

# MEDICAL RECORDS

International Medical Journal



**Editor-in-Chief**

Zülal Öner

**Editors**

Mahmut Çay  
Serkan Öner

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/med>

**Volume** :2  
**Number** :1  
**Year** :2020  
**Pages** :1-13

## **Özgün Makaleler**

[Dikkat-Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu'nda Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-IV'nin Klinik Kullanımı](#) / Sayfalar : 1-4

Pelin Sultan KARAKUŞ, Uzm. Dr. Mehmet Hamdi ÖRÜM, Ali KUŞTEPE, Mahmut Zabit KARA, Aysun KALENDEROğLU

[Gebelerin Ölüm Kaygısı Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi](#) / Sayfalar : 5-10

Faika ŞANAL KARAHAN, Eda GÜLMEZ, Prof. Dr. Erdal HAMARTA

## **Vaka Takdimi**

[Symptoms of Ekbohm Syndrome and Its Treatment with Trifluoperazine](#) / Sayfalar : 11-13

Mehmet Hamdi ÖRÜM



# Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu'nda Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği

## Clinical Use of Wechsler Intelligence Scale for Children-IV in Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder

Pelin Sultan Karakuş<sup>1</sup>, Mehmet Hamdi Örum<sup>2</sup>, Ali Kuştepe<sup>1</sup>, Mahmut Zabit Kara<sup>3</sup>, Aysun Kalenderoğlu<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Adıyaman, Türkiye

<sup>2</sup>Kahta Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Adıyaman, Türkiye

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Psikiyatrisi Kliniği, Antalya, Türkiye

<sup>4</sup>Adıyaman Üniversitesi, Psikiyatri Kliniği, Adıyaman, Türkiye

Copyright © 2020 by authors and Medical Records Publishing Inc.

### Oz

**Amaç:** Dikkat-Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) zekâ ile ilişkili bir nörogelişimsel bozukluktur. Sosyal işlevsellik, akran ilişkileri ve akademik beceriler DEHB'den olumsuz etkilenmektedir. Bu çalışmada, DEHB tanısı konan çocukların Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-IV (WÇZÖ-IV) ile elde edilmiş zekâ katsayıları yaş ve cinsiyetlerine göre değerlendirildi.

**Materyal ve Metod:** ÇBu kesitsel çalışmada, DEHB tanısı, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Versiyon (DSM-5)'e göre konuldu. Sözel Kavrama Birleşik Puanı (SKBP), Algısal Akıl Yürütme Birleşik Puanı (AAYBP), Çalışma Belleği Birleşik Puanı (ÇBBP), İşlem Hızı Birleşik Puanı (İHBP) ve Tüm Test Zekâ Puanı (TTZP) olmak üzere beş ayrı birleşik puan elde edilebilen WÇZÖ-IV, tüm hastalara aynı kişi tarafından uygulandı.

**Bulgular:** DEHB tanılı 18 erkek (%58.1), 13 kız (%41.9) hasta çalışmaya dâhil edildi (p=0.369). Ortalama yaş 109.00±22.74 aydı. WÇZÖ-IV'ün alt ölçekleri açısından kızlar ve erkekler arasında anlamlı farklılık görülmedi (SKBP p=0.524, AAYBP p=0.465, ÇBBP p=0.806, İHBP p=0.717 ve TTZP p=0.977).

**Sonuç:** Bu çalışma, ilimizdeki DEHB tanılı hastalara ait ilk WÇZÖ-IV verilerini göstermektedir. Sonuçlar, kızlar ve erkekler arasında WÇZÖ-IV alt ölçek puanları açısından farklılık olmadığını göstermektedir. Bu çalışma, ilimizde bu alanda yapılacak diğer çalışmalara veri sağlayabilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Stork balance stant test, Q açısı, denge, somatotip

### Abstract

**Aim:** Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder associated with intelligence. Social functioning, peer relationships and academic skills are negatively affected by ADHD. In this study, we evaluated the intelligence coefficients (IQ) of children diagnosed with ADHD using the Wechsler Intelligence Scale for Children-IV (WISC-IV) according to age and gender.

**Material and Methods:** In this cross-sectional study, ADHD was diagnosed according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Version (DSM-5). Five different composite scores were obtained: Verbal Comprehension Index (VCI), Perceptual Reasoning Index (PRI), Working Memory Index (WMI), Processing Speed Index (PSI), and Full Scale IQ (FSIQ). WISC-IV was applied to all patients by the same person.

**Results:** Eighteen males (58.1%) and 13 females (41.9%) patients with ADHD were included in the study (p=0.369). The mean age was 109.00±22.74 months. There was no significant difference between the females and males in terms of the subscales of WISC-IV (VCI p=0.524, PRI p=0.465, WMI p=0.806, PSI p=0.717 and FSIQ p=0.977).

**Conclusion:** This study reveals the first WISC-IV data of ADHD patients in our province. The results showed that there was no difference between the females and males in terms of WISC-IV subscale scores. This study will be able to provide data to other studies in this area in our province.

**Keywords:** Stork balance stand test, Q angle, balance, somatotype

**Geliş Tarihi / Received:** 15.02.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 12.03.2020

**Sorumlu Yazar /Corresponding Author:** Mehmet Hamdi Örum, Kahta Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Adıyaman, Türkiye . E-mail: mhorum@hotmail.com Phone: +90 416 216 10 15/1186

## GİRİŞ

Dikkat-Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), okul çağındaki çocukların yaklaşık %5-10'unu etkileyen nörogelişimsel ve davranışsal bir bozukluktur (1, 2). Her ne kadar DEHB dikkat eksikliği ve hiperaktivite alanlarındaki özellikleri ile tanımlansa da araştırmalar DEHB'nin, çalışma hafızası, yürütücü işlevler, psikomotor koordinasyon, işlem hızı ve zekâ gibi diğer biliş alanlarıyla da önemli ilişkileri olduğunu göstermektedir (3, 4). DEHB tanılı çocukların bilişsel süreçlerindeki özellikler, DEHB alt tipleri açısından ipuçları verebilir. Dikkat-eksikliği baskın tip DEHB (DEHB-I) olan çocuklar kombine alt tipe (DEHB-C) göre daha düşük bilişsel işlem hızına sahiptirler. Azalmış işlem hızı ayrıca DEHB tanılı çocuklarda davranışsal ve duygusal bozulmayı da öngörebilir. Yine azalmış işlem hızı daha fazla içselleştirme problemleri (IP) ile ilişkiliyken, daha az dışsallaştırma problemleri (EP) ile ilişkilidir (5). DEHB tanılı çocukların %70'ine öğrenme bozuklukları eşlik etmektedir (6). DEHB'nin tanı ve tedavi planlamasında Zekâ Katsayısı (IQ)'ndan; ayırıcı tanı, belirti yorumlama ve bilişsel yapının anlaşılması aşamalarında yararlanılmaktadır. Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-IV (WÇZÖ-IV) bu amaçla kullanılan zekâ testlerinden biridir (7).

DEHB tanısı almış çocukların WÇZÖ-IV ile elde edilmiş ortalama Toplam Zekâ Ölçeği Puanı 97.6 olarak bulunmuştur (8). Ülkemizde yapılan çalışmalar ele alındığında, DEHB tanılı çocukların Genel zekâ bölümü puanlarının normal veya normale yakın düzeyde çıktığı görülmektedir. WÇZÖ-IV'ün faktör yapısının daha kapsamlı olması, DEHB tanılı çocukların entelektüel, bilişsel ve öğrenme yeteneklerinin daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır (9). Thaler ve ark. (5) çalışmalarında, düşük işlem hızı ile dikkatsizlik arasındaki bir ilişki olduğunu ve WÇZÖ-IV profillerinin DEHB tanılı çocuklarda semptomatoloji ve sonuçları öngörmede yardımcı olabileceğini bildirmiştir. Walg ve ark. (10), WISC-IV profillerinin ve zaman tahmin görevlerinin analiz edilmesinin, "gerçek DEHB" ve "psödo-DEHB" arasında ayırım yapmak söz konusu olduğunda yararlı ayırıcı tanı araçları olduğunu bildirmiştir. Literatür taramamıza göre ilimizde DEHB hastalarının hastalık özellikleri ile zekâ karakteristikleri arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Biz bu çalışmada, DEHB tanılı çocukların WÇZÖ-IV puanlarını incelemeyi ve çeşitli değişkenler açısından değerlendirmeyi amaçladık.

## MATERYAL VE METOD

Çalışmamız, kesitsel bir çalışma olarak planlandı. DEHB tanısı, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Versiyon (DSM-5) (11)'e göre konuldu. 1 Ocak-31 Ocak 2018 tarihleri arasında Eğitim ve Araştırma Hastanemizin Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvurmuş, DEHB tanısı almış hastalar, polikliniğe başvurma sırasına göre çalışmaya dâhil edildi. Bu süre içerisinde polikliniğe başvuran hastaların 122'si ek psikiyatrik bozukluk, 18'i organik hastalık olması nedeniyle çalışmadan dışlandı. Hastaların ailesi bilgilendirildi ve aydınlatılmış onam alındı. Cinsiyet ve yaşlar kaydedildi. Sözel Kavrama Birleşik Puanı (SKBP), Algısal Akıl Yürütme

Birleşik Puanı (AAYBP), Çalışma Belleği Birleşik Puanı (ÇBBP), İşlem Hızı Birleşik Puanı (İHBP) ve Tüm Test Zekâ Puanı (TTZP) olmak üzere beş ayrı birleşik puan elde edilebilen WÇZÖ-IV (12), tüm hastalara aynı kişi tarafından (P.S.K.) uygulandı.

İstatistiksel analiz için SPSS 22.0 versiyon (IBM Corp., Armonk, NY, USA) yazılım programı kullanıldı. Yaş ve cinsiyet için tanımlayıcı istatistikler, bağımsız örnekler için nümerik değişkenlerde Student's t testi, kategorik değişkenlerde Ki-kare testi kullanıldı. Pearson korelasyon analizinden, değişkenlerin birbirleriyle ve yaşla ilişkisinin ortaya konulmasında yararlandı. Güç analizinde tip 1 hata 0.05, tip 2 hata 0.20 olarak kabul edilmiştir. Bu çalışma için, Adıyaman Üniversitesi Girişimsel Olmayan Çalışmalar Etik Kurulu'ndan onam alındı (2017/9-7).

## BULGULAR

On sekiz erkek (%58.1), 13 kız (%41.9) olmak üzere toplam 31 DEHB tanılı hasta çalışmaya dâhil edildi (p=0.369). Ortalama yaş 109.00±22.74 ay (Min: 75 ay; Max: 149 ay) (Erkek: 114.11±22.39 ay; Kız: 101.92±22.11 ay) olarak saptandı (p=0.144).

Tüm grupta (N=31), SKBP 103.77±12.81, AAYBP 96.00±13.67, ÇBBP 88.93±10.32, İHBP 95.03±12.33 ve TTZP 96.00±12.15 olarak; erkeklerde (N=18), SKBP 102.50±13.72, AAYBP 97.55±15.69, ÇBBP 89.33±10.09, İHBP 94.33±11.71 ve TTZP 96.05±12.67 olarak; kızlarda (N=13), SKBP 105.53±11.75, AAYBP 93.84±10.48, ÇBBP 88.38±11.03, İHBP 96.00±13.57 ve TTZP 95.92±11.90 olarak saptandı. Alt ölçekler açısından kızlar ve erkekler arasında anlamlı farklılık görülmedi (SKBP p=0.524, AAYBP p=0.465, ÇBBP p=0.806, İHBP p=0.717 ve TTZP p=0.977) (Tablo 1). Değişkenler arasındaki korelasyonlar Tablo 2'de gösterildi.

Tablo 1. Cinsiyete Göre WÇZÖ-IV Alt Ölçeklerine Ait Veriler

Variables	Cinsiyet	N	Ortalama±SS	p
Sözel Kavrama Birleşik Puanı	Kız	13	105.53±11.75	0.524
	Erkek	18	102.50±13.72	
Algısal Akıl Yürütme Birleşik Puanı	Kız	13	93.84±10.48	0.465
	Erkek	18	97.55±15.69	
Çalışma Belleği Birleşik Puanı	Kız	13	88.38±11.03	0.806
	Erkek	18	89.33±10.09	
İşlem Hızı Birleşik Puanı	Kız	13	96.00±13.57	0.717
	Erkek	18	94.33±11.71	
Tüm Test Zekâ Puanı	Kız	13	95.92±11.90	0.977
	ERKEK	18	96.05±12.67	

WÇZÖ-IV: Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-IV, SS: Standard Sapma

Tablo 2. Tüm Grubun WÇZÖ-IV Alt Ölçek Puanlarının Birbirleriyle ve Yaşla İlişkisi

Variables	Endomorph Mesomorph	Mesomorph Endomorph	Balanced Ectomorph	Central	Balanced Mesomorph	Mesomorphic Endomorph	Mesomorphic Ectomorph
SKBP	Pearson Korelasyon	1	0.509**	0.326	0.317	0.769**	-0.020
	Sig. (2-tailed)		0.003	0.073	0.082	0.000	0.914
AAYBP	Pearson Korelasyon	0.509**	1	0.384*	0.465**	0.826**	-0.123
	Sig. (2-tailed)	0.003		0.033	0.008	0.000	0.510
ÇBBP	Pearson Korelasyon	0.326	0.384*	1	0.397*	0.651**	-0.121
	Sig. (2-tailed)	0.073	0.033		0.027	0.000	0.516
İHBP	Pearson Korelasyon	0.317	0.465**	0.397*	1	0.688**	-0.366*
	Sig. (2-tailed)	0.082	0.008	0.027		0.000	0.043
TTZP	Pearson Korelasyon	0.769**	0.826**	0.651**	0.688**	1	-0.182
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000		0.327
Yaş (ay)	Pearson Korelasyon	-0.020	-0.123	-0.121	-0.366*	-0.182	1
	Sig. (2-tailed)	0.914	0.510	0.516	0.043	0.327	

\*\*p<0.01, \*p<0.05, N=31, WÇZÖ-IV: Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-IV, SKBP: Sözel Kavrama Birleşik Puanı, AAYBP: Algısal Akıl Yürütme Birleşik Puanı, ÇBBP: Çalışma Belleği Birleşik Puanı, İHBP: İşlem Hızı Birleşik Puanı, TTZP: Tüm Test Zekâ Puanı

## TARTIŞMA

DEHB belirtilerinin türü ve şiddeti, cinsiyetler arasında değişiklik gösterebilmektedir. Erkeklerin, hiperaktif ve dürtüsel olma olasılığı daha yüksekken, kızlarda dikkatsiz eksikliği daha sık görülmektedir. Her iki cinsiyette de matürasyon gecikmesi ile de ilişkili bir şekilde, DEHB belirtilerinde yaşla azalma görülmektedir (13). Ergenlik döneminde dikkat eksikliği belirtileri, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinden daha sık ve yoğundur. Dikkat eksikliği belirtileri bilişsel süreçlerle daha yakın ilişki halindedir (5, 14). Çalışmamız, cinsiyetler arasında zekâ karakteristikleri açısından belirgin bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Yürütücü işlevler, bir hedefe ulaşmak için uygun problem çözme sisteminin oluşturulması ve daha sonraki hedef için sistemin sürdürülmesi olarak açıklanabilir. Ayrıca; dikkat kontrolü, soyut muhakeme, bilişsel esneklik, stratejik hedef planlama, hipotez genelleme ve davranımın zaman boyutunda sıralanmasını içermektedir. Ağırlıklı olarak, beyinde frontal lob ve prefrontal korteks işlevleri ile ilişkilidir (15). Bu bilgilere ek olarak, yürütücü işlevlerin dikkat, algı, bellek gibi temel fonksiyonlar arasında bağlantı kuran daha yüksek bir beceri olarak

tanımlamak ve bu becerinin olabilecek tahmin edebilme, plan yapabilme, amaç belirleme, sonuçları gözden geçirme, geri bildirimden faydalanabilmeyi sağladığı düşünülmektedir (16). Yürütücü işlevler aynı zamanda zekânın bazı komponentleri ile de ilişki halindedir (5). Barkley (17), DEHB'de davranışsal ketleme ve bununla ilişkili dört yürütücü işlev alanında eksiklikler olduğunu öne sürmüştür. Davranışsal ketleme ve bununla ilişkili dört yürütücü işlev bozukluğunun da motor kontrol, akıcılık ve söz dizilimini etkilediği düşünülmektedir. Brown (18)'in yürütücü işlev modelinde ise DEHB'de harekete geçme, odaklanma, çaba, duygu, bellek ve eylem alanlarında problemler olduğu önerilmiştir. Bizim çalışmamızda sözel kavrama ve algısal akıl yürütme arasında ve algısal akıl yürütme ile işlem hızı arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Ancak cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yürütücü işlev bozuklukları daha önceden tedavi almamış olan DEHB hastalarında, tedavi almış hastalara göre daha fazla gözlenmektedir. Bu açıdan DEHB tanısının erken alınması ve tedavi sürecinin daha erken başlaması hastaların ilerleyen süreçlerde daha büyük sorunlar yaşamalarının önüne geçilmesini sağlayacaktır (19).

## SONUÇ

Bu çalışma, Adıyaman ilindeki DEHB tanılı hastalara ait ilk WÇZÖ-IV verilerini göstermektedir. Sonuçlar, kızlar ve erkekler arasında WÇZÖ-IV alt ölçek puanları açısından farklılık olmadığını göstermiştir. Korelasyon analizine göre, yaş ile işlem hızı arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır. Bu durumun DEHB'deki matürasyon gecikmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca işlem hızı ve sözel kavrama ile algısal akıl yürütme arasında bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu çalışma, ilimizde bu alanda yapılacak diğer çalışmalara veri sağlayabilecektir. Çalışmamızın önemli kısıtlılıkları bulunmaktadır. Örneklem sayısının artırıldığı, sağlıklı bir kontrol grubunun dâhil edildiği, sosyodemografik verilerin genişletildiği, DEHB şiddeti ve alt tiplerinin belirlendiği çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca cinsiyetin etkisinin daha iyi gösterilmesi için hasta sayısının artırılması gerekmektedir.

**Financial disclosures:** All authors report no financial interests or potential conflicts of interest.

**Conflict of Interest:** The authors declare that they have no competing interest.

## ORCID ID

Pelin Sultan Karakuş,

<http://orcid.org/0000-0003-4767-5323>

Mehmet Hamdi Örum,

<http://orcid.org/0000-0002-4154-0738>

Ali Kuştepe,

<http://orcid.org/0000-0001-9734-5360>

Mahmut Zabit Kara,

<http://orcid.org/0000-0002-7727-3838>

Aysun Kalenderoğlu,

<http://orcid.org/0000-0002-8216-8610>

## REFERENCES

1. Kaya-Bozkurt E, Çelik M, Kalenderoğlu A, Kuştepe A, Örum MH, Uguz Ş. Autistic symptoms in children with attention deficit hyperactivity disorder. *The Journal of Neurobehavioral Sciences*. 2019;6(1):6-11.
2. Ozen ME, Orum MH, Kalenderoglu A, Atmaca M. Attention-deficit/hyperactivity disorder in patients attending remedial treatment due to substance use disorder in Adıyaman University Training and Research Hospital. *Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2018;8(2):57-62.
3. Mayes SD, Calhoun SL. WISC-IV and WISC-III profiles in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2006;9:486-93.
4. Orum MH, Bildik T, Kara MZ, Yilmaz H, Tahillioğlu HA, Kalenderoglu A. High functioning autism or asperger's disorder follow-up period: detailed retrospective evaluation and novel status determination of a case and prospective guidance. *Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2018;8(2):79-85.
5. Thaler NS, Bello DT, Etcoff LM. WISC-IV profiles are associated with differences in symptomatology and outcome in children with ADHD. *J Atten Disord*. 2013;17(4):291-301.
6. Gomez R, Vance A, Watson SD. Structure of the Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth Edition in a group of children with ADHD. *Front Psychol*. 2016;7:737.
7. Krieger V, Amador-Campos JA. Assessment of executive function in ADHD adolescents: contribution of performance tests and rating scales. *Child Neuropsychol*. 2018;24(8):1063-87.
8. Wechsler D. Wechsler Intelligence Scale for Children - Fourth Edition. Psychological Corporation, San Antonio, TX, 2003.
9. Çelik C. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun değerlendirilmesinde Wechsler çocuklar için zeka ölçeklerinin kullanımı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2014;21(1):65-78.
10. Walg M, Hapfelmeier G, El-Wahsch D, Prior H. The faster internal clock in ADHD is related to lower processing speed: WISC-IV profile analyses and time estimation tasks facilitate the distinction between real ADHD and pseudo-ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(10):1177-86.
11. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
12. Uluç S, Öktem F, Erden G, Gençöz T, Sezgin N. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-IV: Klinik bağlamda zekanın değerlendirilmesinde Türkiye için yeni bir dönem. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2011;14(28):49-57.
13. Hasson R, Fine JG. Gender differences among children with ADHD on continuous performance tests: a meta-analytic review. *J Atten Disord*, 2012;16(3):190-8.
14. Örum MH, Kara MZ, Kuştepe A, Kalenderoğlu A. Bilişsel hatalar ve dikkat-eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin madde kullanım özellikleri ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi – Journal of Dependence*. 2019;20(2):47-60.
15. de Greeff JW, Bosker RJ, Oosterlaan J, Visscher C, Hartman E. Effects of physical activity on executive functions, attention and academic performance in preadolescent children: a meta-analysis. *J Sci Med Sport*. 2018;21(5):501-7.
16. Berninger V, Abbott R, Cook CR, Nagy W. Relationships of attention and executive functions to oral language, reading, and writing skills and systems in middle childhood and early adolescence. *J Learn Disabil*. 2017;50(4):434-9.
17. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull*. 1997;121:65-94.
18. Brown TE. *Attention deficit disorder: The unfocused mind in children and adults*. New Haven, Yale University Press, 2005.
19. Miklós M, Futó J, Komáromy D, Balázs J. Executive function and attention performance in children with ADHD: Effects of medication and comparison with typically developing children. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(20).



# Gebelerin Ölüm Kaygısı Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi

## The aim of this Research Was to Examine the Death Anxiety of the Pregnants in the Terms of Some Variables

Faika Şanal Karahan<sup>1</sup>, Eda Gülmez<sup>2</sup>, Erdal Hamarta<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uşak Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü, Uşak Türkiye

<sup>2</sup>Uşak Öztan Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Uşak Türkiye

<sup>3</sup>Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü, Konya, Turkey

Copyright © 2020 by authors and Medical Records Publishing Inc.

### Oz

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı, gebelerdeki ölüm kaygısının bazı değişkenler açısından incelenmesidir.

**Materyal ve Metod:** Araştırmaya Nisan-Haziran 2017'de Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum Polikliniği'ne başvuran 110 gebe ile 101 gebe olmayan kadın hastalar katılmıştır. Katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Gebelerin ölüm kaygısını belirlemek amacıyla, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sarıkaya (2013) tarafından yapılan ve ölümün belirsizliği, ölümü düşünme ve tanıklık, acı çekme olmak üzere üç alt boyutu olan "Ölüm Kaygısı Ölçeği" ve kişisel ve aile ile ilgili bilgi edinmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan "Kişisel Bilgi Formu" kullanılmıştır. Veriler SPSS programı ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Örneklemi oluşturan kadınların yaşları 18 ile 38 arasında değişmektedir ve yaş ortalaması 26.3'tür. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, gebe olan kadınlarda ölüm kaygısı yüksek düzeydeyken gebe olmayan kadınlarda ölüm kaygısı düşük düzeyde bulunmuştur. Gebelerde ölüm kaygısı düzeyini yükselten değişkenler arasında katılımcıların gebeliğin son haftalarında olmaları, düşük yaşmaları, ailede gebelikten dolayı ölümün gerçekleşmesi olduğu gözlenmiştir.

**Sonuç:** Gebe olmak, gebeliğin son haftalarına ulaşmak, düşük yapmak, ailede gebelik öyküsünün gebelerin ölüm kaygısı düzeylerini artırdığı gözlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Ölüm Kaygısı; Gebelik; Ölümün Belirsizliği; Ölümü Düşünme ve Tanıklık; Acı Çekme

### Abstract

**Aim:** The aim of this research was to examine the death anxiety of the pregnant women in the terms of some variables.

**Material and Methods:** This research was carried out with 110 pregnant and 101 non-pregnant women who came to be controlled at Uşak University, Medical School, Training and Research Hospital, Gynecology and Obstetrics Outpatient Clinic, on between April and June 2017. Informed consent form was received from the participants. In order to determine the death anxiety of pregnant women, "Death Anxiety Scale" which was translated and adapted by Sarıkaya (2013) and has three sub-dimensions of death uncertainty, thinking and witnessing on death and suffering and "Personal Information Form" prepared by the researchers to obtain personal and family information were used. The data were evaluated with SPSS program.

**Results:** The ages of the women who are the sample vary between 18 and 38 and the average age is 26.3. According to the findings of the study, the death anxiety level was found to be high among the pregnant women, while the death anxiety level was low among the non-pregnant women. It was observed that among the variables that increased the level of the death anxiety of the pregnant women, the participants were in the last weeks of pregnancy, had miscarriages and a death occurred in the family due to pregnancy.

**Conclusion:** It was observed that becoming pregnant, reaching the last weeks of pregnancy, miscarriage and the pregnancy history in the family increase the death anxiety levels of the pregnant women.

**Keywords:** Death Anxiety; Pregnancy; Uncertainty of Death; Thinking and Testimony of Death; Suffering.

**Geliş Tarihi / Received:** 09.03.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 24.03.2020

**Sorumlu Yazar /Corresponding Author:** Faika Şanal Karahan, Uşak Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü, Uşak, Türkiye . E-mail: faika.karahan@usak.edu.tr Phone: +90 276 2212121

## GİRİŞ

Ölüm ve ölüm kaygısının psikolojinin konusu olması, 20. Yüzyılın ilk çeyreğine rastlamaktadır. Freud, ölüme ilişkin kaygıların ölümün kendisiyle ilintili değil çocukluk döneminde çözülemeyen çatışmaların bir yansıması olduğunu iddia eder. Jung'a göre birey, hayatının ikinci devresinde ölüme hazırlıkla uğraşır. Bu safhada dinler, kişiye ölüme hazırlık sürecinde yardımcı olacak motivasyonlar sunar (1). Frankl, ölümün ve acının bile anlamı olduğunu, ölümün hayata anlam kattığı ve "hayatı tamamlayan" unsur olduğunu belirtir. Yalom ise, ölüm kaygısının her yerde ve yaşta var olduğunu; insanın hayat enerjisinin bir bölümünü bu kaygıyı kontrol etmeye harcadığını ifade eder (1). Ölüm, canlı organizmanın kendini yenileme yeteneğini yitirmesi, hayati organlardan birinin ya da bir kaçının tamamen işlevini yitirerek hayatın sonlanması ve kaçınılmaz olmasıdır (2).

Ölüm kaygısı, doğumdan itibaren var olan, hayat boyu devam eden, bütün korkuların temelinde yatan, karakter yapısının gelişiminde önem taşıyan, insanın artık var olmayacağını, kendisini ve dünyayı kaybedebileceğinin, bir hiç olabileceğinin farkındalığı sonrası gelişen bir duygudur (2,3). Ölüm kaygısı, ölüm karşısında bireyin hayatının bütün dönemlerine yayılan bir kaygı durumudur. Cenazenin geçişini seyretme, selâ duyma ve sevdiklerinden birini kaybetme gibi ölümü hatırlatan herhangi bir unsurla karşılaşıldığında, ölüm kaygısı korku haline dönüşebilir (1). Gebelik birçok anlam içerir. Gebe kadının bu dönemdeki reaksiyonları mutluluk, iğrenme, öfke, kaygı, korku ve depresyon olarak sıralanabilir (4). Hamileliğin son dönemi yaklaştıkça doğum korkusu başlar. Bebeğin normal olup olmayacağı, sağlıklı, problemsiz bir doğum yapıp yapmayacağı endişesi içerisine girer. Doğum esnasında çekeceği acıların düşüncesi bile gebe kadının büyük bir kaygı yaşamasına neden olabilmektedir (4). Gebeler, biyolojik, fizyolojik ve psiko-sosyal değişiklikler yaşar ve birçok kadın için gebeliğin sonlanmasının anlamı, çocukla birliktelik duygusunun bırakılması ve eşlik eden kayıp hissidir. Bu durum bazı kadınlarda bebeğe bakma ve sevmeye anksiyetesini yüzeye çıkarır (5). Doğumla ilgili psikanalitik açıklamalar, doğumla ilgili korkuların kuşaktan kuşağa geçen derindeki ölüm korkusunun dışavurumları olduğu şeklindedir (6,5). Bu araştırmanın amacı da, gebelerdeki ölüm kaygısının gebeliğin son döneminde olma, düşük yaşama, ailede gebelikten dolayı ölüm olması gibi bazı değişkenler açısından incelenmesidir.

## MATERYAL VE METOD

Araştırmaya Nisan-Haziran 2017'de Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum Polikliniği'ne başvuran 110 gebe ile 101 gebe olmayan kadın hastalar katılmıştır. Örneklemi oluşturan kadınların yaşları 18 ile 38 arasında değişmektedir ve yaş ortalaması 26.3'tür.

Kişisel Bilgi Formu: Katılımcıların yaşları, gebelik durumları,

gebeyeler hangi dönemde oldukları, gebe değillerse kadının doğum polikliniğine geliş sebepleri, hiç düşük durumunu yaşayıp yaşamadıkları, çocukları var mı gibi demografik özellikler hakkında bilgi toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir.

Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ): Sarıkaya (2013) tarafından geliştirilen ve 20 maddeden oluşan ÖKÖ'de bulunan 1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 17 ve 20 numaralı maddeler 'ölümün belirsizliği'; 4, 8, 12, 13, 14, 16 ve 19 numaralı maddeler 'ölümü düşünme ve tanıklık'; 3, 15 ve 18 numaralı maddeler ise 'acı çekme' faktörü altında yer almaktadır (7). ÖKÖ maddeleri 5'li Likert formda hazırlanmıştır. Her bir maddeye verilen 'hiçbir zaman' cevabı için sıfır puan, 'nadiren' cevabı için bir puan, 'ara sıra' cevabı için iki puan, 'sık sık' cevabı için üç puan ve 'her zaman' cevabı için dört puan verilmektedir. Ölçek 0-80 arasında puanlanırken yüksek puanlar yüksek ölüm kaygısına işaret etmektedir. 0-29 arası puanların düşük seviyede ölüm kaygısına, 30-59 arası puanların orta seviyede ölüm kaygısına ve 60-80 arası puanların yüksek seviyede ölüm kaygısına işaret edebileceği değerlendirilmiştir.

Veriler SPSS for Windows 20.0 istatistik paket programı aracılığıyla çözümlenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir. Verilerin analizinde bağımsız t testi, Kruskal-Wallis Testi ve Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

## BULGULAR

Araştırmaya katılanların gebelik durumuna göre ölüm kaygısı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için bağımsız t testi uygulanmıştır. Bu tablo incelendiğinde, gebelik durumu değişkeni açısından gebe kadınların ölümün belirsizliği, ölümü düşünme ve tanıklık ve acı çekme alt boyutları ve ölüm kaygısı düzeyi toplam puan ortalamaları sırasıyla 21.5, 14.4, 6.7, 42.6; gebe olmayanları ise sırasıyla 8.1, 5.5, 2.7, 16.5 olarak hesaplanmıştır. Gebelik durumu ile ölüm kaygısı ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Gebe olan kadınların gebe olmayan kadınlara göre ölüm kaygısı düzeyleri, ölümün belirsizliği durumları, ölümü düşünmeleri ve tanık olmaları ve ölümle ilişkili acı çekme durumları gebe olma durumundan etkilenmektedir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan gebe kadınların ölüm kaygısı düzeylerinde düşük tehlikesi geçirip geçirmemelerinin anlamlı bir fark ortaya çıkarıp çıkarmadığını belirlemek amacıyla bağımsız t testi kullanılmıştır. Ölüm kaygısı puan ortalaması, ölümün belirsizliği, ölümü düşünme ve tanıklık, acı çekme alt boyutları puan ortalamaları düşük tehlikesi geçirenler için sırasıyla 42.6, 21.4, 14.3, 6.8; düşük tehlikesi geçirmeyenler için ise sırasıyla 42.4, 21.6, 14.5, 6.2'dir. Bu analiz sonuçlarına göre, gebe kadınların düşük tehlikesi geçirmeleri ya da geçirmemelerinin ölüm kaygısı düzeylerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ) (Tablo 2).



**Tablo 1. Gebe ve Gebe Olmayan Katılımcıların Ölüm Kaygısı Düzeylerinin Gebelik Durumu Değişkenine Göre t Testi Sonuçları**

Variables	Gebelik durumu	N	$\bar{X}$	Ss	S	t	p																																	
Ölümün belirsizliği	Gebe	110	21.5	9.0	209	10.73	.000																																	
	Gebe değil	101	8.1	9.0				Ölümü düşünme ve tanıklık	Gebe	110	14.4	6.5	209	10.09	.000	Gebe değil	101	5.5	6.1	Acı çekme	Gebe	110	6.7	2.9	209	9.11	.000	Gebe değil	101	2.7	3.3		Gebe	110	42.6	16.6	209	11.07	.000	
Ölümü düşünme ve tanıklık	Gebe	110	14.4	6.5	209	10.09	.000																																	
	Gebe değil	101	5.5	6.1				Acı çekme	Gebe	110	6.7	2.9	209	9.11	.000	Gebe değil	101	2.7	3.3		Gebe	110	42.6	16.6	209	11.07	.000		Gebe değil	101	16.5	17.5								
Acı çekme	Gebe	110	6.7	2.9	209	9.11	.000																																	
	Gebe değil	101	2.7	3.3					Gebe	110	42.6	16.6	209	11.07	.000		Gebe değil	101	16.5	17.5																				
	Gebe	110	42.6	16.6	209	11.07	.000																																	
	Gebe değil	101	16.5	17.5																																				

**Tablo 2. Gebe Katılımcıların Ölüm Kaygısı Düzeylerinin Düşük Tehlikesi Geçirme Değişkenine Göre t-Testi Sonuçları**

Variables	Düşük Tehlikesi	N	$\bar{X}$	Ss	S	t	p																																
Ölümün belirsizliği	Evet	89	21.4	8.6	108	0.05	0.95																																
	Hayır	21	21.6	10.8				Ölümü düşünme ve tanıklık	Evet	89	14.3	6.1	108	0.13	0.89	Hayır	21	14.5	8.0	Acı çekme	Evet	89	6.8	3.0	108	-0.76	0.44	Hayır	21	6.2	2.6	ÖKÖTOP	Evet	89	42.6	16.0	108	-0.05	0.95
Ölümü düşünme ve tanıklık	Evet	89	14.3	6.1	108	0.13	0.89																																
	Hayır	21	14.5	8.0				Acı çekme	Evet	89	6.8	3.0	108	-0.76	0.44	Hayır	21	6.2	2.6	ÖKÖTOP	Evet	89	42.6	16.0	108	-0.05	0.95	Hayır	21	42.4	19.4								
Acı çekme	Evet	89	6.8	3.0	108	-0.76	0.44																																
	Hayır	21	6.2	2.6				ÖKÖTOP	Evet	89	42.6	16.0	108	-0.05	0.95	Hayır	21	42.4	19.4																				
ÖKÖTOP	Evet	89	42.6	16.0	108	-0.05	0.95																																
	Hayır	21	42.4	19.4																																			

Araştırmaya katılan gebe kadınların ölüm kaygısı düzeylerini düşük yapma durumlarının etkileyip etkilemediğini belirlemek amacıyla bağımsız t testi uygulanmıştır. Tabloya bakıldığında, gebelerin düşük yapmalarının ölüm kaygısı düzeylerinin etkilemektedir. Ölüm kaygısı toplam puan ortalaması, ölümün belirsizliği, ölümü düşünme ve tanıklık, acı çekme alt boyutları puan ortalamaları düşük yapanların sırasıyla 45.2, 22.9, 14.9, 7.3; düşük yapmayanların ise sırasıyla 38.8, 19.4, 13.6, 5.8'dir. Gebelerin düşük yapmalarıyla ölüm kaygısı, ölümün belirsizliği alt boyutu ve acı çekme alt boyutuyla anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Sadece gebelerin düşük yapma durumlarıyla ölümü düşünme ve tanık olma alt boyutu arasında anlamlı bir

ilişki bulunamamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo3).

Araştırmaya katılan gebelerin ölüm kaygısı düzeyleri ile ailelerinde gebe ölümlerine tanık olmaları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek için bağımsız t testi uygulanmıştır. Ölüm kaygısı puan ortalaması, ölümün belirsizliği, ölümü düşünme ve tanıklık, acı çekme alt boyutlarının puan ortalamaları ailede gebe ölümü yaşayan gebeler için sırasıyla 46.9, 23.7, 15.8, 7.4; ailede gebe ölümü yaşamayan gebeler içinse sırasıyla 28.6, 14.4, 9.7, 4.4 olarak belirlenmiştir. Bu analiz sonucuna göre gebelerin ailelerinde gebeliğe bağlı ölüm öyküsü ile onların ölüm kaygısı düzeyleri arasında anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4).

**Tablo 3. Gebe Katılımcıların Ölüm Kaygısı Düzeylerinin Düşük Yapma Değişkenine Göre t Testi Sonuçları**

Variables	Düşük Yapma	N	$\bar{X}$	Ss	S	t	p																																
Ölümün belirsizliği	Evet	65	22.9	8.7	108	-2.07	0.04																																
	Hayır	45	19.4	9.1				Ölümü düşünme ve tanıklık	Evet	65	14.9	6.3	108	-1.06	0.28	Hayır	45	13.6	6.7	Acı çekme	Evet	65	7.3	3.0	108	-2.61	0.01	Hayır	45	5.8	2.6	ÖKÖTOP	Evet	65	45.2	16.3	108	-2.00	0.04
Ölümü düşünme ve tanıklık	Evet	65	14.9	6.3	108	-1.06	0.28																																
	Hayır	45	13.6	6.7				Acı çekme	Evet	65	7.3	3.0	108	-2.61	0.01	Hayır	45	5.8	2.6	ÖKÖTOP	Evet	65	45.2	16.3	108	-2.00	0.04	Hayır	45	38.8	16.5								
Acı çekme	Evet	65	7.3	3.0	108	-2.61	0.01																																
	Hayır	45	5.8	2.6				ÖKÖTOP	Evet	65	45.2	16.3	108	-2.00	0.04	Hayır	45	38.8	16.5																				
ÖKÖTOP	Evet	65	45.2	16.3	108	-2.00	0.04																																
	Hayır	45	38.8	16.5																																			

Tablo 4. Gebe Katılımcıların Ölüm Kaygısı Düzeylerinin Ailede Gebe Ölümleri Yaşama Değişkenine Göre t Testi Sonuçları

Variables	Ailede ölüm	N	$\bar{X}$	Ss	S	t	p
Ölümün belirsizliği	Evet	84	23.7	7.8	108	5.08	.000
	Hayır	26	14.4	9.0			
Ölümü düşünme ve tanıklık	Evet	84	15.8	6.0	108	4.48	.000
	Hayır	26	9.7	5.9			
Acı çekme	Evet	84	7.4	2.6	108	4.93	.000
	Hayır	26	4.4	2.6			
ÖKÖTOP	Evet	84	46.9	14.6	108	5.51	.000
	Hayır	26	28.6	15.4			

Gebelerin ölüm kaygısı düzeylerinin gebelik dönemlerine göre belirlemek için önce gebelik dönemleri üçe ayrılmış ve frekans tablosu oluşturulmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. Gebelik Dönemlerinin Ayrımı ve Frekans Dağılımları

Gebelik dönemleri	f (N = 110)	%
1.-12. Haftalar (1.trimester)	13	11.8
13.-24. Haftalar (2. trimester)	36	32.7
25.-40. Haftalar (3. trimester)	61	55.5

Araştırmaya katılan gebelerin ölüm kaygısı düzeylerinin içinde buldukları gebelik dönemine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre, gebelerin ölüm kaygısı düzeyleri ( $\chi^2=7.62$ ,  $p<0.05$ ), ölümün belirsizliği alt boyutu ( $\chi^2=9.46$ ,  $p<0.05$ ), acı çekme alt boyutu ( $\chi^2=6.34$ ,  $p<0.05$ ) anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Sadece ölümü düşünme ve tanıklık alt boyutunun gebelik dönemine göre anlamlı bir düzeyde

farklılaşmadığını belirlenmiştir ( $\chi^2=3.07$ ,  $p>0.05$ ).

Dönemlerin sıra ortalamaları dikkate alındığında, ölüm kaygısında, ölümün belirsizliğinde ve acı çekmede en yüksek sıra ortalaması 3. trimesterde olan gebelerde (62.65, 63.61, 62.31), en düşük sıra ortalaması 2. trimesterde olan gebelerde (44.24, 43.41, 46.67) olduğu görülmektedir. Ölümü düşünme ve tanıklık alt boyutunda ise en yüksek sıra ortalaması 1. trimesterde olan gebelerde (59.81), en düşük sıra ortalaması ise 2. trimesterde olan gebelerdedir (47.88). Ölüm kaygısı düzeylerinde, ölümün belirsizliği ve acı çekme alt boyutlarında gözlemlenen anlamlı farklılaşmanın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U-testi sonucunda, 3. trimesterde olan gebelerin 2. trimesterde olan gebelere göre daha yüksek düzeyde ölüm kaygısı yaşadıkları, ölümün belirsizliğinden etkilendikleri ve acı çekmekten korktukları belirlenmiştir ( $p<0.05$ ); 1. ile 2. trimesterler arasında ve 1. ile 3. trimesterler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). Bu bulgulardan hareketle 1. trimesterde ve 3. trimesterde gebelerde ölüm kaygısı artarken, 2. trimesterde ölüm kaygısı düzeylerinde düşüş olmakla birlikte 3. trimesterde ölüm kaygısı en yüksek düzeye ulaşmaktadır (Tablo 6).

Tablo 6. Gebelerin Ölüm Kaygısı Düzeylerinin Gebelik Dönemlerine Göre Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	1.Trimester Sıra Ort.	2.Trimester Sıra Ort.	3.Trimester Sıra Ort.	$\chi^2$	Sd	P
ÖKÖTOP	53.15	44.24	62.65	7.62	2	0.02**
Ölümün belirsizliği	51.19	43.31	63.61	9.46	2	0.00**
Ölümü düşünme ve tanıklık	59.81	47.88	59.08	3.07	2	0.21
Acı çekme	48.00	46.67	62.31	6.34	2	0.04**

## TARTIŞMA

Ölüm kaygısı ile ölümün belirsizliği arasında bir ilişki den söz edilebilir. İnsanları en çok kaygılandırılan durumlardan biri, ölümden çok ölümün nasıl bir şey olacağı düşüncesidir (8). Üstelik, ölümün kaçınılmaz olduğunun ve gerçekliğinin farkında olan tek canlı, insanın, bu farkındalıkla yaşaması da sürekli kaygıyı beraberinde getirmektedir (9). Bununla birlikte, bir gebe bir kadının bebeğini içinde büyütme, yaşatma ve dünyaya getirme çabaları bebeği kaybetme duygusuna ve ölüm kaygısına yol açabilir. Öte yandan, doğumla sona eren gebelik periyodu, gebe ve fetüste fizyolojik, psikolojik farklılıkların yaşandığı doğal bir süreçtir (4). Haliyle, gebeler ölüm kaygısı gibi birçok ani ruhsal değişiklikleri de beraberinde yaşayabilir. Çünkü kadınlar gebeliği yeni bir yaşam, neşe, heyecan, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olarak algıladığı gibi; stres, endişe, korku, kaygılı bekleme gibi olumsuz duygulanımların da yaşanabildiği bir süreç olarak görebilmektedir (10). Araştırmamıza katılan gebelerin gebelik durumuna göre ölümün belirsizliği, ölümü düşünme ve tanıklık ve acı çekme alt boyutları ve ölüm kaygısı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Gebe olan kadınların gebe olmayan kadınlara göre ölüm kaygısı düzeyleri, ölümün belirsizliği durumları, ölümü düşünmeleri ve tanık olmaları ve ölümle ilişkili acı çekme durumları gebe olma durumundan etkilenmektedir.

Bazı araştırmalar ilk ve üçüncü trimesterin gebelikte anksiyete bozukluklarının gelişmesinde riskli dönemler olduğunu ve ikinci trimesterde anksiyete düzeyinin düştüğünü göstermektedir (11-15). Bu araştırmanın bulgularında da 3.Trimesterde olan gebelerin 2. Trimesterde olan gebelere göre daha yüksek düzeyde ölüm kaygısı yaşadıkları, ölümün belirsizliğinden etkilendikleri ve acı çekmekten korktukları belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Bu bulgulardan hareketle 1. Trimesterde ve 3. Trimesterde gebelerde ölüm kaygısı artarken, 2. Trimesterde ölüm kaygısı düzeylerinde düşüş olmakla birlikte 3. Trimesterde ölüm kaygısı en yüksek düzeye ulaşmaktadır. Araştırma bulgularımız ölüm kaygısını gebelerin gebe olmayanlara göre daha fazla yaşadığı yönündedir.

Gebelik haftası ve önceki gebeliklerde yaşanan deneyimler (düşük, erken doğum ve bebek ölümü) yine anksiyete gelişimi risk faktörleri arasındadır (15). Gebelerin düşük yaşamaları gebelerin ölüm kaygısını artıran faktörlerden bir diğeridir. Gebelerin istemsiz bebeklerini kaybetmeleri ve sonrasında bir daha hamile kaldıklarında yine düşük yapmaktan korkmaları ölüm kaygılarını tetikleyebilir. Araştırma bulgularımıza göre ise, gebe kadınların düşük tehlikesi geçirmeleri ya da geçirmemelerinin ölüm kaygısı düzeylerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Öte yandan çalışmamızın bulguları katılan gebelerin düşük yapmalarının ölüm kaygısı düzeylerini etkilediğini göstermektedir. Gebelerin düşük yapmalarıyla ölüm kaygısı, ölümün belirsizliği alt boyutu ve acı çekme alt boyutuyla anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu

belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Sadece gebelerin düşük yapma durumlarıyla ölümü düşünme ve tanık olma alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

Gebelerin aile öykülerinde gebeliğe bağlı ölümlerin olması ölüm kaygısını etkilemektedir. Ailede ölümle biten bir gebelik öyküsü hassas bir dönemden geçen gebeler için ölüm kaygısının yaşanması için yeterli olabilir. Araştırmamızın bulguları gebelerin ailelerinde gebeliğe bağlı ölüm öyküsü ile onların ölüm kaygısı düzeyleri arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olduğunu göstermiştir ( $p<0.05$ ).

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, gebe olan kadınlarda ölüm kaygısı yüksek düzeydeyken gebe olmayan kadınlarda ölüm kaygısı düşük düzeyde bulunmuştur. Yine gebelerde ölüm kaygısı düzeyini yükselten değişkenler arasında katılımcıların gebeliğin son haftalarında olmaları, düşük yaşamaları, ailede gebelikten dolayı ölümün gerçekleşmesi olduğu gözlenmiştir. Araştırmamızın bazı sınırlılıkları vardır. Bulgular araştırma grubu ile sınırlıdır. Araştırmamızda katılımcı sayısı sınırlıdır, ileride konu ile ilgili yapılacak başka araştırmalarda katılımcı sayısı artırılabilir. Örneklem alanı genişletilebilir. Aynı konu üzerinden başka illeri de kapsayacak şekilde bir çalışma yapılabilir. Düşük yapmış kadınların düşük sayıları ile ölüm kaygıları arasında ilişki olup olmadığına bakılabilir. İleriki çalışmalarda gebelerin doğum korkusu ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiye bakılabilir.

**Bu çalışma, 18-27 Ekim 2017'de gerçekleştirilen 2. INES Uluslararası Akademik Araştırmalar Kongresi'nde Sözlü Bildiri olarak sunulmuştur.**

**Financial disclosures:** All authors report no financial interests or potential conflicts of interest.

**Conflict of Interest:** The authors declare that they have no competing interest.

## ORCID ID

Faika Şanal Karahan,

<http://orcid.org/0000-0002-3526-8483>

Eda Gülmez,

<http://orcid.org/0000-001-7021-618X>

Erdal Hamarta,

<http://orcid.org/0000-0003-0925-3824>

## REFERENCES

1. Ayten A. Üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı: Türk ve Ürdünlü öğrenciler üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi, 2009; 9(1), 85-108.
2. Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. Ölüm ve ölüm kaygısı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2012; 21(1).

3. Öztürk Z, Karakuş G, Tamam L. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2011; 12(1), 37-43.
4. Kılıçarslan, S. Edirne şehir merkezinde'ki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri. *Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği ABD, yayımlanmış uzmanlık tezi*, 2008, Edirne.
5. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2001; 23(1), 61-4.
6. Sjögren B. Reasons for anxiety about child birth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 18, 1997; 266-72.
7. Sarıkaya Y. Ölüm kaygısı ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, PDR Bilim Dalı, Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*, 2013, Tokat.
8. Öz F. Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001; 12(1):61-8.
9. Bulut MB, Kuşat A. Benlik saygısı, dini dünya görüşleri ve hayatın amacının ölüm kaygısı üzerine etkisinin incelenmesi. *Bilimname*, 2018; 35: 145-73.
10. Bülbül T, Özen B, Çopur A, Kayacık F. Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016; 25: 126-30.
11. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Aström M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstetrics Gynecol*, 2003; 189 (1): 148-54.
12. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V, Team AS. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affective Disorders*, 2004; 80 (1): 65-73.
13. Lee AM, Lam SK, Lau S, MSM, Chong CSY, Chui HW, Fong DYT. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology*. 2007; 110(5): 1102-12.
14. Teixeira C, Figueiredo B, Conde A, Pacheco A, Costa R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, 2009;119 (1): 142-8.
15. Değirmenci SS. Gebelikte Ayrılma Anksiyetesi ve Belirsizliğe Tahammülsüzlükle İlişkisi. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi*. 2017.



# Symptoms of Ekbom Syndrome and Its Treatment with Trifluoperazine

## Ekbom Sendromu Belirtileri ve Trifluoperazin Kullanımı ile Tedavisi

Mehmet Hamdi Örum

Kahta State Hospital, Clinic of Psychiatry, Adiyaman, Turkey

Copyright © 2020 by authors and Medical Records Publishing Inc.

### Abstract

Substance use may result in schizophrenia. Ekbom syndrome is characterized by the conviction of being infested by invisible mites or insects, despite clear evidence of the contrary and can be seen in schizophrenia. These patients usually go to non-psychiatric physicians and have lost faith in psychiatric treatment during psychiatric admission. Therefore, early diagnosis and subsequent psychiatric treatment are important. Antipsychotics can be used for treatment, but drug response characteristics vary. Conventional antipsychotics can be considered when there is no response with the commonly used drugs. In this case report, we present a male patient with Ekbom syndrome who had symptomatic improvement with short-term trifluoperazine therapy..

**Keywords:** Ekbom syndrome, delusional infestation, trifluoperazine, pseudo-hallucination

### Öz

Madde kullanımı şizofreni ile sonuçlanabilir. Ekbom sendromu, herhangi bir kanıt olmadan parazitlerle enfekte olduğu sabit ve yanlış öznel inancı ile karakterizedir ve şizofrenide görülebilir. Bu hastalar genellikle psikiyatri dışı hekimlere başvururlar ve psikiyatrik başvuru sırasında psikiyatrik tedaviye olan inançlarını kaybetmişlerdir. Bu nedenle erken tanı ve takip eden psikiyatrik tedavi önemlidir. Antipsikotikler tedavide kullanılabilir, ancak ilaç yanıt özellikleri değişkenlik gösterir. Yaygın olarak kullanılan ilaçlarla herhangi bir yanıt alınmadığında, geleneksel antipsikotikler düşünülebilir. Bu olgu sunumunda, kısa süreli trifluoperazin tedavisi ile semptomatik iyileşme gösteren Ekbom sendromlu bir erkek hastayı sunuyoruz..

**Anahtar Kelimeler:** Ekbom sendromu, delüzyonel infestasyon, trifluoperazin, yalancı halüsinasyon

## INTRODUCTION

Cannabis is a widely used illegal substance and its use is increasing in the general population (1). Various psychiatric disorders related to cannabis use may occur. Psychosis is a condition which is the most severe clinical outcome of these disorders (2). Psychotic attacks can be triggered directly by cannabis use and/or cannabis use may cause an early occurrence of a possible psychotic attack (3, 4). Sudden onset of mood lability and paranoid symptoms are clear features of cannabis-induced psychosis. Chronic cannabis use can cause irreversible psychosis, schizophrenia and present with delusions (4). Delusional parasitosis, also known as Ekbom syndrome, is a rare psychiatric disorder which is characterized by feelings of parasites or insects under the skin. Although

the diagnostic criteria of Ekbom syndrome have been defined, there is no consensus on its treatment. Typical antipsychotics can be used in the treatment of Ekbom syndrome (5). Trifluoperazine is a phenothiazine derivative and a dopamine antagonist with antipsychotic activity (6). In this case report, we discussed the complete remission with trifluoperazine in a patient whose Ekbom syndrome symptoms persisted despite the use of multiple psychotropic drugs.

## CASE PRESENTATION

Mr. A., 33-year-old, married, male patient was admitted to the psychiatric outpatient clinic with complaint of scalp insect infestation lasting for 10 days. He was using carbamazepine 800 mg/day per oral (PO), mirtazapine 30 mg/day PO, sertraline 100 mg/day PO, quetiapine 800 mg/

**Geliş Tarihi / Received:** 16.12.2019 **Kabul Tarihi / Accepted:** 27.01.2020

**Sorumlu Yazar /Corresponding Author:** Mehmet Hamdi Örum, Kahta State Hospital, Clinic of Psychiatry, Adiyaman, Turkey, E-mail: mhorum@hotmail.com Phone: +90 416 216 10 15/1186

day PO and olanzapine 20 mg/day PO with the diagnosis of schizophrenia. General and systemic examination was within normal limits. Mental status examination revealed aggression and insomnia symptoms, depressive mood, pseudo-hallucination and somatic delusion. Toxic screening in urine gave negative results. The patient's thyroid and liver function tests were within normal limits. The fasting blood glucose, protein level and lipid profile were within normal limits. Chest X-ray, electroencephalogram and magnetic resonance imaging gave normal results. The patient and relatives stated that there was no change in dietary and fluid intake in recent days and the patient was using his drugs favourably. The patient had a history of cannabis use and had not used any substance for 2 years. He had a history of inpatient treatment for a psychotic episode one year ago. Family history was unremarkable. His toxic screening in urine a month ago and two weeks ago were also negative. The story taken from him and his family did not suggest an intoxication or withdrawal.

The patient thought that insects had come out of his hair and had entered his mouth. The patient was consulted to the dermatologist with these complaints. The dermatologist did not report any organic pathology. However, this information did not satisfy the patient, insisted on his complaint. Thereupon, Ekbom syndrome was considered and trifluoperazine 2 mg/day PO (tablet form) was started and the dose was increased to 6 mg/day PO day by day. The sertraline dose was increased to 100 mg/day PO because his depressive symptoms persisted despite sertraline 50 mg/day PO; other medications were continued at the same dose. The compliance of the patient to the treatment was determined by obtaining information from the family. One week after the addition of trifluoperazine, the patient's symptom of Ekbom syndrome improved significantly. Possible side effects were questioned. The patients and their relatives were informed about the effects and possible side effects of the medications. No similar side effects were reported during the follow-up of the patient. The informed written consent has obtained from the patient for publication.

## DISCUSSION

Cannabis use may result in psychosis and delusions such as Ekbom syndrome (7). The symptom of Ekbom syndrome continues even though there is no medical evidence of parasites or small insects that the patient claims invaded his body. Because these patients have symptoms related to the skin, they mostly refer to non-psychiatric physicians and are not compatible with psychiatric treatment. Patients often experience an itch that binds to the presence of parasites under or in their skin. They try to save their skin by scraping from these parasites, disinfectants and pesticides. This causes skin lesions and reinforces the patient's false belief. This causes a vicious cycle of skin lesions, itching and delusional belief (8).

In most cases of delusional parasitosis, once symptoms

have settled, response to treatment is generally low. The mean disease duration was reported to be three years. The delusional system settles and becomes chronic in patients who remain untreated for long periods of time (9). Ekbom syndrome may be primary or secondary (5). Patients' medications and substance use status should be questioned. In our patient, possible causes were excluded; illicit drug use, organic diseases; dermatologic conditions. In our patient, symptoms were treated before a possible vicious cycle and treatment was improved. There is no consensus on the most appropriate treatment (8). Typical antipsychotics, atypical antipsychotics, antidepressants, electroconvulsive therapy and dermatological agents can be used individually or in combination. Traditionally, typical antipsychotic pimozide has been considered as first choice, but pimozide has various serious side effects (10, 11). While antipsychotic drugs provide significant treatment in primary delusional parasitosis, they are used only symptomatically in cases secondary to somatic diseases and the treatment of the underlying disease is required (9). In studies, partial or complete remission rates with typical antipsychotics have been reported as 60-100%. Our patient was taking many drugs from different groups at high doses. Consistent with the literature, complete remission was achieved in a short time with trifluoperazine.

This study is valuable in some aspects. First, patients' delusions and hallucinations should be questioned at every admission. This will provide an early diagnosis of any new condition or change. Early treatment of existing symptoms will prevent the patient from chronicity. In this case report, Ekbom syndrome symptoms were treated before the vicious circle appeared. On the other hand, in patients who already use many psychotropic drugs, less preferred drugs should be rethought. Trifluoperazine is a drug that can be used for this purpose.

In conclusion, this case report is important in terms of showing that trifluoperazine use is a treatment option in patients with Ekbom syndrome. It is recommended that clinicians keep in mind the use of trifluoperazine in this disorder. Further systematic research should be conducted with respect to trifluoperazine use in Ekbom syndrome to provide a greater understanding of both its prevalence and etiology.

**Financial disclosures:** All authors report no financial interests or potential conflicts of interest.

**Conflict of Interest:** The authors declare that they have no competing interest.

## ORCID ID

Mehmet Hamdi Örum,

<http://orcid.org/0000-0002-4154-0738>

## REFERENCES

1. Orum MH, Kustepe A, Kara MZ, Dumlupinar E, Egilmez OB, Ozen ME, Kalenderoglu A. Addiction profiles of patients

- with substance dependency living in Adiyaman province. *Medicine Science* 2018;7(2):369-72.
2. Orum MH, Kara MZ, Egilmez OB, Ozen ME, Kalenderoglu A. Evaluation of probation implementations of drug users in Adiyaman university training and research hospital: A one-year retrospective study. *Medicine Science* 2018;7(4):754-8.
  3. Beckmann D, Lowman KL, Nargiso J, McKowen J, Watt L, Yule AM. Substance-induced psychosis in youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2020;29(1):131-43.
  4. Özen ME, Örüml MH, Kalenderoğlu A. Hot shower therapy in cannabinoid hyperemesis syndrome: A case report. *FNG & Bilim Tıp Dergisi* 2018;4(3):142-4.
  5. Mumcuoglu KY, Leibovici V, Reuveni I, Bonne O. Delusional parasitosis: Diagnosis and treatment. *Isr Med Assoc J* 2018;20(7):456-60.
  6. Howland RH. Trifluoperazine: A sprightly old drug. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2016;54(1):20-2.
  7. Farris MS, Shakeel MK, Addington J. Cannabis use in individuals at clinical high-risk for psychosis: a comprehensive review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019. Doi: 10.1007/s00127-019-01810-x.
  8. Campbell EH, Elston DM, Hawthorne JD, Beckert DR. Diagnosis and management of delusional parasitosis. *J Am Acad Dermatol* 2019;80(5):1428-34.
  9. Karakus G. Delusional parasitosis: Clinical features, diagnosis and treatment. *Current Approaches In Psychiatry* 2010;2(3):384-400.
  10. Barone Y, Niolu C, Zanasi M, Siracusano A. Ekbom syndrome treated with olanzapine: a case report *Sindrome di Ekbom trattata con olanzapina: un caso clinic*. *Journal of Psychopathology* 2014;20:66-8.
  11. Orum MH, Egilmez OB. Compulsive water drinking resulting in hyponatremia: A pimozide case. *Med Records* 2019;1(2):48-9.