk çağında tik öyküsü olmayan bireylerde yetişkinlikte tik ortaya çıkarsa uyuşturucu kullanımı, beyin hasarı, enfeksiyon veya travma gibi tik bozukluğu dışındaki diğer olası nedenleri araştırmak önerilir (Jankovic & Kurlan, 2011, s. 1151)



Şekil 2 2-18 yaş arasındaki ortalama tik şiddeti.

Kaynak: Leckman, J. F., et. Al. (1998). Course of Tic Severity in Tourette Syndrome: The First Two Decades. *American Academy of Pediatrics*, 102;14. doi: 10.1542/peds.102.1.14.

1.7. Tikleri Bastırma

Tiklerin ilginç yönlerinden biri istemsiz olsa da, aktif inhibisyon çabasıyla geçici olarak bastırılabilirlerdir (Leckman, 2003, s. 25). Çoğu yetişkin ve çocukların, özellikle sosyal toplantılar veya okul gibi bazı çevresel bağlamlarda tiklerini sık sık bastırmaya çalıştıkları iyi bilinmektedir (Comings & Comings, 1985, s. 439).

Son yıllardaki laboratuvar araştırmaları, küçük çocukların bile tiklerini uzun süre bastırabildiğini, özellikle de bunu pekiştirerek güçlendirdiğini göstermiştir (Himle & Woods, 2005, s. 1449). Buna ek olarak, tikleri için ampirik olarak desteklenen bazı davranışsal müdahaleler tik bastırmayı tedavinin merkezi bir bileşeni olarak ele alır. Örneğin “alışkanlığın tersine çevrilmesi” adlı tedavinin, tik oluşmasını önlemek için hastalara tik-uyumsuz tepki davranışları kullanmaları öğretilir (Piacentini vd., 2010, s. 1930). Maruz kalma ve tepki önleme gibi bilinen diğer bir tedavi, çocukları caydırıcı tik-önce gelen iç duyumlara

maruz bırakır ve daha sonra hırçın duyguya alışana kadar bastırmayı uygular (Verdellen, Keijsers, Catch, & Hoogduin, 2004, s. 502). Bu tedavilerin her ikisi de tik frekansı, yoğunluğu ve şiddette kalıcı azalmaların olduğunu göstermiştir. Bazıları; yaşam boyu tik bastırma uygulamasının, yetişkinlikte görülen şiddeti azaltmaya da yardımcı olabileceğini savunuyor (Himle, Woods, Piacentini, & Walkup, 2006, s. 723).

Tik bastırma yaygın ve fayda sağlamış olsa da, tikler üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği konusunda kaygılar oluşmuştur. Fakat tiklerin kötüye gittiğini gösteren deneysel kanıt bulunamamıştır (Himle & Woods, 2005, s. 1449; Meidinger vd., 2005, s. 719). Bununla birlikte, tik bastırmanın bilişsel kaynakları diğer ilgili aktivitelerden uzaklaşabileceği, bu nedenle bastırmanın eş zamanlı görevleri (Örneğin, akademik görevler) öğrenmesine engel olabileceğine ilişkin endişeler ortaya atılmıştır, ancak bu endişe küçük deneysel inceleme almamıştır (Conelea & Woods, 2008, s. 491).

1.8. Tiklerin Kategorizasyonu

Tikler; yerleri, sayıları, sıklıkları ve süreleri ile karakterizedir. Aynı zamanda yoğunlukları, şiddetleri ve karmaşıklıkları açısından da açıklanabilirler. Tikler için en yaygın kullanılan derecelendirme ölçeği Yale Genel Tik Ağırliğini Derecelendirme Ölçeği'dir (YGTADÖ). Motor ve vokal tikleri sayı, sıklık, yoğunluk, karmaşıklıklarına göre 0-5 arasında ayrı ayrı puanlama yapılır. Bu ölçek, semptomların tanımlanmasına, miktarlarının ve tiklerin ciddiyetinin belirlenmesine yardımcı olmaktadır (Leckman vd., 1989, s. 566).

Buna ek olarak tik bozukluklarının klinik özellikleri, klinisyenlerin durumun ciddiyetini anlayıp değerlendirmelerini zorlaştırdığı için bir grup uzman klinisyen “ Tourette Syndrome Diagnostic Confidence Index (DCI) ” oluşturmuştur. Tiklerin çeşitliliği, ifade edilmesinin zamansal özellikleri ve değişebilir doğasına bakılarak DCI 0' dan 100' e kadar bir puan verir, bu da Tourette Sendromu' na sahip olma veya hiç yaşamama ihtimalini verir (Robertson vd., 1999, s. 2109).

Diğer derecelendirme ölçekleri arasında “ Shapiro Tourette Syndrome Severity Scale, Tourette' s Syndrome-Clinical Global Impression Scale ve The Hopkins Motor and Vocal Tic Scale ” bulunmaktadır (Walkup vd., 1992, s. 472).

Çeşitli derecelendirme ölçeklerinin ayrıntılı karşılaştırılması aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 5 Tikleri Derecelendirme Ölçekleri

ÖLÇEK	ALINTI	BİLGİ VEREN KİŞİ	MADDE	ÖLÇÜLEN ALANLAR	GÜÇLÜ YÖNLER	ZAYIF YÖNLER
YALE GENEL TİK AĞIRLIĞINI DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (YGTADÖ)	(Leckman vd., 1989, s. 566)	Klinisyen; yarı yapılandırılmış görüşme	10	Motor ve vokal tiklerin sayısı, frekans, yoğunluk, karmaşıklık, engelleme ve bozulma	En yaygın olarak kullanılan ölçek. Tikleri tarama listesi vardır. Motor ve vokal tikleri için ayrı sonuç verir.	Sık ve şiddetli tikleri olan hastalarda değişiklik yapmaya duyarlıdır. Vokal tiki az olan bireylerde, semptomatolojideki küçük değişiklikler derecelendirmede büyük dalgalanmalara neden olabilir.
TOURETTE'S SYNDROME SEVERITY SCALE (TSSS)	(Shapiro & Shapiro, 1984, s. 163)	Hastalar	5	Tiklerin fark edilmesi, yorumlanması ve bozulma derecesi	Güvenilir. Uygulama süresi kısa	İlk olarak, tiklerin şiddetine değil, tiklerden kaynaklanan sosyal etkilere odaklanır.
TOURETTE'S DISORDER SCALE-CLINICIAN RATED (TODS-CR)	(Shytle vd., 2003; Storch vd., 2007, s. 90)	Klinisyen; ebeveyn ve çocuğa yönelik yarı yapılandırılmış görüşme	15	Tiklerin yanı sıra ek tanılar (takıntılar, kompulsyonlar, DEHB, saldırganlık ve duygusal rahatsızlıklar gibi)	Eşlik eden durumların derecelendirilmesini sağlar.	DEHB, OKB, anksiyete bozuklukları, diğer DSM-5'de bulunan semptomları içerir.
TOURETTE'S DISORDER SCALE-PATIENT RATED (TODS-PR)	(Shytle vd., 2003; Storch vd., 2007, s. 90)	Aile; çocukla ilgili rapor vermek	15	Tiklerin yanı sıra ek tanılar (takıntılar, kompulsyonlar, DEHB, saldırganlık ve duygusal rahatsızlıklar gibi)	Eşlik eden durumların derecelendirilmesini sağlar.	DEHB, OKB, anksiyete bozuklukları, diğer DSM-5'de bulunan semptomları içerir
HOPKINS MOTOR AND VOCAL TIC SCALE	(Walkup vd., 1992, s. 473)	Aile üyeleri ve klinisyen	YOK	Görsel ölçektir. Her tiki şiddetini ölçer	Belirli tiklerdeki ayrı ayrı iyileşmeyi takip eder. Kullanımı kolaydır.	Hastalar arasında veri toplanması zor.
CHILD TOURETTE SYNDROME IMPAIRMENT SCALE	(Storch vd., 2007, s. 952)	Aile değerlendirmesi	37	Okuldaki genel bozulma (ve tiklerden kaynaklanan bozulma), ev ve sosyal faaliyetleri	Tek öğeli ölçeklerden daha fazla bozulma sağlar.	Birçok ebeveynin hatırlama ve önyargılarıyla ilgili sorunları bildirdiği maddeler.
VIDEOTAPE RATING AND TIC COUNTS	(Chappell vd., 1994)	En az 5 dakika boyunca videoya alınır. Motor ve vokal tiklerin frekansına bakılır.	YOK	Tiklerin frekansı	Tiklerin şiddetini objektif ölçer.	Tik şiddeti ölçüsü ile birlikte uygulandığında yararlı olmaktadır.

1.9. Tikleri Çevreleyen Uyarıcı Dürtüler (Duyusal Fenomenler)

Tourette Sendromu' nun görünümü, tiki olan bireylerin yaşadığı semptomatolojinin sadece bir bölümünü temsil etmektedir. 1980 yılında Joseph Bliss, kendi tiklerini çevreleyen duygu ve öznel olaylar üzerine 35 yıllık çalışmasıyla ilgili gözlemlerini açık bir şekilde anlatmıştır (s. 1343). Tanımladığı şeylerin çoğu, tiklerle ilişkili duyusal olaylar gelecekteki araştırmaların temelini oluşturmuştur. “ Duyusal Fenomen ” terimi şimdi literatürde “ doğru algılar, somatik aşırı duyarlılık ” gibi öznel deneyimleri tanımlamak için çok kapsamlı bir terim olarak kullanılmaktadır (Prado vd., 2007, s. 95).

Uyarıcı Dürtüler:

Uyarıcı dürtüler, tipik olarak tikleri olan bireylerde olan ve tiklerin başlatıcıları olarak adlandırılan rahatsız edici duyusal olaylardır. Bunlar, tikleri olan bireyler tarafından deneyimlenebilir. Kaşınıtı, iç huzursuzluk, basınç gibi hislere benzetilebilir (Banaschewski vd., 2003 s. 700). Tik bozukluğu olan 135 kişiye uygulanan bir ankette, en çok görülen bölgelerin avuç içi, omuz, karın ve boğaz olduğu tespit edilmiştir. Böylece uyarıcı dürtüler karakteri ve konumlarıyla sınırlıdır. Ayrıca frekans, yoğunluk bakımından da değişebilirler. Bu rahatsız edici dürtüden sonra tik oluşur ve hemen ardına rahatlama hissi gelir (Leckman, Walker, & Cohen, 1993, s. 100).

Uyarıcı dürtüler idrar yapma, öksürme, göz kırpmaya gibi diğer fizyolojik dürtülerle karşılaştırılmıştır. Bu dürtülerin her zaman algılanmadığı gözlenmiştir (Belluscio, Tinaz, & Hallett, 2011, s. 245).

Tourette Sendromu olan kişiler hapşırma, kaşınıtı gibi dürtülerin bastırılması gibi rahatsızlıklarının giderilmesi için tiklerini geçici olarak baskılayabilirler. Uzun süren baskılama eylemi kişinin kontrolünün ötesinde gerçekleşir. Bu şekilde tikler “ gönüllü olmayan, isteksiz ” olarak adlandırılır. Normal dürtüler ile tik yapmadan önce gelen dürtüler birbirine zıttır. Çünkü tikleri oluşturan duyusal fenomenler bilinmemektedir. Ayrıca tikleri olan bireyler hissettiklerini doğru şekilde alana kadar tik yapma gereği duyuyorlar (Belluscio vd., 2011, s. 245).

Ayrıca tikleri olan bireyler, uyarıcı dürtüler için bilinçli tiklerin baskılanmasında yardımcı olduklarını bildirmişlerdir. Çünkü bireyler tik yapma isteği gelmeden uyarılırlar ve onları bastırmak için önlemler alabilirler. Bu doğrultuda, bu farkındalıktan yararlanabilmek için bazı davranışsal terapiler geliştirilmiştir (Verdellen, vd., 2008, s. 216). Uyarıcı dürtülerin

farkındalığı, Tourette Sendromu olan çocuklarda büyüdükçe artmaktadır (Banaschewski vd., 2003, s. 700).

Tiklerin istemli veya istemsiz olduğu konusunda araştırmalar yapılmıştır. Bazıları, tiklerin istemsiz bir dürtüyü rahatlatmak için yapılan istemli bir eylem olduğunu söylemiştir (Bliss, 1980, s. 1344). Ayrıca 2003'te yapılan bir çalışmada 50 Tourette Sendromu olan bireylerin % 67'si tamamen istemsiz hareketin aksine, istemsiz bir duyuma istemli bir yanıt olarak motor tiki tanımlamıştır (Kwak vd., 2003, s. 1532). Ayrıca Tourette Sendromu olan 135 kişiyi kapsayan bir çalışmada bu kişilerin % 92'si tiklerinin uyarıcı dürtülerine ya tamamen ya da istemli olarak cevap verdiklerini belirtmiştir. Aynı çalışmada bu kişilerin % 84'ü tiklerinin anlık bir rahatlama hissi ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (Leckman vd., 1993, s. 100).

Tablo 6 Uyarıcı Dürtüleri Derecelendirme Ölçekleri

ÖLÇEK	ALINTI	MADDE	ÖLÇÜLEN ALAN	GÜÇLÜ YANLAR	SINIRLILIKLAR
TİKLERİ İÇİN UYARICI DÜRTÜ ÖLÇEĞİ	(Woods vd., 2005, s. 398)	9	Tikleri yaptıktan sonra olan rahatlama ile tik yapmadan önce gelen uyarıcı dürtülerin sıklığı.	Yönetimi ve tamamlanması kolay	Küçük çocuklarda dürtüleri tanımayacak veya anlamayanlar için tedavi etmek zor Tourette Sendromu'nda uyarıcı dürtülerin yanı sıra duyuusal fenomenleri belirleyemez.
UNIVERSITY of SAO PAULO SENSORY PHENOMENA SCALE (USP-SPS)	(Rosario vd., 2009)	2 bölümden oluşur; kontrol listesi ve şiddet skalası	Tik ve diğer obsesif kompulsif spektrum davranışlardan önce gelen, eşlik eden ve takip eden duyuusal olayların sıklığı, etkileşimi	Eksiklik hissi, iç huzursuzluk gibi diğer duyuusal fenomenleri araştırır. Sık görülen semptomları tanımlamak için semptom kontrol listesi vardır.	Farklı duyuusal fenomenler için ayrı alanlar bulunmamaktadır.
SENSORY GATING INVENTORY (SGI)	(Hetrick, Erickson, & Smith, 2012)	124	Tükenmişlik, aşırı dikkat veya dikkat dağınıklığı	Farklı tip sensorimotor eksikliği ile ilgili 4 alt ölçeğe sahiptir.	Tiklerle ilişkili duyuusal fenomenleri tespit etmek için özel olarak tasarlanmıştır.
STRUCTURED INTERVIEW FOR ASSESSING PERCEPTUAL ANOMALIES (SIAPA)	(Bunney, vd., 1999)	15	Aşırı dikkat ve seçici dikkat	Tamamlanması SGI'dan daha kolay	Tiklerle ilişkili duyuusal fenomenleri tespit etmek için özel olarak tasarlanmıştır.

1.10. Tik Bozukluklarına Eşlik Eden Diğer Hastalıklar

Tourette Sendromu tanısı alan bireylerin sıklıkla eşlik eden başka bir durumu daha vardır (Termine vd., 2006, s. 73). Tourette Sendromu olan çocukların %79'unun nörogelişimsel veya zihinsel hastalıklarının olduğunu bilinmektedir (CDC, 2009, s. 581). Diğer araştırmalarda kronik tik bozukluğu olan bireylerin % 85 ila % 90' ında başka bir komorbid duruma sahip olduğunu tahmin edilmiştir (Cavanna vd., 2011, s. 1320; Cavanna & Rickards, 2013, s. 1012; Hirschtritt vd., 2015, s. 326). Ortalama olarak kronik tik bozukluğu olan bireylerin yarısından fazlasının eşlik eden en az 2 bozukluğu olacağına dair bazı tahminler vardır (Freeman vd., 2000, s. 439; Hirschtritt vd., 2015, s. 327).

Ayrıca tiklerin yanı sıra aile yaşantılarında, ilişkilerinde, öğrenme ve mesleki performansında birçok davranışsal ve duygusal sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Leckman, 2002, s. 1581). Klinik gözlemler sonucunda Tik Bozuklukları ile eş tanıli olarak ortaya çıkabilen DEHB, OKB, Duygudurum, bunaltı, madde kullanımı, yıkıcı davranış bozukluklarının belirtilerinin olabileceği ileri sürülmektedir (Öztürk & Uluşahin, 2001, s. 590).

Tik Bozukluğu olan hastalarda sıklıkla DEHB, OKB veya ikisi bir arada bulunabilir. DEHB belirtileri tikler henüz başlamadan birkaç yıl öncesinde vardır; OKB ise tik şiddetinin en üst seviyede olduğu 12-13 yaşlarda ortaya çıkar (Bloch vd., 2006, s. 68).

En sık görülen hastalık Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), bunu takiben Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Davranım Bozuklukları ya da Kaygı ve Duygudurum Bozuklukları, Gelişimsel Bozukluk özellikle de otizmdir (Baron-Cohen, Scahill, Izaguirre, Hornsey, & Robertson, 1999, s. 14; CDC, 2009, s. 582).

Kronik tik bozukluğu olan bireylerin yaklaşık % 30 ila 90' ında DEHB tanısının birlikte var olduğu tahmin edilmektedir (CDC, 2009, s. 584; Freeman vd., 2000, s. 443). DEHB belirtilerinin tiklerin şiddetine göre artış gösterdiği savunulmuştur (Nolan, Sverd, & Godow, 1996, s. 1625).

Yapılan bir araştırmada, DEHB ile TB' nin birlikte görülme sıklığı %35 ila 54 olduğu bulunmuştur. Ayrı ayrı incelendiğinde birlikte görülme oranları TB ile Dikkat Eksikliği Bozukluğu % 13 ila 35, TB ile Hiperaktivite için % 67 ila 73 ve TB ile DEHB % 36 ila 73 olarak bulunmuştur (Barabas & Matthews, 1985, ss. 74-75).

Kronik tik bozukluğu ve DEHB tanısı olan kişilerin, bir teşhisi olan bireylerden daha yıkıcı davranışa sahip olma olasılığı daha yüksektir (Kraft vd., 2012, s. 11; Sukhodolsky vd., 2003, s. 99). DEHB ile TB' nin bir arada bulunduğu çocukların sosyal alanda daha fazla zorluk yaşadığı gözlenmiştir. Öfke atakları, depresyon, madde kullanımı TB ve DEHB tanılı hastalarda sık görülmektedir. Bu durum aile içi yaşantı, arkadaşlık ilişkileri, okul başarısı gibi durumlarda olumsuzluklar yaratabilmektedir (Stokes, Bawden, Camfield, Backman, & Dooley, 1991, s. 941).

OKB' de sık görülen bir hastalıktır ve vakaların %20 ila %60'ında kronik tik bozukluğu ile birlikte görülür (CDC, 2009, s. 584; Freeman vd., 2000, s. 443). Ergenlik sonlarında ortaya çıkan OKB semptomlarının yetişkinlikte tiklerin öngörüldüğü de tespit edilmiştir (Peterson, Pine, Cohen, & Brook, 2001, s. 685).

TS ile obsesyon ve kompulsiyonlar arasındaki ilişkiye dair kanıtlar bu zamana kadar artmıştır (Pauls & Leckman, 1986, s. 993). TB ve OKB' nin genetik nedenleri aynı olmasına karşın farklı klinik tablolarda ortaya çıkan bozukluklar olduğu ileri sürülmüştür. Yapılan bir araştırmada erkeklerde TB, kızlarda OKB olarak ortaya çıkabildiği savunulmuştur (Pauls & Leckman, 1986, s. 995). Bazı kişiler TB, DEHB ve OKB' nin bir kombinasyonuna sahiptir. Bunlar öfkeyi kontrol etmede güçlük çekerler ve uyku güçlüğü yaşarlar (Freeman vd., 2000, s. 436).

Robertson (2000), anksiyete ve depresyonun nasıl ortak olduğunu ve tik bozukluğu olan bireylerle bu bozuklukların daha yüksek oranlarının tesadüfen oluşabileceğini vurgulamıştır. Kaygı ve depresyon da tik bozukluklarıyla birlikte görülme eğilimindedir. Bunlar için kaygı belirtileri; uyku güçlüğü, endişeleri, fobileri veya gerginlikten kaynaklanan alışkanlıkları içerebilir. Depresyon, kronik hastalığı olan ya da zorbalığa maruz kalmanın bir sonucu olarak da ortaya çıkabilir (Robertson, 2000, s. 431).

Kronik tik bozukluğu olan çocukların çoğu ortalama zeka aralığındadır. Bununla birlikte kronik tik bozukluğu olan bireylerin özellikle DEHB tanısı konmasıyla birlikte öğrenme güçlüğü oranlarının arttığı bulunmuştur (Brud, Freeman, Klug, & Kerbeshian, 2005, s. 5; Singer, 2010, s. 541). Belirli bir öğrenme güçlüğü tanısı olmasa bile kronik tik bozukluğu olan bireylerin yaklaşık % 16 ila % 68' inde akademik başarısızlıkları vardır. Kronik tik bozukluğu olan bazı çocuklar yürütme işlevleri, görsel motor entegrasyonu ile ilgili zorluklar

ve görsel-mekansal yeteneklerde bozulma ile mücadele edebileceğinden, okuldaki bu zorluk bilişsel zorluklara da bağlı olabilir (Singer, 2010, s. 541).

1.11. Sınıflandırma

Tablo 7 Tik Bozukluklarının ICD ve DSM'ye göre Sınıflandırılması

TİK BOZUKLUKLARININ ICD VE DSM'YE GÖRE SINIFLANDIRILMASI			
DSM-III (APA, 1980, ss. 73-77).	ICD-10 (T.C Sağlık Bakanlığı, 2008, ss. 249-250).	DSM-IV-TR (APA, 2000, s. 14).	DSM-5 (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014, ss. 39-41).
<ul style="list-style-type: none"> • Gelip Geçici Tik Bozukluğu • Kronik Motor ya da Vokal Tik Bozukluğu • Tourette Sendromu • Başka Türli Adlandırılmayan Tik Bozukluğu 	<ul style="list-style-type: none"> • Geçici Tik Bozukluğu • Kronik Motor ya da Vokal Tik Bozukluğu • Kombine Vokal ve Mutiple Motor Tik Bozukluğu • Diğer Tik Bozuklukları • Tanımlanmamış Tik Bozuklukları 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelip Geçici (Transient) Tik Bozukluğu • Kronik Motor ya da Vokal Tik Bozukluğu • Tourette Sendromu • Başka Türli Adlandırılmayan Tik Bozukluğu 	<ul style="list-style-type: none"> • Geçici İstençdışı Devinim Bozukluğu • Süregiden (Süreğen) Devinsel ya da Sesle İlgili İstençdışı Devinim Bozukluğu • Tourette Sendromu • Tanımlanmış Diğer Bir İstençdışı Devinim Bozukluğu • Tanımlanmamış İstençdışı Devinim Bozukluğu

1.11.1. DSM-5 Tik Bozuklukları Sınıflaması (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014, ss. 39-41).

Tourette Bozukluğu

A. Eş zamanlı olmaları gerekmede hastalığın gidiş sırasında bir zaman, hem çoğul devinsel, hem de bir ya da daha çok sesle ilgili istençdışı devinim (tik) olmuştur.

B. İstençdışı devinimlerin sıklığı artıp, azalabilir ancak ilk başladığından beri, bir yıldan daha uzun sürmüştür.

C. On sekiz yaşından önce başlamıştır.

D. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kokain) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. Huntington hastalığı, postviral ensefalit) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Süregiden (Süreğen) Devinsel ya da Sesle İlgili İstençdışı Devinim Bozukluğu

A. Hastalık sırasında tekil ya da çoğul devinsel ya da sesle ilgili istençdışı devinimler olmuştur, ancak bunlar hem devinsel, hem de sesle ilgili olmamıştır.

B. İstençdışı devinimlerin sıklığı artıp azalabilir ancak ilk başladığından beri, bir yıldan daha uzun sürmüştür.

C. On sekiz yaşından önce başlamıştır.

D. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kokain) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. Huntington hastalığı, postviral ensefalit) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

E. Tourette bozukluğu için tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılanmamıştır.

Geçici İstençdışı Devinim Bozukluğu

A. Tekil ya da çoğul devinsel ve/ya da sesle ilgili istençdışı devinimler.

B. İstençdışı devinimler, ilk başladığından beri, bir yıldan daha kısa sürmüştür.

C. On sekiz yaşından önce başlamıştır.

D. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kokain) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. Huntington hastalığı, postviral ensefalit) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

E. Tourette bozukluğu ya da süregiden (süreğen) devinsel ya da sesle ilgili istençdışı devinim bozukluğu için tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılanmamıştır.

Tanımlanmış Diğer Bir İstençdışı Devinim Bozukluğu

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, istençdışı devinim bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların istençdışı devinim bozukluğu ya da nörogelişimsel bozukluklar tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmış diğer bir istençdışı devinim bozukluğu kategorisi, istençdışı devinim bozukluğu ya da herhangi özgül bir nörogelişimsel bozukluk için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır. Yazarken, “tanımlanmış diğer bir istençdışı devinim bozukluğu” diye yazmanın ardından özel neden yazılır (örn. “on sekiz yaşından sonra başlayan”).

Tanımlanmamış İstençdışı Devinim Bozukluğu

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, istençdışı devinim bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların istençdışı devinim bozukluğu ya da nörogelişimsel bozukluklar tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmamış diğer istençdışı devinim bozukluğu kategorisi, istençdışı devinim bozukluğu ya da herhangi özgül bir nörogelişimsel bozukluk için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bir bilgi olmadığı durumlarda kullanılır.

1.11.2. ICD-10 Tik Bozuklukları Sınıflaması (T.C Sağlık Bakanlığı, 2008, ss. 249-250).

F95 Tik Bozuklukları F95.0 Geçici Tik bozukluğu

- A. En az 4 hafta süresince çoğu gün görülen, gün içinde birçok kez görülen artış ve azalışlarla seyreden motor ve/veya vokal tiklerin varlığı.
- B. Tiklerin on iki ay veya daha kısa süre ile görülmesi.
- C. Tourette Sendromu öyküsünün olmaması ve tiklerin; ilaç yan etkileri ile fiziksel durumlara bağlı olmaması.
- D. Başlangıcın 18 yaşından önce olması.

F95.1 Kronik Motor/Vokal Tik Bozukluğu

- A. Gün içinde birçok kere görülen; en az on iki ay süren yalnızca motor ya da vokal tiklerden oluşur.
- B. Bu dönem sırasında ardışık 2 aydan daha uzun süreli olarak tiklerin mevcut olmadığı bir dönem hiç olmamıştır.
- C. Tourette Sendromu öyküsünün olmaması ve tiklerin; ilaç yan etkileri ile fiziksel durumlara bağlı olmaması.
- D. Başlangıcın 18 yaşından önce olması.

F95.2 Karmaşık Motor Tiklere Eşlik Eden Vokal Tik Bozukluğu

- A. Hastalık sırasında kimi zaman hem çoğul motor, hem de bir ya da birden fazla vokal tikin, eş zamanlı ortaya çıkmasalar da varlığı.
- B. Bu tikler 1 yıldan daha uzun süreli bir dönem boyunca aralıklı olarak ya da hemen her gün günde birçok kez ortaya çıkmaktadır (genellikle zaman zaman) ve bu dönem sırasında ardışık 2 aydan daha uzun süreli olarak tiklerin mevcut olmadığı bir dönem hiç olmamıştır.
- C. Başlangıcın 18 yaşından önce olması.

F95.8 Diğer Tik Bozukluklar

F95.9 Tanımlanmamış Tik Bozuklukları

Tik bozukluğu için genel ölçütleri karşılamakla birlikte, özgül alt grubun tanımlanamadığı ya da ölçütlerin F95.0, F95.1 veya F95.2 ölçütlerini karşılamadığı durumlarda kullanılır.



İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

1.1. Araştırma Modeli

Araştırma, Woods vd., (2005) tarafından geliştirilmiş olan “Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği” nin geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla planlanmış uyarılama çalışmasıdır.

1.2. Örneklem

Ölçek geçerlik, güvenilirlik çalışmalarında faktör analizi yapabilmek için örneklemin madde sayısının en az 5, ideal olarak 10 katı olması gerektiği belirtilmektedir (Seçer, 2015, s. 79). TUDÖ’ nün madde sayısının 10 olması nedeniyle 100 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir.

Adana ili Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Ankara ili Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda, tedavisi devam etmekte olan 164 kişi davet edilmiştir. Bu kişiler Tik Bozukluğu, DEHB, OKB, Tourette Sendromu tanısı almış çocuk ve ergenlerden seçilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden fakat verilen randevuya gelmeyen ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 62 kişi örneklemden çıkartılmıştır. Çalışma, araştırmaya katılmaya gönüllü, tikleri olan 7-17 yaş aralığında 102 kişi tarafından yürütülmüştür.

Araştırmaya katılan katılımcıların % 51’i erkek, % 49’unu ise kızlar oluşturmaktadır. Ayrıca katılımcıların % 22’si 7-9 yaş aralığında, % 29’u 10-12 yaş aralığında, % 26’sı 13-14 yaş aralığında ve % 23’ü 15 yaş ve üstünde yer almaktadır. Katılımcılara ait demografik bilgiler tablo 8’ de gösterilmiştir.

Tablo 8 Örneklem Grubunun Demografik Bilgiler Tablosu

	Grup	Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Erkek	51	51
	Kız	49	49
Yaş	7-9	22	22
	10-12	29	29
	13-14	26	26
	15 ve üstü	23	23
Anne Çalışma	Evet	57	57
	Hayır	43	43
Baba Çalışma	Evet	92	92
	Hayır	8	8

1.3. Araştırmanın Etiği

Çalışmanın taslağı Beykent Üniversitesi Etik Kurulu'na sunulmuş ve etik kurul onayı alınmıştır. Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği'ni uyarlamak, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmak için ölçeği geliştiren Douglas Woods'dan mail yoluyla izin alındı (Ek. 4).

Araştırmaya dahil edilen hastanelere (2 hastane) araştırmanın yapılabilmesi için izin başvurusunda bulunuldu. Çalışmanın yapılacağı Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı (Ek. 1) ve Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ana Bilim Dalı'ndan çalışmayı uygulama izni alındı (Ek. 2). Kurum izni alınan 2 kurumda araştırma gerçekleştirildi.

Veriler Eylül 2018 ve Ocak 2019 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplandı. Veri toplama formu uygulanmadan önce çocuklara ve ailelerine araştırmanın amacı, verilerin gizliliği hakkında bilgi verildi ve izinleri alındı. Gönüllü olarak araştırmaya katılmak isteyenlere anketler verilmiştir. Katılımcılar sırasıyla Kişisel Bilgi Formu, Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği (TUDÖ) ve Güçler ve Güçlükler Anketi'ni (GGA) doldurmuşlardır. Yale Genel Tik Ağrılığını Derecelendir Ölçeği'ni Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Doç. Dr. Dilşad Foto Özdemir, Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nden Öğr. Gör. Dr. Perihan Çam Ray, Doç. Dr. Gonca Çelik, Prof. Dr. Ayşegül Tahiroğlu, Prof. Dr. Ayşe Avcı doldurmuştur.

1.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu araştırma da Woods vd., (2015) tarafından geliştirilen PUTS ölçeğinin Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılmıştır. Uyarlama çalışmasında önce geçerlik ve güvenilirlik incelenmiştir. Geçerlik incelemesi için açımlayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik incelemesi için Cronbach's Alfa iç tutarlılık ve eşdeğer test korelasyonuna bakılmıştır. Açımlayıcı faktör analizi ve güvenilirlik testleri için SPSS 21.0, doğrulayıcı faktör analizi için SPSS Amos 25.0 kullanılmıştır.

1.5. Ölçek Çevirisi

İzin sürecinin tamamlanmasından sonra uyarlama süreci başlatılmıştır. Bu süreçte ilk adım dil geçerliliğinin sağlanmasıdır. Öncelikle ölçeğin orijinal dilinden (İngilizce' den) Türkçe' ye çevirisi yapıldı. İngilizce' ye ve Türkçe' ye hakim olan 5 kişi tarafından birbirinden bağımsız olarak ölçek maddelerinin çevirisi yapılmıştır. Çeviriler yapılırken anlamsal eşitliğe ve çevrilen maddelerin bizim kültürümüze uygun olmasına dikkat edilmiş ve özen gösterilmiştir. Bu 5 farklı çeviri ayrı ayrı incelenerek çevrilen maddelerin özgün maddeleri anlam ve içerik olarak ne kadar karşıladığına ilişkin düzeltmeler yapılmıştır ve bazı kelimelerin yerine eş anlamlılarının kullanılmasının daha uygun olacağı belirlenmiştir.

Dil ve kapsam geçerliliği için uzman görüşünün alınması: Alanda çalışan ve her iki dile hakim 2 uzmandan, maddelerin ölçek için uygunluğunu ve çevrilen maddeleri değerlendirmeleri istenmiştir. Dil Geçerliliği İnceleme Formu ile ölçeğin orijinal maddeleri ve Türkçe' ye uyarlanmış olan karşılıkları bir araya getirilerek 2 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzmanlar her bir maddeyi çeviri uygunluğuna göre derecelendirmiştir. 3 ve altında alan bir değer işaretlendiği maddeler ve bu maddelere ilişkin düzeltme önerileri yeniden çeviriyi yapan kişilerin görüşüne sunulmuştur. Bu sürecin sonunda maddeler dilsel, kültürel ve kuramsal açılarından değerlendirilmiştir. Son şekli verilen maddeler üzerinde ölçek uyarlama sürecinin bir sonraki aşaması olan Türkçe' den orijinal diline geri çevirme işlemine geçilmiştir.

Türkçe' ye çevirisi yapılmış olan ölçek, orijinal ölçeğin geliştirildiği dili (İngilizce) çok iyi bilen kişiler tarafından tekrardan ölçeğin orijinal diline çevrilmiştir. Bu işlem tamamlandıktan sonra ölçeğin orijinali ile Türkçe' den çevirisi yapılan form birbiri ile karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma sonucunda 2 ölçek arasında kayda değer bir fark bulunmamıştır. Böylece ölçeğin Türkçe' ye çevirme işlemi tamamlanmıştır.

1.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; örnekleme alınan Kişisel Bilgi Formu, Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği, Yale Genel Tik Ağırlığını Derecelendirme Ölçeği, Güçler ve Güçlükler Anketi kullanılarak toplanmıştır.

1.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu; katılımcı ile anne-baba ile ilgili bilgileri içeren, araştırmacı tarafından oluşturulan formdur. Bu formda anne-baba yaşı, eğitim durumu, meslek bilgileri, kardeş sayısı, hastalık öyküsü, ilaç kullanımı, birinci ve ikinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü ile ilgili sorular bulunmaktadır.

1.6.2. Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği

Woods vd., (2005) tarafından geliştirilen bu ölçek, tik bozukluğu olan kişilerdeki farklı uyarıcı dürtü türlerinin güncel frekansını ölçmek için tasarlanmıştır. Ölçeğin orijinal formu 10 maddeden oluşup, her madde “1= Hiç hissetmiyorum, 2= Biraz hissediyorum, 3= Fazla hissediyorum, 4= Çok fazla hissediyorum” seçenekleri kullanılarak 1-4 arası likert ölçeğinde derecelendirilmektedir. Fakat 10. madde ölçeğin geri kalanıyla ilişkili olmadığı için Woods vd., (2005), toplam skorun hesaplanmasında son maddeyi hariç tutmuştur. Bu nedenle toplam skor 9 ila 36 arasındadır ve yüksek puan uyarıcı dürtülerin daha yüksek frekanslı olduğunu temsil etmektedir.

Ölçeğin ilk psikometrik incelemesi Woods vd., (2005) tarafından 8-16 yaş arasındaki Tourette Sendromu ve Kronik Tik Bozukluğu olan 42 gençte yapılmıştır. Uyarıcı dürtülerin tanınması zor olduğu için ölçek, 10 yaşından büyük çocuklarda yüksek iç tutarlılık göstermiştir.

1.6.3. Yale Genel Tik Ağırlığını Derecelendirme Ölçeği

Yale Genel Tik Ağırlığını Derecelendirme Ölçeği; çocuk ve ergenlerdeki tik ağırlığını ölçmek için kullanılır. Leckman ve ark., (1989) tarafından geliştirilmiştir.

Klinisyen tarafından doldurulan, yarı-yapılandırılmış görüşmeye dayalı bir ölçektir. Bu ölçekte tiklerin dağılımı, sayısı, sıklığı, şiddeti, karmaşıklığı, engelleyiciliği ve işlevsellik düzeyindeki bozulma maddeleri bulunmaktadır. İlk olarak hareket ve vokal tiklerin dağılımını saptamak için tarama listesi yer almaktadır. Hareket ve ses tikleri basit ve karmaşık olmak üzere 2 grupta incelenmektedir. Çocuktan ve ebeveyninden alınan bilgiler, görüşme ve gözlem doğrultusunda son bir haftadır var olan hareket ve vokal tikleri ölçeğe işaretlenmektedir. Bir sonraki aşamada tiklerin ağırlığını belirlemek amacıyla; hareket ve ses tikleri için 1-5 arası değerlerle ayrı ayrı puanlanan sayı, sıklık, şiddet, karmaşıklık ve engellenme maddelerinden elde edilen puanlar (sırasıyla “ YGTADÖ- Hareket tikleri ağırlık puanı ” ve “ YGTADÖ- Ses tikleri ağırlık puanı ”) ve 0- 50 arasında puanlanan “ YGTADÖ- İşlevsellik düzeyinde bozulma puanı ” toplamı “ YGTADÖ- Toplam tik ağırlığı puanı ” nı oluşturmaktadır.

1.6.4. Güçler ve Güçlükler Anketi

Robert Goodman tarafından 1997 yılında geliştirilen çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların taranması amacıyla kullanılan ölçektir. Anketin birçok farklı dile çevirisi bulunmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güvenir ve ark. tarafından yapılmıştır.

Bu anketin; 4-16 yaşlar için ebeveyn ve okul formu ile, 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu olmak üzere 2 formu bulunmaktadır. Her iki formu da aynı maddeleri içermektedir. Bazı maddelerdeki tek fark, üçüncü tekil şahıs yerine birincil tekil şahsın kullanılmasıdır (Goodman ve ark., 1999, s. 17).

GGA 25 sorudan oluşur bunların bazıları olumlu bazıları olumsuz davranış özelliklerini sorgular. Bu sorular kendi içinde 5 alt başlıkta toplanmıştır; (1) davranış sorunları, (2) dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, (3) duygusal sorunlar, (4) akran sorunları, (5) sosyal davranışlar. Her başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi sosyal davranışlar puanı hariç diğerlerinin puanlarının toplamı toplam güçlük puanını vermektedir (Goodman, 1997, s. 582).

GGA' nın uzatılmış formu psikiyatrik belirtileri sorgulamakla kalmaz belirtilerden etkilenme düzeyini de sorgular. Bu kısımda anketi yanıtlayan kişi, gencin veya çocuğun duygularında, davranışlarında, dikkatini toplayabilmesinde ve başkaları ile geçinebilmesinde güçlük olup olmadığını değerlendirir ve kişinin yanıtı güçlük olduğunu belirtiyorsa, bu

yaşanan güçlüğün çocuk ve genci sıkıntıya sokup sokmadığını, günlük yaşamını etkileyip etkilemediğini, birlikte yaşadığı kişilere zorluk yaşatıp yaşatmadığını ve güçlüklerin ne kadar süredir var olduğunu belirtir (Goodman, 1999, s. 19).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde öncelikle geçerlik incelemeleri için AFA ve DFA bulguları verilmiştir. Ardından güvenirlik testlerine ilişkin bulgular verildikten sonra kişisel bilgi formundan elde edilmiş değişkenlere ilişkin bulgularda paylaşılmıştır.

1.1. Açımlayıcı Faktör Analizi

Ölçeğin açımlayıcı faktör analizi 10 madde üzerinden yapılmıştır. Woods vd., (2005) tarafından yapılan puanlama da 10. madde çıkarılsa da aynı araştırmanın replikasyonlarının yapıldığı araştırmalar da (Brandt, Beck, Sajin, Anders, & Munchau, 2016; Steinberg, Baruch, Harush, Woods, & Piagentini, 2010) ölçeğin 10 maddesi de değerlendirmeye alınmıştır.

Tablo 9 KMO ve Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği.		,894
	Yaklaşık Ki-Kare	506,514
Bartlett's Küresellik Test	Sd	28
	P	,000

Temel bileşenler analizi kapsamında öncelikle örneklem yeterliliği için Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) ve Bartlette's Küresellik Testi yapılmıştır. KMO değeri .89 ve Bartlette's Küresellik Testi ise $X^2= 506,514$, $p= .00$ olarak bulunmuştur. Bu değerler örneklem yeterliliğinin sağlandığını gösterdiği için AFA yapılabileceği görüşüne ulaşılmıştır. Analizin birinci safhasında 10 maddelik ölçeğin iki faktör oluşturduğu ve iki maddenin her iki faktörde de birbirine yakın yüklerle sahip olduğu değerlendirilmiştir. Bu nedenle ölçek maddelerinden 3. ve 6. Madde faktör analizinden çıkarılarak analiz yenilenmiştir.

8 madde ile yapılan ikinci analiz sonucunda maddelerin tek faktör oluşturduğu ve bu faktör altında yüklerinin .36 - .79 arasında değiştiği bulunmuştur.

Tablo 10 Ortak Yükler

	Başlangıç	Çıkarım
tudo1	1,000	,448
tudo2	1,000	,409
tudo4	1,000	,699
tudo5	1,000	,795
tudo7	1,000	,759
tudo8	1,000	,649
tudo9	1,000	,803
tudo10	1,000	,358

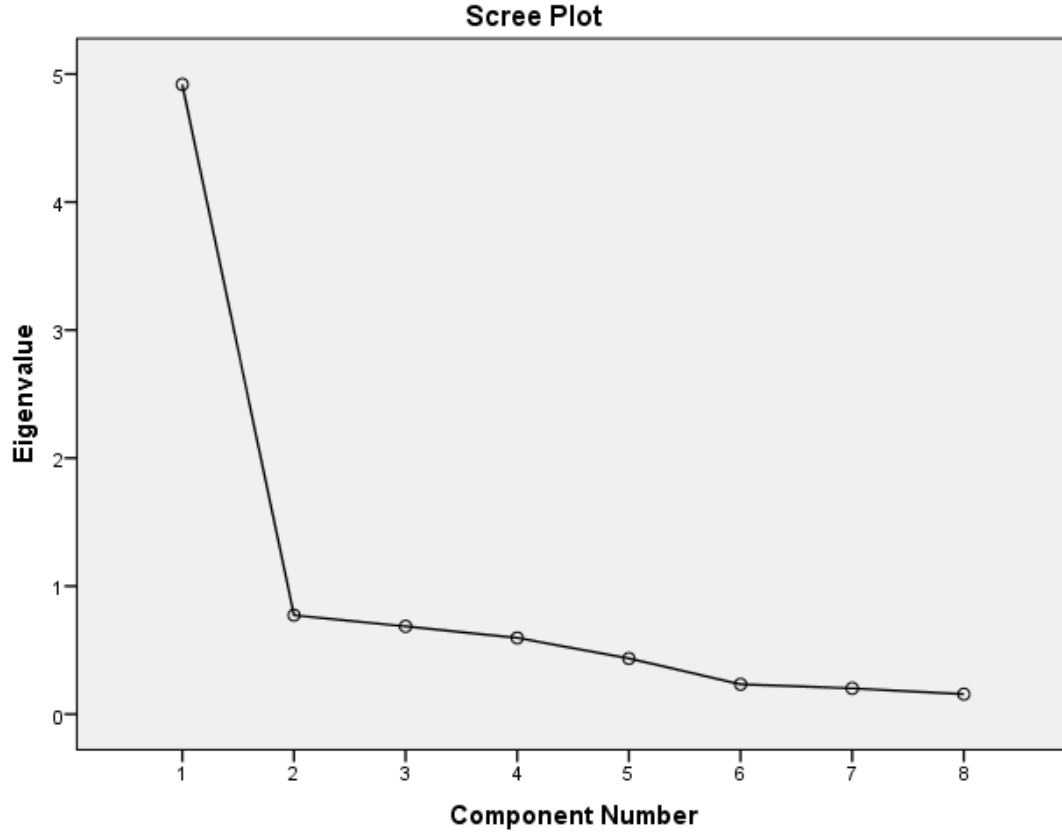
Çıkarım Metodu: Temel Bileşenler Analizi

Ortaya çıkan tek faktörün açıkladığı toplam varyans % 61 olarak bulunmuştur. Şekil 3' de yer alan saçılım grafiği de ölçeğin tek faktörlü bir yapı oluşturduğunu göstermektedir.

Tablo 11 Çıkarım Metodu: Temel Bileşenler Analizi

Bileşen	Başlangıç Özdeğerleri			Yüklerin Kareler Toplamı		
	Toplam	% Varyans	Toplam %	Toplam	% Varyans	Toplam %
1	4,919	61,486	61,486	4,99	61,486	61,486
2	,773	9,660	71,146			
3	,686	8,574	79,720			
4	,596	7,451	87,172			
5	,435	5,436	92,608			
6	,233	2,917	95,525			
7	,202	2,522	98,047			
8	,156	1,953	100,00			

Çıkarım Metodu: Temel Bileşenler Analizi



Şekil 3 Faktör Analizi Sonucunda Elde Edilen Saçılım Grafiği

**Tablo 12 Bileşen
Matrisi^a**

	Bileşen 1
tudo9	,896
tudo5	,891
tudo7	,871
tudo4	,836
tudo8	,806
tudo1	,669
tudo2	,639
tudo10	,598

Çıkarım Metodu:
Temel Bileşenler
Analizi.

a. 1 bileşen çıkarıldı.

Bileşen matrisinde maddelerin aldığı yük değerleri .60 - .89 arasında değiştiği görülmektedir. Bu bulgulara dayanarak TUDÖ ölçeği tek faktörlüdür. Bu faktör 8 maddeden oluşmaktadır. 8 maddenin açıkladığı varyans toplam varyansın % 61' idir. Madde faktör yükleri .60 - .89 arasındadır. Ölçeğin bu haliyle ölçtüğü niteliği açıkladığı kabul edilmektedir.

1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Açımlayıcı faktör analizinde ortaya çıkan tek faktördeki 8 madde ile DFA yapılmıştır. Kikare Uygunluk testine göre DFA modeli, örneklem kovaryans yapısını açıklama da kabul edilebilir modeldir (P= 0.334). Buradan hipotetik populasyon kovaryans yapısı ile örneklem kovaryans yapısı arasındaki farkın önemli olmadığı sonucuna varılmıştır.

Tablo 13 Kikare Uygunluk Testi

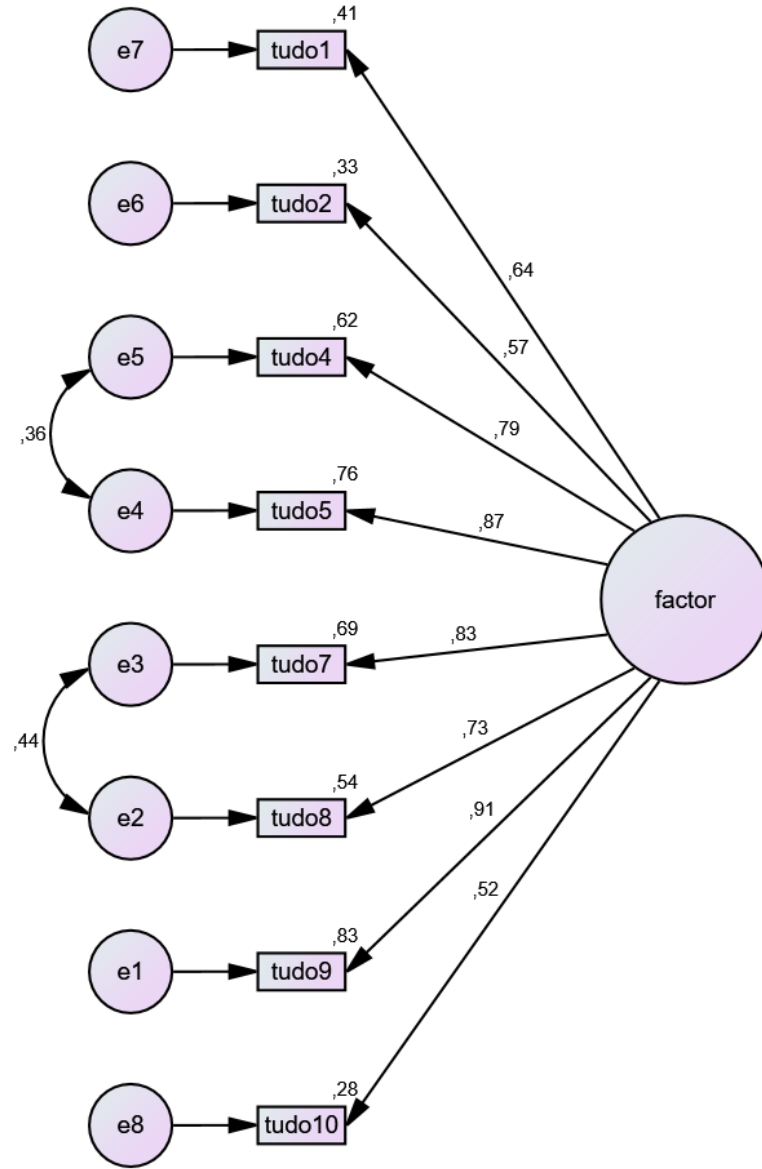
Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Varsayılan Model	18	19,976	18	,334	1,110
Doymuş Model	36	,000	0		
Bağımsız Model	8	525,078	28	,000	18,753

Oluşturulan ilk modelin uyum indeksleri yeterli bir model oluşturduğu görüldüğü için alan uzmanlarından görüş alınarak 2. ile 3. ve 4. ile 5. maddeler arasında modifikasyon yapılmıştır. Oluşturulan kovaryans bağlarından sonra, TUDÖ ölçeği uyum indeksleri değerleri $X^2= 19,976$ (sd= 18 , p= .000) , $X^2/sd= 1,10$ RMSEA= 0,033, SRMR= 0,033, GFI= 0,95, AGFI= ,90, CFI= 0,99, NFI= 0,96 ve NNFI= 0,99 olarak bulunmuştur. Schermelleh-Engel, Moosbrugger ve Müller (2003)' e göre bulunan uyum indeks değerleri incelenmiş ve X^2/sd , RMSEA, SRMR, GFI, AGFI, CFI, NFI, NNFI değerlerinin iyi uyum gösterdiği bulunmuştur. Tek faktörlü yapının iyi uyum gösterecek değerlere sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 14 Standartize Edilmiş Regresyon Ağırlıkları

	R ²	P
Tudo9	,913	***
Tudo8	,734	***
Tudo7	,832	***
Tudo5	,869	***
Tudo4	,786	***
Tudo2	,571	***
Tudo1	,639	***
Tudo10	,525	***

Faktörün oluşmasını sağlayan maddelerin faktör oluşumunda anlamlı katkısı olduğu bulunmuştur (p< 0.01).



Şekil 4 TUDÖ' nün Doğrulayıcı Faktör Analizi Standardize Edilmiş Katsayıları

Tablo 15 Tukey Toplanabilirlik Testi

	Kareler	Sd	Kareler	F	P
	Toplamı		Ort.		
Gruplar	600,974	99	6,070		
Arasında					
Maddeler	86,919	7	12,417	22,010	,000
Arasında					
Toplanabilirlik	1,438 ^a	1	1,438	2,554	,110
Grup içi	389,519	692	,563		
Residual	390,956	693	,564		
Toplam					
Denge Toplam	477,875	700	,683		
Toplam	1078,849	799	1,350		

Grand Mean = 2,1738

a. Tukey'in toplanabilirliği artırmak için gözlemlerin artması gerektiğine dair tahmini gücü = 1,323.

Ölçeğin toplanabilirliği Tukey Toplanabilirlik testine göre incelenmiştir. Buna göre ölçek Likert tipi Toplamsal bir ölçektir ($p > 0.05$). 8 maddelik ölçekten elde edilecek en düşük puan 8, en yüksek puanda 32'dir. Ölçekten toplam puanlar elde edildikten sonra eş değer test korelasyonu incelenmiştir.

1.3. Güvenirlik Analizleri

Ölçeğin 8 maddeden oluşan tek faktörlü yapısının Cronbach's Alfa iç tutarlılık katsayısı ,91 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Madde – Toplam istatistikleri de ölçekten silinecek bir maddenin iç tutarlılığı anlamlı derecede etkilemeyeceğini göstermektedir.

Tablo 16 Madde Toplam İstatistikleri

	Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması	Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı	Corrected Madde- Toplam Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach's Alpha
tudo1	15,4800	39,282	,584	,905
tudo2	15,3700	39,670	,554	,908
tudo4	15,3900	37,129	,762	,890
tudo5	15,4000	36,384	,839	,883
tudo7	15,4100	36,689	,808	,886
tudo8	15,2100	37,420	,727	,893
tudo9	15,0600	34,279	,844	,881
tudo10	14,4100	40,547	,508	,911

Eş Değer Test korelasyonu incelendiğinde YGTADÖ ile TUDÖ arasında düşük düzey, pozitif ve anlamlı bir korelasyon olduğu bulunmuştur ($r = .023$, $p < 0.05$). Bununla birlikte GGA ile TUDÖ arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkmamıştır ($p > 0.05$). Woods vd., (2005) tarafından yapılan ilk analizde YGTADÖ ile TUDÖ arasında orta düzey, pozitif ve anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($r = .31$, $p < 0.05$). Ölçeği 8 maddelik bu hali ile önceki çalışmalara benzer güvenilirlik sonuçları verdiği görülmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları ve eş değer test korelasyonlarından sonra ölçeğin güvenilir olduğu kabul edilmiştir.

Tablo 17 Eş Değer Test Korelasyonu Tablosu

		tudo_toplam	yale	gga
TUDO	r	1		
YALE	r	,232*	1	
GGA	r	,128	,122	1

*. Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

1.4. Demografik Değişkenlere Göre Bulgular

Cinsiyete göre TUDÖ ölçeğinden elde edilen puanlara göre kızların TUDÖ puan ortalamaları (M: 20,83) erkeklerin TUDÖ puan ortalamalarından (M: 14,07) anlamlı derecede büyüktür.

Tablo 18 Cinsiyete Göre TUDÖ Ölçeği T-test Analizi Sonuçları

Cinsiyet	N	Ortalama	SS	T	df	p
Kız	51	14,07	4,52	5,57	98	,00
Erkek	49	20,83	7,41			

Kızların tikler için uyarıcı dürtü puan ortalamaları erkeklerin puan ortalamalarından anlamlı derece de farklılaşmaktadır ($p < 0.01$). Ailesinde tik olup olmama durumuna göre TUDÖ ölçeğinden elde edilen puanlarda katılımcılardan “ hayır ” veya “ evet ” cevaplarından birini vermeleri istenmiştir. Buna göre ailesinde tik olmayanlar (M: 16,84) ile ailesinde bir tik olanların (M: 18,72) puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Anne çalışma durumuna göre TUDÖ ölçeğinden elde edilen puan ortalamalarına bakıldığında annesi çalışanların puan ortalamaları (M: 19,73), annesi çalışmayanların puan ortalamalarından (M: 14,27) anlamlı derece de büyüktür ($p < 0.01$).

Tablo 19 Anne Çalışma Durumuna Göre TUDÖ Ölçeği T-test Analizi Sonuçları

Anne Çalışma	N	Ortalama	SS	T	df	p
Evet	57	19,73	7,59	4,48	98	,00
Hayır	43	14,27	4,49			

Baba çalışma durumuna göre TUDÖ ölçeğinden elde edilen puan ortalamalarına bakıldığında babası çalışanların puan ortalamaları (M: 17,63), ile babası çalışmayanların puan ortalamaları (M: 14,62) arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Yaşa göre katılımcıların TUDÖ ölçeğinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı fark olup olmadığı tek yönlü ANOVA ile incelenmiştir.

Tablo 20 Yaşa Göre TUDÖ Ölçeği ANOVA Analizi Sonuçları

	N	Ort.	SS	Std. Hata	95% Güven Aralığı		Min	Max
					Alt Sınır	Üst Sınır		
7-9	22	13,45	4,93	1,05	11,27	15,64	8	30
10-12	29	16,41	6,19	1,15	14,06	18,77	8	31
13-14	26	20,65	7,77	1,52	17,51	23,79	9	32
15 ve üstü	23	18,7	6,85	1,43	15,74	21,66	10	30
Total	100	17,39	6,97	0,7	16,01	18,77	8	32

Tablo 21 ANOVA

	Karelerin Ort Sd	Kare Ort.	F	P
Gruplar Arasında	684,55 3	228,18	5,31	,00
Grup İçi	4123,24 96	42,95		
Toplam	4807,79 99			

Yaşa göre katılımcıların TUDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Anlamlı farklılık olan grupların analizinde çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD kullanılmıştır. Tukey HSD testi sonuçlarına göre 7-9 yaş grubu TUDÖ puan ortalamaları (M: 13,45) ile 13-14 yaş grubu TUDÖ puan ortalamaları arasında (M: 20,65) anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Ayrıca 7-9 yaş grubu TUDÖ puan ortalamaları (M: 13,45) ile 15 yaş ve üstü yaş grubu TUDÖ puan ortalamaları arasında (M: 18,70) anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Tablo 22 Yaş Gruplarına Göre Tukey HSD Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken: TUDÖ

Tukey HSD

(I) yas	(J) yas	Ort. Fark (I-J)	Std. Hata	P	95% Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
	10-12	-2,96	1,85	,39	-7,80	1,89
7-9	13-14	-7,20*	1,90	,00	-12,16	-2,24
	15 ve üstü	-5,24*	1,95	,04	-10,35	-,13
	7-9	2,96	1,85	,39	-1,89	7,80
10-12	13-14	-4,24	1,77	,08	-8,87	,39
	15 ve üstü	-2,28	1,83	,60	-7,07	2,50
	7-9	7,20*	1,90	,00	2,24	12,16
13-14	10-12	4,24	1,77	,08	-,39	8,87
	15 ve üstü	1,96	1,88	,72	-2,95	6,86
	7-9	5,24*	1,95	,04	,13	10,35
15 ve üstü	10-12	2,28	1,83	,60	-2,50	7,07
	13-14	-1,96	1,88	,72	-6,86	2,95

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Yaşa göre yapılan analiz sonuçlarına göre 9 yaş altındaki katılımcıların TUDÖ ortalamaları ile 13 yaş ve üstü katılımcıların TUDÖ ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmada Woods vd., (2005) tarafından geliştirilen ve özgün adı “Premonitory Urge For Tics Scale” olan Tikler İçin Uyarıcı Tik Ölçeği’nin Türkçe’ ye uyarlanması yapılmıştır. Ölçeği Türkçe’ ye uyarlanması sırasında çok ince düşünülmüş ve dikkatli davranılmıştır. Ölçek maddelerinin değerlendirdiği yapıları tam olarak ölçebilmesi için hem Türkçe’ yi hem de İngilizce’ yi iyi bilen uzmanlardan yararlanılmıştır.

Araştırmanın çalışma grubu 7-17 yaş arasında tikleri olan çocuk ve ergenlerden oluşturulmuştur. Bu çalışma grubundan elde edilen verilere göre geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik incelemesi için Cronbach’s Alfa iç tutarlılık ve eşdeğer test korelasyonuna bakılmıştır. Geçerlik incelemesi için açımlayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır.

Psikolojik testlerin taşınması gereken en önemli niteliklerinden biri geçerliktir. Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmek istediği niteliği ne ölçüde ölçebildiği ve ölçülmeye çalışılan niteliği diğer niteliklere karıştırmadan ölçebilme derecesidir. (Seçer, 2015, s. 18). Dil geçerliği, ölçek uyarlama çalışmalarında ilk başvuru olan yöntemdir (Seçer, 2015 s. 66). Ölçek uyarlamasında dil geçerliğinin sağlanabilmesi için öncelikle dil eşdeğerliği sağlanması gerekmektedir (Savaşır, 1994, ss. 27-28, & Seçer, 2015, s. 66).

Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği’nin Türkçe versiyonunun dil geçerliğini belirlemek için çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Çeviri-geri çeviri yönteminde ölçüm aracı orijinal dilden uyarlanacağı dile çevrilir ve yapılan çevirinin orijinal dile geri çevirisi yapılır. Daha sonra iki çeviri anlam farkı yönünden incelenir (Deniz, 2007, s. 8). Bu yöntemde çeviri yapacak kişilerin her iki dile hakim olan, geliştirilen ölçeğin alanında uzman ve ölçek uyarlama konusunda deneyimli kişiler arasından seçilmesi gerekmektedir (Savaşır, 1994, s. 28).

Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği’nin öncelikle orijinal dilinden (İngilizce’ den) Türkçe’ ye çevirisi yapıldı. İngilizce’ ye ve Türkçe’ ye hakim 5 kişi tarafından birbirlerinden bağımsız olarak, anlamsal eşitliğe ve kültürümüze uygun olmasına dikkat edilerek yapılmıştır. Dil ve kapsam geçerliği için alanda çalışan her iki dile hakim uzmandan çevrilen maddeleri değerlendirmeleri istenmiştir. Dil Geçerliği İnceleme Formu ile orijinal maddeler ve Türkçe’

ye uyarlanmış karşılıkları iki uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzmanlar her maddeyi değerlendirdikten sonra 3 ve altında bir değer alan maddeler düzeltilmiş ve çeviri yapan kişilerin görüşüne sunulmuştur. Türkçe' ye çevrili yapılmış olan ölçek, orijinal ölçeğin geliştirildiği dili (İngilizce' yi) çok iyi bilen kişiler tarafından tekrardan ölçeğin orijinal diline çevrilmiştir. Türkçe' den çevrilen form ile ve ölçeğin orijinali karşılaştırılmıştır ve 2 ölçek arasında kayda değer bir fark bulunamamıştır. Böylece ölçeğin Türkçe' ye çevirme işlemi tamamlanmıştır.

Faktör analizi, ölçeğin örtük yapısını ortaya koymak veya ölçeğin uyarlanması ya da model uyumunun gözden geçirilmesi sürecinde sıklıkla kullanılan bir analiz tekniğidir. Faktör analizi, birbiriyle ilişkili çok sayıda değişkeni bir araya getirerek, kavramsal olarak anlamlı daha az sayıda yeni değişken (faktörler, boyutlar) bulmayı ve keşfetmeyi amaçlayan çok değişkenli bir istatistiksel yöntemdir (Seçer, 2015, s. 78).

Ölçme aracı uyarlama sürecinde, açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) kullanılmaktadır. Açıklayıcı faktör analizi, bir ölçme aracında yer alan maddelerin (değişkenlerin) kaç alt boyut altında toplanabileceğini ve aralarında ne tür bir ilişki olduğunu belirleme tekniğidir. Açıklayıcı faktör analizi ile ölçme aracında yer alan maddelerin belli alt faktörler veya alt boyutlar altında toplanması beklenir. Böylece ölçme aracındaki değişken sayısı azalmakta ve kuramsal yapı ile elde edilen yapının karşılaştırılması mümkün hale gelmektedir (Seçer, 2013, s. 78).

Ölçeğin açıklayıcı faktör analizi 10 madde üzerinden yapılmıştır. Woods vd., (2005) tarafından yapılan puanlama da 10. madde çıkarılsa da aynı araştırmanın replikasyonlarının yapıldığı araştırmalar da ölçeğin 10 maddesi de değerlendirmeye alınmıştır (Brandt vd., 2016; Steinberg vd., 2010).

Faktör analizi yaparken dikkat edilecek önemli bir nokta örneklemin büyüklüğüdür. Örneklem büyüklüğü ölçüm aracındaki madde sayısının en az 5 katı veya 10 katı olmalıdır. (Seçer, 2015, s. 79). Örneklemden elde edilen verilerin yeterliliğine Kaiser Meyer Olkin (KMO) testi yapılarak karar verilmektedir. KMO değeri 1'e yaklaştıkça mükemmel ,50' nin altında ise kabul edilemez (,90'larda mükemmel, ,80'lerde iyi, ,70'lerde orta, ,60'larda zayıf, ,50'lerde kötü) olarak değerlendirilir (Seçer, 2015, s. 79).

Araştırmamızda örneklem büyüklüğü ölçüm aracımızdaki madde sayısının 10 katı olarak alındı. Faktör analizinde örneklem evreninin dağılımının normal olması

beklenmektedir. Verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiğini belirlemek amacıyla Bartlett's küresellik testi yapılmaktadır. Bartlett's testi değişkenlere ilişkin korelasyon matrisinin 0'dan ve birbirlerinden farklı olduğu varsayımına dayanmaktadır. Bartlett testi sonucu ne kadar yüksekse anlamlı olma ihtimali o kadar yüksektir. Bartlett testinin anlamlı olması ölçekteki maddelerin korelasyon matrisinin faktör analizi yapılmaya uygunluğunu göstermektedir (Seçer, 2015, s. 82).

Temel bileşenler analizi kapsamında öncelikle örneklem yeterliliği için Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) ve Bartlette's Küresellik Testi yapılmıştır. KMO değeri .89 ve Bartlette's Küresellik Testi ise $X^2= 506,514$, $p= .00$ olarak bulunmuştur. Bu değerler örneklem yeterliliğinin sağlandığını gösterdiği için AFA yapılabileceği görüşüne ulaşılmıştır. Analizin birinci safhasında 10 maddelik ölçeğin iki faktör oluşturduğu ve iki maddenin her iki faktörde de birbirine yakın yüklerle sahip olduğu değerlendirilmiştir. Bu nedenle ölçek maddelerinden 3. ve 6. madde faktör analizinden çıkarılarak analiz yenilenmiştir. 8 madde ile yapılan ikinci analiz sonucunda maddelerin tek faktör oluşturduğu ve bu faktör altında yüklerinin .36 - .79 arasında değiştii bulunmuştur. Ortaya çıkan tek faktörün açıkladığı toplam varyans % 61 olarak bulunmuştur. Şekil 3'de yer alan saçılım grafiği de ölçeğin tek faktörlü bir yapı oluşturduğunu göstermektedir.

Faktör yük değerleri maddelerin faktörlerle olan ilişkilerini açıklayan bir kat sayıdır. Diğer bir değişle, faktör yükleri ile ilgili değişkenin o faktör üzerindeki ağırlığını tanımlar ve -1 ile +1 arasında değer alır. Yapıyı açıklamak için genellikle; her iki yönde 0.30 ve 0.40 arasındaki faktör yükleri kabul edilebilir düşük düzeyde yükler, 0.50 ve üzerindeki yükler uygulama anlamlılığı olan yükler ve 0.70 üzerinde olan yükler yapıyı iyi açıklayan yükler olarak tanımlanmaktadır (Çakır, 2014, ss. 9-10).

Bileşen matriksinde maddelerin aldığı yük değerleri .60 - .89 arasında değiştii görülmektedir. Bu bulgulara dayanarak TUDÖ ölçeği tek faktörlüdür. Bu faktör 8 maddeden oluşmaktadır. 8 maddenin açıkladığı varyans toplam varyansın % 61'idir. Madde faktör yükleri .60 - .89 arasındadır. Ölçeğin bu haliyle ölçtüğu niteliği açıkladığı kabul edilmektedir.

Doğrulamalı faktör analizi (DFA), kurgulanan veya önceden belirlenmiş olan bir modelin doğrulanması sürecinde sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Özellikle ölçme aracı uyarlama sürecinde sıklıkla kullanılmaktadır. (Seçer, 2015, s. 78)

Araştırmamızda Açıklayıcı faktör analizinde ortaya çıkan tek faktördeki 8 madde ile DFA yapılmıştır.. Kikare uygunluk testine göre DFA modeli, örneklem kovaryans yapısını açıklama da kabul edilebilir modeldir (P= 0.334). Buradan hipotetik popülasyon kovaryans yapısı ile örneklem kovaryans yapısı arasındaki farkın önemli olmadığı sonucuna varılmıştır.

Oluşturulan ilk modelin uyum indeksleri yeterli bir model oluşturduğu görüldüğü için alan uzmanlarından görüş alınarak 2. ile 3. ve 4. ile 5. maddeler arasında modifikasyon yapılmıştır. Oluşturulan covaryans bağlarından sonra, TUDÖ ölçeği uyum indeksleri değerleri $\chi^2= 19,976$ (sd= 18, p= .000) , $\chi^2/sd= 1,10$ RMSEA= 0,033, SRMR= 0,033, GFI= 0,95, AGFI= ,90, CFI= 0,99, NFI= 0,96 ve NNFI= 0,99 olarak bulunmuştur. Schermelleh-Engel, Moosbrugger ve Müller (2003)' e göre bulunan uyum indeks değerleri incelenmiş ve χ^2/sd , RMSEA, SRMR, GFI, AGFI, CFI, NFI, NNFI değerlerinin iyi uyum gösterdiği bulunmuştur. Tek faktörlü yapının iyi uyum gösterecek değerlere sahip olduğu belirlenmiştir.

Woods (2005) güvenilirlik çalışmasında 10. madde kaldırılmıştır ve buna göre puanlandırma yapılmaktadır. En düşük puan 9 en yüksek puan 36 olarak hesaplanıp bu sonuçlarda uyarıcı dürtülere işaret etmektedir. Bizim çalışmamızda ölçeğin toplanabilirliği Tukey Toplanabilirlik testine göre incelenmiştir. Buna göre ölçek Likert tipi Toplamsal bir ölçektir (p> 0.05). Ölçeğimizden 3 ve 6. maddeler çıkartılarak puanlama yapılmaktadır. 8 maddelik ölçekten elde edilecek en düşük puan 8, en yüksek puanda 32' dir. Ölçekten toplam puanlar elde edildikten sonra eş değer test korelasyonu incelenmiştir.

Güvenirlik, psikolojik testlerin taşınması gereken önemli bir niteliktir. Psikolojik testten elde edilen sonuçların kararlılık göstermesi ve uygulamadan uygulamaya belirgin bir değişim göstermemesi olarak tanımlanabilir. Kısacası testin hatalardan arınık olma derecesi testin güvenilirliğini göstermektedir. Bu nedenle testin güvenilirliği arttıkça hata oranı azalmaktadır.

Bir ölçüm aracının güvenilirliğinin belirlenmesinde yaygın olarak test tekrar test, paralel form güvenilirliği, bağımsız gözlemciler arası güvenilirlik ve iç tutarlılık yöntemleri kullanılmaktadır (Seçer, 2015, s. 22). Güvenirliğin belirlenmesinde birçok yöntem bulunmasına rağmen, hangisinin kullanılacağı madde puanlarının doğasına, toplanacak veri türüne, araştırma problemine, araştırma koşullarına, araştırma amaçlarına ve yanıtlardaki olası objektifliğe göre bir veya birden fazla güvenilirlik yöntemi kullanılabilir (Aker, Dündar, Pekşen, 2005, s. 52). Tikler için Dürtü Ölçeği' nin Türkçe versiyonunun güvenilirliğinin belirlenmesinde Cronbach' s Alfa iç tutarlılık ve eş değer test kullanılmıştır.

Alfa güvenilirlik katsayısı tek bir uygulama gerektiren güvenilirlik belirleme yöntemlerinden biridir. KR- 20 ve KR- 21 yöntemlerinin aksine 0-1 şeklinde puanlanabilen testlerle değil de likert benzeri dereceleme yönteminin kullanıldığı ölçme araçlarında ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek için kullanılır. (Seçer, 2015, s. 28).

Likert tipi ölçeklerde iç tutarlılığın belirlenmesinde yaygın olarak kullanılan Cronbach' s Alfa Güvenirlik katsayısı, ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının (homojenliğinin) bir ölçüsüdür. Birbiriyle yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeklerin α katsayısının yüksek olması beklenmektedir (Tezbaşaran, 2008, s. 48). Cronbach' s Alfa katsayısı $,00 < \alpha < ,40$ ise ölçek güvenilir değil, $,40 < \alpha < ,60$ ise düşük düzeyde güvenilirlik, $,60 < \alpha < ,80$ ise ölçek oldukça güvenilir, $,80 < \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek düzeyde güvenilir şeklinde değerlendirilmektedir. İç tutarlık katsayısı için genel kabul edilen görüş bu katsayının en az $,70$ düzeyinde olmasıdır (Aker, 2005, ss. 55-56).

Tikler için uyarıcı Dürtü Ölçeği' nin 8 maddeden oluşan tek faktörlü yapısının Cronbach' s Alfa iç tutarlılık katsayısı $,91$ olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre uyarlanan ölçek yüksek düzeyde güvenilir şekilde değerlendirilmektedir. Ölçeğin Madde – Toplam istatistikleri de ölçekten silinecek bir maddenin iç tutarlılığı anlamlı derecede etkilemeyeceğini göstermektedir.

Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği' ni geliştiren Woods vd., (2005) Cronbach' s Alfa değerini $,81$ bulmuştur. Geliştirilen bu ölçek de yüksek düzeyde güvenilir şekilde değerlendirilmektedir. Bu bulgulara göre Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği' ni geliştirme çalışmasında çıkan sonuçlarla bizim çalışmamızın sonuçları bir biriyle uyumlu bulunmuştur.

Eşdeğer formlar yöntemi, eşdeğer niteliklere sahip olan iki ölçme aracının aynı gruba iki farklı oturumda verilmesi esasına dayanan güvenilirlik belirleme yöntemidir. Eş değer formlar güvenilirliği test maddelerinin farklı olduğu ancak aynı niteliği ölçmeye çalışan madde örnekleri içeren farklı bir form ile olan tutarlılığını hem de zamana karşı tutarlılığını göstermektedir (Seçer, 2015, s. 23).

Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği' nin Türkçe versiyonunda Eş Değer Test korelasyonu incelendiğinde YGTADÖ ile TUDÖ arasında düşük düzey, pozitif ve anlamlı bir korelasyon olduğu bulunmuştur ($r = .023, p < 0.05$). Bununla birlikte GGA ile TUDÖ arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkmamıştır ($p > 0.05$).

Woods vd., (2005) tarafından yapılan ilk analizde YGTADÖ ile TUDÖ arasında orta düzey, pozitif ve anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($r = .31, p < 0.05$). Ölçeğin 8 maddelik bu hali ile önceki çalışmalara benzer güvenilirlik sonuçları verdiği görülmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları ve eş değer test korelasyonlarından sonra ölçeğin güvenilir olduğu kabul edilmiştir.

Cinsiyete göre TUDÖ ölçeğinden elde edilen puanlara göre kızların TUDÖ puan ortalamaları (M: 20,83) erkeklerin TUDÖ puan ortalamalarından (M: 14,07) anlamlı derecede büyüktür. Kızların tikler için uyarıcı dürtü puan ortalamaları erkeklerin puan ortalamalarından anlamlı derece de farklılaşmaktadır ($p < 0.01$).

Bizim çalışmamızda tik yapmadan önce gelen uyarıcı dürtüler ile genetik yapı arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Ailesinde tik olup olmama durumuna göre TUDÖ ölçeğinden elde edilen puanlarda katılımcılardan “hayır” veya “evet” cevaplarından birini vermeleri istenmiştir. Buna göre ailesinde tik olmayanlar (M: 16,84) ile ailesinde tik olanların (M: 18,72) puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Wood's vd., (2005) tarafından yapılan ilk analizde yaşa göre TUDÖ' den elde edilen puanlara bakılmıştır. Ölçeği geliştirme çalışmasında 10 yaşından küçük çocukların uyarıcı dürtülerin varlığını bilmeleri ile 10 yaşından büyük çocukların uyarıcı dürtüleri tanımları ve varlığını bilmeleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. 10 yaşından küçük çocuklar uyarıcı dürtüleri tanımlayamazken 10 yaşından büyük çocuklar bu dürtülerin varlığını bilmektedirler.

Yaşa göre katılımcıların TUDÖ ölçeğinden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı fark olup olmadığı tek yönlü ANOVA ile incelenmiştir. Bizim çalışmamızda yaşa göre katılımcıların TUDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Anlamlı farklılık olan grupların analizinde çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD kullanılmıştır. Tukey HSD testi sonuçlarına göre 7-9 yaş grubu TUDÖ puan ortalamaları (M: 13,45) ile 13-14 yaş grubu TUDÖ puan ortalamaları arasında (M: 20,65) anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Ayrıca 7-9 yaş grubu TUDÖ puan ortalamaları (M: 13,45) ile 15 yaş ve üstü yaş grubu TUDÖ puan ortalamaları arasında (M: 18,70) anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

SONUÇ

- Woods' un Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği' nin Türkçe' ye uyarlamak amacıyla yapılan çalışmada, Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği' nin uygulanabilmesi için yeterli geçerlik ve güvenilirliğe sahip olduğu saptandı.
- AFA sonucunda 10 maddelik ölçeğin iki faktör oluşturduğu ve iki maddenin her iki faktörde de birbirine yakın yüklerle sahip olmasından dolayı 3. ve 6. maddeler analiz dışı bırakılmıştır.
- Faktör yük değerlerine bakıldığında 2 madde haricinde (3. ve 6. madde) yük değerlerini “iyi”den “mükemmel”e doğru nitelendirmek olanaklıdır. Belirlenen tek faktörün varyansa yaptığı katkı toplam varyansın % 61' idir ve yeterli olarak görülmektedir.
- DFA sonucunda hesaplanan uyum indekslerine ($X^2= 19,976$ (sd= 18 , p= .000) , $X^2/sd= 1,10$ RMSEA= 0,033, SRMR= 0,033, GFI= 0,95, AGFI= ,90, CFI= 0,99, NFI= 0,96 ve NNFI= 0,99) genel olarak bakıldığında TUDÖ' nün açıklayıcı faktör analizi yapısının hedef kültürde mükemmel düzeyde doğrulandığını söylemek mümkündür.
- Ölçeğin güvenilir düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğu saptanmıştır (cronbach $\alpha= ,91$)
- ANOVA sonucunda yaşa göre katılımcıların TUDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (p< 0.05). 9 yaşından büyük çocuklarda TUDÖ yüksek iç tutarlılık gösterdiğini söylemek mümkündür.
- Cinsiyete göre TUDÖ puan ortalamaları değişmektedir. Kızların TUDÖ' den aldığı puanlarla erkeklerin aldığı puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur.
- Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği' nin Türkçe versiyonunda Eş Değer Test korelasyonu incelendiğinde YGTADÖ ile TUDÖ arasında düşük düzey, pozitif ve anlamlı bir korelasyon olduğu bulunmuştur ($r= .023$, p< 0.05). Bununla birlikte GGA ile TUDÖ arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkmamıştır (p> 0.05).
- Ailesinde tik olanlar ile olmayanların TUDÖ' den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0.05).

Bu araştırmanın sonuçlarına göre sunulabilecek öneriler aşağıda sıralanmıştır;

1. Çocuk ve ergenlerde geçerlik ve güvenilirliği tespit edilen Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği' nin tikleri olan çocuk ve ergenlerde tik yapmadan önce gelen uyarıcı dürtüleri belirlemede kullanılması,
2. Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği' nin araştırmacılar tarafından farklı bölgelerde, farklı gruplarda (yaş, cinsiyet, eğitim durumu) ve daha büyük örneklem grubuna uygulanarak geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması,
3. Tik Bozuklukları ile genetik faktörler arasındaki ilişkiyle yola çıkarak tik yapmadan önce gelen uyarıcı dürtüler ile genetik faktörlerin arasındaki ilişkinin incelenmesi,
4. Tik Bozuklukları ile araştırma yapılırken TUDÖ, YGTADÖ haricinde eşlik eden diğer durumlar için kullanılan ölçekler ile TUDÖ arasındaki ilişkiye bakılması,
5. Tikler kısa süreliğine bile olsa durdurulabilirler, bundan yola çıkarak tik yapmadan önce gelen uyarıcı dürtülerin durdurulabilirlik özelliği olup olmadığı hakkında araştırma yapılması,
6. Yaşa göre uyarıcı dürtülerin durdurulabilir olup olmaması arasındaki ilişkiye bakılması,
7. TUDÖ' yü desteklemesi için tik yapmadan önce gelen uyarıcı dürtüleri ölçen başka yabancı ölçeklerin uyarılama çalışmalarının yapılması,
8. TUDÖ' nün 9 yaşından büyük çocuklara uygulanması önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Aker, S., Dündar, C. ve Pekşen, Y. (2005). Ölçme araçlarında iki yaşamsal kavram: geçerlik ve güvenilirlik. *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, 22: 50-60.
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV TR (Text Revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)* 3. Ed., Washington: American Psychiatric Association, 1980.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- Banaschewski, T., Woerner, W. and Rothenberger, A. (2003). Premonitory sensory phenomena and suppressibility of tics in Tourette syndrome: developmental aspects in children and adolescents. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 45(10): p. 700-3.
- Barabas G., Matthews W. (1985). "Homogeneous Clinical Subgroups in Children with Tourette Syndrome", *Pediatrics*, 75:1, 73-75.
- Baron-Cohen, S., Scahill, F. L., Izaguirre, J., Hornsey, H., & Robertson, M. M. (1999). The prevalence of Gilles de la Tourette syndrome in children and adolescents with autism: A large scale study. *Psychological Medicine*, 29, 1151-1159.
- Belluscio, B.A., Tinaz, S. and Hallett, M. (2011) Similarities and differences between normal urges and the urge to tic. *Cognitive Neuroscience*, 2(3-4): p. 245-246.
- Bliss, J., Edited by Donald, J. Cohen, MD, and Daniel X. Freedman MD. (1980). Sensory Experiences of Gilles de la Tourette Syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 37: 1343-1347.
- Bloch, M. H., Leckman, J. F., Zhu, H., & Peterson, B. S. (2005). Caudate volumes in childhood predict symptom severity in adults with Tourette syndrome. *Neurology*, 65, 1253-1258.

- Bloch, M. H., Peterson, B. S., Scahill, L., Otko, J., Katsovich, L., Zhang, H., & Leckman, J. F. (2006). Adulthood outcome of tic and obsessive-compulsive symptom severity in children with Tourette syndrome. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 160, 65-69.
- Brandt, VC., Beck, C., Sajin, V., Anders, S. and Munchau, A. (2016). Convergent validity of the PUTS. *Front Psychiatry*, 7:51. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00051>.
- Bruun, R. D. and Budman, C. L. (1997). The course and prognosis of Tourette syndrome.
- Bunney, W.E., Jr., et al. (1999). Structured Interview for Assessing Perceptual Anomalies (SIAPA). *Schizophr Bull.* 25(3): p. 577-92.
- Burd, L., Freeman, R. D., Klug, M. G. and Kerbeshian, J. (2005). Tourette Syndrome and Learning Disabilities, *BMC Pediatrics*, 5:34 doi:10.1186/1471-2431-5-34.
- Cavanna, A E. and Rickards, H. (2013). The psychopathological spectrum of Gilles de la Tourette syndrome. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37, 1008-1015.
- Cavanna, A. E., Critchley, H. D., Orth, M., Stern, J. S., Young, M. and Robertson, M. M. (2011). Dissecting the Gilles de la Tourette spectrum: A factor analytic study on 639 patients. *Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry*, 82, 1320-1323.
- Centers for Disease Control & Prevention (CDC; 2009). Prevalence of diagnosed Tourette.
- Chang, S. W., Piacentini, J., & Walkup, J. T. (2007). Behavioral treatment of Tourette syndrome: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(3), 268-273.
- Chappell, P.B., et al. (1994). Videotape tic counts in the assessment of Tourette's syndrome: stability, reliability, and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33(3): p. 386-93.
- Comings, D. E., & Comings, B. G. (1985). Tourette syndrome: Clinical and psychological aspects of 250 cases. *American Journal of Human Genetics*, 37, 435-450.
- Conelea, C. A. & Woods, D. W. (2008). The influence of contextual factors on tic expression in Tourette's syndrome: A review. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 487-496.

- Çakır, A. (2014). *Faktör Analizi*. (Doktora Tezi). İstanbul Ticaret Üniversitesi, İstanbul.
- Deniz KZ. (2007). The adaptation of psychological scales. Ankara University, *Journal of Faculty of Educational Sciences*, 40: 1-16.
- Evers, R. A. F., & van de Wetering, B. J. M. (1994). A treatment model for motor tics based on specific tension-reduction technique. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 255–260.
- Ferenczi, S., (1921). Psycho-Analytical Observations On Tic, 2,1-30.
- Freeman, R. D., Fast, D.K., Burd, L., Kerbeshian, J., Robertson, M.M., & Sandor, P. (2000). An international perspective on Tourette syndrome: Selected findings from 3500 individuals in 22 countries. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42, 436-447.
- Goetz, C. G., Chmura, T. A., & Lanska, D. J. (2001). History of tic disorders and Gilles de la Tourette syndrome: Part 5 of the MDS-sponsored history of movement disorders exhibit, Barcelona, June 2000. *Movement Disorders*, 16(2), 346-349.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R. and Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *J Abnorm Child Psychol*, 27:17-24.
- Grados, M. A. & Mathews, C. A. (2009). Clinical phenomenology and phenotype variability in Tourette syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 491-496.
- Harris, K. & Singer, H. S. (2006). Tic disorders: Neural circuits, neurochemistry, and neuroimmunology. *Journal of Child Neurology*, 21(8), 678-689.
- Hetrick, W.P., Erickson, M. A. and Smith, D. A. (2012). Phenomenological dimensions of sensory gating. *Schizophr Bull*, 38(1): p. 178-91.

- Himle, M. B., & Woods, D. W. (2005). An experimental evaluation of tic suppression and the tic rebound effect. *Behaviour Research and Therapy*, 43(11), 1443-1451. doi: 10.1016/j.brat.2004.11.002.
- Himle, M. B., Woods, D. W., Piacentini, J. C., & Walkup, J. T. (2006). Brief review of habit reversal training for Tourette syndrome. *Journal of Child Neurology*, 21, 719-725.
- Himle, M. B., Woods, D. W., Conelea, C. A., Bauer, C. C., & Rice, K. (2007). Investigating the effects of tic suppression on premonitory urge ratings in children and adolescents with Tourette's syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2964-2976.
- Hirschtritt, M. E., Lee, P. C., Pauls, D. L., Dion, Y., Grados, M. A., Illmann, C. and Mathews, C.A. (2015). Lifetime prevalence, age of risk, and genetic relationships of comorbid psychiatric disorders in Tourette syndrome. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 72(4), 325-333.
- Jankovic, J. & Kurlan, R. (2011). Tourette syndrome: Evolving concepts. *Movement Disorders*, 26(6), 1149-1156.
- Jankovic, J., Gelineau-Kattner, R., & Davidson, A. (2010). Tourette's syndrome in adults. *Movement Disorders*, 25(13), 2171-2175.
- Kane, M. J. (1994). Premonitory urges as "attentional tics" in Tourette's syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 805-808.
- Khalifa, N. & Von Knorring, A. (2005). Tourette syndrome and other tic disorders in a total population of children: Clinical assessment and background. *Acta Paediatric*, 94, 1608-1614.
- Kraft, J. T., Dalsgaard, S., Obel, C., Thomsen, P. H., Henriksen, T. B., & Scahill, L. (2012). Prevalence and clinical correlates of tic disorders in a community sample of school-age children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21, 5-13.
- Kushner, H. I. (1999). *A cursing brain? The histories of Tourette syndrome*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kwak, C., Vuong, K. D., & Jankovic, J. (2003). Premonitory sensory phenomenon in Tourette's syndrome. *Movement Disorders*, 18(12), 1530-1533.

- Lajonchere, C., Nortz, M., & Finger, S. (1996). Gilles de la Tourette and the discovery of Tourette syndrome. *Archives of Neurology*, 53, 567-574.
- Leckman J. F. (2002). "Tourette's Syndrome", *Lancet*, 360, 1577-1587.
- Leckman, J. F. (2003). Phenomenology of tics and natural history of tic disorders. *Brain & Development*, 25(1), 524-528.
- Leckman, J. F., et al. (1989). The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(4): p. 566-573.
- Leckman, J. F., et. Al. (1998). Course of Tic Severity in Tourette Syndrome: The First Two Decades. *American Academy of Pediatrics*, 102;14. doi: 10.1542/peds.102.1.14.
- Leckman, J. F., Walker, D. E. and Cohen, D. J. (1993). Premonitory urges in Tourette's syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 150(1): p. 98-102.
- Mathews, C. A., Bimson, B., Lowe., T. L., Herrera, L. D., Budman, C. L., Ernberg, G. And Reus, V. I. (2006). Association between maternal smoking and increased symptom severity in Tourette's syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1066-1073.
- McCracken, J. T. (2000). Tic disorders. In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (7th ed., pp. 2711-2719). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meidinger, A. L., Miltenberger, R. G., Himle, M., Omvig, M., Trainor, C., & Crosby, R. (2005). An investigation of tic suppression and the rebound effect in Tourette's disorder. *Behavior Modification*, 29(5), 716-745. doi: 10.1177/0145445505279262.
- Mink, J. W. (2001). Basal ganglia dysfunction in Tourette's syndrome: A new hypothesis. *Pediatric Neurology*, 25(3), 190-198.
- Murphy, T. K., Lewin, A. B., Storch, E. A., Stock, S., and the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues. (2013). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with tic disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(12), 1341-1359.

- Nolan, E. E., Sverd, J. and Godow K. D. (1996). "Associated Psychopathology in Children with both ADHD and Chronic Tic Disorder" *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1622-1630.
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, N. A. (2001). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi.
- Pappert, E. J., Goetz, C. G., Louis, E. D., Blasucci, L. and Leurgans, S. (2003). Objective Assessments of Longitudinal Outcome in Gilles de la Tourette's Syndrome. *American Academy of Neurolog*, 61:936-940.
- Pauls, D. L. and Leckman, J. F. (1986). The inheritance of Gilles de la Tourette's Syndrome and associated behaviors, evidence for autosomal dominant transmission. *New England Journal of Medicine*, 315(16): 993-997.
- Peterson, B. S., Pine, D. S., Cohen, P., & Brook, J. S. (2001). Prospective, longitudinal study of tic, obsessive-compulsive, and attention-deficit/hyperactivity disorders in an epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(6), 685-695.
- Piacentini, J. C. & Chang, S. W. (2006). Behavioral treatments for tic suppression: Habit reversal training. *Advances in Neurology*, 99, 227-233.
- Piacentini, J., Woods, D. W., Scahill, L., Wilhelm, S., Peterson, A. L., Chang, S., . . . & Walkup, J. T. (2010). Behavior therapy for children with Tourette disorder: A randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 303(19), 1929-1937. doi: 10.1001/jama.2010.607.
- Prado, H.D.S., et al. (2007). Sensory phenomena, "just-right" and "not just-right" experiences in ocd patients: Looking for a consensus. *CNS Spectrums*, 12(2): p. 95-96.
- Pringsheim, R., Sandor, P., Lang, A., Shah, P., & O'Connor, P. (2009). Prenatal and perinatal morbidity in children with Tourette syndrome and attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 30, 115-121.

- Rickards, H., Woolf, I., & Cavanna, A. E. (2010). "Trousseau's disease:" A description of the Gilles de la Tourette syndrome 12 years before 1885. *Movement Disorders*, 25(14), 2285- 2289.
- Robertson, M. M. (2000). Tourette syndrome, associated conditions, and the complexities of treatment. *Brain*, 123, 425-462.
- Robertson, M. M. (2003). Diagnosing Tourette syndrome: Is it a common disorder? *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 3-6.
- Robertson, M. M. (2008a). The prevalence and epidemiology of Gilles de la Tourette syndrome part 1: The epidemiological and prevalence studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 461-472.
- Robertson, M. M. (2008b). Principal components analysis of a large cohort with Tourette syndrome. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 31-36.
- Robertson, M. M. (2012). The Gilles de la Tourette syndrome: The current status. *Archives of Disease in Childhood – Education and Practice*, 7, 166-175.
- Robertson, M. M., et al. (1999). The Tourette syndrome diagnostic confidence index: development and clinical associations. *Neurology*, 53(9): p. 2108-2131.
- Roessner, V., Hoekstra, P. J., & Rothenberger, A. (2011). Tourette's disorder and other tic disorders in DSM-5: A comment. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 71-74.
- Roessner, V., Katja, S., Judith, B., Stephan, B., Erlich, S. And Alexdander, M. (2013). Pharmacological treatment of tic disorders and Tourette syndrome. *Neuropharmacology*, 68:143-149.
- Rosario, M.C., et al. (2009). Validation of the University of Sao Paulo Sensory Phenomena Scale: initial psychometric properties. *CNS Spectr*, 14(6): p. 315-23.
- Savaşır, I. (2009). Ölçek uyarlamasındaki sorunlar ve bazı çözüm yolları. *Türk Psikoloji Dergisi*, 33: 27-32.

- Scahill, L., Erenberg, G., Berlin, C. M., Budman, C., Coffey, B. J., Jankovic, J. And Walkup, J. (2006). Contemporary assessment and pharmacotherapy of Tourette syndrome. *NeuroRx*, 3, 192-206.
- Schermelleh-Engel, Karin & Moosbrugger, Helfried & Müller, Hans. (2003). Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Methods of Psychological Research Online*. 8. 23–74.
- Seçer İ. (2015). *Psikolojik Test Geliştirme Ve Uyarlama Süreci*. Ankara. Anı Yayıncılık.
- Shapiro, A. K. and Shapiro, E. (1984). Controlled study of pimozide vs. placebo in Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Psychiatry*, 23(2): p. 161-73.
- Shytle, R. D., et al. (2003). The Tourette's Disorder Scale (TODS): development, reliability, and validity. *Assessment*, 10(3): p. 273-87.
- Silva, R. R., Munoz, D. M., Barickman, J., & Friedhoff, A. J. (1995). Environmental factors and related fluctuation of symptoms in children and adolescents with Tourette's disorder. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 36(2), 305-312.
- Singer, H. S. (2005). Tourette's syndrome: From behaviour to biology. *Lancet Neurology*, 4, 149-159.
- Singer, H. S. (2010). Treatment of tics and Tourette syndrome. *Current Treatment Options in Neurology*, 12, 539-561.
- Steinberg, T., Baruch, S. S., Harush, A., Dar, R., Woods, D., Piacentini, J. et al. (2010). Tic disorders and the premonitory urge. *J Neural Transm*, 117:277–284. <https://doi.org/10.1007/s00702-009-0353-3>.
- Stokes, A., Bawden, H. N., Camfield, P. R., Backman, J. E., Dooley, J. M. (1991). Peer problems in Tourette's disorder. *Pediatrics*, 87:936-942.
- Storch, E. A., et al. (2007). A measure of functional impairment in youth with Tourette's syndrome. *J Pediatr Psychol*, 32(8): p. 950-959.
- Storch, E. A., et al. (2007). Further psychometric examination of the Tourette's Disorder Scales. *Child Psychiatry Hum Dev*, 38(2): p. 89-98.

- Sukhodolsky, D. G., Scahill, L., Zhang, H., Peterson, B. S., King, R. A., Lombroso, P. J.,...Leckman, J. F. (2003). Disruptive behavior in children with Tourette's syndrome: Association with AD/HD comorbidity, tic severity, and functional impairment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(1), 98-105.
- Swain, J. E., Scahill, L., Lombroso, P. J., King, R. A., & Leckman, J. F. (2007). Tourette syndrome and tic disorders: A decade of progress. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(8), 947-968.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Hastalıklar ve Sağlık Problemlerinin Uluslar arası İstatistiksel Sınıflandırması, Onuncu Revizyon, İkinci Baskı (ICD-10), Dünya Sağlık Örgütü, Ankara, 2008.
- Termine, C., Balottin, U., Rossi, G., Maisano, F., Salini, S., Nardo, R. D., & Lanzi, G. (2006). Psychopathology in children and adolescents with Tourette syndrome: *A controlled study. Brain & Development*, 28, 69-75.
- Tezbaşaran, A. A. (2008). *Likert tipi ölçek hazırlama kılavuzu*. Üçüncü Sürüm. e-Kitap, 1-65.
- Verdellen, C. W., et al. (2008). Habituation of premonitory sensations during exposure and response prevention treatment in Tourette's syndrome. *Behav Modif*, 32(2): p. 215-27.
- Verdellen, C. W., Keijsers, G. P., Cath, D. C., & Hoogduin, C. A. (2004). Exposure with response prevention versus habit reversal in Tourettes's syndrome: A controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 501-511.
- Walkup, J. T., et al. (1992). The validity of instruments measuring tic severity in Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31(3): p. 472-7.
- Woods, D. W., Conelea, C. A., & Himle, M. B. (2010). Behavior therapy for Tourette's disorder: Utilization in a community sample and an emerging area of practice for psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 518-525.

Woods, D. W., Piacentini, J., Himle, M. B., Chang, S. (2005). Premonitory urge for tics scale (PUTS): initial psychometric results and examination of the premonitory urge phenomenon in youths with tic disorders. *J Dev Behav Pediatr* 26:397–403. <https://doi.org/10.1007/s00702-009-0353-3>.


Woods, D. W., Watson, T. S., Wolfe, E., Twohig, M. P., & Friman, P. C. (2001). Analyzing the influence of tic-related talk on vocal and motor tics in children with Tourette's syndrome. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34, 353-356.

Yoon, D. Y., Gause, C. D., Leckman, J. F., & Singer, H. S. (2007). Frontal dopaminergic abnormality in Tourette syndrome: A postmortem analysis. *Journal of the Neurological Sciences*, 255, 50-56.



EKLER

Ek-1 : Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Etik Onay

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-527
Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 05 HAZİRAN 2018 SALI
Toplantı No : 2018/14
Proje No : GO 18/389 (Değerlendirme Tarihi: 10.04.2018)
Karar No : GO 18/389-23

Beykent Üniversitesi Psikoloji Bölümü öğretim üyelerinden Dr. Öğr. Üyesi Süleyman KAHRAMAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Doç. Dr. Dilşad Foto ÖZDEMİR ile birlikte çalışacakları ve Psikolog Buse TAYAKISI'nın yüksek lisans tezi olan, GO 18/389 kayıt numaralı, **"Tikler İçin Uyarıcı Dürtü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlama Çalışması"** başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.


1. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Başkan)	10 Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye)
2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Üye)	11 Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye)
3. Prof. Dr. M. Yıldırım KARA (Üye)	12. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye)
4. Prof. Dr. Necdet SAGLAM (Üye)	13. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye)
5. Prof. Dr. Hatice Doğan BİROĞLU (Üye)	14. Dr. Öğr. Üyesi Özay GÖKÖZ (Üye)
6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye)	15. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR (Üye)
7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye)	18. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN (Üye)
8. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye)	17. Av. Meltem ONURLU (Üye)
9. Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye)	

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:

Ek-2 : Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Etik Onay

Tarih ve Sayı: 17/12/2018-E.14390



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı**

Sayı : 27224817-302.08.01/
Konu : Anket Uygulama İzni (Buse
TAYAKISI)

BEYKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Ayazağa mah. Hadım Kuru Yolu cad. No:19 Maslak/Sarıyer/İSTANBUL

İlgi : 02.11.2018 tarih ve 86299342-E.13276 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji (tezli) programı öğrencisi Buse TAYAKISI'nın, "Tikler İçin Uyarıcı Dürtü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlama Çalışması" başlıklı tez çalışması uygulamasını Üniversitemiz Tıp Fakültesinde yapması Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Şeref ERDOĞAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek-3 : Bilgilendirilmiş Onam Formu

ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Hekimin Açıklaması)

Sevgili katılımcı,

Tik Bozuklukları ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Çocuğunuz ve sizin bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, tik yapmadan önce gelen uyarıcı dürtüleri ölçen ölçek yoktur. Bu konuda elde edilen bilgiler, tik bozukluğuna yaklaşımla ilgili bilgiler sağlayacaktır. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı bölümünde gerçekleştirilecek olan bu çalışmaya çocuğunuzun katılması araştırmanın başarısı için önemlidir. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz çocuğunuz Doç. Dr. Dilşad Foto Özdemir tarafından muayene edilecek ve bulgular kaydedilecektir. Muayene sonucunda doktorunuz uygun görürse bu çalışmaya alınacaksınız. Ayrıca çocuğunuzun ruhsal durumunun daha ayrıntılı değerlendirilebilmesi için bazı ölçekler verilecektir. Bu işlemler yaklaşık 1 saat kadar sürmektedir. Çocuğunuzun bu çalışmaya katılması için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ve çocuğunuzla ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir. Çocuğunuzun bu çalışmaya katılmasını reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahiptir.

(Anne- Babanın Beyanı)

Sayın Doç. Dr. Dilşad Foto Özdemir, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı bölümünde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya çocuğum “katılımcı” olarak davet edildi. Eğer çocuğum bu araştırmaya katılırsa hekim ile arasında kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çocuğum araştırmadan çekilebilir (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimizi önceden bildirmemizin uygun olacağını bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından çocuğum araştırma dışında tutulabilir. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Doç. Dr. Dilşad Foto Özdemir’e 305 11 50 ve 51 (iş) telefonlardan ve HÜTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı adresinden arayabileceğimi biliyorum. Çocuğum bu araştırmaya katılmak zorunda değil ve katılmayabilir. Çocuğumun araştırmaya katılması konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer çocuğumun katılmasını reddedersem, bu durumun çocuğumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkisine herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde çocuğumun “katılımcı” olarak yer

alması kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı Görüşme Tanığı Katılımcıyla görüşen hekim
Adı soyadı :
Tel :
Adres :

İmza :

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Doç. Dr. Dilşad Foto Özdemir
Yrd. Doç. Dr. Süleyman Kahraman
Psikolog Buse Tayakısı

Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
(312) 305 11 50
444 1997
0549 389 89 95

Araştırma Ekibi

Ad Soyadları:

Yrd. Doç. Dr. Süleyman Kahraman
Psikolog Buse Tayakısı
Doç. Dr. Dilşad Foto Özdemir

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN ÇOCUK RIZA FORMU

Merhaba,

Benim adım Doç. Dr. Dilşad Foto Özdemir, Tik Bozuklukları ile ilgili hastalarımızda bir araştırma yapıyoruz. Amacımız bu hastalarda tik yapmadan önce gelen duyguları ölçmektir. Bu araştırma ile tik bozukluğuna yaklaşım ile ilgili yeni bilgiler edinmeyi amaçlıyoruz. Bu araştırmaya katılmanı öneriyoruz.

Araştırmayı ben ve Psikolog Buse Tayakısı ile Yrd. Doç. Dr. Süleyman Kahraman ile birlikte yapıyoruz. Bu araştırmaya katılacak olursan bazı ölçekler uygulayacağız. Bu araştırmanın sonuçları tikleri olan çocuklar için yararlı bilgiler sağlayacaktır. Bu araştırmanın sonuçlarını başka doktorlara da söyleyeceğiz, sonuçları bildireceğiz ama senin adını söylemeyeceğiz.

Bu araştırmaya katılıp katılmamak için karar vermeden önce anne ve baban ile konuşup onlara danışmalısın. Onlara da bu araştırmadan bahsedip onaylarını/izinlerini alacağız. Anne ve baban onaylasalar bile sen kabul etmeyebilirsin. Bu araştırmaya katılmak senin isteğine bağlı ve istemezsen katılmazsın. Bu nedenle hiç kimse sana kızmaz ya da küsmez. Önce katılmayı kabul etsen bile sonradan vazgeçebilirsin, bu tamamen sana bağlı. Kabul etmediğin durumda da doktorlar muayene ve diğer işlemlerde sana önceden olduğu gibi iyi davranır, önceye göre farklılık olmaz.

Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek olan soruları istediğin zaman bana sorabilirsin. Telefon numaram ve adresim bu kâğıtta yazıyor. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan aşağıya lütfen adını ve soyadını yaz ve imzanı at. İmzaladıktan sonra sana ve ailene bu formun bir kopyası verilecektir.

Çocuğun adı soyadı :

Tarih

İmzası :

Velisinin adı soyadı :

Tarih

İmzası :

Araştırmacının adı soyadı :

Tarih

Adres/tel :

İmzası :

Ek-4 : Ölçek Çevirisi için Dr. Woods' dan Alınan İzin

Woods, Doug douglas.woods@marquette.edu marq.onmicrosoft.com üzerinden
Alıcı: ben

Hello Buse,

Yes, you have my permission to translate the PUTS into Turkish. Good luck with your project, and please let me know what you find.

Doug

Douglas W. Woods, Ph.D.
Vice Provost for Graduate and Professional Studies and Dean of the Graduate School
Professor of Psychology
Marquette University
Holthusen Hall, 305
P.O. Box 1881
Milwaukee, WI 53201-1881
Phone: 414-288-3769
e-mail: douglas.woods@marquette.edu

From: Buse TAYAKISI [mailto:150790024@student.beykent.edu.tr]
Sent: Monday, October 9, 2017 6:14 AM
To: Woods, Doug <douglas.woods@marquette.edu>
Subject: (PUTS)

Dear Dr Woods,

I am a graduate student of clinical psychology in Beykent University in Turkey. My thesis subject is about tic disorders. In my study I want to translate and adapt your "The Premonitory Urge For Tics Scale" into Turkish. I request your permission for this purpose.

Thank you very much for your time and concern.

Sincerely
Buse Tayakısı

Clinical Psychology Graduate Student
Beykent University

www.beykent.edu.tr

Ek-5 : Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,
Bu araştırma bilimsel bir çalışmadır. Soruları dikkatli şekilde okuyup, cevaplamanız araştırmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Göstereceğiniz özenden dolayı teşekkür ederim.

Buse Tayakısı

1. Cinsiyeti: Kız / Erkek
2. Doğum tarihi:
3. Kardeş sayısı:
4. Sınıf:
5. Evde beraber yaşadığı bireyler:
6. Anne: Sağ / Yaşamıyor
7. Baba: Sağ / Yaşamıyor
8. Anne – Baba: Beraber / Ayrı / Boşanmış
9. Annenin yaşı:
10. Babanın yaşı:
11. Annenin eğitim durumu: Okuma yazma bilmiyor () İlkokul () Ortaokul () Lise ()
Üniversite () Üniversite üstü ()

12. Babanın eğitim durumu: Okuma yazma bilmiyor () İlkokul () Ortaokul () Lise ()

Üniversite () Üniversite üstü ()

13. Anne çalışıyor mu ? Evet () Hayır ()

14. Baba çalışıyor mu ? Evet () Hayır ()

15. Ailede başka tiki olan var mı ? Evet () Hayır ()

Varsa kim:

16. Tanı kaç yaşında konuldu ?

17. Tikler için tedavi gördünüz mü ? Evet () Hayır () Hala tedavi görmekteyim ()

18. Tiklerle birlikte eşlik eden başka durumlar var mı ?

Ek-6 : Tikler için Uyarıcı Dürtü Ölçeği

Aşağıda tik yapmadan önce ve tik yaptıktan sonra oluşan birtakım hisler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatli okuyunuz. Size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir. Hangilerini ne kadar hissettiğinizi derecelendiriniz ve uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

1-Hiç hissetmiyorum. 2-Biraz hissediyorum. 3-Fazla hissediyorum.

4-Çok fazla hissediyorum.

<i>Nasıl hissediyorum</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Tik yapmadan hemen önce İçimde bir kaşıntı hissedirim.				
Tik yapmadan hemen önce Beynimde veya vücudumda baskı hissedirim.				
Tik yapmadan hemen önce Gergin veya stresli hissedirim.				
Tik yapmadan hemen önce Bir şeyler doğru değilmiş gibi hissedirim.				
Tik yapmadan hemen önce Bir şeyler eksikmiş gibi hissedirim.				
Tik yapmadan hemen önce Vücudumda dışarı çıkması gereken bir enerji varmış gibi hissedirim.				
Bu duygulara bir tik yapmadan önce neredeyse her zaman sahibim.				
Sahip olduğum tüm tikler için bu hisleri yaşıyorum.				
Bir tik yaptıktan sonra kaşıntı, enerji, baskı, gerginlik, bir şeyler doğru değilmiş veya eksikmiş hissi bir süreliğine yok oluyor.				
Kısa süreliğine bile olsa tiklerimi durdurabiliyorum.				
<i>Toplam puan (10 numaralı madde hariç) 1-4 ölçeğinde puan verin, azdan çoğa doğru</i>				

Ses Tiklerinin Tanımlanması: Sese tikleri çıkarılan sesleri ve konuşmayı içermektedir. Genellikle Çocuklukta başlar, motor tikleri takip ederler, ilk tik belirtisi olarak da görülebilirler. Örn: Boğaz temizleme, burun çekme gibi gün içinde ani ataklar halinde görülebilir ve yorgun ve/ veya stresli zamanlarda şiddeti artabilir. Ban tikler öncesinde, tiki yapma ihtiyacını yaratan (Örn: Boğazda karıncalanma, gıdıklanma hissi, kaşınma vb.) hisler duyulabilir. Ses tikleri zaman içinde iyileşip tekrar kötüleşebilir, tamamen yeni tiklerle yer değiştirebilir. çoğu ses tiki basit yapıdadır; ani, hızlı ve anlamsız sesler halindedir. Karmaşık ses tikleri küfür etme, diğerlerinin söylediklerini tekrarlama şeklinde görülebilir, insanlar genelde tiklerini bir nedene bağlamak veya bahane bulmak ihtiyacını hissederler (Örn: "Boğazımı, gıcıkta dolayı temizleme ihtiyacı duyuyorum").

SES TIKLERİ TARAMA LİSTESİ (Son bir hafta içinde var olan ses tiklerini tarayınız)

Basit ses tikleri (Ani, "anlamsız" sesler):

- Sesler, gürültüler (Yuvarlak içine al: öksürme, boğaz temizleme, burun çekme, ısıklık çalma, hayvan veya kuş sesleri)
- Diğer (Belirtin):

GEÇEN HAFTA	GEÇMİŞTE

Karmaşık ses tikleri (İstem dışı, tekrarlayıcı, anlamlı içeriği olmayan sözcükler, ifadeler. Kısa bir süre istemli olarak bastırılabilir.):

- Heceler(Belirtin):
- Sözcükler(Belirtin):
- Koprolali (Kaba veya müstehcen sözler, ifadeler, belirtin):
- Ekololi (Diğerlerinin çıkardığı sesleri veya sözleri tekrarlama)
- Palalali (Kendi söylediklerini tekrarlama)
- Bloklar
- Konuşma gariplikleri (tanımlayın)

GEÇEN HAFTA	GEÇMİŞTE

Disinhibe konuşma (tanımlayın)*

*Tik davranışlarını derecelendirmede, disinhibisyonları katmayın.

SAYI:

0 Yok

1 Tek tik

2 Çok sayıda farklı tikler (2-5)

3 Çok sayıda farklı tikler (>5)

4 Çok sayıda farklı tikler + en az bir tik kalıbı (tek tek ayırt edilmesi zor olan; çok sayıda tikin uyumlu bir biçimde, belirli bir yapı/şekilde ve aynı anda ya da ardışık olması, kalıbın her seferinde aynı şekilde gözlenmesi)

5 Çok sayıda farklı tikler + ikiden fazla tik kalıbı (tek tek ayırt edilmesi zor olan; çok sayıda tikin uyumlu bir biçimde aynı anda ya da ardışık olması)

HAREKET	SES

SIKLIK:

0 Yok Tikler son bir hafta içinde gözlenmemiştir.

1 Nadiren Tikler son bir hafta içinde gözlenmiştir. Bu davranışlar genellikle her gün görülmezler, nadiren ortaya çıkarlar. Tik atakları olsa bile, kısa süreli ve seyrekler.

2 Bazen Tikler genellikle her gün gözlenir fakat gün içinde, tiklerin görülmediği uzun dönemler vardır. Tik atakları zaman zaman ortaya çıkabilir ve birkaç dakikadan fazla devam etmezler

3 Sıklıkla Tikler her gün görülür. Tiklerin olmadığı dönemlerin 3 saat kadar sürmesi olağandır. Tik atakları düzenli bir şekilde meydana gelir, ancak tek alanda (okul, ev) sınırlı kalabilir.

4 Hemen her zaman Tikler hemen hemen günün her saatinde ve düzenli bir şekilde gözlenir. Tik atakları tek alanda (okul, ev) sınırlı değildir.

5 Her zaman Tikler hemen her zaman gözlenir. Tiklerin olmadığı dönemler 5-10 dakikadan daha uzun sürmezler ve bu dönemleri belirlemek zordur.

HAREKET	SES

ŞİDDET:

0 Yok

1 En az Tikler görülemez ya da duyulamaz, (Yalnızca hastanın özelyaşantısına dayanır) veya karşılaştırılabilen istemli eylemlerden veya seslerden daha az şiddetli oldukları için özel olarak dikkat çekmezler.

2 Hafif Tikler karşılaştırılabilen istemli eylemlerden veya seslerden daha şiddetli değildir. Şiddetleri nedeniyle özel olarak dikkat çekmezler.

3 Orta Tikler karşılaştırılabilen istemli eylemlerden veya seslerden daha şiddetlidir. Fakat istemli eylemlerden "abartılı" değildir. Şiddetli karakteri nedeniyle dikkat çekebilir.

4 Belirgin Tikler karşılaştırılabilen istemli eylemlerden veya seslerdendaha şiddetlidir ve özellikle "abartılı" bir karaktere sahiptir. Abartılı veşiddetli karakterleri nedeniyle sıklıkla dikkati çekerler.

5 Ağır Tikler son derece şiddetli ve abartılıdır. Dikkat çekerler ve fiziksel yaralanma tehlikesi yaratabilirler. (Kaza ile, kışkırtma sonucu, kendine zarar verici şekilde)

HAREKET	SES

KARMAŞIKLIK:

0 Yok Bütün tikler "basit" (ani, kısa, amaçsız) yapıdadır.

1 Sınırdadır Bazı tikler "basit" yapıda değildir.

2 Hafif Bazı tikler "karmaşık"tır.(Görünürde amaçlı) ve kısa otomatik davranışları taklit edebilir: Kendine çeki düzen verme, heceleme veya kolaylıkla gizlenebilen Tu, ya, ah, hım" şeklinde kısa anlamlı sesler.

3 Orta Bazı tikler daha "karmaşık"tır.(Görünürde daha amaçlı ve devamlı)Gizlenmesi zor olabilen ancak normal davranış ya da konuşma gibi "açıklanabilen" veya gösterilebilen uyumlu ataklar halinde ortaya çıkabilir. (Toplama, vurma, "tatlım", "hadi ya" şeklinde kısa ekolali.)

4 Belirgin Bazı tikler çok "karmaşık" yapıdadır. Gizlenmesi zor olan, birbiriyle uyumlu, devamlı ataklar halinde ortaya çıkabilir. Süreleri ve/veya uygunsuz, garip ve müstehcen yapılan nedeniyle normal konuşma veya davranış gibi gösterilmeleri zordur. (Uzun süreli garip yüz ifadesi, genital bölgelere dokunma, ekolali, konuşma gariplikleri, tekrarlayan biçimde "ne diyorsun", "ne söylüyorsun" cümleleri, "fu,şh" sesleri)

5 Ağır Bazı tiklerin süreleri ve/veya aşırı derecede uygunsuz, garip ve müstehcen yapılan nedeniyle gizlenmesi ya da normal gibi gösterilmesi imkansızdır. (Kopropaksi, kendine ezim davranışları ve koprolali gibi daha uzun süreli davranışlar veya sesler).

HAREKET	SES

ENGELLEME :

0 Yok

1 En az Tikler ortaya çıktığında; davranış ya da konuşma akışını engellemezler.

2 Hafif Tikler ortaya çıktığında; davranış ya da konuşma akışını nadiren engellerler.

3 Orta Tikler ortaya çıktığında; davranış ya da konuşma akışını sıklıkla engellerler.

4 Belirgin Tikler ortaya çıktığında; davranış ya da konuşma akışını sıklıkla engellerler, amaçlı eylemi veya iletişimi ara sıra bozarlar.

5 Ağır Tikler ortaya çıktığında; sıklıkla amaçlı eylemi veya iletişimi sıklıkla bozarlar.

HAREKET	SES

BOZULMA

0-10 Yok

10-20 En az Tikler, kendilik saygısı, aile yaşamı, toplumsal kabul, iş ya da okuldaki işlevlerde belli belirsiz zorluklar getirmektedir.(Tikler nedeniyle geleceğe yönelik kaygılar, ailedeki gerginliğin dönem dönem hafifçe artması, çevrenin tiklere yönelik, moral bozucu tarzda zaman zaman dikkat çekmeleri ve yorumlanır)

20-30 Hafif Tikler, kendilik saygısı, aile yaşamı, toplumsal kabul, iş ya da okuldaki işlevlerde ciddi olmayan zorluklar getirmektedir.

30-40 Orta Tikler, kendilik saygısı, aile yaşamı, toplumsal kabul, iş ya da okuldaki işlevlerde bazı belirgin zorluklar getirmektedir. (Disfori atakları, dönemseller zorlanmalar, ailede sarsıntı, sıklıkla akranları arasında alay konusu olma, ara sıra toplumdaki kaçma, dönem dönem okul ya da iş performansında aksamlar.)

40-50 Belirgin Tikler, kendilik saygısı, aile yaşamı, toplumsal kabul, iş ya da okuldaki işlevlerde ciddi zorluklar getirmektedir.

50- Ağır Tikler, kendilik saygısı, aile yaşamı, toplumsal kabul, iş ya da okuldaki işlevlerde çok ciddi zorluklar getirmektedir, (özkıyım düşüncelerinin eşlik ettiği ağır depresyon, ailenin parçalanması (ayrılma/boşanma), taşınma, toplumsal bağların kopması, toplumun damgası ve toplumdaki kaçma nedeniyle yaşamın aşın kısıtlanması, okuldaki ayrılma veya işini kaybetme)

GENEL

PUANLAMA :

Hareket tiklerinin toplam puanı:	
Ses tiklerinin toplara puanı:	
Genel bozulma puanı:	
Toplam puan:	



Ek-8 : Güçler ve Güçlükler Anketi (11-16)

Her cümle için Doğru değil, Kısmen doğru, Kesinlikle doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamazsanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son altı ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

Doğum tarihiniz :

Kız/Erkek

	DOĞRU DEĞİL	KISMEN DOĞRU	KESİNLİKLE DOĞRU
1.İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Genellikle başkalarıyla paylaşıyorum (Örn.Yiyeceklerimi,oyunlarımı,kalemimi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Genellikle kendi başımayım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Genellikle bana söyleneni yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Çok endişelenirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. En az bir yakın arkadaşım var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sıkça mutsuz, kederli ya da ağlamaklıyım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Yaşıtlarım genelde beni sever.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dikkatim kolayca dağılır, dikkatimi toplamakta güçlük çekerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOĞRU KISMEN KESİNLİKLE
DEĞİL DOĞRU DOĞRU

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Kendimden küçüklere iyi davranırım. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Erişkinlerle yaşıtlarımdan daha iyi geçinirim. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Belirtmek istediğiniz başka duygu ya da düşünceniz var mı ?

Genel olarak aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğunu düşünüyor musunuz:

Duygular, dikkat toplama, davranışlar, başkaları ile geçinebilme ?

Hayır Evet-Biraz Evet-Oldukça ciddi Evet-Çok ciddi

Eğer yanıtınız “ evet “ ise lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bir önceki soruda bahsettiğiniz bu güçlükler ne zamandır var ?

1 aydan az 1-5 ay 6-12 ay 1 yıldan fazla

- Bu güçlükler sizi sıkıntıya sokuyor mu ya da moralinizi bozuyor mu ?

Kesinlikle hayır Biraz Oldukça fazla Çok fazla

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, günlük yaşamını etkiliyor mu ?

Kesinlikle hayır Biraz Oldukça fazla Çok fazla

Ev yaşamı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arkadaşlık ilişkileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sınıf içi öğrenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boş zaman etkinlikler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler çevrenizdekiler için (aile,arkadaş,öğretmenler vb.) zorluk yaratıyor mu ?

Kesinlikle hayır Biraz Oldukça fazla Çok fazla

İmza:

Tarih:

YARDIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (4-10 yaş)

Her cümle için Doğru değil, Kısmen doğru, Kesinlikle doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamazsanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son altı ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

Çocuğunuzun Doğum Tarihi :

Çocuğunuzun Cinsiyeti:

	DOĞRU DEĞİL	KISMEN DOĞRU	KESİNLİKLE DOĞRU
1. İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışır. Onların duygularını önemser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Huzursuz ya da aşırı hareketlidir, uzun süre kırıdamadan duramaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantı şikayetleri olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (Örn: Yiyecekleri, oyunları, kalemi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sıkça öfke nöbetleri olur ya da aşırı sinirlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Genellikle söz dinler, büyüklerin istediklerini yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Birçok kaygısı vardır, endişeli görünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sürekli, elleri ve ayakları kıpır kıpırdır, ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. En az bir yakın arkadaşı vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sıkça diğer çocuklarla kavga eder ya da onlarla alay eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sıkça mutsuz, kederli ya da ağlamaklıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dikkati kolayca dağılır, dikkatimi toplamakta güçlük çeker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOĞRU KISMEN KESİNLİKLE
DEĞİL DOĞRU DOĞRU

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Yeni ortamlarda gergin ya da huzursuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Kendinden küçüklere iyi davranır. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Sıkça hile yapar ya da yalan söyler. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Diğer çocuklar ya da gençler ona takarlar ya da onunla alay ederler. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olur. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Bir şeyi yapmadan önce düşünür. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Ev, okul ya da başka bir yerden onun olmayan şeyleri çalar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Büyüklerle yaşlılarından daha iyi geçinir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Pek çok korkusu var. Kolayca ürker. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Yaptığı işleri bitirir. Dikkat süresi iyidir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Belirtmek istediğiniz başka duygu ya da düşünceniz var mı ?

LÜTFEN SAYFAYI ÇEVİRİNİZ – ARKA SAYFADA BİRKAÇ SORU DAHA
VAR

Genel olarak çocuğunuzun aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğunu düşünüyor musunuz:

Duygular, dikkat toplama, davranışlar, başkaları ile geçinebilme ?

Hayır Evet-Biraz Evet-Oldukça ciddi Evet-Çok ciddi

Eğer yanıtınız “ evet “ ise lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bir önceki soruda bahsettiğiniz bu güçlükler ne zamandır var ?

1 aydan az 1-5 ay 6-12 ay 1 yıldan fazla

- Bu güçlükler çocuğunuzu sıkıntıya sokuyor ya da moralini bozuyor mu ?

Kesinlikle hayır Biraz Oldukça fazla Çok fazla

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu ?

Kesinlikle hayır Biraz Oldukça fazla Çok fazla

Ev yaşamı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arkadaşlık ilişkileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sınıf içi öğrenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boş zaman etkinlikler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler çevrendeki size veya ailenize zorluk yaratıyor mu?

Kesinlikle hayır Biraz Oldukça fazla Çok fazla

İmza:

Tarih:

(Anne,baba, diğer lütfen belirtiniz)

YARDIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

ÖZGEÇMİŞ

01.01.1995 tarihli Adana doğumluyum. İlkokul, ortaokul ve liseyi Adana'da tamamladım. 2012 yılında lise eğitimimi tamamladıktan sonra lisans eğitimim için İstanbul'a geldim. T.C. Maltepe Üniversitesi'nde Psikoloji bölümünü bir yarıyıl erken bitirerek 2016 yılının Ocak ayında lisans eğitimimi tamamladım ve Beykent Üniversitesi'nde Klinik Psikoloji Anabilim dalı alanında yüksek lisans eğitimime başladım. Bu zamana kadar Kartal Adliyesi'nde, anaokullarında, özel kliniklerde, Fransız Lape Hastanesi'nde staj yaptım. Bu zaman zarfında Prof. Dr. Mehmet Zihni Sungur Bilişsel Davranışçı Terapi eğitimime başladım ve hala devam etmekteyim.

Buse TAYAKISI