



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

İSTANBUL İLİ ÖRNEKLEMİNDE 3-6 YAŞ GRUBUNDA BİR
HASTANE POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN OLGULARIN ALDIKLARI
TANILAR VE EBEVEYNLERİN DUYGUDURUMLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİ

BÜŞRA BÖREKÇİ

134102094

YÜKSEK Lİ SANS TEZİ

DANIŞMAN: YRD.DOÇ.DR. NÜKET İŞİTEN
İSTANBUL, 2017

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

İSTANBUL İLİ ÖRNEKLEMİNDE 3-6 YAŞ GRUBUNDA BİR
HASTANE POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN OLGULARIN ALDIKLARI
TANILAR VE EBEVEYNLERİN DUYGUDURUMLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİ

BÜŞRA BÖREKÇİ

134102094

YÜKSEK Lİ SANS TEZİ

DANIŞMAN: YRD.DOÇ.DR. NÜKET İŞİTEN
İSTANBUL, 2017



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	:	
Öğrenci Adı Soyadı	:	Büşra BÖREKÇİ
Anabilim Dalı	:	Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	:	Yrd. Doç. Dr. Havva Nüket İŞİTEN
Tezin Başlığı	:	İSTANBUL İLİ ÖRNEKLEMİNDE 3-6 YAŞ GRUBUNDA BİR HASTANE POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN OLGULARIN ALDIKLARI TANILAR VE EBEVEYNLERİN DUYGUDURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	:	02.02.2017	Saati	:	14:00
Öğrenci Savunmaya	:	<input checked="" type="checkbox"/> GELDI			
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,					
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU					
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.					
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. <i>(en fazla 3 ay)</i>					
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.					
Savunmada Tezin Başlığı	:	<input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi.	<input type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:				
Öğrenci Savunmaya	:	<input type="checkbox"/> GELMEDI			
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,					
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.					

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Havva Nüket İŞİTEN	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Hüseyin ÜNÜBOL	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Alp Giray Kaya	

BİLİMSEL ETİK SAYFA

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “İstanbul ili örnekleminde 3-6 yaş grubunda bir hastane polikliniğine başvuran olguların aldıkları tanılar ve ebeveynlerin duygudurumları arasındaki ilişki” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

11.01.2017

Büşra Börekçi

TEŞEKKÜR

Bu alıŐma çok değerli tez danıŐmanım Yrd.Doç.Dr.Nuket İŞiten'in yoluma ışık tutması sayesinde oluşmuştur. Tez s¼recimde ilgisini, bilgisini, önerilerini ve alakasını bir an olsun bile eksiltmeyerek tamamlamamda katkısı çok b¼y¼kt¼r. Değerli hocama sonsuz teŐekk¼rlerimi ve Ő¼kranlarımı sunarım.

Yıllardır verdiği bireysel s¼pervizyonlarla geldiğim noktaya ulaŐmamda b¼y¼k emeği olan , uzmanlığımı bir an ¼nce almam için beni s¼rekli motive eden canım hocam Yrd.Doç.Dr.Elif Akdağ G¼ek'e sevgi ve saygılarımı sunuyorum.

Dataları toplama s¼recimde bana destek veren, y¼reklendiren canım kardeŐim K¼bra B¼reki'ye çok teŐekk¼r ediyorum.

Bu noktaya gelmemde motivasyon kaynağım olan, y¼ksek lisans yapmam ve tamamlamam için bana s¼rekli destek g¼steren bitanecik babannem Havva B¼reki ve dedem Esat B¼reki'ye sonsuz teŐekk¼rlerimi sunuyorum.

Elini hep omzumda hissettiğim, herŐeyim, baŐ tacım olan annemin tart ıŐılmaz desteğinin benim için ne kadar kıymetli olduğunun farkındayım. Bu vesile ile emeğini asla unutmayaçağımı belirtmek adına kendisine de sonsuz teŐekk¼r ediyorum.

YaŐamım ve çalıŐmalarımda bana en b¼y¼k g¼ olan sevgili aileme en içten teŐekk¼rlerimi sunarım.

ÖZET

Bu araştırmada, Np İstanbul Hastanesi çocuk- ergen psikiyatrisi polikliniğine başvurmuş 3-6 yaş grubu çocukların aldıkları tanımlar ile; anne ve babalarının duygudurumları arasında bir ilişkinin var olup olmadığı bakılarak, bu alanda yapılacak çalışmalara katkıda bulunması amaçlanmıştır.

Çalışmanın evrenini Np İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi Çocuk ve Ergen Kliniğinde tedavi gören çocuklar oluşturmaktadır. Örnekleme ise söz konusu evrenden seçilen 3-6 yaş aralığında 152 çocuk oluşturmaktadır.

Çalışmada dosya tarama methodu kullanılmış ve verilerin analizi SPSS programı ile yapılmıştır. Araştırmada Hiperaktivite Belirti Takip Formu, Conner's Aile Değerlendirme Formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır.

Sonuç olarak; anne değerlendirmelerine bakıldığında, çocukların tanı gruplarına göre Hiperaktivite Belirtileri ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Davranım Bozukluğu tanılı ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanılı çocukların annelerinin çocuklarında gözlemlediği hiperaktivite belirti düzeyi Akıcı Konuşma Bozukluğu tanılı çocukların annelerinin çocuklarında gözlemlediği hiperaktivite belirti düzeyinden daha yüksektir.

Anahtar Sözcükler: Davranış Bozukluğu, DEHB, Anksiyete Bozukluğu, Konuşma Bozukluğu, Yaygın Gelişimsel Bozukluk

SUMMARY

The purpose of this research is that contributing the future research in this field by investigating whether there is a correlation between mood of parents and their children ranged between three and six years old who apply to NP İstanbul Hospital child and adolescence department and diagnosed.

Children who are treated in Np İstanbul Neuropsychiatry Hospital generate the population. The sample is 152 children age between three and six who choose from that population.

Obtained data are analysed by SPSS and interpreted. In this research, Beck Depression Inventory(BDI), Beck Anxiety Inventory(BAE), Conner's Parent Rating Scale are used.

As a result; The difference between the mean of Hyperactivity Symptoms according to the diagnosis groups of children was found to be significant. Children with Behavioral Disorders and ADHD have a higher level of hyperactivity observed by their mothers than the level of hyperactivity observed by mothers of children with Speech Disorder.

Keywords: Behavior Disorder, ADHD, Anxiety Disorder, Speech Disorder, Pervasive Developmental Disorder

KISALTMA VE SEMBOLLER

n: Gruptaki ya da Kategorideki Kişi Sayısı

N: Örneklem Sayısı

x: Aritmetik Ortalama

ss: Standart Sapma

p: Anlamlılık $p<0.05$ ya da $p<0.01$

χ^2 : Ki-kare

f: Frekans Dağılımı

F: Tek Yönlü Varyans Analizi Sonucu (ANOVA)

r: Korelasyon Katsayısı

t: Bağımsız Örneklem

DB: Davranış Bozukluğu

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

YGB: Yaygın Gelişimsel Bozukluğu

AB: Anksiyete Bozukluğu

AKB: Akıcı Konuşma Bozukluğu

CADF: Conner's Aile Değerlendirme Formu

TABLO LİSTESİ (LIST OF TABLES)

Tablo 1. Çocukların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Tablo 2. Çocukların Aldıkları Tanılara Göre Dağılımı

Tablo 3. Davranım Bozuklukları Grubunda Yer Alan Çocukların Tanılarına Göre Dağılımları

Tablo 4. Anksiyete Bozuklukları Grubunda Yer Alan Çocukların Tanılarına Göre Dağılımları

Tablo 5. Anne ve Babaların Anksiyete Düzeylerine Göre Çocuklarının Aldıkları Tanıların Dağılımı

Tablo 6. Anne ve Babaların Depresyon Düzeylerine Göre Çocuklarının Aldıkları Tanıların Dağılımı

Tablo 7. Çocukların Tanılarına Göre Anne ve Babaların Çocukları İçin Hiperaktivite Belirti Değerlendirmeleri

Tablo 8. Çocukların Tanılarına Göre Anne ve Babaların Çocukları İçin CADF Davranım Sorunu Değerlendirmeleri

Tablo 9. Çocukların Tanılarına Göre Anne ve Babaların Çocukları İçin CADF Ataklık / Hiperaktivite Değerlendirmeleri

Tablo 10. Çocukların Tanılarına Göre Anne ve Babaların Çocukları İçin CADF Öğrenme Sorunu Değerlendirmeleri

Tablo 11. Çocukların Tanılarına Göre Anne ve Babaların Çocukları İçin CADF Kaygı Sorunu Değerlendirmeleri

Tablo 12. Anne ve Babaların Çocuklarının Yaş Gruplarına Göre Psikolojik Belirti Düzeylerine İlişkin Ortalama ve Standart Sapmalar

Tablo 13. Anne ve Babaların Çocuklarının Aldıkları Tanılara Göre Psikolojik Belirti Düzeylerine İlişkin Ortalama ve Standart Sapmalar

Tablo 14. Çocukların Yaş Gruplarına Göre Anne ve Babaların Çocuklarına İlişkin Sorun Değerlendirme Ortalamaları

Tablo 15. Çocukların Tanı Gruplarına Göre Anne ve Babaların Çocuklarına İlişkin Sorun Değerlendirme Ortalamaları

Tablo 16. Anne ve Babaların Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki Korelasyonlar

Tablo 17. Anne ve Babaların Çocuk Değerlendirme Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Korelasyonlar

Tablo 18. Anne ve Babaların Psikolojik Belirtileri İle Çocuk Değerlendirme Ölçeklerinden Elde Edilen Puanlar Arasındaki Korelasyonlar

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİK SAYFA.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iii
SUMMARY.....	iv
KISALTMA VE SEMBOLLER.....	v
TABLO LİSTESİ (LIST OF TABLES).....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
GİRİŞ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	4
1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	4
1.2. ARAŞTIRMANIN PROBLEMLERİ.....	4
1.3. TANIMLAR.....	5
1.4. ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI.....	5
1.5. OLASI TANILAR.....	5
1.5.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	5
1.5.2. Yaygın Gelişimsel Bozukluk.....	6
1.5.3. Davranış Bozukluğu.....	7
1.5.4. Kaygı Bozukluğu.....	8
1.5.5. Akıcı Konuşma Bozukluğu.....	9
1.6. EBEVEYN DUYGU DURUMLARI.....	9
1.6.1. Depresyon.....	9
1.6.2. Kaygı.....	10
II. ÇOCUKLARIN GELİŞİM ÖZELLİKLERİ.....	12
ÜÇ YAŞ DÖNEMİ GELİŞİM ÖZELLİKLERİ.....	12
DÖRT YAŞ DÖNEMİ GELİŞİM ÖZELLİKLERİ.....	12
BEŞ YAŞ DÖNEMİ GELİŞİM ÖZELLİKLERİ.....	13
ALTI YAŞ DÖNEMİ GELİŞİM ÖZELLİKLERİ.....	14
III. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	15
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	15
3.2.1. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (BAÖ).....	15
3.2.2. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ).....	16
3.2.3. CONNERS ANA BABA DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (CDÖ).....	16
3.2.4. HİPERAKTİVİTE BELİRTİ TAKİP FORMU.....	17
IV. BULGULAR.....	18

4.1. ÇOCUKLARIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ.....	18
4.2. PSİKOLOJİK BELİRTİ DÜZEYLERİNE GÖRE ÇOCUKLARIN ALDIKLARI TANILAR.....	23
4.2.1. ANNE VE BABALARIN PSİKOLOJİK BELİRTİ DÜZEYLERİNE GÖRE ÇOCUKLARIN ALDIKLARI TANILARIN DAĞILIMI	23
4.2.2. ÇOCUKLARIN, EBEVEYNLERİ TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLEN PSİKOLOJİK BELİRTİ DÜZEYLERİNE GÖRE ALDIKLARI TANILARIN DAĞILIMI	26
4.3. ANNELERİN VE BABALARIN PSİKOLOJİK BELİRTİ DÜZEYLERİNİN ÇOCUKLARIN ÖZELLİKLERİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	35
4.4. ANNE VE BABALARIN DOLDURDUĞU EBEVEYN SORUN DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİNDEN ELDE EDİLEN PUANLARIN ÇOCUKLARIN ÖZELLİKLERİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	39
4.4.1. ÇOCUKLARIN YAŞ GRUPLARINA GÖRE EBEVEYN SORUN DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİNDEN ALDIKLARI PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI	39
4.4.2. ÇOCUKLARIN TANI GRUPLARINA GÖRE EBEVEYN SORUN DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİNDEN ALDIKLARI PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI	42
4.5. KORELASYONLAR.....	48
4.5.1. ANNE VE BABALARIN PSİKOLOJİK BELİRTİ DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	48
4.5.2. ANNE VE BABALARIN DEĞERLENDİRDİKLERİ ÇOCUK DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİNDEN ALINAN PUANLAR ARASINDAKİ İLİŞKİLER.....	49
4.5.3. ANNE VE BABALARIN PSİKOLOJİK BELİRTİLERİ İLE ÇOCUK DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİNDEN ELDE EDİLEN PUANLAR ARASINDAKİ KORELASYONLAR	52
V. TARTIŞMA	57
VI. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	65
KAYNAKÇA.....	66
Ek.1	72

GİRİŞ

Doğduğu an itibariyle bir bebeğin kendini koruması, sevgi ve temel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için kendisinden daha güçlü bir yetişkinin varlığına ihtiyaç duymaktadır. (Ainsworth, 1967) Kişinin yaşam doyumunun sağlanması, işlevlerinin yerine gelmesi ve yaşamakta olduğu topluma uyum sağlayabilen bir kişi olarak yetişebilmesi için öncelikli olarak aile çevresinde oluşur. (Bulut,1990).

Çocuk, doğumundan ve hatta anne karnında olduğu an itibariyle uzun bir süre bakım ve korunma ihtiyacına muhtaçtır. Fiziksel ve ruhsal açıdan gelişiminde, bir kişi olduğunun farkındalığında ve kişiliğinin gelişmesinde ve sosyalleşmesinde ebeveynler çok önem arz etmektedir. Bu bağlamda ailenin tipi ne olursa olsun yeni bir üyenin katılımı, o kişinin toplumsallaşmasıyla ilgili bazı sorumlulukları da peşinde getirmektedir. (Semerci, 2012.)

Freud, kişilik gelişiminde 0-5 yaş aralığının önemi ve bu dönemdeki aile ile oluşan etkileşimin bilinçaltına etkileri üzerine durmuştur. Bebeklik ve erken dönem çocukluk çağında çocuktaki doğru duygu, ihtiyaç ve tercihlerin teşvik edilmemiş olması ve yoksunluğu hastalıklara sebep olduğundan söz etmiştir. (Sayar,2013) Don Jackson' a göre de patoloji ailedeki etkileşimin bir sonucu idi. (Nazlı, 2014)

Aile içerisindeki kişilerin birbirlerini etkilediğini fark etmiş araştırmacılar, danışmanlık verirken aile sistemleri üzerinde durmanın çocuklarda farkındalığı arttırdığı (Bradley ve Mims, 1992), madde bağımlılığında ve mücadele programlarında ailedeki bireyleri dahil etmenin daha etkili olduğunu (Kaplan-Sanoff ve Lieb,1995), öğrencilerin davranış ve duygusal sorunlarını gidermede aile sistemlerine dikkat eden programların daha iyi sonuçlar verdiğini belirtmektedir. (Townsel, 1997).

Rol model olarak öğrenme çocuklar için önemlidir. Bu süreçte ebeveyninin birçok bireysel özelliklerini taklit eden çocuk kültürel ve ahlaki değerlerini ve standartlarını da benimsemektedirler. Bu sebeple anne ve babanın davranış ve tutumları, çocuk üzerinde belirleyici rol oynar. (Morgan, 1990).

Bağlanma, bir bebeğin ebeveyni ya da bakımveren bir kişi ile anlamlı duygusal bağlar kurma yetisidir. (Budak, 2005) Bowlby, bebeklerin doğdukları andan itibaren hayatlarını sürdürebilmeleri adına bağlanmaya eğilimlerinin olduğuna ve özellikle bakımverenle kurulan ilk bağlar, kişinin hayatı boyunca etkilerinin devam edebileceğine inanıyordu. (Kleinman, 2012)

Bowlby(1969) bebeğin bağlanmasının aşama aşama gerçekleştiğini savunmaktadır. Bunlardan birincisi Odaklanmamış yönelme ve işaret, ikincisi bir ya da daha fazla figüre odaklanma ve üçüncüsü güvenli üs davranışıdır. Birinci aşamada bebeğin kendisini diğer insanlara yönelten ve isteklerini göstermesini sağlayan bir takım doğuştan gelen davranış örüntüleriyle başladığını düşünüyordu. Bu aşamada bebeğin ebeveynine bağlandığını gösteren çok fazla bilgi yoktur. İkinci aşamada ise iki aylık olan bebeğin bağlanma davranışlarının içeriği biraz daha sınırlandırmaya başlamaktadır. Düzenli olarak ilgilenen kişilere daha fazla gülümserken yabancı kişilere hemen olmayabilir. Yine de tam olarak bir bağlanma henüz bebekte oluşmamıştır. Son olarak üçüncü aşamada ise Bowlby'ye göre gerçek bağlanmanın ancak altıncı ayda oluştuğunu söylemektedir. Bebek etrafındaki dünyayı keşfederken kendi için “en önemli” insanı güvenli üs olarak oluşturur.

Çocuğun ihtiyaçları karşısında tutarlı ve duyarlı bir şekilde davranan anne ve babaların çocuklarında güvenli bağlanma gelişirken, tam tersi karşılamayan anne ve babaların çocuklarında ise güvensiz bağlanma gelişmektedir. (Erözkan, 2011) Ayrıca model olarak öğrenme sürecinde çocuklar, ana-babanın birçok kişilik özelliğini taklit ederken, ahlaki ve kültürel değer ve standartlarını da benimserler. Bu nedenle ebeveyn tutum ve davranışları, çocuğun davranışları üzerinde belirleyici rol oynamaktadır (Morgan, 1990).

Bowlby'nin bağlanma kuramına gösterilen önem kadar Mary Ainsworth'ün yaklaşımı da çok konuşulmuştur. Ainsworth bağlanmaya farklı bir yaklaşım getirerek, sözkonusu olan bağlanmanın niteliği olduğunda kişiler arasında önemli farklılıklar olduğunu düşünüyordu. Bu amaçla bağlılığı ifade de 0-2 yaşını yetişkinlerle aynı yeteneklere sahip omadığını, bağlanmada kişisel farklılıkları belirlemek amacı ile 1970 yılında Strange Situation Classification adında bir değerlendirme tekniğini geliştirmiştir. Bunun için yaklaşık 100 ailenin 12-18 aylık çocuklarıyla çalıştı. Bu deneyi için tek yönlü bir penceresi olan küçük oda kullandı. Böylelikle bebeklerin davranışlarını gözlemleyebildi. Her birisi üçer dakika süren 7 deney ya da bölüm uygulandı. Her bölümü bir davranışı ön plana çıkartıyordu. Gözlemleyen kişi, bulguları her 15 dakikada bir kaydetti. Davranış 1-7 arasındaki skalada derecelendirildi. (Kleinman,2012).

GENEL BİLGİLER

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Davranış Bozukluğu, Akıcı Konuşma Bozukluğu, ve Yaygın Gelişimsel Bozukluk tanısı almış çocukların ebeveynlerinin depresyon ve kaygı düzeyleri ile ne derecede ilişkili olduğunu Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılarak değerlendirmek ve incelemektir. Ayrıca, Ebeveynlerin çocukları ile ilgili doldurmuş oldukları Hiperaktivite Belirti Takip formu ve Conners Aile Değerlendirme Formu (CAD) kullanılarak almış oldukları tanılar ile ne derecede ilişkili olduğu incelenecektir.

1.2. ARAŞTIRMANIN PROBLEMLERİ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış çocukların ebeveynlerinin duygudurumlarında farklılık görülmekte midir?

Anksiyete Bozukluğu tanısı almış çocukların ebeveynlerinin duygudurumlarında farklılık görülmekte midir?

Davranış Bozukluğu tanısı almış çocukların ebeveynlerinin duygudurumlarında farklılık görülmekte midir?

Akıcı Konuşma Bozukluğu tanısı almış çocukların ebeveynlerinin duygudurumlarında farklılık görülmekte midir?

Yaygın Gelişimsel Bozukluk tanısı almış çocukların ebeveynlerinin duygudurumlarında farklılık görülmekte midir?

1.3. TANIMLAR

Bu araştırmada kullanılan temel kavramlar şunlardır;

Anksiyete: Bireyin bir uyarana karşılaştığında yaşadığı duygusal, fiziksel ve zihinsel değişimlerle kendisini belli eden bir uyarılmışlık halidir. (Taş, 2006)

Depresyon: Bireyin içsel olarak iyi olma halini olumsuz yönde etkileyen bir psikolojik rahatsızlıktır. Duygudurumun derin bir üzüntü içerisinde olduğu, düşünce, hareketler ve konuşmada durgunluk ve yavaşlama, isteksizlik, güçsüzlük, karamsarlık gibi duygu ve düşünceler ile fiziksel işlevlerde yavaşlık gibi belirtiler gösteren bir sendromdur. (Öztürk, 1997).

Bağlanma: Bağlanma, bir bebeğin ebeveyni ya da bakımveren bir kişi ile anlamlı duygusal bağlar kurma yetisidir. (Budak, 2005)

1.4. ARAşTIRMANIN SAYILTILARI

Bu araştırmada elde edilen veriler için; Connors Aile Değerlendirme Formu (CAD), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Hiperaktivite Belirti Takip Formundan yararlanılmıştır. Bahsedilen ölçekleri doldururken anne ve babaların gerçek düşünce ve duygularını yansıttıkları, doğru cevaplar verdikleri varsayılmaktadır.

1.5. OLASI TANILAR

1.5.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite çocukta dikkatini bazı alanlar içerisinde uzun süreli bir şeye odaklanamaması, konsantre olamaması ve bununla beraber aşırı

hareketlenme, yerinde durmakta güçlük, kıpır kıpır olma hali ile belirgin olan bir durumdur. (Abalı, 2015 4.baskı)

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk çağında %3-5 arasında değişen oranlarda görülmekte olan en yaygın psikiyatrik bozukluklardan birisidir. (Ercan ve Aydın 1999, Erman ve ark. 1999, Hale ve ark. 2001, Lyman 2002, Öner ve Soykan-Aysev 2007, Şenol ve Şener 1998). Ancak DEHB'nin tanınma ve teşhisteki problemler nedeni ile toplum içerisinde görülme sıklığı ve oranıyla tedavi edilen vaka oranları arasında önemli ölçüde bir fark olduğu düşünülmektedir. (Öztürk, 2001).

Çocuktaki belirtileri değerlendirirken hem ev hem okul hayatında, arkadaşlık ilişkilerinde, gelişimini bozup bozmadığı gibi kriterlerin tanı alma aşamasında ve tedavisinde önem arz etmektedir. (Yazgan, 2013) 3.baskı Bu çocukların %14'ü 14 yaşlarında, %80'i 18 yaşlarında normal yaşlılarından ayırt edilemezler.(Anlar ve ark., 2008)

Dehb olan çocuklar ayrıntılarla meşgul olurlar, unuttur, dinlemez, uzun süren görevlere girişmez. Çizim yaparken özensiz davranır, yönergeleri almakta zorlanır, başladığı işi yarıda bırakırlar. Algılama ile ilgili bozukluklar eşlik edebilir. Oturmayan, sırasını bekleyemeyen, dinlemiyor gibi görünen, devamlı kontrol edilmesi gereken atak hareket, bir etkinlikten başka bir etkinliğe geçme görülür. Dürtüsellik, aniden ve kontrolsüz davranışlar ile kendini göstermektedir. Engellenmeye karşı dirençsiz olurlar.(Anlar ve ark., 2008)

1.5.2. Yaygın Gelişimsel Bozukluk

Nörolojik rahatsızlıklardan oluşmakta olan ve genellikle sebebi bilinmeyen büyük gelişimsel bozukluk grubudur. Toplumsal beceriler, gerçeklik testi, dikkat, algı, hareket yeteneği, dili kullanma, anlama yetisi gibi ruhsal yetilerin çoğunluğunda çarpıtmalar ve ağır kötüleşmeler içerir. Çocukluğun erken dönemlerinde kendini

hissettiren bu rahatsızlığın otizm, asperger, rett, dezintegratif ve başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluklar adı ile alt başlıkları vardır. (Budak, 2005)

1943 yılında Leo Kanner tarafından tanımlanan otizm; sosyal ve duygusal ilişkilerde zorluk ve kısıtlılık, alışılmıştan farklı olan nesnelere oynama ve ilgilenme, dil gelişimde gecikme, tekrarlayan, garip davranışlarla kendini belli eden bir durumdur. Toplumda görülme sıklığı olarak 200-500'de bir olarak verilmiştir. (Anlar ve ark., 2008)

Asperger bozukluğu, erken dönemde başlayan, sosyal etkileşim içerisinde ciddi sürüp giden davranış, etkinlik ve ilgilerde kısıtlı tekrarlayan bozulmayla belirgindir. Otizmin aksine aspergerde dil, bilişsel gelişim, çevreyi merak etme, özbakımda klinik açıdan önemli bir gelişimsel gecikme söz konusu değildir. Motor sakarlık karakteristik fakat tanılama için mecburi değildir. (Yorbik, 2007).

Başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk, gelişimsel açıdan normal iki senenin ardından bir gelişimsel gerileme ile belirgindir. Bu çocuklarda belirgin bir şekilde zeka geriliği ve dilde bozulma sergilerler. Rett sendromu ise doğum anından itibaren 6-7 aylık süreçte normal gelişim seyreden fakat 1,5-2 sene içerisinde ağır bunama, elleri amaca uygun kullanma becerisinin kaybedilmesi, epilepsi, otizm, başın gelişmemesi gibi belirtilerle kendini gösteren, X-bağlantılı baskın bir kalıtsal gelişim bozukluğudur. (Budak, 2005).

1.5.3. Davranış Bozukluğu

Başka insanların temel haklarına ve yaşa uygun olan toplumsal normlar ve kuralları devamlı ve tekrarlayan bir şekilde saldırıya uğratılması davranım bozukluğunun en temel özelliğidir. Bu tanıyı alan çocuklarda, hayvanlara ve insanlara

yönelik güvenliği tehdit eden, saldırgan davranışlarının, kural ihlali gibi davranış bozukluğu görülür. (Arkan, B. ve Üstün B., 2009)

Sık bir biçimde hem sözel olarak hem de fiziksel olarak saldırgan davranışlarda bulunabilir, hırsızlık yapabilir, yalan söyleyebilirler. Sosyal gelişim açısından bakıldığında yaşlılarının gerisinde kalmış olabilirler çünkü sürekli sosyal ilişki kurmaktan kaçmaları ya da düşmanca tavır sergilemeleri sebebiyle tecrit edilmişlerdir. Bu problemler erken dönemde tedavi edilmediği takdirde antisosyal davranışlar yetişkinlik yıllarında da sürebilir. (Budak, 2005).

Literatürde annede depresyon olması iki kat risk faktörü olarak görülmektedir. (Mcfarland, 2003).

1.5.4. Kaygı Bozukluğu

Bir olayın sonucu hakkında tahmin yürütemediğinizde ya da sonucun istenilen gibi olabileceğinden emin olunamayan anlarda baş gösteren gergin bir duygusal durumdur. Genetik, mizaç, anne baba tutumları ve travmatik yaşam olaylarının etkileşimi kaygının oluşumunu açıklamada önem arz etmektedir. (Chansky, 2009).

Günlük yaşamda farklı yaşam olaylarına bağlı bir şekilde endişe halini yaşıyor olmak bir çocuk için normal görülmekteyken, farklı durumlar dışında sıklıkla endişe yaşıyor olması patolojik değerlendirilmektedir. (Çifter, 1985; Sims ve Owen, 1993). Çocuklarda sıklıkla rastlanan psikiyatrik rahatsızlık olan Anksiyete Bozukluğu %13 den fazla oranda etkilemektedir. (Chansky, 2004)

Süreğen depresyonu olan annelerin çocuklarında anksiyete ve korku hallerinin sık rastlandığını belirlemişlerdir. (Capps ve ark., 1996). Bununla birlikte süreğen depresyona sahip annelerin çocuklarında da anksiyete ve depresyon seviyesinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir. (Aslan ve ark., 1998)

Anksiyete hali hafif bir gerginlik ve tedirginlikten panik seviyesine varacak derecede değişik Őiddetlerde yaşatabilir. Rahatsız hissetme, ũrkme, kaygı, korku, bař dŕnmesi, ağız kuruluğu, çarpıntı, iştahsızlık, kan basıncında dūřme ya da yũkselme, kaslarda gerginlik, mide ya da bağırsak yakınmaları, terleme, uykusuzluk, titreme gibi belirtiler ile kendini gŕsterebilir. Ayrıca endişe bireyden bireye farklılıklar gŕsterebilen davranışsal belirtileri de iğerebilir. (Kŕknel, 1982 ve İnanç, 1997).

1.5.5. Akıcı Konuşma Bozukluğu

İnsan doğası gereği sosyaldir. Dięer insanlardan kendini soyutlayarak hayatını sũrdũrmesi dūřũnũlemez. Hayatını sũrdũrebilmesi, ihtiyaçlarını giderebilmesi ięin çevresi ile ilişki kurmaya mecburdur. Bireyinde toplum iğerisinde sağlıklı ilişki kurabilmesi adına dilini kullanma becerisi ŕnem arz etmektedir. (Tazegũl, 2010).

Konuřma olgusu; duygu, dūřũnce, dil, konuşma ve ses organları ile direkt ilgilidir. Bunlardan bazılarının eksikliği ve ya yetersizliği, konuşma kusurlarına sebep olur. (Erenoęlu ve Otçu, 2007).

Akıcı Konuşma Bozukluğu, sŕzel ifade esnasında akıcılıkta yaşanan bozulmadır. Konuşma esnasında beklenenden farklı olarak hız ve ritim gŕzlenmesi, hece, ses, sŕzcũk ve ya sŕzcũk ŕbeęi tekrar etmeleri, uzatmalar veyahut bloklar şeklinde konuşma akışında kesinti olması olarak sŕz edebiliriz. (MEB, 2008).

1.6. EBEVEYN DUYGU DURUMLARI

1.6.1. Depresyon

Depresyon enerjisizlik, sũrekli ũzũntũlũ olma, gũnlũk hayattan tat alamama, haz alamama, uykuda bozulmalar, yemek yemede bozulmalar, kendilik dũzenlemesinde

bozulmalar şeklinde ilk bakışta kendini belli eden bir durumdur. (Williams, 1994). Bu belirtilerin uzaması ve bireyin mesleki, sosyal ya da bireysel yaşantısını olumsuz ölçüde etkiliyor olması halinde bir ruh hali bozukluğu olarak değerlendirilerek DSM kategorilerine göre ele alınır. (Budak, 2005).

Dünya çapında kadınlar da %30 oranında, erkeklerde ise %12.6'sında depresyon ile ilişkili rahatsızlıklar görülmektedir. Ayrıca, kadınlar da 1/5, erkeklerde 1/9 oranında hayat boyu depresyon gözlenmekte olduğu bildirilmiştir. (WHO, 2006).

Depresyonda görülen belirtiler ve sonuçlar bireyi etkiliyor olsa da kişinin etrafındaki insanları da olumsuz anlamda etkiler. Bu sebeple, depresyonu olan bir ebeveynin çocuğu da anne ya da babasıyla birlikte bu süreci yaşamaktadır. Bu hal, çocuk için psikopatoloji ve diğer problemlere yönelik olarak risk teşkil etmektedir. (Downey ve Coyne, 1990; Beardslee ve ark., 1998a; Goodman ve Gotlib, 1999; Lovejoy ve ark., 2000).

Anne babanın birinde veyahut her ikisi birden depresyon da olan çocukların, hayatlarının ilerleyen dönemlerinde türlü uyum ve davranış problemlerinin yanısıra, ilk olarak depresyon görülmek üzere, önemli psikolojik problemler geliştirmektedirler. (Beardslee ve ark., 1998a; Radke-Yarrow, 1998).

1.6.2. Kaygı

Bir canlı olarak insanın yaşabileceği duygulardan en acı olanı anksiyetedir. (Geçtan,2002) Bireyin bir uyararla karşılaştığında yaşadığı duygusal, fiziksel ve zihinsel değişimlerle kendisini belli eden bir uyarılmışlık halidir. (Taş, 2006)

Endişe kavramı yüzyılın ilk yarısında ruhbilimi alanına giriş yapmış ve araştırmalar, çalışmalar 1940'ların sonunda yapılmaya başlanmıştır. (Köknal, 1988). Kişiler arası ilişkiyi tanımış olan Sullivan, kaygının anne ve çocuk arasındaki ilişkiden etkilenmediğini ileri sürmüştür. (Nazlı, 2014)

Kaygı esnasında göğüste ağrı, sızı, baş dönmesi, çarpıntı, bulanık görme, bayılma hissi, uyuşma, halsizlik, mide bulantısı, fazla idrara çıkma, ateş basması, ağızda kuruma, karın ağrısı, ishal, terleme, ellerin buz gibi olması, nefes almakta güçlük ve aşırı hızlı bir şekilde nefes alıp verme gibi fiziksel belirtiler görülebilir. (Burkovik, 2013)

Endişe belirtileri çoğu zaman gerçeğe uygun olarak yorumlanmaktadır. Başka bir ifadeyle ego-distonik özelliğindedir. Bireyler, genelde bununla baş edebilmek adına kendi bilgi ve becerileriyle uğraşır, problemi halletmekte güçlük yaşadıklarında ya da sosyal hayatlarının sınırlandırılması halinde tedavi için başvurma yoluna giderler. (Hales ve Hales, 1995).

II. ÇOCUKLARIN GELİŞİM ÖZELLİKLERİ

Çalışmamızın kapsamında bulunan 3-6 yaş arası dönemdeki çocukların gelişim özellikleri ele alınacaktır. Bu yaş aralığında bulunan çocukların gelişim özellikler oldukça çeşitli olmakla beraber, yıllar içerisinde uzmanlar tarafından belirlenen her yaşa özgü farklı özellikler vardır.

ÜÇ YAŞ DÖNEMİ GELİŞİM ÖZELLİKLERİ

Üç yaş itibariyle oyun çağına girmiş olan çocuk, motor yeteneklerinin gelişmesi ile beraber çevre üzerinde hakimiyet kurmakta ve git gide genişletmektedir. Kendinden bağımsız olan bir dünyanın farkındalığını kazanmış ve o dünyada bir kişi olduğunu kabul etmektedir. Ayrıca bu dönemde en önemlisi benlik, cinsiyet duygusu geliştirmeye yönelik adım atmaya başlamaktadır. (Yavuzer, 2010).

Bu yaşta çocuklar büyümeyle birlikte diğer çocuklarla olan ilişkilerininide geliştirir. Buna rağmen oldukça bencildir ve paylaşmak nedir bilmez. İsteklerinde ısrarcı davranabilir ve sabır gösteremez. Bu dönem için olumsuzluk dönemi diye nitelendirilir. (Ülgen ve Fidan, 1997).

Üç yaşın sonlarına doğru çocuk birşeyleri alıp verme ve paylaşma daha istekli bir hale gelir. Büyüklere ufak tefek işler için yardım etmeye başlar. Çevresinde olup biten işlerle ilgilenir. Sosyal ilişkilerinde sınırları fark etme ve sosyal kişiliğini kazanma dönemi başlar. Duygularını daha rahat denetim altında tutmaya başlar. (Tür, 1997).

DÖRT YAŞ DÖNEMİ GELİŞİM ÖZELLİKLERİ

Dört yaş dönemi çocukları isteklerinin hemen yerine getirilmemesini daha anlayışlı bir şekilde karşılamasını öğrenmeye başlar. Kendi dışında varolan dünyanın kendine ait kuralları olduğu ve başka insanların haklarının ya da isteklerinin

olabileceğini görür ve bekleyebilir. Burada en önemli ilke, çocuğun isteklerinden bazılarına er ya da geç kavuşabileceğine inanmasıdır. (Yavuzer, 2010).

Aynı dönem içerisinde çocukların akranlarıyla olan ilişkilerinde de değişiklikler görülür. Cinsiyet ayrımı gözetmeden oynadıkları dönemden hem cinsleriyle oynamayı tercih ettikleri bir sürece geçebilirler. Arkadaşlarının kullandıkları sözcüklerden, davranışlarından etkilenebilirler. Bu yaşlarda çocukların arkadaşlık ilişkileri kuvvetli bağlılıklara dönüşebilir. (Meurling ve ark., 1999).

BEŞ YAŞ DÖNEMİ GELİŞİM ÖZELLİKLERİ

Arkadaş seçimlerini kendi yapmayı seçen beş yaş çocuğu grup oyunlarını tercih edebilir. Yetişkin ya da kendinden büyük çocuklarla olmaksızın yaşlıları ile birlikte olmaktan zevk alırlar. Çevresini genişletmeye istekli bu çocuklar için okul öncesi kurumlar uygun olabilir. (Anlar ve ark., 2008).

Daha olgun ve daha bilgili görünen çocuk, çevresine dostça bir tutum içerisinde. Dengeli ve yeterli oluşları en belirgin özelliği denilebilir. Becerilerinden en iyi şekilde yararlanmayı ister. Aile, okul ve topluma bariz şekilde uyumu artmıştır. Sonuç olarak bu yaş döneminde çocuk, bireysel ve toplumsal ilişkilerin, motor dengenin, benlik kavramının; okulda, evde ve toplum içerisinde uyumun daha belirgin olduğu görülür. (Yavuzer, 2010).

Duygusal yönden her ne kadar dengeli görülseler de beş yaşındaki bu çocuklar ara ara kaybolmaktan, karanlıktan vb. korkabilir ve korkularının nedenlerini anlatmaktan çekinebilirler. (Oktay, 2002).

ALTI YAŞ DÖNEMİ GELİŞİM ÖZELLİKLERİ

Okul öncesi dönemde son, okul döneminde ise başlangıç aşaması olan bu dönem oldukça kritiktir. Beş yaşta var olan rahatlık, uyumluluk, sakinlik yerine uyumsuz ve daha hareketli olabilen bir çocuk olmaya başladığı dikkat çekmektedir. (Oktay, 2002).

Kız ve erkek çocuklarının ilgi ve oyun alanlarında farklılıklar göze çarpmaktadır. Ancak her ikisi de yeni şeyler denemeyi, oyunlar keşfetmeyi, grup oyunları ve hayali rollere bürünmekten hoşlanırlar. Dikkat sürelerinin daha uzun olduğu bu dönemde söylenenleri dikkatli bir biçimde dinleyebilir, bazı sorumluluklaar alabilirler. (Yavuzer, 2010).

Kendi gözleri ile görmeyi ve deneyerek öğrenmeyi istediği bir dönemdedir. Bu evrede çocuk etrafını bir bütün olarak algılamaktadır. Heyecan ve duygularının etkisiyle yargılara varabilen altı yaş çocuğu olayları nesnel açıdan eleştirmez. Bu evrenin sonlarına doğru kusurlarını fark etmeye ve eleştirmeye başlayabilir. (Anlar ve ark., 2008).

İİİ. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi Çocuk ve Ergen Kliniğinde tedavi gören çocuklar oluşturmaktadır. Araştırma bu evrenden seçilen 3-6 yaş arası Kaygı, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Davranım bozukluğu, Yaygın Gelişimsel Bozukluk ve Akıcı Dil Bozukluğu tanısı almış 152 çocuktan oluşmaktadır.

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama aracı olarak dosya tarama methodu kullanılmıştır. Çocukların demografik bilgileri, hiperaktivite belirti takip formu, Conner's aile değerlendirme formu, anne-baba depresyon ve anksiyete bilgileri alınmıştır.

3.2.1. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (BAÖ)

Bireylerin kaygı belirti sıklığını ve derecesini ölçen bir envanterdir. A.T.Beck tarafından 1988 geliştirilen test, 1996 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Bireysel ya da grup olarak uygulanabilen bir kağıt kalem testidir. Ölçek 21 sorudan oluşmaktadır. Maddeler 0 ila 3 puan arasındadır. Puanlar toplanarak anksiyete puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek skor 63'tür. Puanın yüksekliği kaygının şiddeti hakkında bilgi verir. (Öner, 1994) 8 ile 15 aralığı hafif düzeyi, 16 ile 25 orta düzeyi, 26 ile 63 aralığı ise şiddetli düzeyi göstermektedir.

3.2.2. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

Bireylerin depresyon düzeyleri ve depresyonda görülmekte olan duygusal, güdüsel ve bilişsel alanda ortaya çıkan belirtileri ölçen bir envanterdir. A.T.Beck tarafından 1972 de geliştirilen test, 1980 yılında Buket Teğın tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Bireysel ya da grup olarak uygulanabilen bir kağıt kalem testidir. Ölçek 21 sorudan oluşmaktadır. Kişiden son bir hafta içerisinde kendisini nasıl hissettiğini ifade eden en iyi maddeyi seçmesi istenir. Maddeler 0 ila 3 puan arasındadır. Puanlar toplanarak depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek skor 63'tür. Puanın yüksekliği depresyonun yüksekliği hakkında bilgi verir. (Öner, 1994) 0 ile 9 aralığı depresyon belirtisine rastlanmadığı, 10 ile 16 aralığı hafif düzeyde, 17 ile 29 orta düzeyde, 30 ile 63 aralığı ise şiddetli depresif belirtileri göstermektedir.

3.2.3. CONNERS ANA BABA DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (CDÖ)

Bir çok farklı ülkede davranış problemlerini değerlendirmede sıklıkla kullanılan ölçeklerin başında Connors Ana Baba Derecelendirme Ölçeği gelmektedir. İlk başta 'hiperkinesis'li çocuklarda kullanılan ilaç çalışmalarında kullanılmak üzere geliştirilmiştir. (Connors 1969, 1970, 1973; Goyette ve ark. 1978). Uygulanması basit ve kısa sürede olan bu ölçek, bütçenin ve zamanın önem arz ettiği durumlarda kullanıma uygun hale getirmektedir. Anne ve babaların gözlemleri temelinde çocuklarını davranışsal yönden değerlendirmeleri amacıyla C. Keith Connors tarafından hazırlanmış olup, 48 sorudan oluşmaktadır. Psikosomatik problemler ve bunaltı, davranım ve öğrenme problemleri ve hiperaktivite ile ilgili maddeler içeriğinde bulunmaktadır. Çiğdem Dereboy tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Türkçeye uyarlama esnasında içeriğin özgün form ile tam anlamıyla uyuşamadığı gözlenmiştir. Bu sebeple alt ölçeklerin Türkçe kullanımı amacıyla uyarlanması kararlaştırılmıştır. Bu çözümlenmeler sonucunda beş faktörlü bir yapı oluşmuştur. Davranım sorunu, öğrenme sorunu, kaygı, psikosomatik ve ataklık/hiperaktivite olarak oluşturulmuştur.

3.2.4. HİPERAKTİVİTE BELİRTİ TAKİP FORMU

Çocukların hiperaktivitesini ölçmeye yönelik tasarlanmış bir testtir. Ölçeğe ait geçerlilik ve güvenilirlik olmadığı için bu çalışma içerisinde değerlendirme dışı bırakılmıştır.

IV. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizlere yer verilmiştir. İlk bölümde katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bulgular ve klinik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. İkinci bölümde demografik ve klinik özelliklere göre, veri toplama araçlarından alınan puanlardan elde edilen kategorik değişkenlerin dağılımları yer almaktadır. Üçüncü bölümde demografik ve klinik özelliklere göre, veri toplama araçlarından alınan puanların karşılaştırıldığı istatistiksel analiz bulguları yer almaktadır. Dördüncü bölümde ise korelasyon hesaplamalarına yer verilmiştir.

4.1. ÇOCUKLARIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Tablo 1’de çocukların demografik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Kız çocuklarının annelerinin %19,3’ü ilköğretim, %31,6’sı lise, %3,5’i önlisans ve %45,6’sı lisans mezunuyken, babalarının %19,3’ü ilköğretim, %19,3’ü lise, %61,4’ü lisans mezunudur. Erkek çocukların annelerinin %18,9’u ilköğretim, %28,4’ü lise, %4,1’i ön lisans ve %41,2’si lisans mezunuyken, babalarının %18,6’sı ilköğretim, %25,3’ü lise, %4,2’si ön lisans, %51,6’sı lisan mezunudur.

Yaş gruplarına bakıldığında, kız çocuklarının %35,1’i 3 ve 4 yaş grubunda, %33,3’ü 5 yaş grubunda ve %31,6’sı 6 yaş grubunda yer almaktadır. Erkek çocuklarının ise %23,2’si 3 ve 4 yaş grubunda, %33,7’si 5 yaş grubunda ve %43,2’si 6 yaş grubunda yer almaktadır.

Tablo 1. Çocukların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

	Kız		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Anne Eğitimi						
İlköğretim	11	19,3	18	18,9	29	19,1
Lise	18	31,6	27	28,4	45	29,6
Ön lisans	2	3,5	4	4,1	6	3,9
Lisans	26	45,6	40	42,1	66	43,4
Baba Eğitimi						
İlköğretim	11	19,3	18	18,9	29	19,1
Lise	11	19,3	24	25,3	35	23,0
Ön lisans	0	0,0	4	4,2	4	2,6
Lisans	35	61,4	49	51,6	84	55,3
Yaş						
3 ve 4 Yaş	20	35,1	22	23,2	42	27,6
5 Yaş	19	33,3	32	33,7	51	33,6
6 Yaş	18	31,6	41	43,2	59	38,8
Toplam	57	100,0	95	100,0	152	100,0

Yaş		ss		ss		ss
3 ve 4 Yaş	3,60	0,447	3,25	0,593	3,42	0,551
5 Yaş	4,82	0,248	4,81	0,246	4,81	0,244
6 Yaş	5,81	0,251	5,88	0,217	5,86	0,228
Toplam	4,70	0,968	4,91	1,084	4,83	1,044

Tablo 2’de çocukların aldıkları tanılara göre dağılımları verilmiştir. Kız çocuklarının %24,6’sı Davranım bozukluğu (DB), %14’ü Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), %10,5’i Yaygın Gelişimsel Bozukluk (YGB), %35,1’i Anksiyete Bozukluğu (AB), %15,8’i Akıcı Konuşma Bozukluğu (AKB) tanısı alırken, erkek çocuklarının %16,8’i Davranım Bozukluğu (DB), %24,2’si Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), %31,6’sı Yaygın Gelişimsel Bozukluk (YGB), %14,7’si Anksiyete Bozukluğu (AB), %12,6’sı Akıcı Konuşma Bozukluğu (AKB) tanısı almışlardır.

Tablo 2. Çocukların Aldıkları Tanılara Göre Dağılımı

Tanı	Kız		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
DB	14	24,6	16	16,8	30	19,7
DEHB	8	14,0	23	24,2	31	20,4
YGB	6	10,5	30	31,6	36	23,7
AB	20	35,1	14	14,7	34	22,4
AKB	9	15,8	12	12,6	21	13,8
Toplam	57	100,0	95	100,0	152	100,0

Tablo 3'te davranış bozuklukları grubunda yer alan çocukların alt tanılarına göre dağılımları verilmiştir. Davranış Bozukluğu tanısı grubunda yer alan kız çocuklarının %21,4'ü Tik, %7,1'i Bipolar bozukluk, %64,3'ü Davranış bozukluğu, %7,1'i Dürtü Bozukluğu tanısı alırken, erkek çocuklarının %12,5'i Tik, %75'i Davranış Bozukluğu, %12,5'i Dürtü bozukluğu tanısı almıştır.

Tablo 3. Davranış Bozuklukları Başlığı Altında Toplanan Çocukların Tanılarına Göre Dağılımları

Davranış Bozukluğu	Kız		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Tik	3	21,4	2	12,5	5	16,7
Bipolar Bozukluk	1	7,1	0	0,0	1	3,3
Davranım Bozukluğu	9	64,3	12	75,0	21	70,0
Dürtü Bozukluğu	1	7,1	2	12,5	3	10,0
Toplam	14	100,0	16	100,0	30	100,0

Tablo 4'te anksiyete bozuklukları grubunda yer alan çocukların alt tanılarına göre dağılımları verilmiştir. Anksiyete Bozuklukları tanı grubundaki kız çocuklarının %5'i OKB, %85'i Anksiyete, %10'u Yaygın Anksiyete tanısı alırken, erkek çocuklarının %14,3'ü OKB, %78,6'sı Anksiyete, %7,1'i Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı almışlardır.

Tablo 4. Anksiyete Bozuklukları Grubunda Yer Alan Çocukların Tanılarına Göre

Anksiyete Bozukluğu	Kız		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
OKB	1	5,0	2	14,3	3	8,8
Anksiyete	17	85,0	11	78,6	28	82,4
Yaygın Anksiyete	2	10,0	1	7,1	3	8,8
Toplam	20	100,0	14	100,0	34	100,0

Dağılımları

4.2. PSİKOLOJİK BELİRTİ DÜZEYLERİNE GÖRE ÇOCUKLARIN ALDIKLARI TANILAR

4.2.1. ANNE VE BABALARIN PSİKOLOJİK BELİRTİ DÜZEYLERİNE GÖRE ÇOCUKLARIN ALDIKLARI TANILARIN DAĞILIMI

Tablo 5'te anne ve babaların çocukların aldıkları tanılara göre anksiyete düzeylerine ilişkin dağılımları verilmiştir. Annelerin anksiyete düzeylerine göre çocukların aldıkları tanıların dağılımı arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2=5,713$; $p=0,222$]. Babaların anksiyete düzeylerine göre çocukların aldıkları tanıların dağılımı arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2=9,013$; $p=0,061$].

Davranış Bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinin %60'ında ve babaların %36,7'sinde anksiyete belirtisi saptanmıştır. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinin %54,8'inde babaların %38,7'sinde anksiyete belirtisi saptanmıştır. Yaygın Gelişimsel Bozukluk tanısı alan çocukların annelerinin %58,3'ünde babalarının %19,4'ünde anksiyete belirtisi saptanmıştır. Anksiyete Bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinin %64,7'sinde babalarının %38,2'sinde anksiyete belirtisi saptanmıştır. Akıcı Konuşma Bozukluğu tanısı alan çocukların babalarının %33,3'ünde anksiyete babalarının %9,5'inde anksiyete belirtisi saptanmıştır.

Tablo 5. Anne ve Babaların Anksiyete Düzeylerine Göre Çocuklarının Aldıkları Tanıların Dağılımı

		DB	DEHB	YGB	AB	AKB	Toplam
Anne Anksiyete							
Yok	n	12	14	15	12	14	67
	%	40,0	45,2	41,7	35,3	66,7	44,1
Var	n	18	17	21	22	7	85
	%	60,0	54,8	58,3	64,7	33,3	55,9
Baba Anksiyete							
Yok	n	19	19	29	21	19	107
	%	63,3	61,3	80,6	61,8	90,5	70,4
Var	n	11	12	7	13	2	45
	%	36,7	38,7	19,4	38,2	9,5	29,6
Toplam	n	30	31	36	34	21	152
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tablo 6’da anne ve babaların çocukların aldıkları tanılara göre depresyon düzeylerine ilişkin dağılımları verilmiştir. Annelerin depresyon düzeylerine göre çocukların aldıkları tanıların dağılımı arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2=9,660$; $p=0,352$]. Babaların depresyon düzeylerine göre çocukların aldıkları tanıların dağılımı arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2=8,930$; $p=0,530$].

Davranış bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinin %63,3'ünde ve babaların %26,7'sinde depresyon belirtisi saptanmıştır. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinin %35,5'inde ve babalarının %35,5'inde depresyon belirtisi saptanmıştır. Yaygın Gelişimsel Bozukluk tanısı alan çocukların annelerinin %66,7'sinde ve babalarının %44,4'ünde depresyon belirtisi saptanmıştır. Anksiyete bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinin %52,9'unda ve babalarının %41,2'sinde depresyon belirtisi saptanmıştır. Akıcı konuşma bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinin %38,1'inde ve babalarının %9,5'inde depresyon belirtisi saptanmıştır.

Tablo 6. Anne ve Babaların Depresyon Düzeylerine Göre Çocuklarının Aldıkları Tanıların Dağılımı

		DB	DEHB	YGB	AB	AKB	Toplam
Anne Depresyon							
Yok	n	11	20	12	16	13	72
	%	36,7	64,5	33,3	47,1	61,9	47,4
Var	n	19	11	24	18	8	80
	%	63,3	35,5	66,7	52,9	38,1	52,6
Baba Depresyon							
Yok	n	22	20	20	20	19	101
	%	73,3	64,5	55,6	58,8	90,5	66,4

Var	n	8	11	16	14	2	51
	%	26,7	35,5	33,4	41,2	9,5	33,6
Toplam	n	30	31	36	34	21	152
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

4.2.2. ÇOCUKLARIN, EBEVEYNLERİ TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLEN PSİKOLOJİK BELİRTİ DÜZEYLERİNE GÖRE ALDIKLARI TANILARIN DAĞILIMI

Tablo 7’de çocukların tanılarına göre, anne ve babalarının çocukları için hiperaktivite belirti değerlendirmelerine ilişkin dağılımlar verilmiştir. Çocukların aldıkları tanılarına göre annelerin çocuklarıyla ilgili hiperaktivite değerlendirmelerine ilişkin dağılımlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2=13,080$; $p=0,011$]. Çocukların aldıkları tanılarına göre babaların çocuklarıyla ilgili hiperaktivite değerlendirmelerine ilişkin dağılımlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2=15,519$; $p=0,004$]. Ki-kare analizi farkın kaynağını gösteremediğinden analiz sonucunda tespit edilen dağılımlar aşağıdaki gibidir:

Tablo 7. Çocukların Tanılarına Göre Anne ve Babaların Çocukları İçin Hiperaktivite Belirti Değerlendirmeleri

		DB	DEHB	YGB	AB	AKB	Toplam
Annenin Çocuk İçin Hiperaktivite Belirtileri Değerlendirmesi							
Yok	n	11	9	18	18	16	72
	%	36,7	29,0	50,0	52,9	76,2	47,4
Var	n	19	22	18	16	5	80
	%	63,3	71,0	50,0	47,1	23,8	52,6
Babanın Çocuk İçin Hiperaktivite Belirtileri Değerlendirmesi							
Yok	n	15	15	21	13	19	83
	%	50,0	48,4	58,3	38,2	90,5	54,6
Var	n	15	16	15	21	2	69
	%	50,0	51,6	41,7	61,8	9,5	45,4

Davranış Bozukluğu tanısı alan çocukların %63,3'ünün annelerinin ve %50'sinin babalarının doldurdıkları Hiperaktivite Belirti Takip Formunda çocuklarının hiperaktivite belirtileri gösterdikleri bulunmuştur.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan çocukların %71'inin annelerinin ve %51,6'sının babalarının doldurdıkları Hiperaktivite Belirti Takip Formunda çocuklarının hiperaktivite belirtileri gösterdikleri bulunmuştur.

Yaygın gelişimsel bozukluk tanısı alan çocukların %50'sinin annelerinin ve %41,7'sinin babalarının doldurdıkları Hiperaktivite Belirti Takip Formunda çocuklarının hiperaktivite belirtileri gösterdikleri bulunmuştur.

Anksiyete bozuklukları tanısı alan çocukların %47,1'inin annelerinin ve %61,8'inin babalarının doldurdıkları Hiperaktivite Belirti Takip Formunda çocuklarının hiperaktivite belirtileri gösterdikleri bulunmuştur.

Akıcı Konuşma Bozukluğu tanısı alan çocukların %23,8'inin annelerinin ve %9,5'inin babalarının doldurdıkları Hiperaktivite Belirti Takip Formunda çocuklarının hiperaktivite belirtileri gösterdikleri bulunmuştur.

Tablo 8'de çocukların tanılarına göre, anne ve babalarının çocukları için CADF Davranım Sorunu değerlendirmelerine ilişkin dağılımlar verilmiştir. Çocukların aldıkları tanılarına göre annelerin çocuklarıyla ilgili davranım sorunu değerlendirmelerine ilişkin dağılımlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2=2,807$; $p=0,591$]. Çocukların aldıkları tanılarına göre babaların çocuklarıyla ilgili davranım sorunu değerlendirmelerine ilişkin dağılımlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2=0,575$; $p=0,966$]. Analiz sonucunda tespit edilen dağılımlar aşağıdaki gibidir:

Davranış Bozukluğu tanısı alan çocukların %10'unun annelerinin ve %3,3'ünün babalarının doldurdıkları CADF Davranım Sorunu Forumunda çocuklarının davranım sorunları gösterdikleri bulunmuştur.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan çocukların %3,2'sinin annelerinin ve %3,2'sinin babalarının doldurdıkları CADF Davranım Sorunu Forumunda çocuklarının davranım sorunları gösterdikleri bulunmuştur.

Yaygın Gelişimsel Bozukluk tanısı alan çocukların %5,6'sının annelerinin ve %2,8'inin babalarının doldurdıkları CADF Davranım Sorunu Forumunda çocuklarının davranım sorunları gösterdikleri bulunmuştur.

Anksiyete Bozuklukları tanısı alan çocukların %5,9'unun annelerinin ve %5,9'unun babalarının doldurdıkları CADF Davranım Sorunu Forumunda çocuklarının davranım sorunları gösterdikleri bulunmuştur.

Akıcı Konuşma Bozukluğu tanısı alan çocukların %0'ının annelerinin ve %4,8'inin babalarının doldurdıkları CADF Davranım Sorunu Forumunda çocuklarının davranım sorunları gösterdikleri bulunmuştur.

Tablo 8. Çocukların Tanılarına Göre Anne ve Babaların Çocukları İçin CADF Davranım Sorunu Değerlendirmeleri

		DB	DEHB	YGB	AB	AKB	Toplam
Annenin Çocuk İçin CADF Davranım Sorunu Değerlendirmesi							
Yok	n	27	30	34	32	21	144
	%	90,0	96,8	94,4	94,1	100,0	94,7
Var	n	3	1	2	2	0	8
	%	10,0	3,2	5,6	5,9	0,0	5,3
Babanın Çocuk İçin CADF Davranım Sorunu Değerlendirmesi							
Yok	n	29	30	35	32	20	146
	%	96,7	96,8	97,2	94,1	95,2	96,1
Var	n	1	1	1	2	1	6
	%	3,3	3,2	2,8	5,9	4,8	3,9

Tablo 9’da çocukların tanılarına göre, anne ve babalarının çocukları için CADF Ataklık/Hiperaktivite Sorunu değerlendirmelerine ilişkin dağılımlar verilmiştir. Çocukların aldıkları tanılara göre annelerin çocuklarıyla ilgili ataklık/hiperaktivite sorunu değerlendirmelerine ilişkin dağılımlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2=9,038$; $p=0,060$]. Çocukların aldıkları tanılara göre babaların çocuklarıyla ilgili ataklık/hiperaktivite sorunu değerlendirmelerine ilişkin dağılımlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2=12,140$; $p=0,016$]. Ki-kare analizi farkın kaynağını gösteremediğinden analiz sonucunda tespit edilen dağılımlar aşağıdaki gibidir:

Davranış Bozukluğu tanısı alan çocukların %50’sinin annelerinin ve %50’sinin babalarının doldurdukları CADF Ataklık/Hiperaktivite Sorunu Forumunda çocuklarının davranım sorunları gösterdikleri bulunmuştur.

Tablo 9. Çocukların Tanılarına Göre Anne ve Babaların Çocukları İçin CADF Ataklık / Hiperaktivite Değerlendirmeleri

		DB	DEHB	YGB	AB	AKB	Toplam
Annenin Çocuk İçin CADF Ataklık/Hiperaktivite Sorunu Değerlendirmesi							
Yok	n	15	11	18	20	16	80
	%	50,0	35,5	50,0	58,8	76,2	52,6
Var	n	15	20	18	14	5	72
	%	50,0	64,5	50,0	41,2	23,8	47,4
Babanın Çocuk İçin CADF Ataklık/Hiperaktivite Sorunu Değerlendirmesi							

Yok	n	15	11	20	14	17	77
	%	50,0	35,5	55,6	41,2	81,0	50,7
Var	n	15	20	16	20	4	75
	%	50,0	64,5	44,4	58,8	19,0	49,3

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan çocukların %64,5'inin annelerinin ve %64,5'inin babalarının doldurdukları CADF Ataklık/Hiperaktivite Sorunu Forumunda çocuklarının davranım sorunları gösterdikleri bulunmuştur.

Yaygın Gelişimsel Bozukluk tanısı alan çocukların %50'sinin annelerinin ve %44,4'ünün babalarının doldurdukları CADF Ataklık/Hiperaktivite Sorunu Forumunda çocuklarının davranım sorunları gösterdikleri bulunmuştur.

Anksiyete Bozuklukları tanısı alan çocukların %41,2'sinin annelerinin ve %58,8'inin babalarının doldurdukları CADF Ataklık/Hiperaktivite Sorunu Forumunda çocuklarının davranım sorunları gösterdikleri bulunmuştur.

Akıcı konuşma Bozukluğu tanısı alan çocukların %23,8'inin annelerinin ve %19'unun babalarının doldurdukları CADF Ataklık/Hiperaktivite Sorunu Forumunda çocuklarının davranım sorunları gösterdikleri bulunmuştur.

Tablo 10'da çocukların tanılarına göre, anne ve babalarının çocukları için CADF Öğrenme Sorunu değerlendirmelerine ilişkin dağılımlar verilmiştir. Çocukların aldıkları tanılarına göre annelerin çocuklarıyla ilgili öğrenme sorunu değerlendirmelerine ilişkin dağılımlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2=15,210$; $p=0,004$]. Çocukların aldıkları tanılarına göre babaların çocuklarıyla ilgili öğrenme sorunu değerlendirmelerine

ilişkin dağılımlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2=23,025$; $p=0,000$]. Ki-kare analizi farkın kaynağını gösteremediğinden analiz sonucunda tespit edilen dağılımlar aşağıdaki gibidir:

Davranış Bozukluğu tanısı alan çocukların %46,7'sinin annelerinin ve %16,7'sinin babalarının doldurdukları CADF Öğrenme Sorunu Forumunda çocuklarının davranım sorunları gösterdikleri bulunmuştur.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan çocukların %45,2'sinin annelerinin ve %51,6'sinin babalarının doldurdukları CADF Öğrenme Sorunu Forumunda çocuklarının davranım sorunları gösterdikleri bulunmuştur.

Yaygın Gelişimsel Bozukluk tanısı alan çocukların %66,7'sinin annelerinin ve %38,9'unun babalarının doldurdukları CADF Öğrenme Sorunu Forumunda çocuklarının davranım sorunları gösterdikleri bulunmuştur.

Anksiyete Bozuklukları tanısı alan çocukların %14,7'sinin annelerinin ve %17,6'sının babalarının doldurdukları CADF Öğrenme Sorunu Forumunda çocuklarının davranım sorunları gösterdikleri bulunmuştur.

Akıcı Konuşma Bozukluğu tanısı alan çocukların %9,5'inin annelerinin ve %0'ının babalarının doldurdukları CADF Öğrenme Sorunu Forumunda çocuklarının davranım sorunları gösterdikleri bulunmuştur.

Tablo 10. Çocukların Tanılarına Göre Anne ve Babaların Çocukları İçin CADF Öğrenme Sorunu Değerlendirmeleri

DB	DEHB	YGB	AB	AKB	Toplam
----	------	-----	----	-----	--------

Annenin Çocuk İçin CADF Öğrenme Sorunu Değerlendirmesi

Yok	n	16	17	24	29	19	105
	%	53,3	54,8	66,7	85,3	90,5	69,1
Var	n	14	14	12	5	2	47
	%	46,7	45,2	33,3	14,7	9,5	30,9

Babanın Çocuk İçin CADF Öğrenme Sorunu Değerlendirmesi

Yok	n	25	15	22	28	21	111
	%	83,3	48,4	61,1	82,4	100,0	73,0
Var	n	5	16	14	6	0	41
	%	16,7	51,6	38,9	17,6	0,0	27,0

Tablo 11’de çocukların tanılarına göre, anne ve babalarının çocukları için CADF Kaygı Sorunu değerlendirmelerine ilişkin dağılımlar verilmiştir. Çocukların aldıkları tanılara göre annelerin çocuklarıyla ilgili kaygı sorunu değerlendirmelerine ilişkin dağılımlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2=8,964$; $p=0,062$]. Çocukların aldıkları tanılara göre babaların çocuklarıyla ilgili kaygı sorunu değerlendirmelerine ilişkin dağılımlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2=2,071$; $p=0,723$]. Ki-kare analizi farkın kaynağını gösteremediğinden analiz sonucunda tespit edilen dağılımlar aşağıdaki gibidir:

Tablo 11. Çocukların Tanılarına Göre Anne ve Babaların Çocukları İçin CADF Kaygı Sorunu Değerlendirmeleri

		DB	DEHB	YGB	AB	AKB	Toplam
Annenin Çocuk İçin CADF Kaygı Sorunu Değerlendirmesi							
Yok	n	11	21	18	20	15	85
	%	36,7	67,7	50,0	58,8	71,4	55,9
Var	n	19	10	18	14	6	67
	%	63,3	32,3	50,0	41,2	28,6	44,1
Babanın Çocuk İçin CADF Kaygı Sorunu Değerlendirmesi							
Yok	n	17	15	20	17	14	83
	%	56,7	48,4	55,6	50,0	66,7	54,6
Var	n	13	16	16	17	7	69
	%	43,3	51,6	44,4	50,0	33,3	45,4

Davranış Bozukluğu tanısı alan çocukların %63,3'ünün annelerinin ve %43,3'ünün babalarının doldurdukları CADF Kaygı Sorunu Forumunda çocuklarının davranım sorunları gösterdikleri bulunmuştur.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan çocukların %32,3'ünün annelerinin ve %51,6'sının babalarının doldurdukları CADF Kaygı Sorunu Forumunda çocuklarının davranım sorunları gösterdikleri bulunmuştur.

Yaygın Gelişimsel Bozukluk tanısı alan çocukların %50'sinin annelerinin ve %44,4'ünün babalarının doldurdukları CADF Kaygı Sorunu Forumunda çocuklarının davranım sorunları gösterdikleri bulunmuştur.

Anksiyete Bozuklukları tanısı alan çocukların %41,2'sinin annelerinin ve %50'sinin babalarının doldurdukları CADF Kaygı Sorunu Forumunda çocuklarının davranım sorunları gösterdikleri bulunmuştur.

Akıcı Konuşma Bozukluğu tanısı alan çocukların %28,6'sının annelerinin ve %33,3'ünün babalarının doldurdukları CADF Kaygı Sorunu Forumunda çocuklarının davranım sorunları gösterdikleri bulunmuştur.

4.3. ANNELERİN VE BABALARIN PSİKOLOJİK BELİRTİ DÜZEYLERİNİN ÇOCUKLARIN ÖZELLİKLERİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 12'de anne ve babaların çocuklarının yaş gruplarına göre psikolojik belirti düzeylerine ilişkin ortalama ve standart sapmalar verilmiştir. Çocukların yaş gruplarına göre anne ve babaların psikolojik belirtileri ortalamaları varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Çocukların yaş gruplarına göre annelerin anksiyete düzeyleri arasında [F(2-149)=0,360; p>0,05]; annelerin depresyon düzeyleri arasında [F(2-149)=0,171; 35

$p>0,05$]; babaların kaygı düzeyleri arasında [$F(2-149)=1,598$; $p>0,05$] ve babaların depresyon düzeyleri arasında [$F(2-149)=0,309$; $p>0,05$] anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 12. Anne ve Babaların Çocuklarının Yaş Gruplarına Göre Psikolojik Belirti Düzeylerine İlişkin Ortalama ve Standart Sapmalar

Psikolojik Belirti	Yaş Grubu	N	Anne		Baba	
			Ortalama	ss	Ortalama	ss
Anksiyete	3 ve 4 yaş	42	11,71	10,630	4,81	5,138
	5 yaş	51	10,67	8,959	7,43	8,269
	6 yaş	59	12,29	10,528	7,08	8,367
	Toplam	152	11,59	10,016	6,57	7,610
Depresyon	3 ve 4 yaş	42	12,81	7,671	8,29	5,348
	5 yaş	51	12,02	9,019	7,88	7,717
	6 yaş	59	11,90	7,660	8,97	8,126
	Toplam	152	12,19	8,099	8,41	7,285

Tablo 13'te anne ve babaların çocuklarının aldıkları tanılara göre psikolojik belirti düzeylerine ilişkin ortalama ve standart sapmalar verilmiştir. Çocukların

tanılarına göre anne ve babaların psikolojik belirti ortalamaları varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Çocukların tanılarına göre annelerin anksiyete ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(4-147)=3,327; p<0,05]. Farkın kaynağının tespit edilebilmesi amacıyla yapılan Tukey testinde Davranış Bozuklukları tanısı alan çocuklarla Akıcı Konuşma Bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinin anksiyete düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p=0,005). Davranış Bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinin anksiyete ortalamaları (=15,93) Akıcı Konuşma Bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinin anksiyete ortalamalarından (=6,14) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer tanı gruplarına göre annelerin anksiyete ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çocukların tanılarına göre annelerin depresyon ortalamaları arasında [F(4-147)=2,780; p>0,05]; babaların anksiyete ortalamaları arasında [F(4-147)=1,646; p>0,05] ve babaların depresyon ortalamaları arasında [F(4-147)=1,421; p>0,05] anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 13. Anne ve Babaların Çocuklarının Aldıkları Tanılara Göre Psikolojik Belirti Düzeylerine İlişkin Ortalama ve Standart Sapmalar

Psikolojik Belirti	Çocuğun Tanısı	N	Anne		Baba	
			Ortalama	ss	Ortalama	ss
Anksiyete	DB	30	15,93	12,506	6,77	7,016
	DEHB	31	10,26	8,881	7,65	8,815
	YGB	36	11,69	9,399	5,44	7,237
	AB	34	12,21	9,862	8,41	8,890
	AKB	21	6,14	5,859	3,67	2,921
	Toplam	152	11,59	10,016	6,57	7,610

Depresyon	DB	30	14,53	9,996	7,60	5,887
	DEHB	31	10,16	7,751	8,74	8,629
	YGB	36	14,39	7,643	9,30	6,773
	AB	34	11,65	7,781	9,74	8,915
	AKB	21	8,95	4,832	5,43	3,515
	Toplam	152	12,19	8,099	8,41	7,285

4.4. ANNE VE BABALARIN DOLDURDUĞU EBEVEYN SORUN DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİNDEN ELDE EDİLEN PUANLARIN ÇOCUKLARIN ÖZELLİKLERİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

4.4.1. ÇOCUKLARIN YAŞ GRUPLARINA GÖRE EBEVEYN SORUN DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİNDEN ALDIKLARI PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 14’de çocukların yaş gruplarına göre anne ve babaların çocuklarına ilişkin sorun değerlendirme ortalamaları ve standart sapmaları verilmiştir. Çocukların yaş gruplarına göre anne ve babaların çocuklarına ilişkin sorun değerlendirme ortalamaları varyans analizi ile karşılaştırılmıştır.

Çocukların yaş gruplarına göre anne [$F(2-149)=0,638$; $p>0,05$] ve babaları [$F(2-149)=1,711$; $p>0,05$] tarafından değerlendirilen Hipeaktivite Belirtileri ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Anne değerlendirmelerine bakıldığında, çocukların yaş gruplarına göre CADF davranım sorunu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır [$F(2-149)=0,555$; $p>0,05$]. Aynı şekilde anne değerlendirmelerine bakıldığında çocukların yaş gruplarına göre CADF ataklık/hiperaktivite davranım sorunu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır [$F(2-149)=2,409$; $p>0,05$].

Anne değerlendirmelerinde bakıldığında Çocukların yaş gruplarına göre CADF öğrenme sorunu ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir [$F(2-149)=4,456$; $p<0,05$]. Farkın kaynağının tespit edilebilmesi amacıyla yapılan Tukey testinde 3 ve 4 yaş grubu çocuklar ile 6 yaş grubu çocukların annelerinin CADF öğrenme sorunu değerlendirme ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,014$). 6 yaş grubu çocukların CADF öğrenme sorunu ortalamaları ($=5,25$) 3 ve 4 yaş grubu çocukların CADF öğrenme sorunu ortalamalarından ($=3,71$) anlamlı şekilde

yüksek bulunmuştur. Diğer yaş gruplarına göre anne CADF öğrenme sorunu değerlendirmelerinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 14. Çocukların Yaş Gruplarına Göre Anne ve Babaların Çocuklarına İlişkin Sorun Değerlendirme Ortalamaları

Sorun	Yaş Grubu	N	Anne		Baba	
			ss	ss	ss	ss
	3 ve 4 yaş	42	14,64	5,373	13,43	4,379
Hiperaktivite	5 yaş	51	14,10	6,868	14,35	6,009
	6 yaş	59	15,83	6,563	15,37	5,105
	Toplam	152	15,26	6,344	14,49	5,273
	3 ve 4 yaş	42	6,24	5,006	4,92	3,439
Davranım Sorunu	5 yaş	51	7,43	6,586	7,57	6,880
	6 yaş	59	6,66	5,030	5,61	4,263
	Toplam	152	6,80	5,578	6,08	5,203
	3 ve 4 yaş	42	5,31	2,363	5,76	2,105
Ataklık /Hiperaktivite	5 yaş	51	6,06	2,671	6,08	2,305
	6 yaş	59	6,46	2,693	6,90	2,257
	Toplam	152	6,01	2,623	6,31	2,271
	3 ve 4 yaş	42	3,71	2,178	3,10	1,936
Öğrenme Sorunu	5 yaş	51	4,18	2,937	3,98	2,760

	6 yaş	59	5,25	2,801	5,25	2,202
	Toplam	152	4,47	2,755	4,23	2,488
	3 ve 4 yaş	42	7,45	3,858	6,55	3,677
Kaygı	5 yaş	51	7,96	4,285	7,71	3,754
	6 yaş	59	7,63	4,544	7,86	4,277
	Toplam	152	7,69	4,254	7,45	3,959

Babaların değerlendirmelerine bakıldığında, çocukların yaş gruplarına göre CADF davranım sorunu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [F(2-149)=3,467; p<0,05]. Farkın kaynağının tespit edilebilmesi amacıyla yapılan Tukey testinde 3 ve 4 yaş grubu çocuklar ile 5 yaş grubu çocukların babalarının yaptığı CADF davranım sorunu değerlendirme ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p=0,038). 5 yaş grubu çocukların CADF davranım sorunu ortalamaları (=7,57) 3 ve 4 yaş grubu çocukların CADF davranım sorunu ortalamalarından (=4,92) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çocukların yaş gruplarına göre CADF ataklık / hiperaktivite sorunu ortalamaları arasında anlamlı farklı bulunmuştur [F(2-149)=3,588; p<0,05]. Farkın kaynağının tespit edilebilmesi amacıyla yapılan Tukey testinde 3 ve 4 yaş grubu çocuklar ile 6 yaş grubu çocukların babalarının CADF ataklık / hiperaktivite sorunu değerlendirme ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p=0,034). 6 yaş grubu çocukların CADF ataklık /

hiperaktivite sorunu, ortalamaları (=6,90), 3 ve 4 yaş grubu çocukların CADF ataklık / hiperaktivite sorunu (=5,761) ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir.

Çocukların yaş gruplarına göre CADF öğrenme sorunu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [F(2-149)=10,882; p<0,05]. Farkın kaynağının tespit edilebilmesi amacıyla yapılan Tukey testinde 6 yaş grubu çocuklar ile 5 yaş grubu çocukların babalarının (p=0,014) ve 6 yaş grubu çocukların babaları ile 3 ve 4 yaş grubu çocukların babalarının (p=0,000) CADF öğrenme sorunu değerlendirme ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. 6 yaş grubu çocukların CADF öğrenme sorunu ortalamaları (=5,25) 5 yaş grubu çocukların CADF öğrenme sorunu ortalamalarından (=4,98) ve 3 ve 4 yaş grubu çocukların CADF öğrenme sorunu ortalamalarından (=3,10) anlamlı şekilde yüksektir.

4.4.2. ÇOCUKLARIN TANI GRUPLARINA GÖRE EBEVEYN SORUN DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİNDEN ALDIKLARI PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 15’de çocukların tanı gruplarına göre anne ve babaların çocuklarına ilişkin sorun değerlendirme ortalamaları ve standart sapmaları verilmiştir. Çocukların tanı gruplarına göre anne ve babaların çocuklarına ilişkin sorun değerlendirme ortalamaları varyans analizi ile karşılaştırılmıştır.

Çocukların tanı gruplarına göre anneleri tarafından değerlendirilen CADF Kaygı Sorunu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [F(2-147)=1,593; p>0,05]. Aynı şekilde çocukların tanı gruplarına göre anneleri tarafından değerlendirilen CADF Davranım Sorunu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [F(2-147)=2,504; p>0,05].

Anne değerlendirmelerine bakıldığında, çocukların tanı gruplarına göre Hiperaktivite Belirtileri ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(2-147)=2,646; p<0,05]. Farkın kaynağının tespit edilebilmesi amacıyla yapılan Tukey testinde AKB tanılı çocuklar ile DB tanılı çocukların annelerinin hiperaktivite değerlendirmeleri (p=0,032) ve AKB tanılı çocuklar ile DEHB tanılı çocukların annelerinin hiperaktivite değerlendirmeleri arasında anlamlı fark vardır. DB tanılı (=16,83) ve DEHB tanılı (=16,58) çocukların annelerinin çocuklarında gözlemediği hiperaktivite belirti düzeyi AKB tanılı (=11,67) çocukların annelerinin çocuklarında gözlemediği hiperaktivite belirti düzeyinden daha yüksektir.

Anne değerlendirmelerine bakıldığında, çocukların tanı gruplarına göre CADF Ataklık/Hiperaktivite sorunu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(2-147)=3,894; p<0,05]. Farkın kaynağının tespit edilebilmesi amacıyla yapılan Tukey testinde AKB tanılı çocuklar ile DB tanılı çocukların annelerinin CADF ataklık/hiperaktivite sorunu değerlendirmeleri (p=0,041) ve AKB tanılı çocuklar ile DEHB tanılı çocukların annelerinin CADF ataklık/hiperaktivite sorunu değerlendirmeleri (p=0,001) arasında anlamlı fark vardır. DB tanılı (=6,23) ve DEHB tanılı (=6,97) çocukların annelerinin çocuklarında gözlemediği CADF ataklık/hiperaktivite sorunu düzeyi AKB tanılı (=4,19) çocukların annelerinin çocuklarında gözlemediği CADF ataklık/hiperaktivite sorunu düzeyinden daha yüksektir.

Anne değerlendirmelerine bakıldığında, çocukların tanı gruplarına göre CADF Öğrenme sorunu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(2-147)=6,386; p<0,05]. Farkın kaynağının tespit edilebilmesi amacıyla yapılan Tukey testinde AKB tanılı çocuklar ile DB tanılı çocukların annelerinin CADF öğrenme sorunu değerlendirmeleri (p=0,007); AKB tanılı çocuklar ile DEHB tanılı çocukların annelerinin CADF öğrenme sorunu değerlendirmeleri (p=0,002); AKB tanılı çocuklar ile YGB tanılı çocukların annelerinin CADF öğrenme sorunu değerlendirmeleri

($p=0,031$) arasında anlamlı fark vardır. DB tanılı ($=5,33$), DEHB tanılı ($=5,55$) ve YGB tanılı ($=4,89$) çocukların annelerinin çocuklarında gözlemlendiği CADF öğrenme sorunu düzeyi AKB tanılı ($=2,81$) çocukların annelerinin çocuklarında gözlemlendiği CADF öğrenme sorunu düzeyinden daha yüksektir. Diğer yandan AB tanılı çocuklar ile DB tanılı çocukların annelerinin CADF öğrenme sorunu değerlendirmeleri ($p=0,016$); AB tanılı çocuklar ile DEHB tanılı çocukların annelerinin CADF öğrenme sorunu değerlendirmeleri ($p=0,005$) arasında anlamlı fark vardır. DB tanılı ($=5,33$), DEHB tanılı ($=5,55$) ve YGB tanılı ($=4,89$) çocukların annelerinin çocuklarında gözlemlendiği CADF öğrenme sorunu düzeyi AB tanılı ($=3,29$) çocukların annelerinin çocuklarında gözlemlendiği CADF öğrenme sorunu düzeyinden daha yüksektir.

Çocukların tanı gruplarına göre babaları tarafından değerlendirilen CADF Kaygı Sorunu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$F(2-147)=0,534$; $p>0,05$]. Aynı şekilde çocukların tanı gruplarına göre babaları tarafından değerlendirilen CADF Davranım Sorunu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$F(2-147)=1,407$; $p>0,05$].

Baba değerlendirmelerine bakıldığında, çocukların tanı gruplarına göre Hiperaktivite Belirtileri ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$F(2-147)=5,131$; $p<0,05$]. Farkın kaynağının tespit edilebilmesi amacıyla yapılan Tukey testinde AKB tanılı çocuklar ile DB tanılı çocukların babalarının ($p=0,002$), AKB tanılı çocuklar ile DEHB tanılı çocukların babalarının ($p=0,001$), AKB tanılı çocuklar ile YGB tanılı çocukların babalarının ($p=0,014$) ve AKB tanılı çocuklar ile AB tanılı çocukların babalarının ($p=0,002$) hiperaktivite değerlendirmeleri arasında anlamlı fark vardır. DB tanılı ($=15,37$), DEHB tanılı ($=15,84$), YGB tanılı ($=14,47$), AB tanılı ($=15,26$) çocukların babalarının çocuklarında gözlemlendiği hiperaktivite belirti düzeyi AKB tanılı ($=10,05$) çocukların babalarının çocuklarında gözlemlendiği hiperaktivite belirti düzeyinden daha yüksektir.

Baba değerlendirmelerine bakıldığında, çocukların tanı gruplarına göre CADF Ataklık/Hiperaktivite sorunu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$F(2-147)=4,720$; $p<0,05$]. Farkın kaynağının tespit edilebilmesi amacıyla yapılan Tukey testinde AKB tanılı çocuklar ile DB tanılı çocukların babalarının CADF ataklık/hiperaktivite sorunu değerlendirmeleri ($p=0,019$), AKB tanılı çocuklar ile DEHB tanılı çocukların babalarının CADF ataklık/hiperaktivite sorunu değerlendirmeleri ($p=0,000$), AKB tanılı çocuklar ile AB tanılı çocukların babalarının CADF ataklık/hiperaktivite sorunu değerlendirmeleri ($p=0,024$) arasında anlamlı fark vardır. DB tanılı ($=6,53$), DEHB tanılı ($=7,23$) ve AB tanılı ($=6,44$) çocukların babalarının çocuklarında gözlemediği CADF ataklık/hiperaktivite sorunu düzeyi AKB tanılı ($=4,62$) çocukların babalarının çocuklarında gözlemediği CADF ataklık/hiperaktivite sorunu düzeyinden daha yüksektir.

Baba değerlendirmelerine bakıldığında, çocukların tanı gruplarına göre CADF Öğrenme sorunu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$F(2-147)=11,944$; $p<0,05$]. Farkın kaynağının tespit edilebilmesi amacıyla yapılan Tukey testinde AKB tanılı çocuklar ile DB tanılı çocukların babalarının CADF öğrenme sorunu değerlendirmeleri ($p=0,016$); AKB tanılı çocuklar ile DEHB tanılı çocukların babalarının CADF öğrenme sorunu değerlendirmeleri ($p=0,000$); AKB tanılı çocuklar ile YGB tanılı çocukların babalarının CADF öğrenme sorunu değerlendirmeleri ($p=0,000$) ve AKB tanılı çocuklar ile AB tanılı çocukların babalarının CADF öğrenme sorunu değerlendirmeleri ($p=0,003$) arasında anlamlı fark vardır. DB tanılı ($=3,73$), DEHB tanılı ($=5,74$), YGB tanılı ($=5,00$), AB tanılı ($=4,00$) çocukların babalarının çocuklarında gözlemediği CADF öğrenme sorunu düzeyi AKB tanılı ($=1,76$) çocukların babalarının çocuklarında gözlemediği CADF öğrenme sorunu düzeyinden daha yüksektir.

Diğer yandan Tukey testine göre, DEHB tanılı çocuklar ile DB tanılı çocukların babalarının CADF öğrenme sorunu değerlendirmeleri ($p=0,004$) ve DEHB tanılı

çocuklar ile AB tanılı çocukların babalarının CADF öğrenme sorunu değerlendirmeleri ($p=0,014$) arasında anlamlı fark vardır. DEHB tanılı (=5,74) çocukların babalarının çocuklarında gözlemlediği CADF öğrenme sorunu düzeyi DB tanılı (=3,73) çocukların ve AB tanılı (=4,00) çocukların babalarının çocuklarında gözlemlediği CADF öğrenme sorunu düzeyinden daha yüksektir.

Tablo 15. Çocukların Tanı Gruplarına Göre Anne ve Babaların Çocuklarına İlişkin Sorun Değerlendirme Ortalamaları

Sorun	Yaş Grubu	N	Anne		Baba	
			Ortalama	SS	Ortalama	SS
Hiperaktivite	DB	30	16,83	5,919	15,36	4,375
	DEHB	31	16,58	6,386	15,84	6,455
	YGB	36	15,36	7,140	14,47	5,180
	AB	34	14,76	5,565	15,26	4,488
	AKB	21	11,67	5,580	10,05	3,708
	Toplam	152	15,26	6,344	14,49	5,273
Davranım Sorunu	DB	30	9,10	6,825	6,63	5,543
	DEHB	31	7,68	5,504	7,06	5,501
	YGB	36	6,19	5,109	5,28	4,737
	AB	34	5,68	5,267	6,71	5,3173
	AKB	21	5,10	3,936	4,19	4,578
	Toplam	152	6,80	5,578	6,08	5,203

Ataklık /Hiperaktivite	DB	30	6,23	2,431	6,53	2,209
	DEHB	31	6,97	2,228	7,23	2,171
	YGB	36	6,06	2,868	6,19	2,214
	AB	34	6,00	2,374	6,44	2,325
	AKB	21	4,19	2,695	4,62	1,687
	Toplam	152	6,00	2,623	6,31	2,271
Öğrenme Sorunu	DB	30	5,33	2,783	3,73	2,504
	DEHB	31	5,55	3,075	5,74	2,352
	YGB	36	4,89	2,649	5,00	2,402
	AB	34	3,29	2,067	4,00	1,775
	AKB	21	2,81	2,015	1,76	1,610
	Toplam	152	4,47	2,755	4,23	2,488
Kaygı	DB	30	9,13	4,718	7,27	3,956
	DEHB	31	7,03	4,286	7,97	4,207
	YGB	36	7,89	4,207	7,14	3,681
	AB	34	7,62	4,573	7,94	4,397
	AKB	21	6,38	2,376	6,67	3,440
	Toplam	152	7,69	4,254	7,45	3,960

4.5. KORELASYONLAR

4.5.1. ANNE VE BABALARIN PSİKOLOJİK BELİRTİ DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tablo 16’da anne ve babaların depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki Pearson Korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Annelerin depresyon düzeyiyle babaların depresyon düzeyleri arasında ve annelerin anksiyete düzeyiyle babaların anksiyete düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Babaların anksiyete düzeyleri ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,638$; $p<0,01$). Babalarda anksiyete düzeyi artarken depresyon düzeyi de artmaktadır. Aynı şekilde annelerin anksiyete düzeyleri ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,637$). Annelerde anksiyete düzeyi artarken depresyon düzeyi de artmaktadır.

Tablo 16. Anne ve Babaların Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki Korelasyonlar

	1	2	3	4
1. Baba Anksiyete	-			
2. Baba Depresyon	,638**	-		
3. Anne Anksiyete	,058	,031	-	
4. Anne Depresyon	,009	,077	,637**	-

** $p<0,01$

4.5.2. ANNE VE BABALARIN DEĞERLENDİRDİKLERİ ÇOCUK DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİNDEN ALINAN PUANLAR ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Tablo 17’de anne ve babaların çocuklarını değerlendirdikleri ölçeklerden aldıkları puanlara ilişkin Pearson Korelasyon analizi sonuçları verilmiştir.

Annelerin çocuklarına ilişkin değerlendirmelerinde, çocuklarının hiperaktivite belirtileri ile CADF davranım sorunu ($r=0,632$; $p<0,01$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Aynı şekilde babaların çocuklarına ilişkin değerlendirmelerinde, çocuklarının hiperaktivite belirtileri ile CADF davranım sorunu ($r=0,429$; $p<0,01$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çocukların hiperaktivite belirtileri arttıkça davranım sorunları da artmaktadır.

Annelerin çocuklarına ilişkin değerlendirmelerinde, çocukların hiperaktivite belirtileri ile CADF ataklık/hiperaktivite sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,582$; $p<0,01$). Aynı şekilde babaların çocuklarına ilişkin değerlendirmelerinde, çocukların hiperaktivite belirtileri ile CADF ataklık/hiperaktivite sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,543$; $p<0,01$) Çocukların hiperaktivite belirtileri arttıkça ataklık/hiperaktivite sorunları da artmaktadır.

Annelerin çocuklarına ilişkin değerlendirmelerinde, çocukların hiperaktivite belirtileri ile CADF öğrenme sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,538$; $p<0,01$). Aynı şekilde babaların çocuklarına ilişkin değerlendirmelerinde, çocukların hiperaktivite belirtileri ile CADF öğrenme sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,456$; $p<0,01$) Çocukların hiperaktivite belirtileri arttıkça öğrenme sorunları da artmaktadır.

Annelerin çocuklarına ilişkin değerlendirmelerinde, çocukların hiperaktivite belirtileri ile CADF kaygı sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,458$; $p<0,01$). Aynı şekilde babaların çocuklarına ilişkin değerlendirmelerinde, çocukların hiperaktivite belirtileri ile CADF kaygı sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,424$; $p<0,01$) Çocukların hiperaktivite belirtileri arttıkça kaygı sorunları da artmaktadır.

Annelerin çocuklarına ilişkin değerlendirmelerinde, çocukların CADF davranım sorunu ile CADF ataklık/hiperaktivite sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,514$; $p<0,01$). Aynı şekilde babaların çocuklarına ilişkin değerlendirmelerinde, çocukların CADF davranım sorunu ile CADF ataklık/hiperaktivite sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,346$; $p<0,01$) Çocukların davranım sorunları arttıkça ataklık/hiperaktivite sorunları da artmaktadır.

Annelerin çocuklarına ilişkin değerlendirmelerinde, çocukların CADF davranım sorunu ile CADF öğrenme sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,483$; $p<0,01$). Aynı şekilde babaların çocuklarına ilişkin değerlendirmelerinde, çocukların CADF davranım sorunu ile CADF öğrenme sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,382$; $p<0,01$) Çocukların öğrenme sorunları arttıkça davranım sorunları da artmaktadır.

Annelerin çocuklarına ilişkin değerlendirmelerinde, çocukların CADF davranım sorunu ile CADF kaygı sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,403$; $p<0,01$). Aynı şekilde babaların çocuklarına ilişkin değerlendirmelerinde, çocukların CADF davranım sorunu ile CADF kaygı sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,344$; $p<0,01$) Çocukların kaygı sorunları arttıkça davranım sorunları da artmaktadır.

Annelerin çocuklarına ilişkin değerlendirmelerinde, çocukların CADF ataklık/hiperaktivite sorunu ile CADF öğrenme sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,429$; $p<0,01$). Aynı şekilde babaların çocuklarına ilişkin değerlendirmelerinde, çocukların CADF ataklık/hiperaktivite sorunu ile CADF öğrenme sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,470$; $p<0,01$) Çocukların öğrenme sorunları arttıkça ataklık/hiperaktivite sorunları da artmaktadır.

Annelerin çocuklarına ilişkin değerlendirmelerinde, çocukların CADF ataklık/hiperaktivite sorunu ile CADF kaygı sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,198$; $p<0,05$). Aynı şekilde babaların çocuklarına ilişkin değerlendirmelerinde, çocukların CADF ataklık/hiperaktivite sorunu ile CADF kaygı sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,296$; $p<0,01$) Çocukların kaygı sorunları arttıkça ataklık/hiperaktivite sorunları da artmaktadır.

Annelerin çocuklarına ilişkin değerlendirmelerinde, çocukların CADF öğrenme sorunu ile CADF kaygı sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,471$; $p<0,01$). Aynı şekilde babaların çocuklarına ilişkin değerlendirmelerinde, çocukların CADF öğrenme sorunu ile CADF kaygı sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,285$; $p<0,01$) Çocukların kaygı sorunları arttıkça öğrenme sorunları da artmaktadır.

Tablo 17. Anne ve Babaların Çocuk Değerlendirme Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Korelasyonlar

Anne Değerlendirme	1	2	3	4	5
1. Hiperaktivite	-				
2. Davranım Sorunu	,632**	-			

3 Ataklık/hiperaktivite	,582 ^{**}	,514 ^{**}	-		
4. Öğrenme Sorunu	,538 ^{**}	,483 ^{**}	,429 ^{**}	-	
5. Kaygı Sorunu	,458 ^{**}	,403 ^{**}	,198 [*]	,471 ^{**}	-
Baba Değerlendirme					
1. Hiperaktivite	-				
2. Davranım Sorunu	,429 ^{**}	-			
3 Ataklık/hiperaktivite	,543 ^{**}	,346 ^{**}	-		
4. Öğrenme Sorunu	,456 ^{**}	,382 ^{**}	,470 ^{**}	-	
5. Kaygı Sorunu	,424 ^{**}	,344 ^{**}	,296 ^{**}	,285 ^{**}	-

*p<0,05

**p<0,01

4.5.3. ANNE VE BABALARIN PSİKOLOJİK BELİRTİLERİ İLE ÇOCUK DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİNDEN ELDE EDİLEN PUANLAR ARASINDAKİ KORELASYONLAR

Tablo 18’de anne ve babaların psikolojik belirtileri ile çocuk değerlendirme ölçeklerinden elde edilen puanlar arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir. Annelerin anksiyete düzeyleri ile çocukların hiperaktivite belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,343$; $p<0,01$). Annelerin anksiyete düzeyi

arttikça çocukların hiperaktivite belirtileri de artmaktadır. Annelerin anksiyete düzeyleri ile çocukların CADF davranım sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,350$; $p<0,01$). Annelerin anksiyete düzeyi arttikça çocukların davranım sorunu da artmaktadır. Annelerin anksiyete düzeyleri ile çocukların CADF ataklık/hiperaktivite sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,303$; $p<0,01$). Annelerin anksiyete düzeyi arttikça çocukların ataklık/hiperaktivite sorunu da artmaktadır. Annelerin anksiyete düzeyleri ile çocukların CADF öğrenme sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,233$; $p<0,01$). Annelerin anksiyete düzeyi arttikça çocukların öğrenme sorunu da artmaktadır. Annelerin anksiyete düzeyleri ile çocukların CADF kaygı sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,278$; $p<0,01$). Annelerin anksiyete düzeyi arttikça çocukların kaygı sorunu da artmaktadır.

Tablo 18. Anne ve Babaların Psikolojik Belirtileri İle Çocuk Değerlendirme Ölçeklerinden Elde Edilen Puanlar Arasındaki Korelasyonlar

Anne Değerlendirme	1	2	3	4	5	6	7
1. Anksiyete	-						
2. Depresyon	,637**	-					
3. Hiperaktivite	,343**	,415**	-				
4 Davranım Sorunu	,350**	,319**	,632**	-			
5 Ataklık/hiperaktivite	,303**	,316**	,582**	,514**	-		
6. Öğrenme Sorunu	,233**	,346**	,538**	,483**	,429**	-	
7. Kaygı Sorunu	,278**	,423**	,458**	,403**	,198*	,471**	-

Baba Değerlendirme

1. Anksiyete	-						
2. Depresyon	,638**	-					
3. Hiperaktivite	,318**	,262**	-				
4. Davranım Sorunu	,262**	,109	,429**	-			
5 Ataklık/hiperaktivite	,216**	,249**	,543**	,346**	-		
6. Öğrenme Sorunu	,209**	,170*	,456**	,382**	,470**	-	
7. Kaygı Sorunu	,367**	,339**	,424**	,344**	,296**	,285**	-

*p<0,05

**p<0,01

Annelerin depresyon düzeyleri ile çocukların hiperaktivite belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,415$; $p<0,01$). Annelerin depresyon düzeyi arttıkça çocukların hiperaktivite belirtileri de artmaktadır. Annelerin depresyon düzeyleri ile çocukların CADF davranım sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,319$; $p<0,01$). Annelerin depresyon düzeyi arttıkça çocukların davranım sorunu da artmaktadır. Annelerin depresyon düzeyleri ile çocukların CADF ataklık/hiperaktivite sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,316$; $p<0,01$). Annelerin depresyon düzeyi arttıkça çocukların ataklık/hiperaktivite sorunu da artmaktadır. Annelerin depresyon düzeyleri ile çocukların CADF öğrenme sorunu

arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,346$; $p<0,01$). Annelerin depresyon düzeyi arttıkça çocukların öğrenme sorunu da artmaktadır. Annelerin depresyon düzeyleri ile çocukların CADF kaygı sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,423$; $p<0,01$). Annelerin depresyon düzeyi arttıkça çocukların kaygı sorunu da artmaktadır.

Babaların anksiyete düzeyleri ile çocukların hiperaktivite belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,318$; $p<0,01$). Babaların anksiyete düzeyi arttıkça çocukların hiperaktivite belirtileri de artmaktadır. Babaların anksiyete düzeyleri ile çocukların CADF davranım sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,262$ $p<0,01$). Babaların anksiyete düzeyi arttıkça çocukların davranım sorunu da artmaktadır. Babaların anksiyete düzeyleri ile çocukların CADF ataklık/hiperaktivite sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,216$; $p<0,01$). Babaların anksiyete düzeyi arttıkça çocukların ataklık/hiperaktivite sorunu da artmaktadır. Babaların anksiyete düzeyleri ile çocukların CADF öğrenme sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,209$; $p<0,01$). Babaların anksiyete düzeyi arttıkça çocukların öğrenme sorunu da artmaktadır. Babaların anksiyete düzeyleri ile çocukların CADF kaygı sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,367$; $p<0,01$). Babaların anksiyete düzeyi arttıkça çocukların kaygı sorunu da artmaktadır.

Babaların depresyon düzeyleri ile çocukların hiperaktivite belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,262$; $p<0,01$). Babaların depresyon düzeyi arttıkça çocukların hiperaktivite belirtileri de artmaktadır. Babaların depresyon düzeyi arttıkça çocukların davranım sorunu da artmaktadır. Babaların depresyon düzeyleri ile çocukların CADF ataklık/hiperaktivite sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,249$; $p<0,01$). Babaların depresyon düzeyi arttıkça çocukların ataklık/hiperaktivite sorunu da artmaktadır. Babaların depresyon düzeyleri ile çocukların CADF öğrenme sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,170$; $p<0,05$). Babaların depresyon düzeyi arttıkça çocukların öğrenme sorunu da

artmaktadır. Babaların depresyon düzeyleri ile çocukların CADF kaygı sorunu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,339$; $p<0,01$). Babaların depresyon düzeyi arttıkça çocukların kaygı sorunu da artmaktadır.

Babaların depresyon düzeyleri ile çocukların CADF davranım sorunu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($r=0,109$; $p>0,05$).

V. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmamızın amacı olan “ 3-6 yaş grubu olguların aldıkları tanılar ve ebeveynlerin duygu durumları arasındaki ilişki” için toplanmış veriler doğrultusunda bu verilerin analizi ile birlikte ortaya çıkan bulgular tartışılacak, ilgili literatürdeki bulgular ile karşılaştırılacaktır.

0-6 yaş kişiliğin temellerinin atıldığı önemli bir gelişim dönemidir. Bu süreçte çocuğun ailesinin sosyo-ekonomik düzeyi, sözel iletişim becerisi, ebeveyn tutumları ve model oluşturma, sahip olunmuş bilgiler gibi bir çok değişken çocuğun kişilik örüntüsünü etkilemekte ve şekillendirmektedir. Kişiliğin gelişiminde kuramlar bu değişkenlerin önemli olduğunu öne sürseler de hepsinin ortak yönü, özellikle ebeveynlerin çocuk gelişimin çok büyük öneme sahip olduğudur. Bu sebeple yapılan çalışmaların çoğu ebeveynlerin yetiştirme tutumlarına bakılmış ve ebeveynlerin bireysel özelliklerinin ya da tutumlarının çocuğun kişilik gelişimindeki önemli rol aldığı kabul edilmiştir. (Durmuş, 2006). Bu önemli dönemde çocuğun sürekli etkileşim halinde olduğu ailesinin tutumları ve onların kişilik yapıları tartışma konumuzda önemli hale gelmiştir.

Çalışmamızda annelerin ve babaların anksiyete düzeylerine göre çocukların aldıkları tanıların dağılımı arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Buna rağmen literatürde anne ya da babanın anksiyete düzeyindeki yüksekliğin çocuklarda ki kaygıyı doğrudan etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Anne ve baba da anksiyete bozukluğunun olması çocukta da anksiyete bozukluğu riskini 5 kat arttırmaktadır (Turner and Beidel 1987). Diğer yandan anksiyeteli anne babayı model almış çocuklar, “kaygılanmam gerek” mesajını öğrenme yolu ile alarak endişe geliştirmektedirler (Whaley ve ark. 1999). Bizim çalışmamızda ise sonuçlar literatürle uyumlu değildir. Bunun sebebinin topladığımız örneklem sayısının yetersiz oluşu ve homojen olarak dağılmamasının etkili olabileceğini düşünüyoruz.

Annelerin ve babaların depresyon düzeylerine göre çocukların aldıkları tanılarının dağılımı arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yine bu bulguya rağmen literatüre baktığımızda Mcfarland (2003) ın yaptığı araştırmanın sonucuna göre annenin depresyonda olmasıyla çocukta davranım bozukluğu görülme olasılığının iki kat fazla olabileceğini bildirmiştir. Ayrıca depresyon tanısı alan annelerin çocukları ile almayan annelerin çocukları arasında, klinik açıdan anlamlı düzeyde içe ve dışa yönelim sorunlarını daha fazla sergilediğini ve bu çocuklarda anksiyete, majör depresyon, antisosyal davranışlar, davranım ve madde kullanımı bozukluğu oranlarında oldukça yüksek görüldüğünü belirtmiştir. (Najman ve ark., 2000). Bizim çalışmamızda ise literatürle paralel sonuçlar vermemektedir. Topladığımız örneklem içerisinde anne babaların duygu durum yüksekliklerine bakmış olmamıza rağmen ebeveynlerin var olan tanılarının olup olmadığından, terapi ya da ilaç desteği alıp almadığına dair verimiz olmamasından ötürü uyumlu bir sonuç alamadığımızı düşündürdü.

Çocukların yaş gruplarına göre annelerin anksiyete düzeyleri arasında ; annelerin depresyon düzeyleri arasında; babaların kaygı düzeyleri arasında; ve babaların depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Annelerin depresyonundan okul öncesi dönem çocukları da etkilenmektedir. Annenin depresyonuna bir tepki olarak bu oldukları dönemden öncesi yaş dönemlerine has davranışları göstermeye başlayabilirler. (Downey ve Coyne, 1990; Lovejoy ve ark., 2000). Ayrıca bu yaş dönemindeki çocuklar annenin depresyonuna tepki olarak içe veya dışa yönelim davranışlarında sergileyebilir, yaşlıları ile sağlıklı bir ilişki kurmakta güçlük yaşayabilmektedirler. (Solantaus-Simula ve ark., 2002, a,b). Ancak literatürle sonuçlarımız paralellik göstermemektedir. Bunun sebebinin homojen bir yaş dağılımının olmaması ve toplanan datanın sınırlı olduğunu düşünmekteyiz.

Çocukların tanılarına göre annelerin depresyon ortalamaları arasında, babaların anksiyete ortalamaları arasında ve babaların depresyon ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Buna rağmen çocukların tanılarına göre annelerin anksiyete ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Farkın kaynağının tespit edilebilmesi amacıyla yapılan Tukey testinde davranış bozuklukları tanısı alan çocuklarla akıcı konuşma bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinin anksiyete düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Davranış bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinin anksiyete ortalamaları akıcı konuşma bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinin anksiyete ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer tanı gruplarına göre annelerin anksiyete ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Kılıç ve Şener'in (2005) çalışmasına göre şiddetli davranış problemleri gösteren çocukların annelelerinde depresyon ve babalarında sorunlu alkol tüketimi yüksek bulunmuştur. Ayrıca çocuk ve ergenlerde kaygı bozukluğu yıkıcı davranım bozukluğu, DEHB, depresyon ve karşıt olma karşıt gelme bozukluğu sıklıkla komorbid olduğu bildirilmiştir. (Last ve ark., 1992; Verduin ve Kendall, 2003). Buna rağmen sonuçlarımızdan bazıları paralelken bazıları değildir. Bunun sebebi olarak davranım bozukluğu tanısı alan çocukların ebeveynlerine de yönelik yansıttığı olumsuz davranışlar anneyi kaygılandırıyor olabileceğini ve bu sebepten akıcı konuşma bozukluğu tanısı alan çocukların annelerinin anksiyete ortalamalarına göre daha yüksek bulunduğunu düşündürmüştür.

Anne değerlendirmelerine bakıldığında, çocukların yaş gruplarına göre CADF davranım sorunu ortalamaları ve ataklık/hiperaktivite sorunu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Buna rağmen anne değerlendirmelerinde bakıldığında Çocukların yaş gruplarına göre CADF öğrenme sorunu ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Farkın kaynağının tespit edilebilmesi amacıyla yapılan Tukey testinde 3 ve 4 yaş grubu çocuklar ile 6 yaş grubu çocukların annelerinin CADF öğrenme sorunu değerlendirme ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. 6 yaş grubu çocukların CADF öğrenme sorunu ortalamaları 3 ve 4 yaş grubu çocukların CADF öğrenme sorunu ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer 59

yaş gruplarına göre anne CADF öğrenme sorunu değerlendirmelerinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Bu bağlamda, okula başlama yaşı yaklaştıkça annelerin öğrenme ile ilgili farkındalıklarının arttığını, bu konu üzerine daha fazla önem vermeye başladıklarını düşünülebilir. Ayrıca okul öncesinde yapılmış bir çalışmada, çocuklarda DEHB ve Davranım Bozukluğu sıklığına bakılmıştır. Sonuçlara göre, yaş olarak küçük olan çocuklar büyüklere kıyasla daha çok davranış sorunu; cinsiyet yönünden bakıldığında da erkeklerin kızlara oranla daha çok davranış Bozukluğu gösterdiğini bildirmişlerdir. Son olarak, 2 ve 3 yaş çocuklarında davranış sorunlarının cinsiyet faktörüne göre hiçbir fark göstermediğini bildirmişlerdir. (Miller ve ark., 1997).

Babaların değerlendirmelerine bakıldığında, çocukların yaş gruplarına göre CADF davranım sorunu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Farkın kaynağının tespit edilebilmesi amacıyla yapılan Tukey testinde 3 ve 4 yaş grubu çocuklar ile 5 yaş grubu çocukların babalarının yaptığı CADF davranım sorunu değerlendirme ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. 5 yaş grubu çocukların CADF davranım sorunu ortalamaları 3 ve 4 yaş grubu çocukların CADF davranım sorunu ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Elde edilen bu bulgu, her ne kadar 5 yaş çocukları bu dönemde daha olgun ve duygusal yönden ne kadar dengeli görülseler dahi babaların beklentilerini bu geçiş döneminde karşılamakta yetersiz görülebilir, babalar tarafından bir problem olarak algılanmasıyla ilişkilendirilebilir.

Çocukların yaş gruplarına göre CADF ataklık / hiperaktivite sorunu ortalamaları arasında anlamlı farklı bulunmuştur. Farkın kaynağının tespit edilebilmesi amacıyla yapılan Tukey testinde 3 ve 4 yaş grubu çocuklar ile 6 yaş grubu çocukların babalarının CADF ataklık / hiperaktivite sorunu değerlendirme ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. 6 yaş grubu çocukların CADF ataklık / hiperaktivite sorunu, ortalamaları, 3 ve 4 yaş grubu çocukların CADF ataklık / hiperaktivite sorunu ortalamalarından an-

lamli şekilde yüksektir. Çocukların yaş gruplarına göre CADF ğrenme sorunu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Farkın kaynağının tespit edilebilmesi amacıyla yapılan Tukey testinde 6 yaş grubu çocuklar ile 5 yaş grubu çocukların babalarının ve 6 yaş grubu çocukların babaları ile 3 ve 4 yaş grubu çocukların babalarının CADF ğrenme sorunu değerlendirme ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. 6 yaş grubu ocukların CADF ğrenme sorunu ortalamaları 5 yaş grubu ocukların CADF ğrenme sorunu ortalamalarından ve 3 ve 4 yaş grubu ocukların CADF ğrenme sorunu ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Literatüre baktığımızda, altı yaş grubunun diğer yaşlara (, dört, beş) göre daha fazla saldırgan, kavgacı ve aşırı hareketli olduğunu belirtmişlerdir. (Kanlıkılıer, 2005). Bize göre, üç-dört-beş yaş grubundaki çocukların davranışlarının yaşlar sebebi ile daha anlayışla karşılandığı ancak altı yaş çocuklar için aynı anlayışın yeterince gösterilmediği, akademik açıdan okul dönemine dahil olduğu için hareketlilik ve öğrenme ile ilgili zorlukların sorun olarak ele alındığı kanaatindeyiz.

Anne ve baba değerlendirmelerine bakıldığında, çocukların tanı gruplarına göre Hiperaktivite Belirtileri, CADF Ataklık/Hiperaktivite ve ğrenme Sorunu ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Buna rağmen çocukların tanı gruplarına göre anneleri ve babaları tarafından değerlendirilen CADF Kaygı Sorunu, Davranım Sorunu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Kaygı ve davranım problemleri aileler tarafından önemli görülüp hastaneye başvuracak kadar önem arz etmeyebiliyor. Oysaki hareketlilik gibi dışarıdan farkedilebilir ya da öğrenim hayatını zorlaştıracak bir problem aileler için uzman yardımı olmadan halledilebilinesi bir durum oluşturmamaktadır.

Annelerin depresyon düzeyiyle babaların depresyon düzeyleri arasında ve annelerin anksiyete düzeyiyle babaların anksiyete düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Selim (2015) in araştırmasında anne ve babaların depresyon ortalamaları arasında da anlamlı bir ilişki bulunamazken, anne ve babaların anksiyete leğine bakıldı-

ğında annelerin ortalamaları babalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu anne çocuk ilişkisinin ne kadar önemli olduğuna dair yapılan çalışmalarla paralellik gösterdiğini düşünmekteyiz.

Babalarda anksiyete düzeyi artarken depresyon düzeyi de artmaktadır. Aynı şekilde annelerin anksiyete düzeyleri ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Annelerde anksiyete düzeyi artarken depresyon düzeyi de artmaktadır. En yüksek birlikte görülme olasılığı olan rahatsızlıklar depresyon ve anksiyetedir. Yaygınlık üzerine yapılan çalışmalar, anksiyete bozukluğu olan insanların yarısının aynı zamanda depresyon tanısını aldığını, depresyon tanısı alanların büyük bir kısmının ise Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Sosyal Fobi, Travma Sonrası Stres Bozukluğu(TSSB), Panik Atak, Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı aldıklarını göstermiştir. (Wittchen ve ark., 2003). Clark ve Watson (1991) ın yaptığı çalışmada sağlık servislerine başvurmuş insanlarda, en çok birlikte görülen ruhsal bozukluğun kaygı ve depresyon olduğunu belirlemişlerdir. Araştırmacılar depresif bozukluğu olan insanların yarıdan fazlasında aynı zamanda bir kaygı bozukluğuna da sahip olduklarını ve kaygı bozukluğu olan insanların yarıdan fazlasında da aynı zamanda bir depresif bozukluğa sahip olduklarını bildirmişlerdir. (Mineka ve ark., 1998) Çalışmamızın sonuçları literatürle paralellik göstermektedir. Bize göre psikiyatrik bozuklukların birçoğunda gördüğümüz ve sonuçlarımızda da desteklediğimiz komorbit görülme sıklığı birbiriyle oldukça bağlantılı olan anksiyete ve kaygı babaları da etkilediğini düşünmekteyiz.

Çocukların hiperaktivite belirtileri arttıkça davranım sorunları, ataklık/hiperaktivite, öğrenme ve kaygı sorunları da artmaktadır. Literatüre baktığımızda, DEHB tanısı almış vakalarda daha çok kaygı belirtileri görüldüğünü, kaygı belirtileri açısından cinsiyette farklılık olmadığı, ancak yaş farkının anlamlı olduğu ve dürtüsellik

ile hiperaktivite belirtilerinin kaygı belirtileri ile ilişkili olduğu görülmüştür. (Seyidoğlu, 2015) Bizim sonuçlarımızla literatür paralellik göstermektedir. Özellikle Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış çocukların anne babalarında çocuklarına karşı daha eleştirel davranabilmeleri ve otoriteyi sağlayabilmek adına daha fazla emir, ceza eğilimi gösteriyor olmaları bazı çocuklarda daha çok davranım sorunları, hareketlilik göstermelerine veya bazı çocuklarda tam tersi kaygı yaşamalarına ve beraberinde öğrenme süreçlerinde olumsuzluklara sebebiyet verdiğini düşündürmüştür.

Çocukların davranım sorunları arttıkça ataklık/hiperaktivite sorunları, çocukların öğrenme sorunları arttıkça davranım sorunları, ataklık/hiperaktivite sorunları ve son olarak çocuklarda kaygı sorunları arttıkça davranım sorunları, ataklık/hiperaktivite ve öğrenme sorunları da aynı şekilde artmaktadır. Çocuk veya genç bireyin zekası, sosyal ve moral gelişimi, mizacı, bağlanma özellikleri, akademik başarısı vb. özellikler davranış problemleri ve davranım bozukluğunun etiolojisindeki psikolojik faktörleri oluşturmaktadır. Okul başarısında ki düşüklük çocuk ya da gençte hayal kırıklığı yaratıp, şiddetli davranış problemleri göstermesine ve bu problemlerin de akademik başarısını etkilediği düşünüldüğünde karşılıklı bir ilişkiden bahsedilebilir. Shabat, Lyons ve Martinovich'in 2008 yılında yaptığı çalışmada şiddetli davranış problemleri olan çocukların, okul performansı yönünden şiddetli davranış problemleri olmayan çocuklara göre düşük performans gösterdikleri bildirmişlerdir. (Güven, 2013). Literatürle paralel olan sonucumuz aslında psikolojik bir problemin var olmasının beraberinde birbiriyle bağlantılı zincir halkaları gibi etkileşim halinde olduklarını, bazı sonuçların yeni problemleri doğurmasına sebep olduğunu bize apaçık göstermektedir. Bu sebeptendir ki davranım, öğrenme ve kaygı sorunları arasında ki bu etkileşim skorlarımızın artmasına sebep olmuştur.

Annelerin ve babaların anksiyete düzeyi arttıkça çocukların hiperaktivite belirtileri, davranım, ataklık/hiperaktivite, öğrenme ve kaygı sorunları da artmaktadır. Annesi sağlıklı olan çocuklar ile depresif anneye sahip olan çocuklar karşılaştırıldıklarında,

depresif anneye sahip çocuklarda kaygı ve yıkıcı davranım bozukluğu gelişme olasılığı daha yüksek tespit edilmiştir. (Zahn-Waxler, 2003; Karabekiroğlu ve ark., 2008). Benzer olarak yine bu depresif annelerin çocukları davranım bozukluğu ve anksiyöz annelerin çocuklarında da sağlıklı olanlara göre daha çok davranım bozukluğu rapor edildiği bilinmektedir. (Barry ve ark., 2005). Bize göre algılama ya da özdeşim ile ebeveynden çocuğa kaygı geçebilmektedir. Hal böyle olunca ve psikolojik rahatsızlıkların birbirini tetiklediği düşünöldüğünde ebeveynlerdeki anksiyetenin artmasıyla hiperaktivite, davranım, öğrenme ya da kaygı sorunlarının artmasının normal olduğunu düşünmekteyiz.

Annelerin ve babaların depresyon düzeyi arttıkça çocukların hiperaktivite belirtileri, davranım sorunu, ataklık/hiperaktivite, öğrenme ve kaygı sorunu da artmaktadır. Bu sonuç literatürdeki Selim (2014) ün araştırmasıyla da paralellik göstermektedir. Ayrıca babalarda görölen depresyonun çocuktaki davranış bozukluğuyla olan ilişkisi ile ilgili olarak Shreya Dave ve arkadaşlarının dört ve altı yaş arası çocuklarda davranış problemlerinin babadaki depresyonla ilişkisi üzerine yaptıkları çalışmada 365 davranış bozukluğu olan çocuğun %8'inin babasında depresyon saptanmıştır. (Shreya, 2008). Bize göre, ebeveynlerdeki depresyon belirtileri arttıkça çocuğa karşı gösterilen ilgi ve alaka, fiziksel ya da duygusal açıdan doyum sağlama yönü itibariyle güçlükler oluşmasıyla, çocuğun ebeveyni depresyondan çıkarma çabası davranım sorunları ya da hiperaktiviteyle kendini gösterebileceğini ya da yaşananlara karşı kaygı geliştirebileceğini ve öğrenme zorlukları yaşayabileceğini düşünmekteyiz.

VI. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmaya Nöropsikiyatri İstanbul hastanesi çocuk psikiyatri polikliniğinde 3-6 yaşları arasında olan ve Kaygı, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Davranım Bozukluğu ve Akıcı Dil Bozukluğu tanıları almış 152 çocuk katılmıştır. Çalışma ile ilgili gerekli olan onay Üsküdar Üniversitesi Psikoloji anabilim dalı etik kurulundan alınmıştır.

Genel itibariyle bakıldığında araştırmadan elde edilen sonuçların anne ve babaların duygu durumunun çocukların tanıları üzerinde etkili olduğunu literatürle paralel olarak tutarlı gösterirken, çocukların aldığı tanıların ebeveynler üzerindeki etkisinin beklenen yönde olmadığını, daha önce yapılan araştırmaların sonuçları ile kısmen tutarlı olduğu söylenebilir. Araştırmamızda çıkan bu sonuçların araştırmanın kısıtlamalarından (örneklem sayı azlığı, yöntem vb.) mı yoksa farklı bir sebepten mi kaynaklandığının aydınlığa kavuşturulması açısından, bu konuyu daha geniş bir kapsamda ele alınması faydalı olacak, alana katkı sağlayacaktır.

Araştırmada dahil olan tanı gruplarını, yaş aralıklarını arttırmak, homojen bir cinsiyet dağılımı yapmak, anne ve babaların sosyodemografik bilgilerini daha ayrıntılandırmak, bireysel medikal ya da terapi desteği alıp almadıklarını öğrenmek, geçerliliği ve güvenilirliği daha yüksek ölçekleri araştırmaya dahil etmek yeni araştırmalar yapılması açısından kıymetli olacaktır.

KAYNAKÇA

- Abalı, O. (2015). 4.basım Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği. Adeda Yayıncılık.
- Ainsworth, M. D., (1967). “Infancy in Uganda: Paterns of Attachmet Behavior”, 2007, http://www.psychology.sunysb.edu/attachmet/pdfmda_uGAN,ch20Pdf.
- Anlar, B., Serdaroğlu, A., ve Yakut, A. (2008) Gelişimsel Çocuk Nörolojisi, Ankara.
- Arkan, B. ve Üstün, B. (2009), “Davranım Bozukluğu Olan Çocuklarda Psikiyatrik Yaklaşımında Anne-Baba Eğitim Programı: İki Örnek Bağlamında Değerlendirme”, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, c.1, ss.155-174.
- Aslan H., Aslan O., ve Alparşlan N. Z., (1998). “Annedeki Süreğen Depresyonun Çocuktaki Depresyon ve Kaygı Düzeylerine Etkisi”. Türk Psikiyatri Dergisi, 9 (1): 32-37.
- Barry T., Dunlap S.T., Cotten S. J. ve ark. (2005): The influence of maternal stres and distress on disruptive behavior problems in boys, J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 44:3, 265-273.
- Beardslee, W. R., Versage, E. M. ve Gladstone, T. R. G. (1998a). Children of affectively ill parents: a review of the past ten years. Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry. 37 (11), 1134-1141.
- Budak, S. (2005). Psikoloji sözlüğü, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara, 2005.
- Bulut, I. (1990). Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı, Özgeliş Matbaası, Ankara.
- Burkovik, Y. (2013). Kaygılanacak Ne Var!, Üçüncü Baskı, Timaş Yayınları, İstanbul.
- Caps L., Sigmen M., Sena R., Henker B., Whalen C. (1996). “Fear, Anxiety and Perceived Control in Children of Agorafobik Parents”. Journal of Child Psychology and Psychiatry.
- Chansky, T. (2004). Freeing Your Child from Anxiety. New York: Broadway Books.
- Chansky, T. (2009). Freeing Your Child from Anxiety, Çocuklarda Endişe, Kuraldışı yayıncılık, İstanbul.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. Journal of Abnormal Psychology, 100, 316–336.

- Conners, C. K. (1969). A teacher rating scale for use in drug studies with children. *Am J Psychiatry*, 126:884-888.
- Conners, C. K. (1970). Symptom patterns in hyperactive, neurotic, and normal children. *Child Dev*, 41:667-682.
- Conners, C. K. (1973). Rating scales for use in drug studies for children. *Psychopharmacol Bull*, Özel Sayı: 24-28.
- Çifter, A. (1985). *Psikiyatri I. Gata Eğitim Yayınları*.
- Dave, S., Sherr, L., Senior, R., & Nazareth, I. (2008). Associations between paternal depression and behaviour problems in children of 4-6 years. *Eur.Child Adolesc.Psychiatry*, 17 (5), 306-315.
- Downey, G. ve Coyne. J. C. (1990). Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 108 (1), 50-76.
- Durmuş, R. (2006). “3-6 Yaş Arası Çocuğu Olan Ebeveynlerin Kişilik Özellikleri ile Anne-Baba Tutumlarının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi”. Marmara Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi.
- Ercan, E. S., Aydın, C. (1999). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, s:270-283.
- Erenoğlu, Ö.; Otçu, S. (2007). *Türkçenin Doğru Kullanımı. (İletişim, Etkili Konuşma, Yazma Ve Okuma Kılavuzu). Genelkurmay Askerî Tarih ve Stratejik Etüt Başkanlığı Yayınları. Ankara, Genelkurmay Basımevi*
- Erman, Ö., Turgay, A., Öncü, B. ve ark. (1999). DEHB olan çocuk ve gençlerde komorbidite: Yaş ve cinsiyet farklılıkları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 6: 12-18.
- Erözkan, A. (2011). “Üniversite Öğrencilerinin Bağlanma Stratejileri”, *Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(3): ss.60-74.
- Geçtan E., (2002). *Psikanaliz ve Sonrası, Metis Yayınları, İstanbul*.
- Goodman, S. H. ve Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106 (3). 458-490.
- Goyette, C. H., Conners C. K., Ulrich R. E., ve ark. (1978) Normal data on the revised Conners' parent and teacher rating scales. *J Abnorm Child Psychol*, 6:221-236.

- Güven, E. (2013). “Çocuğun Davranış Sorunları ile Algıladığı Anne Baba Çatışması Arasındaki İlişkiler: Duygu Sosyalleştirmenin Aracı Rolü”. Ankara Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi.
- Hale J. B., How, S. K., Dewitt, M. B. ve ark. (2001). Discriminant validity of the Conners’ Scales for ADHD subtypes. *Current Psychology: Development, Learning and Personality* 20: 231-249.
- Hales D., ve Hales, R. E. (1995). *Caring for The Mind: The Comprehensive Guide to Mental Health*. USA: Bantam Boks.
- İnanç, B. (1997). Kaygı ve Stres, Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2(16):9-14.
- Kanlıklıçer, P. (2005). Okul Öncesi Davranış Sorunları Tarama Ölçeği: Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Kaplan-Sanoff, M. & Lieb, S.A. (1995). Model intervention programs for mothers and children impacted by substance abuse, *School Psychology, Review*. June, vol.24.
- Karabekiroğlu K, Arman A, Berkem M. (2008) , Erken Çocukluk Dönemi Psikiyatrik Sorunları ile ebeveyn depresyonu arasındaki ilişki: Cinsiyetin Rolü, *Çocuk ve Gençlik ruh sağlığı dergisi*: 15(2): 75-86.
- Kılıç, B. ve Şener, Ş. (2005). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Karşıt Olma- Karşı Gelme Bozukluğu/Davranış Bozukluğu Eş Hastalanımında Aile İşlevleri ve Psikososyal Değişkenlerin Karşılaştırılması *Türk Psikiyatri Dergisi*; 16(1): 21– 28.
- Kleinman, P. (2012). “Psych101”, Adams Media, Avon.
- Köknel, Ö. (1982). Kaygıdan Mutluluğa Kişilik, Birinci Baskı, Altın Kitaplar Matbaası, İstanbul, s.159.
- Köknel, Ö. (1988). *Zorlanan İnsan*, 2. Basım, Altın Kitaplar, İstanbul.
- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M. and Kazdin, A. E., (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31: 1070-1076.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O’Hare, E. ve Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20 (5), 561-592.
- Lyman, D. (2002). Possible link between attention-deficit/ hyperactivity disorder and reproductive compyication. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 4: 104-108.

- McFarland ML, Sanders MR.(2003). The effects of mothers' depression on the behavioral assessment of disruptive child behavior. *Child & Family Behavior Therapy*, 25, 39-63.
- MEB. (2008). Özel Eğitim Ve Rehabilitasyon Merkezi Dil Ve Konuşma Güçlüğü Destek Eğitim Programı, T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Özel Öğretim Kurumları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Meurling, C. J. N., Ray, G. E. ve Lobello, S. G. (1999). Children's evaluations of classroom friend and classroom best friend relationship. *Child Study Journal*, volume 29 issue 2 page 79-97.
- Miller, L.S., Koplewicz, H.S., Klein, R.G. (1997): Teacher Ratings of hyperactivity, Inattention And Conduct Problems in Preschoolers, *JAbnormal Child Psychology*, 25:2, 113-119.
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology* : 49, 377–412.
- Najman, J. M., Williams, G. M., Nikles, J., Spence, S., Bor, W., O'Callaghan, M., Le Brocque, R. ve Anderssen M. J. (2000). Mothers' mental illness and child behavior problems: Cause-effect association or observation bias. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (5), 592-602.
- Nazlı, S. (2014). Aile Danışmanlığı, 11.Baskı, Anı Yayıncılık, Ankara.
- Oktay, A. (2002). Yaşamın sihirli Yılları : Okul Öncesi Dönem. Epsilon Yayıncılık. İstanbul.
- Öner, N.(1994). Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler, 1.basım, İstanbul.
- Öner, N.(2012). Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler, 7.basım, İstanbul.
- Öner, Ö., Soykan-Aysev, A. (2007). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde, A Soykan-Aysev ve Y Işık Taner (ed) Janssen-Cilag. Ankara, s: 397-420.
- Özkan Selim, A. H.,(2014). Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği Olan Çocuklarda Aile Tutum Davranış ve Duygu Durumlarının Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Öztürk, M. (2001). "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite". Çocuğum, Sorunlarım Var, 1.Baskı, Uçurtma Yayınları, İstanbul.

- Öztürk, O. (1997). Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara. Hekimler Yayın Birliği.
- Radke-Yarrow, M. (1998). Children of depressed mothers, United States of America: Cambridge University Press.
- Schatz, D. B., Rostain, A. L. (2006). ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. J Atten Disord; 10: 141-9.
- Semerci, M. (2012) Çocuğun Kişilik Gelişiminde Ailenin Rolü,Uluslararası Katılımlı Çocuk İhtiyaçları Sempozyumu, Ankara.
- Şenol, S., Şener, Ş. (1998). Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu. Psikiyatri Temel Kitabı içinde C Güleç ve E Kö-roğlu (ed) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s: 1119-1130.
- Seyidoğlu, F. (2015). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan 8-15 Yaş Arası Bir Grup Çocukta Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Alt Tipleri ile Anksiyete Bozuklukları Alt Tipleri Belirtilerinin Birlikteliği”. Hasan Kalyoncu Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi.
- Sims, A. & Owen, D. (1993). Psychiatry. Sixth edition, London: Baillicre Tindal Limited.
- Solantaus-Simula, T., Punamaki, R. L. ve Beardslee, W. R. (2002b). Children’s responses to low parental mood II: Associations with family perceptions of parenting styles and child distress. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41(3), 287-295.
- Solantaus-Simula, T., Punamaki, R-L. ve Beardslee, W.R. (2002a). Children’s responses to low parental mood I: Balancing between active empathy, overinvolvement, indifference and avoidance. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41(3), 278-286.
- Taş Y. (2006). “Kaygı nedir” Bilkent Üniversitesi Öğrenci Gelişim ve Dayanışma Merkezi, Erişim, Ankara, www.bilkent.edu.tr/dos/ogdm/b_sinavkaygisi.html.
- Tazegül, D. (2010). Konuşma Eğitiminde Benmerkezci Konuşmaya Yönelik Bir Deneme. Mayıs 2010 Cilt:18 No:2 Kastamonu Eğitim Dergisi
- Townsel, K.T. (1997). Mentoring African American youth, Preventing School Failure. Spring, vol.41.

- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2), 229.
- Tür, G. (1997). Çocuğun eğitimi (3-6 yaş arası) T.C. Başbakanlık Aile araştırma kurumu başkanlığı yayınları Sayfa 64., Ankara.
- Ülgen, G. ve Fidan, E. (1997) Çocuk Gelişimi. 7. Basım., Milli Eğitim Basımevi Yayınları ., s212-224, İstanbul.
- Verduin, T. L., and Kendall, P.C. (2003). Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 901-909.
- Whaley S, Pinto A, Sigman M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(6) : 826.
- WHO. (2006). Depression. http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- Williams, N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis, Understanding Personality Structure In The Clinical Process*, The Guilford Press, NewYork.
- Wittchen, H., Beesdo, K., Bittner, A., & Goodwin, R. D. (2003). Depressive episodes evidence for a casual role primary anxiety disorder?. *European Psychiatry*, 18, 384-393.
- Yavuzer, H. (2010). *Çocuğunuzun İlk 6 Yılı*, 25.basım, İstanbul.
- Yazgan, Y. (2013). *Hiperaktif Çocuk ve ergen Okulda*, Doğan Kitap, 3.Baskı, İstanbul.
- Yorbık, Ö. (2007). *Asperger Bozukluğu, Psikiyatri Temel Kitabı içinde*, Editörler: Köroğlu E., Güleç C, HYB Basım Yayın, Ankara. sayfa: 817-821.
- Yörükoğlu, A. (2000). *Değişen Toplumda Aile ve Çocuk*, Özgür Yayıncılık, İstanbul.
- Zahn –Waxler C.J.(2003): *Children of depressed mothers, Infancy and Early Childhood içinde*, Zuckerman B.S. ve ark.(ed), Johnson &Johnson, USA, s:203-219.

Ekler

ÖZGEÇMİŞ

Büşra Börekçi

Adres: Beylerbeyi mah. beyçayırı çıkmazı sok. no:29 Beylerbeyi/Üsküdar

GSM: 0532 251 53 05

E-Posta: borekcibusra@gmail.com

WEB: www.busraborekci.com

KİŞİSEL BİLGİLER

Doğum Yeri: Üsküdar / İstanbul

Doğum tarihi: 16.11.1987

Medeni Durumu: Bekar

Yabancı Dil: Orta derecede

EĞİTİM

TARİH	OKUL
Eylül 2001-Haziran 2003	Hacı Sabancı Lisesi
Eylül 2003-Haziran 2004	Özel Coşkun Lisesi
Eylül 2004-Ocak 2010	İstanbul Bilgi Üniversitesi – Psikoloji Bölümü

Eylül 2013- ...	Üsküdar Üniversitesi - Klinik Yüksek Lisans Programı
-----------------	--

İŞ ve DENEYİM

01.06.2010 - ...	Kim Psikoloji Danışmanlık – Psikolog
05.10.2010 – 29.03.2011	Vildan Çocuk Yuvası – Psikolog
04.04.2011 – 07.06.2011	Ümraniye Belediyesi Kadın Sığınma Evi
03.10.2011 - ...	Boğaziçi Yıldızlar Anaokulu

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Adı ve Soyadı:..... Protokol No: Tarih:...../...../ 20.....

Cinsiyeti:..... Yaşı:.....

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. **BUGÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA İÇİNDE** kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

1. 0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2. 0) Gelecekte umutsuz ve karamsar değilim.
1) Gelecekte karamsarım.
2) Gelecekte hiçbir şey beklemiyorum.
3) Geleceğimden umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. 0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1) Kendimi çevremdeki bir çok kişiden daha çok başarısızmışım gibi hissediyorum.
2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. 0) Bir çok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1) Her şeyden eskisi kadar hoşlanmıyorum.
2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3) Her şeyden sıkılıyorum.
5. 0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. 0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
1) Cezalandırılabilirim gibi seziyorum.
2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. 0) Kendimden hoşnudum.
1) Kendi kendimden pek hoşnut değilim.
2) Kendime çok kızıyorum.
3) Kendimden nefret ediyorum.
8. 0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1) Zayıf yanlarım veya hatalarımdan dolayı kendi kendimi eleştiririm.
2) Hatalarımdan her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
9. 0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
2) Kendimi öldürmek isterdim.
3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
10. 0) İçimden her zamankinden fazla ağlamak gelmiyor.
1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2) Çoğu zaman ağlıyorum.
3) Eskiden ağlayabilirdim; şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11. 0) Şimdi her zaman olduğundan daha sinirli değilim.
1) Eskisine göre daha kolay kızıyor veya sinirleniyorum.
2) Şimdi hep sinirliyim.
3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
12. 0) Başkalarıyla görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1) Başkalarıyla eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2) Başkalarıyla görüşme ve konuşma isteğimi kaybettim.
3) Hiç kimse ile görüşüp, konuşmak istemiyorum.
13. 0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2) Karar verirken eskisine göre çok güçlük çekiyorum.
3) Artık hiç karar veremiyorum.
14. 0) Aynaya baktığımda kendimde bir değişiklik görmüyorum.
1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
15. 0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2) Bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3) Hiç bir şey yapamıyorum.
16. 0) Her zamankinden daha iyi uyuyabiliyorum.
1) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.
3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.
17. 0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2) Yaptığım her şey beni yoruyor.
3) Kendimi hiç bir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
18. 0) İştahım her zamanki gibi.
1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
2) İştahım çok azaldı.
3) Artık hiç iştahım yok.
19. 0) Son zamanlarda kilo vermedim.
1) İki kilodan fazla kilo verdim.
2) Dört kilodan fazla kilo verdim.
3) Altı kilodan fazla kilo verdim.
20. 0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmem zorlaşıyor.
3) Sağlığımdan o kadar endişeliyim ki başka hiç bir şey düşünmüyorum.
21. 0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

Teşekkürler.

DEĞERLENDİREN (Kaşe-İmza):

Uyarlayan Buket Teğin: Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Yayınlanmamış Doktora tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, 1980.

NPİSTANBUL HASTANESİ: Saray Mah. Siteyolu Cad. No: 27 34768 Ümraniye - İST. (TEM Yolu Ümraniye Kavşağı) Tel: 0216 633 0 633 Faks: 0216 634 12 50

NPFENERYOLU POLİKLİNİĞİ: Bağdat Caddesi No: 109/A 34724 Feneryolu - İST. Tel: 0216 418 15 00 (Pbx) Faks: 0216 418 15 30

NPETİLER POLİKLİNİĞİ: Nispetiye Cad. No: 19 34330 Levent / Beşiktaş - İSTANBUL Tel: 0212 270 12 92 (Pbx) - 633 06 33 Faks: 0212 270 17 19



ÖZEL
NPİSTANBUL
Nöropsikiyatri Hastanesi
Çocuğun Adı ve Soyadı:

CONNER'S AİLE DEĞERLENDİRME FORMU



Doğum Tarihi:

Formun doldurulduğu tarih:

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Sorunun derecesine en uygun tanımın altını (X) ile işaretleyiniz.

		Hiç Yok	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
1.	Çıldırın, vücudunun veya eşyalarının bazı kısımlarıyla oynar veya yolar. (Ör: Tırnaklar, parmaklar, saçlar veya kıyafetler.)				
2.	Kendinden yaşça büyüklere karşı küstahça davranır.				
3.	Arkadaş edinmekle veya arkadaşlığı devam ettirmekte sorunları vardır.				
4.	Kolayca heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.				
5.	Faaliyetlerde hep başı çekmek ister				
6.	Parmağını, kıyafetinin veya battaniyesinin bir kenarını emer veya çiğner.				
7.	Sık sık veya kolayca ağlar.				
8.	Kavgaya hazırdır, öfkesi burnundadır.				
9.	Hayale dalıp gider, hayal kurar.				
10.	Öğrenme güçlüğü çeker.				
11.	Yerinde rahat duramaz, kıpır kıpırdır.				
12.	Yeni durumlara ve ortamlara girmekten, yeni kişilerle karşılaşmaktan, okula gitmekten korkar.				
13.	Yerinde durmaz, her an hareket halindedir.				
14.	Zarar vericidir. (Eşyalara)				
15.	Gerçekle ilgisi olmayan hikayeler uydurur veya yalan söyler.				
16.	Utangaçtır.				
17.	Yaşlılarına göre konuşması farklıdır. (Ör: Bebeksi konuşma, kekeleme, anlaşılması güç olan konuşma)				
18.	Yaşlılarına göre başı daha çok derde girer.				
19.	Hatalarını inkar eder veya başkalarını suçlar.				
20.	Kavgacıdır.				
21.	Somurtur, surat asar veya küser.				
22.	Çalma huyu vardır.				
23.	Kurallara uymaz veya uyarken gönülsüzdür.				



		Hiç Yok	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
24.	Diğer çocuklara göre daha endişelidir. (Yalnızlık, hastalık ve ölümle ilgili)				
25.	İşlerini bitirmekte zorlanır.				
26.	Çabuk kırılır veya gücenir.				
27.	Kendinden yaşça küçük veya zayıfları ezer.				
28.	Tekrarlayıcı bir hareket/faaliyeti durdurmakta güçlük çeker.				
29.	Merhametsizdir.				
30.	Çocuksudur, yaşına uygun davranmaz. (sürekli yardım ister, eteğine yapışır, sürekli güvenlik arayışı içindedir.)				
31.	Dikkatini belirli süre bir konu üzerinde toplayamaz, dikkatini sürdürmekte zorluk çeker.				
32.	Baş ağrıları vardır.				
33.	Mizacı ya da duyguları ani ve belirgin olarak değişir.				
34.	Kuralları veya sınırlamaları sevmez, onlara uymaz.				
35.	Sürekli kavga eder.				
36.	Kardeşi, abi veya ablasıyla iyi geçinemez.				
37.	Zorluklar karşısında morali çabuk bozulur, kolayca pes eder.				
38.	Diğer çocukları rahatsız eder.				
39.	Temelde mutsuz bir çocuktur.				
40.	Uyku sorunları vardır. (Uykuya dalmakta güçlük çeker, çok erken veya gece yarısı uyanır.)				
41.	Mide ağrıları vardır.				
42.	Yeme sorunları vardır. (İştahı yoktur, iki lokma arasında sofradan kalkar, dolaşır.)				
43.	Vücudunda başka ağrıları da vardır.				
44.	Mide bulantısı veya kusma şikayeti vardır.				
45.	Ailede hakkının yendiği hissine kapılır.				
46.	Övünür yüksekten atar.				
47.	Kendisine kötü davranılmasına ses çıkarmaz.				
48.	Bağışsıkları sık sık bozulur, tuvalet alışkanlığı düzensizdir, kabız kalır.				

Conner's Anne Baba Değerlendirme Ölçeği

	Anne Top. Puan	Baba Top. Puan	Kesme Puanı
Davranım Sorunu			19
Ataklık /Hiperkativite			7
Öğrenme Sorunu			6
Kaygı			8

Referans: Sener Ç, Derebey Ç, Derebey İF ve ark. (1998) Conners anababa derecelendirme ölçeği uyarılama çalışması. X. Ulusal Psikoloji Kongresi, Ankara.

NPİSTANBUL HASTANESİ: Saray Mah. Siteyolu Cd. No: 27 34768 Ümraniye - İST. (TEM Yolu Ümraniye Kavşağı) Tel: 0216 633 0 633 Faks: 0216 634 12 50
FENERYOLU POLİKLİNİĞİ: Bağdat Caddesi No: 109/A 34724 Feneriyolu - İST. Tel: 0216 418 15 00 (Pbx) Faks: 0216 418 15 30
ETİLER POLİKLİNİĞİ: Nispetiye Cad. No: 19 34330 Levent / Beşiktaş - İSTANBUL Tel: 0212 270 12 77 (Pbx) - 633 06 33 Faks: 0212 270 17 19

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Adı ve Soyadı:..... Cinsiyeti:..... Yaşı:..... Tarih:...../...../20.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

		Hiç 0	Hafif Düzeyde Beni Pek Etkilemedi 1	Orta Düzeyde Hoş Değildi Ama Katlanabildim 2	Ciddi Düzeyde Dayanmakta Çok Zorlandım 3
1.	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2.	Sıcak / ateş basmaları				
3.	Bacaklarda halsizlik, titreme				
4.	Gevşeyememe				
5.	Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6.	Baş dönmesi veya sersemlik				
7.	Kalp çarpıntısı				
8.	Dengeyi kaybetme korkusu				
9.	Dehşete kapılma				
10.	Sinirlilik				
11.	Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12.	Ellerde titreme				
13.	Titreklilik				
14.	Kontrolü kaybetme korkusu				
15.	Nefes almada güçlük				
16.	Ölüm korkusu				
17.	Korkuya kapılma				
18.	Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19.	Baygınlık				
20.	Yüzün kızarması				
21.	Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Uyarılar: Mustafa Ulusoy, Nesrin Şahin ve Hüsnü Erkmen, H.(1996). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly

Teşekkürler.

NPISTANBUL HASTANESİ: Saray Mah. Siteyolu Cd. No: 27 34768 Ümraniye - İST. (TEM Yolu Ümraniye Kavşağı) Tel: 0216 633 0 633 Faks: 0216 634 12 50
NPFENERYOLU POLİKLİNİĞİ: Bağdat Caddesi No: 109/A 34724 Feneryolu - İST. Tel: 0216 418 15 00 (Pbx) Faks: 0216 418 15 30
NPEİLER POLİKLİNİĞİ: Nispetiye Cad. No: 19 34330 Levent / Beşiktaş - İSTANBUL Tel: 0212 270 12 92 (Pbx) - 633 06 33 Faks: 0212 270 17 19



Sayı : 2015 / 165
Konu : Araştırma İzni Hk.

28.01.2015

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na

“İstanbul İli örnekleminde, 0-6 yaş grubunda bir hastane polikliniğine başvuran olguların aldıkları tanılar ve ebeveynlerin duygudurumları arası ilişki” isimli çalışmanın, Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunuzca verilecek etik onay sonrasında Özel NPİSTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesi’nde yapılmasına izin veriyorum.

Uzm. Dr. Boray ERDİNÇ
Mesul Müdür



Saray Mah. Siteyolu Cad. No: 27 34768 Ümraniye - İSTANBUL Tel: 0216 633 0 633 (Pbx) Faks: 0216 634 12 50
E-posta: bilgi@npistanbul.com • www.npistanbul.com

NP.FR.145

79

Revizyon No: 1 (28.05.2012)





www.uskudar.edu.tr

REKTÖRLÜK - FAKÜLTELER - MESLEK YÜKSEKOKULU
Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14 PK:34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Fax: +90 216 474 12 56 E-posta: info@uskudar.edu.tr

**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
(İNSAN ÜZERİNDE YAPILAN)ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI**

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2015 / 80

16 Mart 15

Yrd. Doç. Dr. Nüket İşiten (Büşra Börekçi)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13 Mart 2015 tarihinde, 03 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "İstanbul İli Örneklerinde 0-6 Yaş Grubunda Bir Hastane Polikliniğine Başvuran Olguların Aldıkları Tanılar ve Ebeveynlerin Duygu Durumları Arasındaki İlişki" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı