



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

**MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜSÜ ALINACAK  
7-12 YAŞ HASTA ÇOCUKLARIN DUYGUSAL TEPKİLERİN TESPİTİ  
ve ALTINDA YATAN NEDENLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

**Burcu KARAKAYA YIKILMAZ  
124102165**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Danışman : Yrd. Doç. Dr. Havva Nüket İŞİTEN**

**İstanbul - 2016**

T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜSÜ ALINACAK  
7-12 YAŞ HASTA ÇOCUKLARIN  
DUYGUSAL TEPKİLERİN TESPİTİ ve  
ALTINDA YATAN NEDENLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

Burcu KARAKAYA YIKILMAZ

(124102165)

**Tez Danışmanı**

(Yrd. Doç. Dr. Havva Nüket İŞİTEN)

(İstanbul, 2016)



T.C.  
USKUDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTUSU

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

ğrenci No	: 124102165
ğrenci Adı Soyadı	: Baran Kocabaya Tulunoğlu
Anabilim Dalı	:
Tez Danışmanı	: Y. Doç. Dr. Mustafa İSİRİN
Tezin Başlığı	: 7-12 Yaş Haste Çocuklarda Moriyetik Rezektif Çıktı Duygulan Tepkilerinin Tezidi ve Altında Yeterli Akademi

Toplantı Tarihi	: 18.04.2016	Saati	: 17.00
-----------------	--------------	-------	---------

ğrenci	: X GELDI
Savunmaya	

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Snav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir.

Yapılan savunma sınavında adayın tez çalışması başarılı bulunarak KABUL edilmesine,

✓Yapılan savunma sınavı sonunda tez çalışmasının DÜZELTİLMESİNE, düzeltme için adaya ..... ay EK SÜRE verilmesine (en fazla 3 ay)

Yapılan savunma sınavının sonunda tezin REDDEDİLMESİNE

OY BİRLİĞİ

OY ÇOKLUĞU

ile karar verilmiştir.

Savunmada Tezin Başlığı	: <del>Değişmedi.</del> <b>Değiştii.</b>
-------------------------	--

Tezin Yeni Başlığı	: Moriyetik Rezektif Çıktısı Altında 7-12 Yaş Haste Çocukların Duygulan Tepkilerinin Tezidi ve Altında Yeterli Akademi
--------------------	--

ğrenci Savunmaya	: <del>GELMEDI</del> <b>GELMEDI</b>
------------------	-------------------------------------

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Snav 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,

**OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.**

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Y. Doç. Dr. Mustafa İSİRİN	
Danışman Üye	Y. Doç. Dr. Mustafa İSİRİN	
Üye	Y. Doç. Dr. Demir Halkoğlu	
Üye	Y. Doç. Dr. C. Ömür Neşer	
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları gerekir.)

Tarih : 21.04.2016

Sayı No :

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

.....  
Anabilim Dalı Başkanı

Not : Bu forma orijinal raporlar (bir nüsha) eklenecektir.



T.C.  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR**  
**ETİK KURULU BAŞKANLIĞI**

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2015 /153

3 Temmuz 15

**Sayın Yrd. Doç. Dr. Havva Nüket İşiten**  
**(Burcu Karakaya Yıkılmaz)**

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 02 Temmuz 2015 tarihinde, 08 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu **"7-12 Yaş Hasta Çocuklarda Manyetik Rezonans Görüntüleme Duygusal Tepkilerinin Tespiti ve Altında Yatan Nedenlerinin Araştırılması"** adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

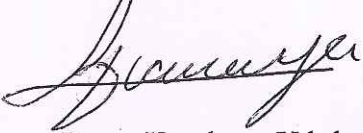
Yrd. Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik  
Kurulu Başkanı

30.07.2015

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji  
Anabilimdalı Başkanlığına;

Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans tezimi olarak belirlenen 7-12 yaş hasta çocuklarda manyetik rezonans görüntüleme de duygusal tepkilerinin tespiti ve altında yatan nedenlerinin araştırılması için anket çalışması yapılması için onayınızı arz ederim.

Saygılarımla;



Burcu Karakaya Yıkılmaz  
30.07.2015

Onaylandı. 30.07.2015

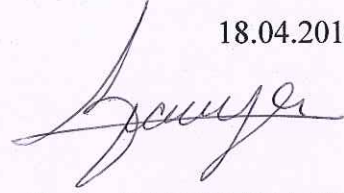


Prof. Dr. Murat ACAR  
S.B. İst. Medeniyet Üniv. Göztepe E.A.H.  
Radyoloji AD Başkanı  
Dış. Tel. No: 54306-88425

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Manyetik Rezonans Görüntüsü Alınacak 7-12 Yaş Hasta Çocukların Duygusal Tepkilerin Tespiti ve Altında Yatan Nedenlerinin Araştırılması” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

18.04.2016



Burcu KARAKAYA YIKILMAZ

## ÖNSÖZ

Hep okumak istediğim Klinik Psikoloji dalında Yüksek Lisans yapma imkanı sunduğu için değerli hocamız Prof. Dr. Nevzat TARHAN'a, eğitimimde ve tezimin oluşturulmasında bana bilgi ve deneyimlerini aktarıp yol gösteren ve tez yazım sürecinin tüm aşamalarında verdiği destek için minnettar olduğum tez danışmanım, değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Havva Nüket İŞİTEN'e, Üsküdar Üniversitesi'nde benimle tüm bilgilerini paylaşan ve yol gösteren tüm değerli hocalarıma, benden hiçbir zaman desteğini esirgemeyen ve hayatımı kolaylaştıran Sevgili Eşim Alper YIKILMAZ'a, araştırmalarım ve tüm süreçte yardımlarını esirgemeyen kayınbiraderim Doç. Dr. Ali YIKILMAZ'a, eğitim sürecim boyunca beni cesaretlendiren ve destekleyen çok sevgili aileme ve daha ismini saymadığım ve tezimin hazırlanmasında katkıda bulunan herkese, TEŞEKKÜR EDİYORUM

Burcu KARAKAYA YIKILMAZ

**KARAKAYA YIKILMAZ, Burcu, Yüksek Lisans, İstanbul, 2016**

**Manyetik Rezonans GörüntüSÜ Alınacak 7-12 Yaş Hasta Çocukların  
Duygusal Tepkilerin Tespiti ve Altında Yatan Nedenlerinin Araştırılması**

**ÖZET**

Göztepe Eğitim ve Araştırma hastanesinde altı ay süresince yapılan bu araştırma ile manyetik rezonans görüntüleme cihazına giren çocukların, korku ve anksiyeteleri tespit edilerek, araştırmaya dahil edilen tüm çocukların depresyon ve kaygı düzeyleri istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamız, 7-12 yaş grubu arasındaki çocuk hastalardan; MRI'a giren 49 çocuk ve karşılaştırma olarak Pediatri bölümüne gelen 50 çocuktan oluşan örneklem grubu ile yapılmıştır. Çalışmaya çocuk hastaların anneleri de dahil edilerek, annelerin duygu durumları tespit edilmiş ve çocuklarının duygu durumları üzerindeki etkileri istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Tüm çocuklara Çocukluk Çağı Depresyon Ölçeği (ÇÇDÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) ve Duygusal Tepkiler anketi ve tüm annelere Durumluk ve Sürekli Kaygı (STAI), Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri uygulanmıştır. MRI'ya giren çocuklar ve anneleri ile pediatriye gelen çocuklar ve annelerinin verdikleri yanıtlar değerlendirildikten sonra istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Çalışmaya katılan 99 çocuğun kişilik özellikleri, annelerinin 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeğine verdikleri yanıtlar doğrultusunda çıkarılmıştır. Çocukların en yoğun olarak "Ölüm "den ve iğneli müdahalelerden korktuğu tespit edilmiştir. Annelerin ruh durumları bilhassa anksiyetede olması çocuğun ruh durumu üzerinde etkili olduğu gözlenmiştir. Çocuklar en çok hastanedeki seslerden rahatsız olduklarını ve rahatlamak için daha sessiz ortamlar ve müzik yayını istediklerini ifade etmiştir. Çocukların yapılacak müdahale hakkında bilgi sahibi olmamak yoğun anksiyete yaşamalarına başlıca sebebidir.

**Anahtar Kelimeler:** MRI, Manyetik Rezonans, Çocuk hastalar, tıbbi görüntüleme, çocuk anksiyetesi, çocuk korkuları,



**KARAKAYA YIKILMAZ, Burcu, Masters Thesis, İstanbul, 2016**

**Defining the Underlying Causes of the Emotional Response(s) Given by the Children Undergoing Magnetic Resonance Imaging between the Ages 7-12**

**ABSTRACT**

With the six month study carried out at Göztepe Eğitim ve Araştırma hospital the fears and anxieties of the children undergoing magnetic resonance imaging have been determined. The depression and anxiety levels of all the children within this study has been statistically evaluated.

The study was carried out with 49 children enduring MRI and 50 children that came to the pediatric ward from the ages ranging from 7 through 12. The mothers of the children have also been inducted to the research. The mothers' moods have been determined and their effects on the children's moods have been inspected. Children's Beck Depression, State and Anxiety Inventory have been applied to all the children contributing to this research and State and Anxiety Inventory, Beck Anksiyete and Depression Inventories to all the mothers. The responses given by the children and their mothers going through MR imaging have been statistically evaluated and compared to those at the pediatric ward. Again with this study the children's personality traits have been formulated according to the responses given by their mothers to the 6-18 Children's Behavior Inventory. The biggest fear of children has been depicted as death. Usage of needles is the most fearful hospital intervention in children. The mother's anxiety levels have a positive correlation with the problematic areas in the child's psychology. Children have indicated that the noises in the hospital environment cause them the most discomfort and they would prefer quiet environment and/or music. Also, the main cause of anxiety in children has been determined as not having sufficient procedural knowledge.

**Key Words:** MRI, magnetic resonance imaging, pediatric patients, medical imaging, child anxiety, child fears,

## KISALTMALAR SAYFASI

<b>AAP</b>	Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics)
<b>ASEBA</b>	Achenbach Ampirik Temelli Değerlendirme Sistemi
<b>BAÖ</b>	Becks Anksiyete Ölçeği (Becks Anxiety Inventory)
<b>BDÖ</b>	Becks Depresyon Ölçeği (Becks Depression Inventory)
<b>CBCL</b>	Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği
<b>CCD</b>	Klinik Çocuk Psikolojisi (Clinical Child Psychology)
<b>ÇÇDÖ</b>	Çocukluk Çağı Depresyon Ölçeği (Beck Children's Depression Inventory)
<b>DSM</b>	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
<b>GÖZTEPE</b>	Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
<b>MRI</b>	Manyetik Rezonans Görüntüleme (Magnetic Resonance Imaging)
<b>NRM</b>	Nükleer Manyetik Rezonans (Nuclear Magnetic Resonance)
<b>OKB</b>	Obsesif Kompulsif Bozukluk (Obsessive Compulsive Disorder)
<b>PEDİATRİ</b>	Göztepe hastanesinde pediatri bölümüne gelen çocuklar
<b>STAI</b>	Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (State Trait Anxiety Inventory)

## ŞEKİLLER ve TABLOLAR LİSTESİ

- Şekil I - MRI Cihazının Görüntüsü ve Hastanın Pozisyonu
- Tablo I - Çocuklarda Gelişimsel Olarak Korku ve Anksiyete
- Tablo II - Herhangi bir Psikolojik Hastalık Tanısı Almamış 5-18 Yaş Arası Çocuklarda En Sık Gözükten Anksiyete Semptomları
- Tablo III - MRI/Pediyatriye göre Cinsiyet, Annebaba Yaş ve Eğitim Durumu Dağılımı
- Tablo IV - Göztepe Hastanesindeki Çocukların Sosyal İlişkilerinin İncelenmesi
- Tablo V - Çocuklarda Tespit Edilen Korkular
- Tablo VI - Gruplar arası ÇÇDÖ ve STAI Karşılaştırması
- Tablo VII - Normal Dağılım Testleri
- Tablo VIII - Gruplara Göre Sendrom Ham Puanları
- Tablo IX - Anne STAI ve BECK Ölçeklerinin Gruplararası Karşılaştırılması
- Tablo X - Anne ve Çocuk Değerlerini Karşılaştıran Koorelasyon Tablosu
- Tablo XI - Depresif Anne ile Çocuk Sendrom Değerleri Arasındaki İlişkiler
- Tablo XII - Anksiyöz Anne İle Çocuğun Sendrom Değerleri Arasındaki İlişkiler

## GRAFİKLER LİSTESİ

- Grafik I- Göztepe Hastanesindeki Çocukların MRI ve Diğer İşlemlere İlişkin Korkuları
- Grafik II- Göztepe Hastanesindeki Çocukların Doktorlara Karşı Duyguları
- Grafik III- Çocukların Hastane Korkularını Azaltmak İçin Önerileri
- Grafik IV- Anne Anksiyetesi ile Çocuk Anksiyetesi Arasındaki İlişki
- Grafik V- Anne Depresyonu ile Çocuk Anksiyetesi Arasındaki İlişki
- Grafik VI- Anne Depresyonu ile Çocuk Problemine Yönelik Alt-testlerin İlişkisi
- Grafik VII- Anne Depresyonu ile Çocuk Anksiyetesi/Depresyon Arasındaki İlişki
- Grafik VIII- Anne Depresyonu ile Çocuk Sosyal İçer Dönüklük/ Depresyonu Arasındaki İlişki
- Grafik IX- Anne Depresyonu ile Çocuk Sosyal İçer Yönelim Alt-testinin Arasındaki İlişki
- Grafik X- Anne Anksiyetesi ile Çocuğun Sosyal İçer Dönüklük/Depresyonu Arasındaki İlişki
- Grafik XI- Anne Anksiyetesi ile Çocuğun Somatik Yakınmaları Arasındaki İlişki
- Grafik XII- Anne Anksiyetesi ile Çocuğun Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki
- Grafik XIII- Anne Anksiyetesi ile Çocuğun Düşünce Sorunları Arasındaki İlişki
- Grafik XIV- Anne Anksiyetesi ile Çocuğun İçer Yönelimi Arasındaki İlişki
- Grafik XV- Anne Anksiyetesi ile Çocuğun Duygudurum Bozuklukları Arasındaki İlişki

Grafik XVI- Anne Anksiyetesi ile çocuktaki Anksiyete Bozukluğu Arasındaki İliğki

Grafik XVII- Anne Anksiyetesi ile ocuk OKB'si Arasındaki İliğki

Grafik XVIII- Genel Olarak Anne Anksiyetesi ile ocuklarda Psikolojik Problemler  
Görölme Sıklıkları



## EKLER LİSTESİ

- a) Becks Anksiyete Ölçeği (Becks Anxiety Inventory)
- b) Becks Depresyon Ölçeği (Becks Depression Inventory)
- c) Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (State Trait Anxiety Inventory)
- d) 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği
- e) Çocukluk Çağı Depresyon Ölçeği (Beck Children's Depression Inventory)
- f) Hastaneye Gelen Çocukların Duygusal Tepkilerinin Nedenlerinin Araştırma Anketi

## İÇİNDEKİLER

<b>YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI.....</b>	<b>I</b>
<b>ETİK KURUL ONAYI.....</b>	<b>II</b>
<b>GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ONAYI .....</b>	<b>III</b>
<b>YEMİN METNİ .....</b>	<b>IV</b>
<b>ÖZET .....</b>	<b>V</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>VI</b>
<b>KISALTMALAR SAYFASI .....</b>	<b>VII</b>
<b>ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ .....</b>	<b>VIII</b>
<b>GRAFİKLER LİSTESİ.....</b>	<b>IX</b>
<b>EKLER LİSTESİ.....</b>	<b>XI</b>
<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>XII</b>
<b>GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
<b>BÖLÜM I.....</b>	<b>2</b>
<b>GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>2</b>
1.1 PROBLEM TANIMI .....	2
1.2 ARAŞTIRMA NEDENİ.....	3
1.3 SAYILTIKLAR VE SINIRLILIKLAR .....	4
<b>BÖLÜM II .....</b>	<b>6</b>
<b>MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME (MRI).....</b>	<b>6</b>
2.1 MRI NEDİR .....	6
2.2 ÇOCUKLARDA ANESTEZİ .....	6
2.2.1 Anestezinin Olumsuz Etkileri.....	7
<b>BÖLÜM III.....</b>	<b>9</b>

<b>ANKSİYETE, KORKULAR VE FOBİLER.....</b>	<b>9</b>
3.1 TANIMLAR VE KLİNİK ÖZELLİKLER .....	9
3.2 KORKU VE ANKSİYETE ARASINDAKİ FARK .....	10
3.3 ANKSİYETE VE ÇOCUK GELİŞİMİ .....	10
3.4 ÇOCUKLARIN BİLİŞİMSEL GELİŞME EVRELERİ.....	11
3.4.1 Somut İşlemeler Dönemi (7-11 yaş) .....	12
3.4.2 Soyut İşlemler Dönemi (11 yaş ve üstü) .....	13
3.5 BAĞLANMA ŞEKİLLERİ VE ÇOCUK ANKSİYETESİ ÜZERİNE ETKİLERİ.....	13
3.5.1 Güvenli Bağlanma .....	15
3.5.2 Ambivalan/Kaygılı Bağlanan .....	16
3.5.3 Kaçınan Bağlanma .....	16
3.5.4 Desorganize/Düzensiz Bağlanma .....	17
3.6 MİZAC .....	18
3.7 ÇOCUKLARDA KORKU .....	18
3.7.1 Çocuklarda Normal Korkular .....	19
3.7.2 Çocuklarda Yaşa Göre Uygun Olmayan Korkular .....	23
3.7.3 Çocuk Korkularının Evrensel Olma Nedenleri .....	24
3.7.4 Normal Korkular Üzerindeki Çevre Etkisi .....	24
3.8 ÇOCUKLARDA NORMAL ANKSİYETELER .....	25
3.8.1 Anksiyete Fazlalığının Anlaşılması .....	26
3.8.2 Çocuklarda Anksiyete Çeşitleri .....	26
3.8.2.1 Ayrılık Anksiyete Bozukluğu .....	26
3.8.2.2 Yaygın Anksiyete Bozukluğu .....	27
3.8.2.3 Sosyal Anksiyete Bozukluğu .....	27
3.8.2.4 Panik Bozuklukları.....	27
3.8.2.5 Özgül Fobiler .....	27
3.8.2.6 Travma Sonrası (post-travmatik) Stres Bozukluğu.....	28
3.8.2.7 Agorafobi .....	28
3.8.2.8 Seçici Mutizm .....	28
3.8.2.9 Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	28
3.8.2.10 Sağlıkla İlgili Anksiyeteler .....	29



<b>BÖLÜM IV</b> .....	<b>30</b>
<b>EBEVEYNDEKİ BOZUKLUKLARIN ÇOCUKLARIN ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ</b> .....	<b>30</b>
<b>BÖLÜM V</b> .....	<b>33</b>
<b>ÇOCUKLARDA ÖLÜM ALGISI VE KORKUSU</b> .....	<b>33</b>
<b>BÖLÜM VI</b> .....	<b>34</b>
<b>ARAŞTIRMA YÖNTEMİ</b> .....	<b>34</b>
6.1 ARAŞTIRMA GEREÇLERİ.....	34
6.1.2 <i>Anakütle ve Örneklem</i> .....	34
6.1.3 <i>Araştırmanın Sayıltuları</i> .....	35
6.1.4 <i>Araştırma Hipotezleri</i> .....	35
6.1.5 <i>Araştırmada Kullanılan Araçlar</i> .....	35
6.1.5.1 Çocuklarda Uygulanan Ölçekler.....	36
6.1.5.1.1 Çocuk Çağı Depresyon Ölçeği (ÇÇDÖ).....	36
6.1.5.1.2 Durumluk ve Sürekli Kaygı (STAI).....	36
6.1.5.1.3 Hastaneye Gelen Çocukların Duygusal Tepkilerinin Nedenlerinin Araştırma Anketi .....	37
6.1.5.1.4 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/6-18).....	38
6.1.5.2 Annebabalarda Uygulanan Ölçekler .....	39
6.1.5.2.1 Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	40
6.1.5.2.2 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	40
6.1.6 <i>Araştırmada Kullanılan Veri Analiz Yöntemleri</i> .....	40
<b>BÖLÜM VII</b> .....	<b>42</b>
<b>BULGULAR</b> .....	<b>42</b>
7.1 SOSYO DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİN BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLERİ .....	42
7.1.2 <i>Katılımcıların ile ilgili Betimsel ve Yüzdesel Bulgular</i> .....	43
7.2 HİPOTEZLER .....	49
7.2.1 <i>Çocuklarla İlgili Hipotezler</i> .....	49
Hipotez 1 .....	49

Hipotez 2 .....	50
7.2.2 ANNELERLE İLGİLİ HİPOTEZLER.....	52
Hipotez 1 - .....	52
Hipotez 2 - .....	52
<b>BÖLÜM VIII.....</b>	<b>64</b>
<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>64</b>
8.1 SINIRLILIKLAR .....	74
8.2 ÖNERİLER .....	75
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>78</b>



## GİRİŞ

Teknolojik alt yapının artmasıyla birlikte birçok özel ve kamu kuruluşunda, hastalıkların tanısı için Manyetik Rezonans (MRI) görüntüleme yöntemi sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır.

MRI işlemi, talep edilen bölgesel kısma göre farklılıklar göstermekle birlikte ortalama 10-30 dakika arasında sürmektedir. MRI görüntüleme iğnesiz ve radyasyonsuz bir işlemdir. İşleme hazırlık için hasta üzerinde bulunan tüm metaller çıkartılır ve hasta oldukça gürültülü dar bir silindir içine yerleştirilerek çekim alanına alınır. En uygun görüntüyü alabilmek için hastanın hareketsiz kalması şart olmasına rağmen çocuk hastalarda; anneye ayrılmama, ameliyathanede bulunma, operasyon korkusu veya işlemlerin gerçekleşeceği alanda yeralan ekibinin ürkütücü görüntüleri psikolojik travma ile sonuçlanabilmektedir. Çocuk hastalarda; anksiyete ve depresyona yol açabilen psikolojik travmanın azaltılması ve hareket etmenin engellenmesi amacıyla sedasyon ile rahatlatılma veya genel anestezi ile uyutulma işlemi gerekmektedir. Ancak stresi azaltmak için verilen anestetik ilaçların birçok yan etkileri de mevcuttur.

**Şekil I- MRI Cihazının Görüntüsü ve Hastanın Pozisyonu**



## BÖLÜM I

### GENEL BİLGİLER

#### 1.1 Problem Tanımı

Doktorlar olası tanı hatalarını bertaraf etmek için tanı koymadan önce hastadan tıbbi görüntüleme talep etmektedir. Yine hastaların çoğu da görüntüleme olmadan doğru tanı konamayacağına inandıkları için doktorlarından ileri tetkikler de talep edebilmektedir. Hastanelerde bulunan görüntüleme cihazların sayısının kısıtlı olması ve cihazların kullanım ömürleri nedeniyle görüntüleme talepleri yeteri kadar karşılanamamaktadır. Bunun yanında görüntüleme cihazlarının yüksek fiyatı ve kullanım maliyetlerin fazla olması nedeniyle özel sektörde bu tür hizmetler yüksek ücretlerle yapılmaktadır. Bu sebeple hastalar mümkün olduğunca devlet hastanelerinde bu hizmeti almak istemektedir. Ancak MR cihazını her hastahaneinin kullanmaması nedeniyle de belli hastanelerde yoğunluk birikmekte ve hastalara çok uzun bekleme sürelerinin sonunda randevu verilebilmektedir.

Hastalık tanısı konması için görüntüleme sonucunu bekleyen hastalarda, uzun bekleme süreleri yoğun kaygı ve anksiyete yaratmaktadır. Bu uzun bekleme süreci içerisinde hastalığın ilerlemesi ve kötüleşmesi hastanın yaşadığı olumsuz duygu durumundan mı yoksa hastalığın seyirinden mi kaynaklandığı bilinmemektedir.

Devlet hastanelerinde görüntüleme için altı (6) yaş üstü hastalara herhangi yaş kategorisine koymaksızın randevu verilmektedir. Dolayısıyla hastanenin görüntüleme bölümünde altı (6) yaş ve üzeri hastalar aynı anda görüntüleme işlemleri için sıra beklemektedir. İleri yaş grubu hastalarla birlikte çocuk hastaların yan yana beklemesi ise birçok soruna neden olabilmektedir. Çocuk hastalar, gerginliklerini; bağırarak, ağlayarak ve bedenlerini savurarak verebilmektedir. Çocuk hastalar yine uzun bekleme sürelerinde sıkılıp bekleme salonunu oyun alana çevirebilmekte ve bu durum ileri yaş grubundaki hastalarda gerginlik ve öfke yaratabilmektedir. Tam tersi olarak ise ileri yaş grubu hastalar, ağrılarını ve sancılarını belli ederek inledikleri, fiziksel durumlarını yüz ifadelerinde ve beden dillerine yansıtmaktadır. Bu durumda çocuklar gözlemledikleri

tüm hastalıkları merak etmekte ve kendi hastalıklarını daha derinlemesine sorgulamaktadır.

Doğru ve net görüntü alınması için hastaların kesinlikle hareketsiz kalması gerekmektedir. Bu sebepten dolayı görüntü alınacak beş (5) yaş altı tüm çocuklarda anestezi uygulanmaktadır. Yine yoğun kaygı ve korku yaşayan hastalarında içeride hareketsiz kalamayacağı varsayıldığı için sakinleştirici veya anestezi verilmektedir. Ancak anestezi verilecek hastaların en az oniki (12) saat aç kalması gerekmektedir. Hastanede görüntüleme beklemek zorunda kalan çocukların oniki (12) saatten fazla aç kaldığı durumlar yaşanmakta ve aç kalan bu çocukların verdikleri yoğun tepkiler karşısında ailelerin kaygıları artarak öfkeye dönmemektedir

MRI cihazının heybetli görüntüsü, çekim için rahatsız bir şekilde hastanın yerleştirilmesi, hareketsiz kalma zorunluluğu ve işlem sırasındaki gürültü çocuklar için korkutucu bir deneyim oluşturmaktadır. Bu nedenlerle MRI görüntüleme kısa vadede çocuk hastalarda ağlama nöbetleri, yoğun korku hissi, sağlık ekibinden kaçınma ve işbirliğine yanaşmama gibi değişken duygu durumları yaratmaktadır. Çocuk hastaların yaşadıkları bu tecrübe ise uzun vadede post travmatik stres bozukluğuna neden olabilmektedir. Yapılan birçok araştırma göstermiştir ki çocuklukta yaşanan stresli durumlar ileride tıbbi müdahalelerden korkma ve kaçınma, sağlıkları üzerinde kontrol hissini olmaması, ağrı algılarında artma ve birçok post travmatik tepkiye yol açmaktadır.

Bunun yanında aileler, çocuklarının hasta olmasından dolayı duydukları stres ve anksiyeteyi çocuklarına yansıtmakta, bu ise çocukların korkularını artırmaktadır.

## **1.2 Araştırma Nedeni**

Araştırma, MRI'a girecek çocuk hastalarının korkularını tespit ederek; ileride hastanede yapılacak benzer müdahalelere yardımcı olması ve daha derin araştırmalara vesile olması amacıyla yapılmıştır. Bu çalışma sonucu, sağlık çalışanlarına; hastaneye gelen çocuk hastaların, MR gibi müdahale sonucunda yaşadıkları duygusal süreçler hakkında bilgi vermesi hedeflenmiştir. Bulgular doğrultusunda; hastahanelerde çocuk hastaların yaşadıkları korkularının azaltılmasına yönelik tedbir alınması umulmaktadır.

Bu yayının sonucunda çocuk hastalarının yaşadıkları korkuların yoğunlaşmaması ve bu durumun travmatik bir süreç olmaktan çıkması, çocuklar ve ailelerini bilgilendirilmesinde yardımcı olması hedeflenmektedir.

Aynı zamanda MR işlemlerinin doğru yapılması, hastahane maliyetlerini azaltacak ve diğer hastaların MR sırasındaki bekleme süresini azaltacaktır.

### **1.3 Sayıtlar ve Sınırlılıklar**

Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan bu çalışmaya katılan tüm katılımcıların ölçekleri anladıkları ve doğru yanıtladıkları varsayılmıştır. Yine araştırmada kullanılan ölçeklerin problemin tespitinde yeterli ve uygun olduğu varsayılmıştır.

Türkiye’de tıbbi alanda çocukların korkuları üzerinde yapılan çalışmaların çok az olması sebebiyle diğer araştırmalara katkı sağlayacaktır. İşbu araştırma ise Türkiye’de MRI’ya giren çocuk korkular üzerine yapılan ilk çalışmadır.

Araştırmaya yalnızca İstanbul’da bulunan Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesine gelen 7-12 yaş arasındaki çocuklar üzerinde yapılmıştır. Bu sebeple temsili olarak seçilen örneklem sınırlı kalmıştır.

Araştırma sadece pediatriye gelen ve MRI’ya giren çocuklarla sınırlı tutulmuştur. Hastanenin diğer bölümlerindeki çocuklar araştırmaya dahil edilmemiştir.

Hastanelerin olumsuz fiziki koşullarının;

- MRI bölümünün morgun yanında bulunmasının,
- Yaşlı, durumu ağır olan, fiziksel acılarını belli eden hastalar ile birlikte çocuk hastaların aynı sırayı beklemek zorunda kalmasının,
- Hastahane randevu saatlerine uyulmaması ve çocukların çok uzun süre aç beklemek zorunda kalmasının,
- Hastane hijyenin yetersiz olmasının,
- Hastanenin genel olarak bakımsız ve virane görüntüsünün,

- MRI cihazını yöneten kişilerin teknisyen olmasının, hastaların duygu durumu hakkında bilgisinin olmamasının,
- MRI odasının çocukların duygu durumunu olumsuz yönde etkileyecek tarzda (renkler, ışıklandırma, havalandırma, cihazların görüntüsü vb.) oluşturulmuş olması,

Yaratığı olumsuz duygular araştırma kapsamında gözönünde bulundurulmamıştır.



## BÖLÜM II

### MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME (MRI)

#### 2.1 MRI Nedir

Manyetik alan yaratılarak elde edilen manyetik görüntüdür. Yaratılan bu manyetik alan dünyanın doğal manyetik alanından 140,000 kat daha fazla olması nedeniyle bu cihaza ilk olarak Nükleer Manyetik Rezonans (NMR) ismi verilmiştir. Ancak “nükleer” teriminin radyoaktif bir madde algısı yaratması sonucunda ismi Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI-Magnetic rezonans imaging) olarak değiştirilmiştir.<sup>1</sup>

Manyetik görüntüleme kalitesi için hastanın hareketsiz durması şarttır. Hasta hareket ettiğinde ise değişik bölgelerden sinyaller alınmakta ve hayalet görüntülere yol açmaktadır.

Çocuklar ise yaşadıkları yoğun duygulardan dolayı ve MR görüntülemenin uzun sürmesi nedeniyle genelde hareketsiz kalamamaktadır ve bu yüzden anestezi verilmesi gerekmektedir.

#### 2.2 Çocuklarda Anestezi

Bilinçli sedasyonda (sedasyon ve analjezi) medikal olarak kontrollü bir şekilde bilinç baskılanırken, koruyucu refleksler sağlam kalır, hasta bağımsız bir şekilde havayolu açıklığını sağlama yeteneğini korur ve fiziksel uyarılara veya sözlü komutlara uygun cevaplar verir.

Anestezinin olumsuz yan etkilerinin engellenmesi için Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) tarafından belirlenen pediatrik sedasyon standartlarına uyulması gerekmektedir. AAP'ye göre; hastaların sedasyona verdikleri tepkiler farklılıklar göstermekte ve baştan nasıl sonuçlanacağı tahmin etmek her zaman mümkün

---

<sup>1</sup> D. Doyon· Ph. Halimi . H. Atlan, 1988, “Magnetic Resonance Imaging”



olamamaktadır. Bu nedenle olumsuz tepkilere karşı hemen müdahalede bulunulması için geniş bir ekibin görüntüleme merkezinde olması gerekmektedir. Süreç; tüm çocukların kan tahlilleri yapılarak anestezi alıp alamayacakları tespit edildikten sonra anestezi miktarı uzmanlar tarafından belirlenmektedir. Damar yolu açılarak sakinleştirici ve anestezi verilen çocuklar görüntüleme alanına ekiplerce alınarak çekimler gerçekleştirilmektedir. Ancak çocuğun anesteziden çıkma süresince de sağlık ekibi tarafından kontrol edilmesi gerekmektedir. Sağlık ekibinin aynı zamanda çocukların kan kontrolü, anestezi verilmesi, çekime alınması ve anesteziden çıkma süreçlerini kayıt altına alarak ve takip etmeleri gerekmektedir

Anestezi öncesi her çocuğun tıbbi yönden bilgilendirilmesi ve psikolojik destek alması gerekir. Gerekli durumlarda ise çocuğa ve aileye psikolojik ve/veya farmakolojik destek verilmelidir. Ancak günümüzde mali kısıtlamalardan ve artan hasta sayısından dolayı söz konusu destekler verilememektedir.

Yaşları küçük olan çocuklarda müdahale odalarını yalnız alınmaları ayrılık anksiyetesi yaşatmaktadır. Yaşları biraz ilerleyince ameliyata alınma, ameliyat sonrası sakatlık, canın acıması gibi endişeler daha yoğunlaşmaktadır. Ergenlerde ise yine acı hissetme, hasta olup aileyi üzme, arkadaşları tarafından dışlanmadan duydukları anksiyete gözlenmektedir.

Bu nedenle çocuklara anestezi verilmesi öngörüldüğünde yapılacak müdahale hakkında net bilgi verilmesi çok büyük önem taşımaktadır. Anestezi ile uyutulmanın normal uykudan farklı olduğunun açıklanması gerekmektedir.

Ancak yapılan birçok araştırma anestezinin fizyolojik yan etkilerini ispatladığı gibi psikolojik yönden yoğun olarak bir daha uyanamama korkusu yarattığını da göstermiştir.

### **2.2.1 Anestezinin Olumsuz Etkileri**

Anestezi alan çocuklarda en çok görülen tehdit solunum yetmezliğidir. Çocuklara normal dozajdan fazla anestezi verilmesi durumunda koruyucu refleksler ortadan kalkabilir ve hava yolu açma imkansızlaşabilir.

Yine hayvanlarda yapılan bazı çalışmalar uzun süreli anesteziye maruz kalınması nörolojik, kognitif ve sosyal gelişimin üzerinde olumsuz etkilerin olduğunu göstermiştir. Anestezi verilen farelerde nöral apotezise ortaya çıkmıştır ve ciddi gelişimsel bozukluklara sebep olmuştur.

Beynin gelişimini henüz tamamlanmamış çocuklarda da anestezinin benzer etkilerinin olacağı düşünülmektedir ancak bu bulguları doğrulamak için yeterince araştırma yapılamamıştır.



## BÖLÜM III

### ANKSİYETE, KORKULAR ve FOBİLER

#### 3.1 TANIMLAR VE KLİNİK ÖZELLİKLER

Freud anksiyeteyi emosyonel ve psikolojik bir problem olarak ortaya koyan ilk bilimadamıdır. Freud'a göre anksiyete aslında psikolojik bir fonksiyondur. Anksiyete bilinçdışımızın istekleriyle gerçekte bizlere dayatılan kurallardan dolayı yaşadığımız içsel çatışmalardır.

Bazı korkuların gerçekten gelişimin bir parçası olabileceği gibi bazılarının ciddi kronik durumlara yol açabileceği gözlenmiştir. Anksiyete güdüleyici olabileceği gibi ket vurucu özellikte olup yoğun bir şekilde başka duygularla birlikte yaşanabilir. Korkular ketleyici özellikte olduğunda çocuklar duygusal sıkıntılar yaşamakta ve günlük fonksiyonları kısıtlanmaktadır.

Günümüzde anksiyete, korku ve fobi kavramları birbirilerinin yerine kullanılmaktadır. Korku ve anksiyete aslında tehditti algılamakla ilişkili duygu durumlarıdır ve her ne kadar iççice geçmiş olsalar da ortaya çıkış şekilleri, fonksiyonları ve biyolojik temelleri oldukça farklıdır.

i- Korku: Genelde tehdittin yakında olduğu zamanlarda ortaya çıkan, sübjektif olarak farkına varılan bir tehlikeye karşı hissedilen duygudur. Korku yaşamsal sebeplerden dolayı ortaya çıktığından dolayı düşünmek için zaman yoktur ve tepkiler de basit ve hızlı olur.

ii- Anksiyete: Potansiyel tehdit algısında ortaya çıkar. Korku, endişe, gerginlik gibi sübjektif hissedilen bir duygudur. Endişe anksiyetinin prototiptik bir örneğidir. İnsan gelecekte olabilecek kötü bir şey varsayımı üzerinden endişe duyar. Endişe insanın gelecekteki felaketlere hazırlanmasına yardımcı olur ve bu durum organizmayı korur.

iii- Fobi: Nesne veya durumun oluşturduğu tehlikeye orantısız olarak yaşanan aşırı veya mantık dışı korkuyu tanımlayan kaygı bozukluğudur. Fizyolojik uyarımdan kaçmak için kişi genelde elinden geleni yapar. Kaçınma fobiğin en kritik davranışıdır.

Birçok fobik davranışlarının irrasyonel olduğunun bilincindedir ancak aynı davranışlarda bulunmaktan kendilerini alamazlar.

### **3.2 KORKU VE ANKSİYETE ARASINDAKİ FARK**

Anksiyete aslında kişiyi sürekli tetikte tutan tanımlanması oldukça zor endişe ve korku duygudur. Kişi sürekli olarak olası tehditlere karşı önlem alma çabasıdadır. Anksiyete duygusunun kökeninde iç çatışma vardır.

Korku ise dışarıda bulunan ve açıkça tanımlanabilen ve kökeninde herhangi iç çatışma olmayan bir tepkidir. Bazı uzmanlar korku ve anksiyete arasındaki farkı korku nesnesinin ve/veya durumun gerçekte olup olmadığına bağlamıştır. Gerçek bir uyarının olması durumunda kişiler korku duyar ancak bu duygular belli bir olaya veya objeye bağlanamıyorsa kişi anksiyete yaşar.

“Korku” aslında anksiyetin bir türü yada formuda sayılabilir. Ancak anksiyete korkudan başka birçok faktörü barındırmaktadır. Anksiyete çocuğun varlığının duygusal, davranışsal ve bilişsel olarak birçok alanını etkilemektedir. Anksiyete gerginlik, endişe, sıkıntı, panik, korku gibi birçok rahatsız edici duyguyu içermektedir.

### **3.3 ANKSİYETE VE ÇOCUK GELİŞİMİ**

Çocuklarda anksiyetin ortaya çıkma sebepleri, şekilleri, gelişmesi ve sönmesi birçok mekanizmadan etkilenmektedir (Appleton 2008).

Çocuklarda problematik anksiyete incelendiğinde çocuğun geçmişinden tek bir faktörün yada genetik özelliğinin anksiyete sebebi olmadığı gözlenmiştir. Çocuğun yetiştiği koşullar, çevre, aile tutumu, arkadaş ilişkileri, okul ve öğretmen tutumu gibi çoklu faktörler anksiyete gelişiminde incelenmelidir.

Çocukları için yardım almaya gelen birçok aile kendi içinde şiddet, boşanma, akıl yada kronik hastalıklar, ırksal veya maddi problemler ile uğraşmaktadır. Ancak bazı çocuklar düşünüldüğünün aksine benzer stresörlerle uğraşmaktan dolayı daha esnek ve güçlü olmaktadır ve bu durumlarını avantaja çevirebilmektedir. Bu olumsuz koşullardan kurtulabilmek için okulda daha başarılı yada okul dışı aktivitelerde, yeteneklerinin üstüne gitmektedir. Çocuğun hedeflerinin olması ve başarı alanları olması çocuğun anksiyete problemleri geliştirip geliştirmeyeceğini etkilemektedir.

Çocuğun yaşadığı anksiyete ve korkunun niteliği her iki ebeveyn tarafından algılanmalı ve ona göre tepki verilmelidir. Eğer anne farklı algılar ve baba farklı algılar ve kendi tecrübelerinden ona göre örnekler verirse çocuğun kafası daha çok karışacaktır ve çocuk duygusal olarak içine kapanacaktır.

Yine çocuğun birey olma çabası ve davranışları annesinin tarafından aşağılanır, dışlanır veya izin verilmezse çocuk karşılaştığı olumsuz olaylar karşısında anksiyete geliştirecektir. Ailelerin yüksek kontrolcü tutumları, kısıtlamalar, çevresel tehditleri gündemde tutması ve kaçınma davranışlarının öğretilmesi çocuktaki anksiyete seviyesi etkilemektedir.

Çocuğun kendilik değerlerinin gelişiminde, ebeveyn onayı, arkadaş diyalogları ve sosyal çevreleriyle uyum çok önemlidir. Çocuklar fiziksel görüntü, okul yada sportif alanlarda kendilerini arkadaşlarıyla kıyaslamaya başlar ve değerlendirmeleri neticesinde özdeğer problemleri geliştirse sosyal olarak geri çekilir ve korkulu, kaygılı bir bakış açısı geliştirir.

### **3.4 ÇOCUKLARIN BİLİŞİMSEL GELİŞME EVRELERİ**

Çocuklar beş yaş civarında nesnelere net imgelere dönüştürür. Ancak bu yaşlarda oluşturdukları kavram yada sembol üzerinde ileri zihinsel işlem yapamaz, şekilleri değiştiremez yada alternatifler yaratamaz. Tez konumuz olan okul çağındaki çocuklar ise olayları yavaş yavaş diğerlerinin bakış açısından görmeye başladıkları dönemdedir. Çocuklar çevrelerindeki durum ve olayları anlamaya, sınıflandırmaya ve farklı yorumlar getirmeye başlarlar. Bu dönemlerde hasta olan çocuklar durumlarını kavrayarak çevrelerindeki insanların tepkilerine anlamlar yükler.

Bibace ve Walsh'a göre çocuğun hastalığı mantıklı bir anlama oturtması büyü, masalsi düşünmenin sonucunda gelişmektedir. Piaget göre ise çocuğun hastalığını anlaması ve anlamlandırması kognitif olgunlukla birlikte nitel olarak gelişmektedir. Piaget göre çocukların düşünme ve kavrama yetkinlikleri 4 evrede gelişmektedir. İlk evre doğumdan iki yaşına kadar duygusal-motor evresidir. İkinci evre 2-7 yaş arasında olan işlem öncesi dönemdir. Tezimiz konusu ele alacağımız 7-12 yaş grubu ise Üçüncü evre 7-11 yaş arasında olan somut işlemler dönemi ile son evre olan dördüncü 11 yaş ve üstü olan soyut işlemler dönemidir

#### **3.4.1 Somut İşlemler Dönemi (7-11 yaş)**

Çocuklar bu yaşta koruma yasalarını anlamaya, sınıflandırmaya ve diziler oluşturmaya ve aynı zamanda somut problemleri mantıklı bir biçimde çözmeye ve nesnelere/olayları yavaş yavaş tersine dönüştürmeye başlar. Ancak düşünceleri hala somuttur ve soyut durumları anlayamazlar. Bu sebepten ötürü bu yaştaki çocuklara hastanede yapılacak herhangi muayene, müdahale yâda ameliyat onların anlayacağı dilde anlatılmalıdır. Bu yaşta hastaneye gelen çocuklar istenilen tetkiklerin niteliklerinden, miktarından ve ailenin duygu yoğunluğundan ters bir şeylerin olduğunu kavrayabilmektedirler.

8 yaş civarında çocuklar ileride olabilecek olasılıklar hakkında sebep sonuç ilişkileri kurabilmektedir. Dolayısıyla hastalık ve acı, kötü hissetme gibi duygular arasında bağlantıyı kavrarlar.

Duygusal olarak ise çocuk kendi duygularını saklama ve inkar etme evresindedir. Bu yaştaki çocuklar aynı zamanda korku duymaktadır ve yeteri kadar bilgi verilmediğinde bu korkuyla baş etmekte güçlük çekmektedir.

Günümüzde okul çağında olan çocuklar hastalıkları ve yapılacak müdahaleler hakkında sanal ortamlarda araştırma yapabilmekte ve bu yüzden çocuklara hastalıkları ve yapılacak müdahaleler hakkında bilgi verilmelidir. Çocuk hastalığı hakkında verilen bilgiler sonucunda baş etme stratejileri geliştirecektir.

Çocuklar yeni durumlarına adapte olurken terk edilme, ebeveyene karşı güven duygusunu yitirme, cezalandırma, ölüm korkusu gibi olumsuz duyguları sıklıkla yaşarlar.

- 1- Terk edilme hissi: Çocuk hastanede terk edileceği düşüncesine kapılabilir. Bu durumda çocuğun annebabaya karşı güven duygusunu yitirebilir ve artık güvenli bir yer algısı ortadan kalkar.
- 2- Cezalandırma: Çocuk yaptığı şeylerden dolayı cezalandırıldığı düşenebilir ve yapılan müdahalelerin canına acıtmak için yapılan kasıtlı davranışlar olarak algılayabilir
- 3- Ölüm Korkusu: Çocuk hastane deneyimlerini ölümle bağdaştırabilir ve öleceği hissine kapılabilir.

Çocukta travmanın önlenmesi için korku nedenleri detaylı olarak araştırılmalı ve güven ilişkisi tekrar yaratılmalıdır.

#### **3.4.2 Soyut İşlemler Dönemi (11 yaş ve üstü)**

Bu yaştaki çocuklar artık yetişkinler gibi soyut düşünmekte ve soyut problemleri mantıklı bir biçimde çözebilmekte ve daha bilimsel düzeyde düşünüp anlayabilmektedirler. Bu yüzden bu yaştaki çocuklar hastalıkları hakkında araştırmalar yapmakta ve daha çok sorgulamaktadırlar. Sağlıklarıyla ilgili somut bilgiler alamadıklarında kendileri yanıtlar bulmaktadırlar. Bu bilgiler daha katastrofobik olduğundan dolayı yoğun olarak ölüm korkusu ortaya çıkmaktadır.

### **3.5 BAĞLANMA ŞEKİLLERİ VE ÇOCUK ANKSİYETESİ ÜZERİNE ETKİLERİ**

Hastane müdahalelerinde çocuğun temel bakım verenle (anneyle) arasındaki bağlanma stillide yaşadığı anksiyete seviyesi üzerinde etkilidir.

Anksiyete ve korkular aslında birer koruma mekanizmasıdır. Çocuklar tehdit karşısında her zaman “savaş ya da kaç” tepkileri veremez. Bunun yerine güvendiği yetişkinlerden problemlerine bir çözüm bulmasını isterler. Bağlanma teorisi ise

çocukların beklenmedik tehditlere karşı korunması temeline dayanır. Çocuğun bağlanma nesnesi ile kurduğu ilişki onun hayatı boyunca tehdit karşısında aldığı tutumu belirleyecektir. Çocuk ne kadar güvenli bağlanırsa dünyayı keşfetmek için kendine olan güveni o kadar fazla olacak, diğer çocuklarla kaynaşacak, problemler karşısında daha etkin çözüm yolları bulacaktır. (Bowlby 1969). Bağlanma ilişkileri aynı zamanda çocuğun dünyayı keşfetmesi için kullandığı korunaklı güvenli yer algısını göstermektedir.

Bağlanma ilişkileri tamamlayıcı döngüsel bir sistem oluşturur. Bebeklerin keyifli sesler çıkarması ve gülümsemesi anne ve babaya ödül gibi geldiğinden dolayı güdüsel olarak bebeği koruma, rahatlama ve mutlu etmek için uğraşırlar. Bebekler ise onları yatıştıran ve rahatlatan nesnelere fiziksel ve gözle takip etmeye başlar. Bu sistem bebeklerin hayata kalmasının temelini oluşturur. Bağlanma ilişkileri teorisinin her iki yönü; tehdit karşısında koruma ve dünyayı keşfetmede güvenli üst, çocuğun problem karşısındaki tehdit algısını tetikleyecektir ve ileride geliştireceği problematik anksiyete de büyük rol oynayacaktır. Fiziksel yakınlığı (proximity) ortadan kaldıracak gerçek ya da algılanmış herhangi tehdit yoğun kaygıya sebep olur. Bu kaygı tekrar yakınlık duygusu arayışına ve bağlanma davranışını tetikler. Yakınlık sağlanabilirse güvenlik hissi ve sevgi duyguları meydana gelir ancak sağlanamazsa kaygı, öfke ve üzüntü duygusuna sebep olur.

Bebeklik ve çocukluk dönemlerinde bağlanma başat olan sistemdir ve çocuk güven duygusu duyarsa diğer alt sistemlerle sağlıklı bir iletişim içerisinde olur. Çocuk ihtiyaç duyduğunda bağlandığı kişinin yanında olduğunu hissederse dünya keşfine devam eder ve çevresiyle uyum içerisinde olur.

Mary Ainsworthun yaptığı derinlemesine çalışmalara ve gözlemlere göre çocukların bakıcılarıyla kurdukları ilişkilerin onların verdiği duygusal tepkilerine ve stres ve anksiyete durumlarını etkilediğini gözlemlemişlerdir. Çocuklar genel olarak bağlandıkları kişilerin ihtiyaç duyduklarında yanlarında olup olmayacağı sorusuna cevap ararlar. Bu sorunun olası 3 cevabı vardır; evet, hayır ve belki. Ainsworth çocuğun bu soruya verdiği ruhsal cevaba göre dört (4) tane bağlanma stili ortaya koymuştur.



### 3.5.1 Güvenli Bağlanma

Güvenli bağlanan bireyler, hem kendilerine hem de başkalarını olumlu görme eğilimindedirler. İnsanlarla olan ilişkilerine önem verirler, yakın ilişki kurdukları kişilere değer verirler ve ilişkilerini sürdürmekte başarılıdırlar.

Güvenli bağlanan çocuklar bakım veren kişilerin varlığında neşeli, huzurlu ve mutludur. Bu çocuklar etraflarına karşı meraklı ve yeni şeyler keşfetmeye heveslidir. Dünyayı keşfederken annelerine güvenirlir ve onları bir üs olarak kullanırlar. Yeni nesnelere ve durumlar karşısında anneleriyle sürekli göz ve vücut teması kurarak destek alır ve keşfe devam ederler. Bakım veren kişilerden ayrıldıklarında huzursuz olsalar da annelerinin odaya geri dönmesiyle çabucak rahatlayıp, annelerine yakınlık gösterirler. Söz konusu stresli durum anne ve çocuk tarafından güvenli bir şekilde atlatılıp hızlı bir şekilde güven ilişkisi tekrar kurulmaktadır. Bu çocuklar korktuklarında ya da endişelendiklerinde bağlandıkları bireylere güven duyarlar ve bu sebepten dolayı da kendilerini güvende hissederler. Bu çocukların ilerideki yaşantılarında da yaşlılarıyla daha kolay ilişkiler kurdukları, problem karşısında daha az strese girdikleri, hayatı daha olumlu baktıkları ve kendilerine daha güvenli olduğu gözlenmiştir.

Güvenli bağlanma kalıtsal olarak geçmemektedir. Ebeveynlerin çocuğa karşı aldığı belli davranış ve düşünme tarzına bağlı olarak güvenli bağlanma oluşmaktadır. Ainsworth'un yaptığı araştırmalara göre ebeveyn sıcaklığı bu bağlanama stilinde herhangi bir rol oynamamaktadır. Ainsworth'a göre ebeveyn duyarlılığı (bebeğin bakış açısında görebilmek, bebeğin verdiği tepkileri ayırt edebilmek, çocuğun kurduğu iletişimi doğru yorumlamak ve doğru yanıtlar vermek, çocuğu reddetmemek, dışlamamak ya da görmezden gelmemek) güvenli bağlanmada en önemli etken maddedir.

Yeni araştırmacılara göre ise ebeveynler çocukların yaşadıkları deneyimlere karşı duyarlı ve farkında olmalı ve bunu çocuğa belli etmelidir. (Appleton 2008).

Çocukları açık olarak bu deneyimler hakkında konuşmalı ve kendi başlarından geçen benzer tecrübeleri aktarmalıdır.

### **3.5.2 Ambivalan/Kaygılı Bağlanan**

Ainsworth'un gözlemlerine göre bu çocuklar annelerinin varlığında bile etraflarına keşfetmemekte, sürekli tetikte ve dikkatli davranmaktadırlar. Tehdit her zaman varmış gibi anneleriyle sürekli yakın temas kurma ihtiyacındadırlar. Annelerinin ortamı terk etmesi durumunda bu çocuklar kolay kolay sakinleşmemekte ve annelerin dönmesiyle bile ruh durumlarının düzelmesi zor olmaktadır. Bu çocuklarda yakınlık arama ve daha sonra öfkeyle ilgiyi reddetme davranışları gözlenmektedir.

Bu anneler çocuklarının dünyayı keşfetmelerine çok karışır ve çocuklarıyla kurdukları diyaloglarda daha uzak, mesafeli ve ilgisizlerdir. Bu anneler yaşanan benzer durumlar karşısında her zaman farklı tepkiler verir ve çocukların ihtiyaçları düzensiz bir şekilde karşılarlar. Çocuk her zaman yetişkine ulaşarak duygusal ihtiyaçlarını karşılayamaz. Bu ananebabalar kendi geçmiş yaşantılarıyla fazla ilgilidir ve geçmiş deneyimleri karşı daha kızgın, öfkeli ve korkuludurlar.

Bu tip bağlanan çocukların ileride anksiyete bozuklukları geliştirme olasılığının daha fazla olduğu ve daha az empatik ve duyarlı olduğu bilinmektedir.

### **3.5.3 Kaçınan Bağlanma**

Çocuk reddedilme olasılığına ortadan kaldırmak için bağlandığı kişiye herhangi temas ya da telkin istemez. Bu çocuklar bakıcılarından ayrıldıklarında etkilenmedikleri ve huzursuz olmadıkları gözlenmiştir. Dikkatlerini genelde başka şeylere yönlendirmektedirler. Bu çocuklar bakıcılarına karşı daha az coşkulu davranışlar sergilemektedirler.

Bu çocukların ebeveynlerine bakıldığında duygusal ya da fiziksel istismarlar çok görülmektedir. Çocukların fiziksel ve duygusal ihtiyaçları göz ardı edilmiştir. Anneler çocukların rahatlama ve fiziksel temas taleplerini reddetmektedir.

Birincil bakım veren kişilerin tepkisiz olmaları çocukta kaçınan davranışlara ve kopmaya neden olur ve dolayısıyla bu çocuklar ileriki yaşantılarında da destek veya yardım isteme davranışlarından kaçınırlar. Reddedilme ve cezalandırılma korkusundan dolayı başkalarıyla duygusal herhangi bir bağ kurmaktan uzak dururlar.

### **3.5.4 Desorganize/Düzensiz Bağlanma**

Güvenli, ambivalan ve kaçınan bağlanma stilleri çocukların değişik ortamlarda karşı karşıya kaldıkları duygusal zorluklara karşı geliştirdikleri stratejik ve organize davranışlardır. Ancak bazı çocuklar donma, kasılma, yavaşlama veya tutarsız davranışlar sergileyebilmektedir. Bu davranışların gözlenmesi desorganize/ düzensiz bağlanma stillini ortaya çıkartmıştır. Bu davranışları sergileyen çocukların anne babalarının çoğunda zihinsel sağlık problemleri, çözümlenmemiş travma ve çocuk istismarı gözlenmiştir.

Main ve Solomon'a göre bağlanma nesnesine karşı duyulan anksiyete ve korku davranışlarda tutarsızlık ve/veya düzensizliklere sebep olmaktadır. Çocuk bakıcıya hem yakınlaşmak hemde geri çekilmek ister. Ebeveyn den korkma bağlanma sistemini etkinleştirmekte, çocuk fiziksel yakınlık arar ancak bu arayış çocukta anksiyetiyile neden olmaktadır.

Lyons-Ruth ve arkadaşları 2006 tarihli araştırmalarında dezorganize çocukların ebeveynlerin geçmişlerinde çözümleyemedikleri travmatik yaşantılar, değersizleştirdikleri kendi bağlanma figürleri, "kötü" kendilik algıları, yüksek seviyede korku durumu yaşadıkları ve/veya acı veren tecrübelerini gülerek geçıştirdiklerini gözlemlemiştir.

Ne yapmalıyım veya nereye gitmeliyim kaygı ve korkusunu sürekli yaşayan çocuklar, sonunda kontrollü ele geçirmektedir. Çocuklar ya zorla anne babalarına bağırarak üstünlük göstererek veya aşağılayarak ya da bakım veren tavır içerisinde girerek aşırı neşeli tepkiler veriyor. Ancak çocukların bu çözümleri davranış boyutunda kalmaktadır ve duygusal olarak bu çocuklar korku, kargaşa, kafa karışıklığı ve kendi yaşitlarından beklenen davranışlarında karışıklık görülmektedir.

Bu çocukların ileriki yaşantılarında da bunu karşılıklı sürdürdükleri gözlenmiştir.

### **3.6 Mizaç**

Mizaç kişinin, genel etkinlik (enerji) düzeyi, duygusal donanımı, tepkilerinin hızı ve şiddeti gibi fiziksel olan ve daha sonra kişiliğinin gelişiminde belli bir rol oynayan davranış ve tepki yapılarının toplamıdır. Bebekler üzerinde yapılan çok sayıda araştırma, bu davranış ve tepki yapılarının genetik olduğu savını destekler niteliktedir.

Birçok karakteristik özellik kümelenince bir mizaç türünü oluşturabilmektedir. Kişilik özellikleri gibi görünse de mizacın genetik kökeni olduğu kabul edilmektedir. İleriki dönemde oluşturulacak olan kişiliğin mizaç yönü çocukluk deneyimleri ve çevresel faktörlerle şekillenmektedir. Çocukları duygusallıklarına, aktifliklerine ve sosyalliklerine göre üç ayrı sınıfta kategorize edebiliriz.

**Duygusallık:** Bir çocuğun özellikle korku yaratabilecek durumlarda ne kadar çabuk uyarıldığı ve anksiyete yaşadığı ile ilgilidir.

**Aktivite:** Çocuğun normaldeki enerji seviyesi ve davranışlarının yoğunluğuyla ilgilidir.

**Sosyallik:** Başkalarına yaklaşma yada uzak durma eğilimleriyle ilgilidir.

Mizacın söz konusu davranışsal boyutları çocuğun anksiyete yaşadığında verdiği tepkilerini belirlemektedir.

### **3.7 ÇOCUKLARDA KORKU**

Korkular patolojik olmazsa her çocukta zaman zaman görülebilecek reaksiyonlardır. Bazı durumlarda çocuklar karın ağrısı veya başağrısı gibi somatik şikayetlerin temelinde korku olduğunun farkına varmayabilir. Yine çocuğun verdiği

aşırı duygusal tepkiler aileleri tarafından şımarıklık diye algılanabilir. Çocuğun bu davranışları aslında onu zarardan korumak için içgüdüsel olarak verdiği kaçınma tepkileridir.

Çocuk gelişip büyüdükçe korkuları da değişecek ve olgunlaşacaktır. Bebekken yabancılara karşı duyduğu korkular büyüdükçe ona fiziksel zarar verebilecek nesnelere/olaylara karşı gelişecektir

Korku aynı zamanda öğrenmeyle ilgilidir. Nötr bir uyarıcı korku verilen bir uyarıcıyla verildiğinde kısa zamanda şartlandırılmış duygusal tepkilerin meydana geleceği bilinmektedir. Wolman (1979) korkuyu 3 kategoriye ayırmaktadır 1- Yabancı 2- gelişimsel ve 3- Travmatik bir olay sonucunda öğrenilen korku.

Yabancı korku hayatın farklı dönemlerinde farklı davranışların sergilenmesi, gelişimsel ise insanın gelişmesiyle ilintili ve travmatik olan kişileri bilişsel/fiziksel olarak olumsuz olarak etkileyen olaylar karşısında duyulan korkudur.

Piaget, göre çocukların korkuları onların bilişsel gelişmeleriyle ilintili. Çocuklar korkuları için gerçekçi bir hedef gösteremez ve ailelerin onlara öğrettikleri olgulardan korkarlar.4-8 yaş arasındaki çocukların korkular daha çok hayal güçleriyle ilişkilidir. Daha çok canavarlar, hayaletler yada doğaüstü varlıklardan korkarlar.

Çocukların korkuları her ne kadar hayal ürünü olsada okula başladıklarında düşünceleri daha somuttur. Bu somut düşünce tarzı ise çocukların acı ve fiziksel tehlikeler gibi daha gerçekçi nesnelere yada durumlar karşısında korkmalarını sağlıyor.

Yine bu yaşta çocuklar kabul gören davranışlar sergilemeye çalışır ancak bunlarında tam olarak neler olduğunu bilmediklerinden dolayı acı ya da korkularını göstermekten çekine bilir ya da pasif davranabilir (Förnas ve ekibi; 2009).

### **3.7.1 Çocuklarda Normal Korkular**

Korku ve anksiyete tehdidin algılanmasıyla ilgilidir. Tehdit edici nesnelere yılan, yangın gibi gerçek olabileceği gibi bomba saldırısı gibi olabileceği ihtimali olan ancak o

anda gerçekte yaşanmayan bir durumdan da kaynaklanabilir. Aynı zamanda bazı durumlar geçmişte yaşanan travmatik anların tekrar yaşanmasını sağlayabilir.

Ancak anksiyete ve korku sadece tehdidin algısıyla ilgili değildir aynı zamanda güven ve emniyet algısıyla ilgilidir. Tehdit karşısında annebaba desteğini alamayan çocuklar problem karşısında nasıl davranmaları gerektiğini bilememekte ve dolayısıyla emniyet duygusunu yitirmektedir.

Tüm çocuklarda korku görülür. Normal olarak adlandırılan korkular ailenin gelir seviyesini, mensup olduğu dinini ve ırkını gözetmeksizin istisnasız tüm erkek ve kız çocuklarında görülen korkular olarak adlandırılır.

Araştırmalar bize normal korkuların ve anksiyetinin tahmin edilebilir bir yol izlediği göstermiştir. Çocuğun kognitif kapasitesi anksiyete ve korkuyu yaşama şeklini etkilemektedir. Anksiyete ve korku tehdit algısıyla ortaya çıkar, tehdidin ise kavramlaştırılması gerekir ve kavramlaştırma ise kognitif beceriyle olur. Çok küçük yaşlarda çocukların korkuları anlık ve gerçek tehditte yöneliktir (yüksek ses, fiziksel desteğin kaybı). Kognitif becerilerin gelişmesiyle korkular ve anksiyeteler daha karmaşıklaşır. Örneğin 9 aylık çocuklar tanıdık ve tanıdık olmayan suratları ayırt etmeye başlar ve ayrılık anksiyetesi ve yabancılardan korkma kendini göstermeye başlar. Bunları takiben canavar, hayalet gibi çocukların büyüdü düşünce tarzlarının yarattığı hayali yaratıklardan korkma ile hayvanlar gibi somut nesnelere korkmalar ortaya çıkmaya başlar. Çocukların hareket esnekliği ile birlikte dış dünyayı keşfetmeleri sonucunda bu korkular meydana gelmiştir.

Çocuklar iki yaşına gelene kadar anneden ayrılmaktan, yabancı kişilerden, yüksek yerlerden ve seslerden korkarlar ve farklı şekillerde gösterirler. Örneğin 18 aylık çocuklar anneden ayrılma korkusunu bağıarak gösterirken anaokuluna başlayan çocuklar ise annelerinin okuldan ayrılmalarını önleyerek gösterir.

Yine okula yeni başlayan (5-6 yaş) çocuklar bazı yetişkinlerden korkmaktadır ve genelde “kötü kişi” olarak etiketlenmektedir. Bu durum genelde ilköğretim bitene kadar sürmektedir. Çocukların kötü olarak etiketledikleri kişiler genelde dış görüntüleri ya da karakterleri alışık olduklarından farklı olan kişilerdir.

Şimşekten ya da gök gürültüsünden korkmak genelde 6 yaş civarında başlar ve bir iki sene sürer. Bazı durumlarda bu 9-10 yaşa kadar sürebilmektedir. Yine 6 yaşındaki çocuklar akşamları yalnız uyumaktan korkabilir ve ebeveynleriyle birlikte yatma talebinde bulunarak ilerleyen saatlerde yanlarına gidebilir. Bu yaştaki çocuklar ailelerinin gözle görülebilecek uzakta olmasını isterler ve onları göremedikleri ortamlarda bulunmaktan korkarlar. Söz konusu yalnız kalma ve yalnız uyumadan duydukları korkular genelde 8 yaş civarında sönmeye başlar.

Çocuk 7 yaşından itibaren neden-sonuç ilişkisi ve fiziksel zarar arasındaki bağlantıyı kurar ve negatif sonuçları tahmin etmeye başlar. Bu kognitif gelişim ise korkulacak nesne yelpazesini genişleterek “endişe” gibi farklı şekillerde ortaya çıkmasına neden olur.

Çocuk 7-8 yaşa geldiğinde medyada duydukları ya da gördükleri olaylardan dolayı endişe ve korku duymaya başlarlar. Genelde bu korkuların ortaya çıkma sırası topluluklara göre değişmekle birlikte şu şekilde olur;

- Uçmaktan korkma (uçak kazası haberlerin ardından)
- Doğal afetlerden korkma (deprem, sel, volkan patlaması vb.)
- İnsanların yaratıkları felaketler (terörist saldırı, bomba, nükleer patlama)
- Hastalıktan korkma (kanser, kuş gribi)
- Kaçırılmaktan korkma

9-10 yaşta (4-5 sınıf) çocukların korkuları daha çok performans ve sosyal konulara kaymaktadır. Çocuk katıldıkları spor, müzik ya da başka aktivitelerde performansları ve yeterlilikleri hakkında sorgulamalara başlar. Bu yaşlarda çocuklar dış görüntüleri hakkında ve “diğerlerinin düşünceleri” hakkında da endişeler duymaya başlar. Genelde bu yaşlarda çocuk kendi ve diğerlerinin ölümlü olduğunu fark eder ve ölümden korkmaya başlar. Performans, ölüm ve dış görüntü ile ilgili endişeleri ve korkuları 11-12 yaşa kadar devam edebilir.

**Tablo –I Çocuklarda Gelişimsel Olarak Korku ve Anksiyete**

Yaş	Gelişen Alan	Korku ve Anksiyete
0-6 Ay	Biyolojik Regülasyon	Dış uyaranlar (yüksek ses, renk değiştiren objeler), Yüksek yerlerden korku, destek nesnenin kaybı
6-18 Ay	Objeye Devamlılığı Bağlanma Nesnelere	Yabancılarından korkma, Ayrılma Anksiyetesi
2-3 Yaş	Dış Dünyanın Keşfi Hayali Düşünme	Karanlıktan korkma, Küçük hayvanlardan korkma Hayali Yaratıklardan Korkma
3-6 Yaş 5 Yaş 6 Yaş	Otonomi Kazanımı Özerklik	“Kötü” ya da “Sinirli” kişiler, bedensel zarardan korkma Karanlıkta, yalnız uyumaktan, gök gürlemesi ve şimşekten korkma
6-10 Yaş 7-8 Yaş 9 Yaş	Okul Çağı Neden Sonuç İlişkisi kurabilme ve tehlikeyi sezinleme	Medyada yer alan olaylardan korkma Okul başarısı, dış görüntü, ölüm korkusu
10-12 Yaş	Sosyal Çevre Algısı Arkadaşlık	Sosyal Meseleler
13-18 Yaş	Kimlik Gelişimi Fiziksel Semptomları olumsuzlaştırma Cinsel Gelişim Fiziksel Değişim	Sosyal Anksiyete Panik

Tablo Warren ve Sroufe (2004) ile Ollendrick, Maston ve Helsel (1985) yılı çalışmalarını birleştirilerek hazırlanmıştır (Muris 2007)



1980'lerden sonra toplumlarda yaşanan değişiklikler neticesinde okullarda şiddet, cinsel saldırı, yerel terör, ailelerde boşanma, taciz, ihmal gibi yeni stresörler hayatımıza girmiştir (Silverman 2011). Bunlara ilave olarak medya hastalıklarına, doğal afetlere, uyuşturucu ve şiddet içerikli haberlere daha fazla yer vermeye başlamıştır. Bu yeni durumlara maruz kalan çocukların daha fazla tehditle başa çıkması gerekmektedir. Korkular üzerinde yapılan yeni çalışmalar neticesinde çocukların en çok fiziksel zarar görmekten ve böyle bir durumla karşı karşıya gelmekten korktuğu belirlenmiştir. Bu araştırmalara neticesinde en yaygın görülen 10 korku (Gullone; King 1992 akt. Barkley; Mash 2007);

- 1- Nefes alamamak
- 2- Araba veya kamyon gibi vasıtalar tarafından çarpılmak
- 3- Bomba veya istila edilmek
- 4- Ateşte yanmak
- 5- Yüksek bir yerden düşmek
- 6- Eve hırsız girmesi
- 7- Deprem
- 8- Ölüm/ ölü insanlar
- 9- Hastalık
- 10- Yılanlar

Bunu yanısıra Muris ve meslektaşları tarafından yürütölen çalışmalar neticesinde çocuklara serbest çağrışımla korkuları sorulduğunda şık sunulan anketlerden daha farklı sonuçlar elde edilmiştir. Şıklı sorular neticesinde tehlike ve ölüm en yüksek puanları alırken serbest çağrışımda en yüksek korku puanları hayvanlar (en çok örümcek ve yılan), kaçırılmak, karanlık, korku filmleri, araba tarafından çarpılmak, ebeveyn ölümü, hırsız ve dalga geçinilmesi gibi cevaplar alınmıştır.

### **3.7.2 Çocuklarda Yaşa Göre Uygun Olmayan Korkular**

Çocuğun korkular normal gelişim döneminde ortaya çıkması ya da beklenen süreçten uzun sürmesi çocuğun yaşından beklenen korku durumunun ötesinde bir duygu yaşadığını göstermektedir. Örneğin yabancılarından korkma 7-12 aylık tüm bebeklerde

gözlennmektedir ve genelde 5 yaşına sönmektedir. Bu yaştan sonra çocukta aynı korkunun devam etmesi problemlı bir alana işaret etmektedir.

Korkular aşğıdaki iki durum bakımından “yüksek ikaz” olarak algılanabilir;

i- Çocuk duygusal olarak onu çok yoran çok yüksek seviyede korku ve anksiyete yaşamaktadır. Çocuk durum karşısında herhangi çıkış bulamamaktadır ve yardım isteyecek birinin olmadığını hissetmektedir.

ii- Çocuğun hayatında bazı şeylerin doğru gitmediğini ve bazı koruyucu çözümleyici önemler alınması gerektiğine dair aileye sinyaller vermektedir.

### **3.7.3 Çocuk Korkularının Evrensel Olma Nedenleri**

Evrım teorisine göre insanlar doğuştan yaşamsal olarak türünü sürdürmek için bazı korkuları önceden “programlanmış” olarak doğar. Doğal seleksiyona göre bazı korkuları barındıran çocukların tehlikeli olabilecek bazı olay, durum veya objelerden uzak kalmaları sonucu hayata kalmış, yetişkinliğe erişmiş ve çoğalmıştır. Bu sebepten dolayı bazı korkuların genetik yollarla nesiller boyu aktarıldığı düşünülmektedir. Evrım teorisi neden bazı yaş aralığında bazı korkuların meydana geldiğini açıklamaktadır- yaşamı sürdürmek için en faydalı korkular o an meydana gelmektedir. Diğer taraftan bakacak olursak yaşamı sürdürmeye artık hizmet etmeyen korkular ise yaşlan birlikte sönmektedir.

### **3.7.4 Normal Korkular Üzerindeki Çevre Etkisi**

Çocuk korkuları evrensel olmasına rağmen varlıkları çevresel koşullar tarafından etkilenebilmektedir.

Genel olarak çocukluk korkuları her din, ırk cinsiyete etkili olmasına rağmen bazı korkuların etkileri çocuğun geçmişi ve yetiştiği çevreyle değişkenlik gösterebilmektedir. Örneğin evde hayvan besleyen bir çocuğun küçük hayvanlara karşı korku geliştirmesi daha zor olacaktır. Tam tersi bazı durumlara maruz kalan çocuklar ise korkuyu daha şiddetli ve derinden yaşayacaktır. Örneğin varoşlarda yetişen bir çocuğun hırsızlardan korkma olasılığı daha fazladır.

Bazı çocuklar eken yaşlarından itibaren anksiyeteye eğilimlidir. Araştırmalara göre çocukların %15 yabancı çevrelerde ve alıştıkları ortamların dışında daha çok anksiyete, kaçınma ve geri çekilme davranışları sergilemektedirler. Bu durum yabancı olana karşı davranışsal ketleme (BI-behavioural inhibition) olarak adlandırılır. Bu durumun anksiyete bozuklukları için risk faktörü oluşturduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. (Appleton 2008). Toplumlar arasında kişilerin dışa dönük veya içe dönük olmasına karşı verdikleri değere göre davranışsal ketleme oranları değişmektedir.

Davranışsal ketleme yaşayan bireyler yabancı kişilerle veya ortamlara karşılaştıklarında daha yoğun korkma ve kaçınma davranışları sergilemektedir. Davranışsal ketlemesi çok olan bir çocuk annesine daha sıkı sarılacak ve yeni oyuncak, ortam ve kişilerden kaçınacaktır. Daha büyük yaşta olan çocuklar ise sessiz, asık suratlı ve sohbetten kaçınarak tepki verecektir. Sosyal ortamlarda bu çocuklar daha yalnız kalmayı yeğleyeceklerdir. Davranışsal ketlemenin irsi olduğu tespit edilmiştir. (Lynn 2008).

Davranışsal ketleme olan çocuklar cezaya ve eleştiriye karşı daha hassastırlar. Bu yüzden bu çocuklar başkalarının isteklerini ve ihtiyaçlarını daha fazla gözlemler ve ona göre davranırlar. İnsanların negatif algıları onları çok rahatsız ettiği için anksiyete bozukluğu geliştirme riskleri oldukça fazladır.

### **3.8 ÇOCUKLARDA NORMAL ANKSİYETELER**

1998 senesinde Clinical Child Psychology bülteninde yayılan bir rapora göre 55 tane normal çocuk üzerinde yapılan bir araştırmaya göre dörtte biri ders ve ayrılmayla (aileler tarafından terk edilme, ebeveyn ölümü, kaybolma) ilgili yoğun endişe yaşamaktadır (Rosen; Schulken 1998). Söz konusu endişe hissi anksiyete bozukluğu teşhisi almış çocuklarda yoğun olarak gözlenmektedir. Başka yapılan bir araştırmada ise 90 değişik anksiyete semptomu araştırılmıştır ve sonuçlar aşağıdaki gibi çıkmıştır;

**Tablo – II Herhangi Psikolojik Hastalık Tanısı Almamış 5-18 Yaş Arası Çocuklarda En Sık Gözükten Anksiyete Semptomları (N=62)**

Çocuklarda Normal Anksiyete Semptomları	Anksiyete Bozukluğu	Sıklık %
Yetkinliklerine dair aşırı endişe	YKB	% 30.6
Sürekli doğru, haklı olduğuna dair güvence beklentisi	YKB	% 22.6
Yükseklik korkusu	ÖF	% 22.6
Kalabalıkta konuşma yapma	SF	% 21.7
Karanlıktan korkma	ÖF	% 19.4
Bağlanma Figürünün zarara uğraması	AA	% 16.1
Geçmiş davranışları yüzünden yoğun kaygı	YKB	% 16.1
Başkalarının kendisi hakkındaki düşünceleri	YKB	% 16.1
Başkaları önünde giyinmek, soyunmaktan çekinme	SF	% 14.5
Somatik Şikayetler	YKB	% 14.5

YKB: Yaygınlaştırılmış Kaygı Bozukluğu, ÖF: Özgül Fobiler, SF: Sosyal Fobi, AA : Ayrılık Anksiyetesi (Bell-Dollan, Last ve Strausse, 1990 akt Muris 2007)

### **3.8.1 Anksiyete Fazlalığının Anlaşılması**

Anksiyetinin normalden fazla sayılması için

- Aile ve çocuk üzerinde yoğun kaygı yaratması ve
- Çocuğun hayatının bir alanın düzgün işlemlerini engellemeye başlaması gerekmektedir.

Semptomların artık çocuğun yaşına uygun aktivitelere katılmasını engellemesi, okul aktivitelerini olumsuz etkilemesi, sosyal becerilerinde gerilemeye sebep olması, zamanı ayarlamakta zorlanması gibi durumlarda anksiyete çocuğun baş edebileceği düzeyi aşmış demektir.

### **3.8.2 Çocuklarda Anksiyete Çeşitleri**

#### **3.8.2.1 Ayrılık Anksiyete Bozukluğu**

Ayrılık anksiyetesi çocuklarda en sık görülen bozukluktur. Bu çocuklar yoğun ve tekrarlayan şekilde anne babalarından veya bakıcılarından ayrılma korkusu yaşarlar.

Çocuk aynı zamanda bağlandığı kişilerin başına kötü bir şeyler gelecek korkusu yaşar, yalnız başına uyumaktan korkar, kabuslar görür ve somatik şikayetlerde bulunur.

### **3.8.2.2 Yaygın Anksiyete Bozukluğu**

Yaygın Anksiyete Bozukluğu olan çocuklar hayatın birçok alanıyla ilgili tasalanmaktadır. Tasa duydukları çok fazla konu olmasına rağmen gelecekte olabilecek katastrofobik olaylar karşısında yoğun endişe duyarlar. Bu çocuklar “Anne/Baba ama ya... olursa” cümlesini çok kurarlar. Genel olarak gelecekle ilgili endişe duymalarına rağmen olan biten durumlar karşısında da yoğun duygusal tepkiler verirler.

### **3.8.2.3 Sosyal Anksiyete Bozukluğu**

Sosyal anksiyete bozukluğu yada sosyal fobi sosyal ortamlardan yada performans gerektiren durumlarda hissedilen sürekli ve yoğun korku olarak tanımlanır. Çocuk sosyal bir ortamda diğerleri tarafından kötü ve negatif değerlendirileceğini düşünür. Çoğu zaman çocuk kaçınma isteğinin altında yatan nedenlerinin farkında değildir.

Çocuklarda sosyal fobi okula karşı genelleştirilmektedir. Oysaki korkunun temeli aslında okulda olan belli bir durumdan kaynaklanmaktadır.

Yaygın anksiyeteler de ise çocuk tüm sosyal ortamlarda yoğun kaygı ve anksiyete yaşamaktadır. Yaygın anksiyete yaşayan çocuklar diğer yaşlılarının yanında rahatsızlık hissederler. Sıklıkla yalnız ve sessiz kalmayı tercih ederler ve sadece 1-2 yakın arkadaşı vardır. Bu çocuklar kendilerinden daha küçük olanların yanında kendilerini daha rahat hissederler.

### **3.8.2.4 Panik Bozuklukları**

Panik bozukluğu yaşayan kişiler aşırı düzeyde korku ve dehşet duygusu yaşarlar, tekrarlayan ölüm düşünceleri olur ve duygular ortaya çıkartabilecek durum ve olaylardan kaçmak için yoğun çaba sarf ederler.

### **3.8.2.5 Özgül Fobiler**

Özgül fobiler belirgin bir nesneye veya duruma duyulan yoğun ve devamlı korkudur. Çocuklarda altı yaş civarında görülmeye başlar. Özgül fobiler ayrılık anksiyetesi, sosyal ve performans anksiyetesi, panik atak ve post travmatik stres bozukluğundan farklı kategorize edilir.

### **3.8.2.6 Travma Sonrası (post-travmatik) Stres Bozukluğu**

Travma sonrası stres bozukluğu her yaşta görülebilir ve bu tanıyı alan çocuklar gerçek hayatta ölüm, yaralanma veya tehdit edici bir durumla karşı karşıya kalmış ve bu durum karşısında çocuk yoğun korku, kaygı ve çaresizlik duygusu yaşamıştır.

Böyle bir olayın yaşanması sonucunda çocuk oyunlarında olayı tekrar tekrar canlandırabilir, tekrar tecrübe edebilir veya kafasında tekrar tekrar aynı deneyimi yaşayabilir. Çocuk bu tecrübeler sonucunda uyku problemleri yaşayabilir ve kabuslar görmeye başlayabilir. Kötü anıları canlandıran yerler veya kişilerle irtibatı kesilebilir. Genelde travmatik yaşantıyla ilgili düşünceler veya duyguları yok sayma veya kaçınma tepkileri görülür.

### **3.8.2.7 Agorafobi**

Genel olarak kişiler kalabalık ortamlarda panik atak geçirme korkusundan dolayı kaçınır. Agorafobi teşhisi alan annelerin çocuklarında görülme olasılığı daha fazladır.

### **3.8.2.8 Seçici Mutizm**

Seçici Mutizm çocuğun okul gibi belli ve önemli yerlerde konuşmayı reddetmesidir. Her yaşta meydana gelebilecek bir bozukluk olmasına rağmen genelde çocuklarda okula başlamayla birlikte ortaya çıkar. Bu durum çocukta görülen daha geniş yelpazedeki anksiyete bozukluklarına eşlik eder.

### **3.8.2.9 Obsesif Kompulsif Bozukluk**

Obsesif kompulsif yaşayan bireyler kafalarında onları rahatsız eden düşüncelerden uzak durabilmek için hissettikleri anksiyeteyi azaltacak davranışlar yada düşünce kalıpları geliştirir. Çocuklarda en çok görülen obsesif kompulsif davranış el yıkamadır veya okul çantalarını sürekli kontrol etme. Yapılan her hareket felaketle sonuçlanacak olayları engelleme çabasıdır. Örneğin mikrop kapıp hasta olmaktan kaçındığı için ellerini yıkar yada okulda arkadaşları yanında öğretmen bağırmasın, küçük düşmemek için okul çantasını sürekli kontrol eder.

Anaokulu çocuklarında görülebileceği gibi genelde 10 yaş civarında kendini gösterir.

### 3.8.2.10 Sağlık İlgili Anksiyeteler

Çocuklar fiziksel semptomları yanlış bir takım inanışlarla birleştirerek yada aşırı felaket yorumları yaparak çok hasta olduklarını inanır ve yoğun anksiyete yaşayabilir. Çocuklar bu durumdan kaçabilmek ve kendilerini rahatlatmak için riskli durumlardan kaçınır, sürekli bedensel kontrollere başlarlar ve sağlık kuruluşlarına gitme taleplerinde bulunmaya başlarlar.

Pediyatrik servislere başvurun birçok çocuğun dile getirdiği semptomların nedenleri tıbbi sebeplerden kaynaklanmamaktadır. Söz konusu bozukluk her ne kadar primer anksiyete bozukluğu arasında yer almasa da genel endişe, korku ve stres yarattığı için çocuk anksiyeteler arasında yer verilmiştir.



## BÖLÜM IV

### EBEVEYNDEKİ BOZUKLUKLARIN ÇOCUKLARIN ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Freud'a göre çocuğu ilerdeki yetişkin kimliğinin belirlenmesinde en çok çocuğun ailesi ile olan etkileşimleri etkilemektedir. Locke'ye göre ise "Çocuklar, uygarlaştırılması gereken biçimlenmemiş yetişkinlerdir." (Postman 1995 akt Başal 2006).

Yapılan birçok araştırma ailelerde bulunan psikolojik bozuklukların çocukları kognitif, davranışsal ve nörolojik yönden etkilediğini ve ileride onlarında birçok psikolojik bozukluk geliştirdiğini göstermiştir. Örneğin depresyonu olan ebeveynlerin çocuklarının ileride depresyona girme olasılığı %50 artmaktadır. Ebeveyn depresyonu tekrarlayıcı olmasından dolayı çocukların yetiştiği ortamlar kronik olarak belirsizliklerle dolu ve stresli olmaktadır. (Weissman; Olfson 2009). Depresyon tedavisi genelde ayakta yapıldığından dolayı bu ebeveynler evde çocuklarının bakımına devam etmektedir. Genelde depresyonda olan annebabalar ya duygusal olarak kendi içlerine geri çekilme yaşayarak çocuğa yeteri kadar ilgi göstermemekte yada çocuğun hayatına aşırı müdahale etmektedir. (Hammen ve ekibi 2004). Çocukların sağlıklı baş etme stratejileri geliştirebilmeleri için duygu kontrolünü geliştirmeleri gerekmektedir. Ancak depresyon yaşanan hanelerde stabil bir ortam olmaması çocuklar üzerinde yoğun baskı ve stres yaratmaktadır. Ebeveynin kopuk ve mesafeli ilgisi çocukları kognitif yönden savunmasız bırakmaktadır. Çocuk sıklıkla kendini suçlamaya başlar, olayları aşırı genelleştirir ve hiçbirşeyin düzelmeyecek duygusuna kapılarak umutsuzluğa düşer. Bu çocuklar sosyal olarak geri çekilir, daha utangaç davranışlar geliştirir ve sosyal izolasyona daha çok maruz kalırlar. (Weismann; Kidd 1980).

Başka bir çalışmaya göre ebeveynlerinde depresyon görülen çocukların daha depresif, daha kavgacı oldukları gözlemlenmiştir (Welner; Welner 1977). Bu çocuklar yaşlılarından daha fazla psikosomatik kaygılar taşımakta, yaşamdan kısıtlı zevk almakta (anhedonia) ve ileri durumlarda ölmeyi tercih etmektedir. Yine bu çocuklarda hiperaktif

davranışlar, depresyon, okul problemleri, ders asma, suçluluk duygusu, endurezis ve uyuşturucu kullanımının daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Cohler ve arkadaşları tarafından 1980 senesinde yürütülen bir başka çalışmaya göre psikolojik bozukluğu olan annebaların çocuklarının kompleks problemler karşısında dikkatlerini toplamakta ve sürdürmekte problem yaşadıkları tespit edilmiştir.

Yapılan birçok araştırmadan alınan bilgiye göre ise anksiyetinin aileden geçtiğini kanıtlamıştır. Yapılan ikiz çalışmalarında anksiyetinin ve obsesif-kompulsif bozukluğunun görülme sıklığının dizyotik ikizlerde daha fazla olduğu görülmüştür. (Beidel; Roberson 2005).

Turner ve arkadaşları 1997 senesinde anksiyete bozuklukları ile depresyon olan ile olmayan annelerin çocuklarını karşılaştırmıştır. Araştırma sonucunda anksiyete bozukluğu yaşayan ailelerde çocukların anksiyete geliştirme sıklığının diğer gruptakinden daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ancak bunun yanı sıra diğer gruptaki çocukların is farklı psikolojik rahatsızlıklar (depresyon, dışsallaştırma, vb.) geliştirme olasılığının daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır.

Ailelerde psikopatolojilerin gelişmesinde genetiğin rolü kadar olumsuz yetiştirme tarzının da rol oynadığı bilinmektedir. Yapılan birçok araştırma gelir ve sosyal seviyesi düşük ortamlarda büyüyen çocukların “yüksek risk” nüfusu meydana getirdiğini göstermiştir. Maddi açıdan dezavantajlı olan çocuklar sağlık ve psikososyal açıdan daha çok problemlerle karşılaşmakta, fiziksel sağlık zorlukları, kognitif, akademik, duygusal ve davranış bozuklukları yaşadıkları bilinmektedir. Şehirlerin yoksul semtlerinde oturmak yetersiz eğitim imkanı, daha düşük ücretli iş ve statülerde çalışma, kötü yaşam koşulları, yetersiz ve sağlıksız beslenme, kötü sağlık imkanları, aşırı kalabalık, yüksek suç, daha az eğitici ve geliştirici oyun imkanları ve yetersiz sosyal hizmetler gibi risk faktörleri taşımaktadır. Yine bu bölgelerde yaşam daha çok bulaşıcı etken, hava kirliliği ve sağlıksız koşulları barındırmaktadır. Tüm bu olumsuzluklar hamilelikte etkili olmaya başlayıp çocuğun tüm gelişimde rol oynamaktadır. Sonuç olarak söz konusu çocuklarda sağlık problemlerinin yanısıra hiç eğitim alamama ve/veya okula bırakma, küçük yaşta doğum, kognitif problemler ve daha kısa yaşam süresi gözlenmektedir. (Cairns ve arkadaşları 1998)

Yapılan birçok araştırma sonucunda anksiyete bozuklukları taşıyan ebeveynlerin çocuklarında aynı bozukluğu geliştirme riski diğer çocuklardan daha fazla olduğunu göstermiştir. Örneğin Agorafobik ebeveynleri olan çocukların diğer çocuklardan daha korkak olduğu ve yoğun ayrılık anksiyetesi yaşadığı belirlenmiştir.

Duygu durum bozuklukları olan ebeveynlere sahip olan çocukların sürekli tetikte olduğundan dolayı benzer bozukluklar geliştirdiği düşünülmektedir. Yine çocukların ebeveyn davranışlarını taklit etmesi veya ilgisiz ebeveyn tutumu çocuğun yeteri kadar dünyayı keşfetme olasılığının olmaması onları daha korkak ve kaçingın yapmaktadır.



## BÖLÜM V

### ÇOCUKLARDA ÖLÜM ALGISI VE KORKUSU

Genel olarak başkasının ölmesiyle ilk ölüm tecrübemizi ediniriz. Çocuklar birilerinin öldüğünü duyar ve artık o kişilerin hayatlarını yaşayamayacaklarını çok derinlemeden yüzeysel olarak algırlar. Bu yaşlarda yaşam ve ölümün arkasındaki biyolojik faktörleri bilmediklerinden dolayı genel olarak “ölümün” hasta yada yaşlı insanların başına gelen bir durum olduğunu düşünürler ve sağlıklı yaşayarak ve tehlikeli durumlardan uzak durarak bu durumdan kaçınabileceklerini sanırlar. Ölümün yaşam formunun veya yaşanan mekanın cennet olarak değişmesi gibi kabul ederler. Ölen kişilerin hala duygularının olduğunu, yemek yediğini, uyup uyandığını kabul eder ve ölüm karşısında çok fazla etkilenmezler. Aile veya yakın çevreden birilerinin kaybıyla birlikte çocuk ailedeki değişen duygusal durumu fark etmeye başlar ve ölüm karşısında üzülmesi gerektiğini öğrenmeye başlar. Genel olarak çocuklar anaokul dönemlerinde ilk defa “ölüm” kavramını anlamaya başlar. Sevilen birinin ölümüyle artık çocuklar ölümün kendi başlarına da gelebileceğini kavramaya başlarlar. Yapılan birçok araştırma çocukların ölüme bakış açısının aileleriyle benzer olduğunu göstermiştir.

Bandura'nın sosyal öğrenme teorisinde belirttiği üzere çocukların bazı durumları gerçekte yaşamasa da diğerlerini taklit ederek yada gözlemleyerek bazı durumları öğrenebileceğini gösteriyor.

Çocukların destek sistemlerinin kısıtlı olması ve hayatlarını idame ettirmeleri annebabaya bağlı olmasından dolayı onlara duyulan kayıp duygusu hayatlarının merkezlerini kaybetmek anlamına gelir ve çocuk kendisini çok çaresiz hisseder. Yine bu durumun yaşanması çocuklarda terkedilme hissi uyandırabilmektedir.

## BÖLÜM VI

### ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

#### 6.1 ARAŞTIRMA GEREÇLERİ

Bu Çalışma Göztepe Araştırma Hastanesine Ağustos 2015 - Ocak 2016 tarihleri arasında Radyoloji MR bölümü gelen 49 Çocuk ile Pediatri Kliniğinde gelen 50 Çocuk ve annesabalarıyla yapılmıştır.

Araştırma için gerekli izinler hem Göztepe Araştırma ve Geliştirme Hastanesine başhekimliğinden hem de Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırma Etik Kurul'undan alınmıştır.

Araştırma, kendi kendine anket doldurma yöntemi ile yapılması kararlaştırılmış olmasına rağmen örnekleme dahil olan kişilerin okuma-yazma bilmemesinde dolayı ölçekler yüzyüze görüşme ile yapılmıştır.

Verilen testlerdeki soruların doğru şekilde algılanması için 7 ile 12 yaş arasındaki çocuklara çalışmaya dahil edilmiştir. Çocuklarda “Çocukluk Çağı Depresyon Ölçeği (ÇÇDÖ)” , “Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) ile hastane tepkilerini ölçmek için özel hazırlanan anket kullanılmıştır. Çocukların kişiliklerinin araştırılması için anne veya babayla birlikte Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/6-18 yaş) doldurulmuştur. Annesabanın ruh durumlarını ölçmek için ise “Durumluk ve Sürekli Kaygı (STAI), Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Envanterleri kullanılmıştır.

#### 6.1.2 Anakütle ve Örneklem

Araştırma, Göztepe Araştırma Hastanesi Radyoloji bölümünde MR için çekime gelen ve yine hastanenin pediatri bölümüne başvuran çocuklar ve refakatçi anne veya babasıyla yapılmıştır. Anne veya babasıyla gelmemiş çocukların sadece kendileri araştırmaya dahil edilmiştir.

### **6.1.3 Araştırmanın Sayıtları**

Araştırma için hesaplanan örneklem ana kütleyi temsil etmektedir. Katılımcılar, araştırmayla ilgili bilgilendirilmiş ve kendilerine sunulan tüm soruları kendi istekleriyle samimiyetle cevaplamıştır. Katılımcıların cevapları kendi durumlarını yansıtmakta olup başkalarından etkilenmemiştir. Katılımcılar kendi kişisel hayatları ve deneyimleri hakkında bilgi vermiştir. Kişilerin verdikleri tepkiler ve durumları envanter sürecinde takip edilmiş ve doğruluklarından emin olunmuştur.

### **6.1.4 Araştırma Hipotezleri**

Çalışmamız kapsamında elde edilen verilerinin analizi sonucunda aşağıdaki hipotezler kanıtlanmaya çalışılmıştır.

Araştırma kapsamında çocuklarla ilişkin sorularımız ve hipotezlerimiz;

- 1- MRI giren çocukların kaygı/depresyon düzeylerinin pediatri bölümüne gelen çocuklardan daha yüksek olması beklenmektedir.
- 2- MRI giren çocukların daha çok psikolojik sorunlar yaşaması beklenmektedir.

Araştırma kapsamında annelere ilişkin hipotezlerimiz;

- 1- MRI bölümündeki annelerin anksiyete/depresyon düzeylerinin daha yüksek olması beklenmektedir.
- 2- Yoğun anksiyete yaşayan ve/veya depresyonda olan ebeveyn ruh durumunun çocukların hastane tecrübelerini olumsuz yönde etkilemesi ve anksiyete ve korku yaratması beklenmektedir.

### **6.1.5 Araştırmada Kullanılan Araçlar**

Araştırma kapsamın da uygulanan ölçekler çocuğun ve annenin psikolojik durumlarını ölçmek için ikiye ayrılmıştır. Ayrıca çocuğun kişilik analizinin yapılabilmesini teminen anneyle CBCL ölçeği doldurulmuştur.

### **6.1.5.1 Çocuklarda Uygulanan Ölçekler**

#### **6.1.5.1.1 Çocuk Çağı Depresyon Ölçeği (ÇÇDÖ)**

Çalışmaya katılan tüm çocukların depresyonları Çocuk Çağı Depresyon Ölçeğiyle yapılmıştır. Çocuk Çağı Depresyon Ölçeği üzerinde en fazla araştırma yapılan ve dolayısıyla çocukluk depresyonunda en sık kullanılan ölçektir. Beck Depresyon envanteri esas alınarak çocuğun okul durumu ve arkadaş ilişkileri de gözönünde tutularak Kovaks (1981) tarafından geliştirilmiştir. Formun Türkçeye çevirisi ve güvenilirlik çalışmaları ÖY B. tarafından tamamlanmıştır. Ölçeğin güvenilirliği belirlenirken test-tekrar test güvenilirliğine bakılmış ve 0.80 olarak bulgulanmıştır.

Çocuk Çağı Depresyon Ölçeği; 6-17 yaş arasındaki çocuklar için kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek çocuk tarafından doldurulabileceği gibi ona okunarak da tamamlanabilir. Göztepe Hastanesi gelen çocuklarının çoğu kendilerine okunarak cevaplamayı tercih etmiştir.

Ölçekte yirmiyedi (27) madde vardır ve her madde üç (3) değişik seçeneği bulundurmaktadır. Çocuktan son iki haftalık durumunu göz önünde bulundurarak her soru için üç seçenekten kendisine en çok uyanı seçmesi istenir. Her soruda yer alan maddelerin şiddetine göre 0,1 veya 2 puan verilir. Ölçekte alınabilecek maksimum puan 54'tür. Patoloji kesim puan 19 olarak belirlenmiştir. Puan yükseldikçe depresyon şiddeti ağırlaşmaktadır.

#### **6.1.5.1.2 Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)**

Spielbergler ve arkadaşları tarafından kişilerin Durumluluk ve Sürekli kaygı seviyelerini saptamak amacıyla 1970 yılında geliştirilmiştir. Toplam 40 madde ve 2 ayrı ölçekten oluşan "Hiç" ile "Tamamıyla" arasında değişen dört derecelik lineer bir ölçme aracıdır. Türkiye'ye uyarlaması ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları N. Öner ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır. Test aslında yirmi maddelik Sürekli Kaygı ile yirmi maddelik Durumluk Kaygı Envanterlerinden oluşmaktadır. İşbu araştırmamızda Sürekli Kaygı Ölçeği kullanılmamıştır.

Durumluk Kaygı Ölçeğinde bireyler belirli anda ve koşulda kendisini nasıl hissettiğini dikkate alarak soruları cevaplaması gerekir. Kişiler her maddede ifade edilen duygu ya da davranışa ilişkin kendinin o anda hissetme derecesine göre; (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamıyla gibi oluşan şıklardan birini cevaplaması beklenir.

Sürekli Kaygı Ölçeği doldurulurken ise bireyin genellikle kendisini nasıl hissetmesi gerektiğini belirtir. Sürekli Kaygı maddelerinde ifade edilen duygu davranışları ise; sıklık derecesine göre; (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman ve (4) hemen her zaman şeklinde cevaplandırılır.

Sürekli Kaygı Envanterlerinin maddelerinde doğrudan ifadeler ile tersine dönmüş ifadeler yer almaktadır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları göstermektedir. Durumluk Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı envanterinde ise tersine dönmüş ifadeler 21,26, 27,30,33,36 ve 39 dur. Her maddeye 1’den 4’e kadar ağırlık puanı verilir. Dolayısıyla her ölçekten elde edilen toplam puan 20 ile 80 arasında değişkenlik gösterebilir. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunur ve doğrudan ifadelerin toplam ağırlık puanından tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkartılır. Elde edilen bu sayıya daha önceden 50 (sürekli kaygı ölçeği için 35) olarak saptanmış ve değişmeyen değer eklenir. En son elde edilen bu değer kaygı puanıdır. Elde edilen puan 20 (düşük) ile 80 (yüksek) anksiyeteyi gösterir.

Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesine gelen çocukların bu envanterin ikinci maddesinde yer alan “Kendimi emniyette hissediyorum” ifadesindeki emniyet kelimesini bilmediği anlaşılmıştır. Yapılan her çalışmada çocuklara orijinal soru sorulmuş ve daha sonra kelimenin anlamını bilip bilmedikleri sorgulanmıştır. Bilmeyen çocuklara ifade “Kendimi güvende hissediyorum” şeklinde değiştirilerek sorulmuştur.



### **6.1.5.1.3 Hastaneye Gelen Çocukların Duygusal Tepkilerinin Nedenlerinin Araştırma Anketi**

Hastaneye gelen çocukların hastane geldiklerinde gerçekte nelerden korktuklarını ve bu durumu düzeltilmesi için ne gibi isteklerinin olduğunu tespit edebilmek için hazırlanan anket formudur.

Çocuklara ilk önce hastaneye ne için geldikleri sorulmuştur. Hastanede olmanın kendilerini nasıl hissettirdiği, yapılacak işlem hakkında herhangi bilgisi olup olmadığının yanında geçmişte olumlu veya olumsuz hastane anısı olup olmadığı araştırılmıştır. Aileden herhangi birinin geçmişte hastaneye yatıp yatmadığı ve çocuğun hastaneye bakış açısı ayrı ayrı sorulmuştur.

Ankettin son kısmında ise daha çok MRI işlemi yapılacak çocukların korkuları ve endişelerini anlamak için kapalı uçlu, cevapları “hiç”, “biraz” veya “çok” şeklindeki sorular sorulmuştur.

### **6.1.5.1.4 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/6-18)**

Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL) çocukların yeterliliklerini, uyum işlevlerini ve sorun davranışlarını standart bir şekilde yapılması için Achenbach Ampirik Temelli Değerlendirme Sistemi (ASEBA) içerisinde yer alan bir ölçektir. Diğer birçok ölçekten farklı olarak çocukları daha iyi tanıyabilmek için açık-uçlu sorulara ve bireysel tanımlamalarda yer verir. CBCL/4-18 formunun Türkçe çevirisi ve güvenilirlik çalışmaları Melda Akçakın ve Işık Savaşır tarafından 1983 yılında yapılmıştır. Daha sonra CBCL/4-18'nin 1991 formu Neşe Erol ve Melda Akçakın tarafından tekrar gözden geçirilmiş ve Türkiye'ye uyarlanmıştır.

Bu ölçek 6-18 yaş arasındaki çocukların anne, baba veya bakım veren kişiler tarafından doldurulur. Ölçeğin maddeleri kolay anlaşılacak düzeydedir. Ölçeği dolduracak kişilerin en az ilkokul mezunu olması tercih sebebidir. Göztepe hastanesinde çoğu anne/baba ölçeği bilirkişi ile birlikte doldurmak istemiştir. Ölçeğin ilk iki sayfası çocuğun yaşı, cinsiyeti, anne/baba yaşı mesleği gibi demografik bilgiler ile çocuğun

eğitim durumu, merakları, hobileri gibi yetkinlik alanlar yer alır. Ayrıca çocuğun profil değerlendirmesine dahil edilmeyen ve o çocuğa özgü sorular yer almaktadır; örneğin herhangi rahatsızlığı olup olmadığı, anne-babayı en çok üzen, kaygılandıran yönlerinin yanı sıra en çok sevilen özellikleri.

Ölçeğin son iki sayfası ise toplam 113 maddeden oluşmaktadır. Maddelerde yeralan davranışların son altı (6) ayda görülme sıklığına göre 0-doğru değil, 1- bazen yada biraz doğru yada 2- Çok yada sıklıkla doğru olarak derecelendirilmektedir.

Ölçekte yeterlilikle ilgili olan maddelerinden “Etkinlik”, “Sosyallik” ve “Okul” olmak üzere üç alt test elde edilmektedir.

Etkinlik Alt Testi : Spor, spor dışı uğraşları, ev içinde/dışında yapılan görevler yer almaktadır.

Sosyallik Alt Testi :Üye olunan kuruluşlar, dernekler vb. ile arkadaş/kardeş/annebaba ilişkileri yaralamaktadır

Okul Alt Testi : Okuldaki başarılar, problemleri ve okul etkinliklerine katılımları yer almaktadır.

Bu testlerin toplamından yeterlilik puanı elde edilmektedir. Toplam yeterlilik T puanları üzerinden çocuğun Klinik, sınır yada normal düzeyde olduğu belirleniyor. (T<37 klinik, T=37-40 sınır, T>40 normal)

Yine ölçekten çocuğun İçe Yönelimli olduğu (Anksiyete/Depresyon, Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon ve somatik yakınmalar) yada Dışa Yönelimi (Kurallara karşı gelme ve Saldırgan Davranışlar) olduğu alt testlerle ölçülmektedir. Yine bu iki gruba da girmeyen Sosyal Sorunlar, Sorunları ve Dikkat Sorunları, alt testleri bulunmaktadır.

DSM’ye uygun olarak söz konusu ölçekten Duygudurum, Anksiyete, Somatizasyon, Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite, Karşıt Olma-Karşı Gelme ve Davranma, Obsesif-Kompulsif, Travma Sonrası Stres Bozuklukları alt testleri elde edilmektedir. Ölçeğin tümünden Toplam Problem (T) elde edilmektedir. Buna göre T=60-63 sınır, T>63 klinik ve T<60 normal düzey olarak kabul edilmektedir.

### **6.1.5.2 Annebabalarda Uygulanan Ölçekler**

Anne yada babanın anksiyete seviyelerini, çocukları ile karşılaştırabilmek için Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) uygulanmıştır. Ayrıca ebeveynlere Beck Anksiyete Ölçeği ile Depresyon Envanterleri de uygulanmıştır.

#### **6.1.5.2.1 Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)**

Beck tarafından 1988 senesinde kişilerin anksiyete sıklığını ölçmek için geliştirilen Beck Anksiyete Ölçeğinin ülkemize uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1998 senesinde yapılmıştır.

Ölçekte 0-3 puan arasında değişen 21 madde bulunmaktadır. Alınan toplam puana göre kişilerin anksiyete seviyeleri belirlenmektedir. Puanın yüksekliği kişinin anksiyete yüksekliğini gösterir. Buna göre

8– 15 puan = Hafif düzeyde anksiyete

16-25 puan = Orta düzeyde anksiyete

26-63 puan = Şiddetli düzeyde anksiyete olarak kabul edilir.

#### **6.1.5.2.2 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)**

Beck tarafından 1961 yılında erişkinlerde depresyon riskini ve depresyon düzeyini ölçmek üzere geliştirilmiştir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yılında yapılmıştır. Ölçekte yer alan 21 maddeden iki (2) tanesi duygulara, on bir (11) tanesi bilişlere, iki (2) tanesi davranışlara, beş (5) tanesi bedensel belirtilere ve bir (1) tanesi ise kişiler arası belirtilere yöneliktir. Her soru dört maddeden oluşmuş olup 0-4 arasında derecelendirilmiştir. En yüksek puan 63 tür. 17 ve üzerinden puan alan kişilerde depresyon kabul edilir.

### 6.1.6 Araştırmada Kullanılan Veri Analiz Yöntemleri

Araştırmaya dahil edilen ailelerin çoğunun okuma-yazma bilgisinin sınırlı olmasından dolayı tüm anketler birebir görüşme ile doldurulmuştur.

Çalışmamızda birçok yargısal veriye yer verilmiştir. Araştırmada kullanılan CBCL hastane tepkilerini ölçmek için özel olarak hazırlanan “Hastaneye gelen Çocukların Duygusal Tepkilerinin Nedenlerinin Araştırılması” anketleri açık uçlu sorular barındırmaktadır. Bu envanterlerde elde edilen sonuçlar betimsel ve içerik analizlerine alınmıştır. Bilgiler kodlanarak yüzde hesapları yapılarak frekansları bulunmuştur.

Hastane tepkilerini ölçmek için hazırlanan “Hastaneye gelen Çocukların Duygusal Tepkilerinin Nedenlerinin Araştırılması” anketinin soruları MRI, Pediatri ve çocukların yaşlarına göre modifiye edilerek sorulmuştur. MR girecek çocukların MR'den korkma nedenleri arasında olabilecek; kapalı kalmak, yüksek ses, anneden/babadan ayrı kalmak, canavar / yaratıklar, canının acıması, hasta olmak, ölmek, okuldan uzak kalmak, annemi/babamı üzmemek, iğne olmak, kaza olması, hastanede unutulmak, eskisi kadar sevilmemek maddeler halinde sorularak hiç, biraz veya çok olarak değerlendirmeleri istenmiştir. Dokuz (9) yaşından büyük olan çocuklara canavarlar/ yaratıklar sorusu kötü ruhlar veya varlıklar olarak değiştirilerek sorulmuştur. Yine hastanede unutulmak sorusu dokuz (9) yaş üstü çocuklarda hastaneye çok fazla gelmekten dolayı önemsizleşirim diye bir korkuları olup olmadığı yönde değiştirilmiştir. Pediatri bölümündeki çocuklara da uygulanan anket sorularından kapalı kalmak, yüksek ses, anneden/babadan ayrı kalmak soruları genelleştirilmiş ve hastane ortamında tek başlarına bir yerde kapalı kalmak, hastanedeki yüksek sesler ve herhangi muayene esnasında anne/babadan ayrı kalmak diye modifiye edilerek sorulmuştur.

Araştırmaya katılanlardan elde edilen diğer veriler kodlanarak SPSS 22.0 programıyla analiz edilmiştir. STAI ve ÇÇDÖ envanterlerindeki p değerleri Mann-Whitney testi kullanılarak hesaplanmıştır.

Değerlendirmeye alınan değişkenlerin istatistiksel dağılımları Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov testleri uygulanarak incelenmiştir. İki testten en az birinde normal dağılımdan anlamlı derecede saptığı tespit edilen değişkenlerin analizinde parametrik olmayan (non-parametric) değerlendirme araçları kullanılırken normal dağılımdan sapma göstermeyen değişkenlerin analizinde parametrik yöntemler tercih edilmiştir.

Kategorik (nominal ya da sıralı) değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi ya da normal dağılımdan sapmanın tespit edildiği durumlarda Kruskal-Wallis H testi tercih edilmiştir. Sayısal değişkenlerin (sürekli değişkenler, ölçekler) karşılaştırılmasında ise t-testi (normal dağılımda) ya da non-parametrik Mann-Whitney (normal dağılımdan sapma halinde) tercih edilmiştir

P-değerlerine genel olarak 0.05 altında olması durumunda anlamlı kabul edilir ancak örneklem sayısı gözönünde bulundurularak ve normal dağılımdan fazla sapma tespit edildiğinden bazı değerlendirmelerde kesme noktası  $p < 0.1$  olarak ele alınmıştır.

## ÖLÜM VII

### BULGULAR

#### 7.1 Sosyo Demografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri

**Tablo III- MRI/Pediyatriye göre Cinsiyet, Annebaba Yaş ve Eğitim Durumu Dağılımı**

		GRUP						p-değeri
		MRI		PEDIATRI		Toplam		
		N	%	N	%	N	%	
Cinsiyet	ERKEK	26	53.1%	22	44.0%	48	48.5%	0.242
	KIZ	23	46.9%	28	56.0%	51	51.5%	
BABA EĞİTİM	İlkokul	24	49.0%	23	46.0%	47	47.5%	0.384
	Lise	7	14.3%	13	26.0%	20	20.2%	
	Ortaokul	8	16.3%	5	10.0%	13	13.1%	
	Üniversite	8	16.3%	5	10.0%	13	13.1%	
ANNE EĞİTİM	İlkokul	28	57.1%	19	38.0%	47	47.5%	<b>0.017*</b>
	Lise	11	22.4%	16	32.0%	27	27.3%	
	Ortaokul	2	4.1%	5	10.0%	7	7.1%	
	Üniversite	2	4.1%	2	4.0%	4	4.0%	
	YOK	5	10.2%	0	0.0%	5	5.1%	
		N	Ort.±SD	N	Ort.±SD	N	Ort.±SD	
YAŞ		49	9.96±1.93	50	9.04±2.17	99	9.49±2.09	<b>0.028*</b>
BABA YAŞ		49	41.79±6	50	39.28±5.12	99	40.56±5.7	<b>0.032*</b>
ANNE YAŞ		49	38.18±5.4	50	35.71±4.7	99	36.96±5.2	<b>0.018*</b>

Yıldızla işaretli p-değerleri 0.05'den küçük oldukları için anne eğitim durumu ve annesinin yaş grupları arasında MRI ve PEDIATRI grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

### 7.1.2 Katılımcıların ile ilgili Betimsel ve Yüzdesel Bulgular

Çalışmaya katılan kişilerden %29 sevdiği kişilerle evlenmiş, %41 ise görücü usulü ile evlenmiş ve eşlerin birbirine olan sevgisi zamanlan artmamış sadece alışkanlık haline gelmiştir, diğer katılımcılardan yanıt alınamamıştır. Gelen ailelerde boşanma yada ayrı yaşamaya çok sık rastlanmamıştır. Ailelerin %43'ü planlı olarak çocuk sahibi olmuştur, bu ailelerin %84 nün birden çok çocuğu mevcuttur ve çoğu çocuklarının okumasını istemekle birlikte bu konuda çocuklarına destek verememektedir.

Aile yapıları incelendiğinde babalar genelde ekonomik ihtiyaçları karşılamakta ve anneler ev düzenini sağlamakla yükümlü oldukları görülmüştür. Çoğu baba çocuklarıyla iletişim kuramamakta ve onlarla yeterli vakit geçirmemektedir. Anneler ise genelde ev düzeni, yemek, temizlik gibi işlerle uğraşmaktadır. Evlerde çocuk sayısının fazla olması annelerin birbirine bir çocuklan ilgilenmesini zorlaştırmaktadır. Çoğu anne çocukların getirdikleri karne ve “ders çalış” söylemlerin dışında çocukların eğitimlerine katkıda bulunamamaktadır.

Yapılan çalışmada çocukların anneleri yanında verdikleri cevaplarla anne ayrıldıktan sonra verdikleri cevaplar arasında farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Bu en çok intiharla, kurallara uyma, sevilmeyle ilgili sorularda rastlanmıştır. Annenin varlığında genelde asla intihar etmem yada kendimi zarar vermem sorusu onların odayı terk etmelerinin ardından zaman zaman düşünürüm yada fırsatım olsa yapardım olarak değiştirilmiştir. Yine seni seven birileri var mı sorusuna genelde annenin varlığında evet var diye cevaplayan çocuklar anneler gittiğinde emin değilim olarak değiştirmiştir. Annelerin çoğu intihar yada ölümle ilgili sorulardan rahatsız olmuş ve bunların maksadını sorgulamıştır.

Genel olarak hastanede iki profil ortaya çıkmıştır. Birincisi gerçekten çocukların psikolojik durumunu merak edip sorular soranlar. Bu yapıdaki anneler ilgiyle soruları dinlemiş ve soruların dışında da birçok detay vermiş hatta bir tek çocuklan yetinmeyip tüm aile hakkında da bilgi vermiştir. İlgiyle dinlemiş ve çocuk gelişimiyle ilgili birçok soru sormuşlardır ve nasıl uygulayacaklarını sorgulamış, psikolojik destek için yardım istemişlerdir.

İkinci tip anneler ise kaçınan ve agresif tutumlar sergilemişlerdir. Çalışmaların nedenleri veya sonuçlarını sorgulamışlardır. Genelde ilgisiz ve isteksiz olarak soruları cevaplamış. “Daha çok var mı”, “beni bekleyenler var”, “işim var” gibi söylemlerle çalışmayı yarıda kesmek istemişlerdir. Bu tip anneler genelde hatalarını kabul etmemiş ve verilen her türlü bilgiyi hakaret olarak algılamıştır. Çocuklarının gerçek ruh sağlığı hakkında farkındalıkları çok fazla olmayan bu anneler çocukların sadece fiziksel sağlık sorunu olduğunu ve bunun dışında herhangi bir problemin olmadığını düşünmektedir. Genel olarak herhangi eğitime, bilgiye veya tecrübeye açık olmadıkları gözlenmiştir.

Çalışmaya katılan çocukların %96’sı meslek sahibi olmayı istemektedir. Hastaneye gelen çocukların %25’i “iyileştirmek” istediklerini ve dolayısıyla sağlıkla ilgili mesleğe yönelmek isteğini belirtmiştir. %14 oranda en çok tercih edilen meslekler arasında öğretmenlik ve tasarımla ilişkili (grafik tasarım, grafiker, mimar, iç mimar) meslekler yer almaktadır. Mühendislik, polislik, sporla ilgili meslekler %5’le sınırlı kalmıştır. Bu meslekleri neden istedikleri sorulduğunda ise %30’dan herhangi neden alınmamıştır, %26’sı mesleğin kendisini yada o meslekle ilgili sevdikleri unsurları ifade etmiştir, %21 ise insani sebeplerden dolayı istediklerini (iyileştirmek, bilgimi aktarmak, yardımcı olmak, kötülüklerle savaşmak vb.), %11 ise daha iyi hayat koşulları sağlayacağını düşündüklerini ve %11 yine hayali bir imgeye ulaşmak için bu meslekleri tercih ettiklerini belirtmiştir.

Çalışmaya katılan çocukların %67 bir spor dalıyla uğraşmakta ancak bunlardan sadece %8’i okulda yada dışarıda bir spor kulübü ve/veya takımına üyedir. Çocukların en yaygın olarak yapmayı tercih ettikleri sporlar %30,34 oranla futbol, %10,11 yüzme ve %6,74’ü voleyboldur.

Çocukların spor dışında en çok %16 Resim çizerek, %16 Bilgisayar/Tabletle oynayarak, %13,89 Kitap okuyarak ve %12,50 televizyon izleyerek kendilerini oyaladıkları tespit edilmiştir. Annelerden çocuklarının kendi kendilerine oyalamalarını değerlendirmeleri istendiğinde ise %10,31 “kötü”, %56,70 “iyi” ve %31,96 “çok iyi” olarak değerlendirmiştir.



Çalışmamıza katılan aileler genelde çocuklara belirlenmiş bir görev vermemekte ancak çoğunluk olan %27 ev işlerinde, %24 bakkala gitmede ve %15 sofrayı kurmada yardımcı olmalarını istemektedir.

Çalışmaya katılan çocukların okul başarıları incelendiğinde en başarılı oldukları dersin Fen bilgisi olduğu tespit edilmiştir. Bunu sırasıyla Hayat Bilgisi/Sosyal Bilgileri, Türkçe ve Matematik takip etmektedir.

Çalışmaya katılan çocukların sosyal iletişimleri de değerlendirilmiştir. Çocuğun diğer çocuklarla, kardeşleri ve annebabalarıyla olan ilişkileri annelere sorulduğunda Tablo IV sonuçlar elde edilmiştir.

**Tablo IV: Göztepe Hastanesindeki Çocukların Sosyal İlişkilerinin İncelenmesi**

	Oldukça İyi	İyi	Kötü
Diğer Çocuklar ile İlişkileri	%50.52	%42.27	%2.06
Kardeş İlişkileri	%35.05	%39.18	%12.37
Annebabayla İlişkisi	%39.18	%41.24	%14.43

Çocukların %6.06'sinin hiç arkadaşı bulunmamaktadır, %11.11 ise 1-2 arkadaşı, %31.31'nin 2-3 arkadaşı ve %49.49 ise dörtten fazla arkadaşı olduğu tespit edilmiştir. Çocukların %28'i okul dışında arkadaşlarıyla hiç görüşmemektedir. Diğerlerinin %32'si ise haftada 1-2 kez ve %39'u en az üç veya daha fazla görüşebilmektedir.

Çocuklarda anestezi kullanımını azaltmak için yapılan bu çalışma sonucunda hastaneye gelen çocukların %48'i hastaneyle ilgili en az bir korkuları olduğunu ortaya koymuştur. Çocukların %17'nin ise birden fazla korkuları olduğunu ortaya koymuştur.<sup>2</sup> Çocuklarda serbest çağırışım yoluyla tespit edilen en büyük korku %62 ile ölümdür. Çalışmaya katılan çocukların %27'si şu anki mevcut hastalıklarının daha kötüye gideceğini ve ölümlerle sonuçlanacağını düşünmektedir. MRI girecek çocukların ölümden korkma oranı %32 oranında Pediatri hastası olan çocuklardan fazladır. Çalışmaya katılan çocukların %7'si ölümlerle ilgili soruları cevaplamaktan kaçınmıştır. Çalışmaya katılan ailelerin %10'unu ise ölümlerle ilgili sorulardan hoşlanmamış ve engellemeye çalışmıştır.

<sup>2</sup> Araştırmada "Ölüm"ü hastaneyle ilgili korkular çerçevesinde incelenmiştir.

Hastanede en çok korkulan müdahalenin %45 ile iğne olduğu tespit edilmiştir. Burada ise Pediatri hastası çocukların %13 oranda iğneden daha fazla korktuğu gözlenmiştir.

Yine serbest çağrışım yoluyla çocukların hastane dışında korkuları incelendiğinde; %36 oranla en çok böcek veya hayvan(lar) dan korktukları tespit edilmiştir. Bunu, %33 ile takip eden korku ise karanlıktır. MRI girecek çocukların hiç biri kazayla ilgili bir korku belirtmemiş olmasına rağmen pediatri bölümündeki çocukların %7'si bu nitelikte bir korku belirtmiştir.

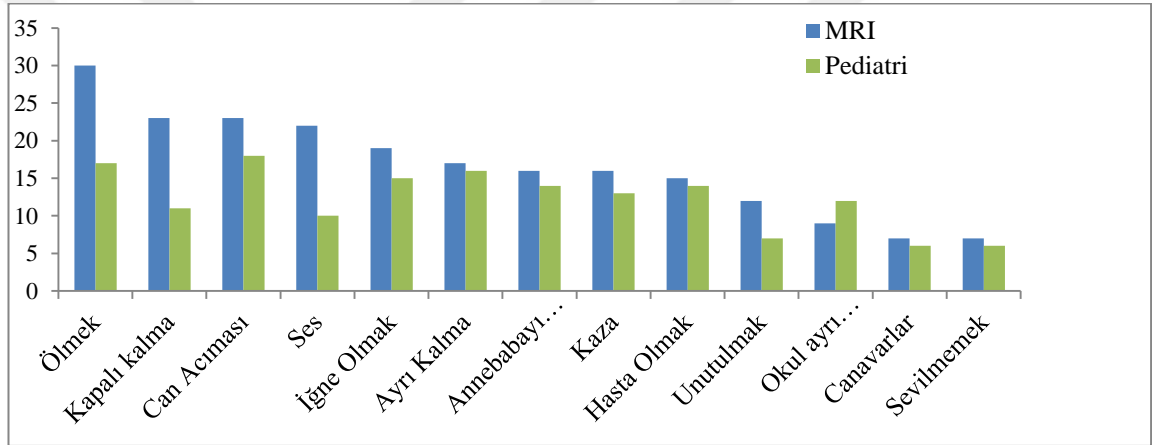
Serbest çağrışım yoluyla tespit edilen korkular aşağıda Tablo V sunulmuştur.

**Tablo V: Çocuklarda Tespit Edilen Korkular**

<b>Çocukların Hastane Korkuları</b>		
<b>Korku</b>	<b>MRI</b>	<b>Pediatri</b>
Ölmek	47%	15%
İğne olmak	16%	29%
Ameliyat olma	13%	7%
Hastanede unutulmak	9%	10%
Canın acıması	5%	10%
Hastalık	4%	17%
Tedavi müdahalesi	6%	12%
Karanlık	18%	15%
<b>Çocukların Hastane Dışı Korkuları</b>		
Böcek /hayvan	20%	16%
Öz güvenlik	11%	7%
Yalnız kalma	7%	11%
Aile ile ilgili	9%	4%
Sanal varlıklar	9%	2%
Ses / gürültü	4%	9%
Yükseklik	2%	7%
Kaza	0%	7%

Serbest çağırım yolu dışında şıklı sorular sorularak da çocukların korkuları araştırılmıştır. Bu çalışma sonucunda da çocukların en çok ölümden korktuğu tespit edilmiştir. Yine MRI girecek çocukların %30'u ölümden korkularını “çok” olarak nitelemiştir. Pediatri bölümdeki çocuklarda ise bu oran %17 de sınırlı kalmıştır. Çalışma sonucunda MRI girecek çocukların korkularının “Okuldan uzak kalma” dışında Pediatri hastalarından fazla olduğu gözlenmiştir. Çocukların %29'u hastanede kaza olmasından korktuklarını ifade etmiştir. Bu korkuların bazıları yanlış müdahale yapılması veya ilacın verilmesi, oksijen tüpünün patlaması, hastanenin yıkılması, hastanenin üstüne uçak düşmesi veya araba girmesidir.

**GRAFİK I -Göztepe Hastanesindeki Çocukların MRI ve Diğer İşlemlere İlişkin Korkuları**

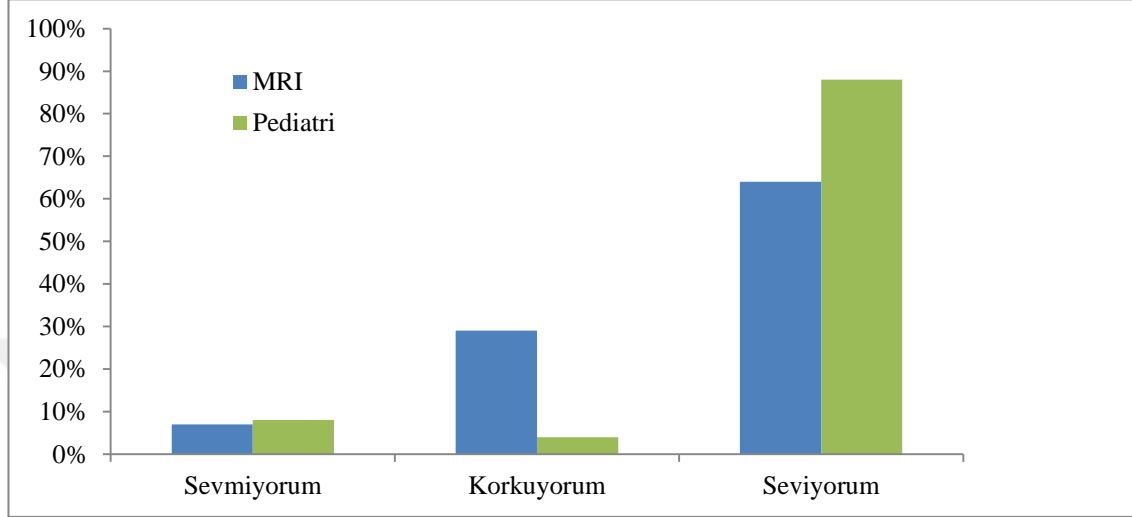


Çalışmamızda çocukların %24'nin hasta olduğundan dolayı hastaneye geldiğini ancak çok detaylı olarak hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmadıkları %49 ise hastalıkları hakkında detaylı bilgiye sahip oldukları ve açık açık hastalıkları hakkında bilgi vermiştir. Çalışmamıza dahil olan çocukların %26'sı ise ya soruyu cevaplamamış yada hastalıkları hakkında bilgileri olmadığını belirtmiştir. Yine hastaneye gelen çocukların %17'si kendilerine yapılacak müdahale hakkında net bilgiye sahiptir, %15'i ise yapılacak müdahale(ler) hakkında tahmin yürütebilmekte ancak kesin olarak bilgi sahibi olmadıkları ve %61 ise herhangi bilgi sahibi değildir.

Çalışmada çocukların hastaneyle ilgili anksiyete sebeplerinin doktor ve hastane imgesinden kaynaklanıp kaynaklanmadığı da sorgulanmıştır. Çocukların %52 si hastanelerin insanları iyileştiren yerler olarak gördüklerini ifade etmiştir. Yine MRI girecek çocukların %64'ü ve pediatri hastalarının %88 doktorları sevdiğini ifade

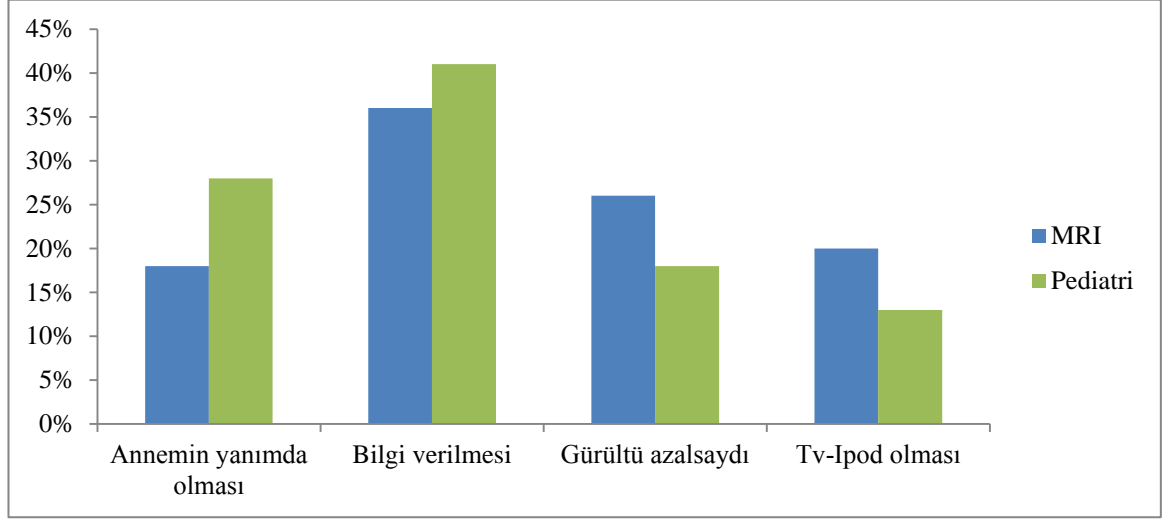
etmiştir. Çalışmamız sonucunda MRI girecek çocukların doktor korkularının %29 ve diğer çocukların ise %9 ile sınırlı kaldığını göstermiştir. Genel olarak çocukların %15'i doktorları sevmediklerini yada herhangi bir şey hissetmediklerini belirtmiştir.

**GRAFİK II- Göztepe Hastanesindeki Çocukların Doktorlara Karşı Duyguları**



Çocukların %85'i hastanedeki olumsuz tecrübelerini düzeltmek için önerilerde bulunmuştur. Çocukların %71 en çok bilgi verilirse rahatlayacaklarını ifade etmiştir. Araştırma kapsamındaki çocukların ikinci talepleri annesabalarının yanlarında olması ve her aşamada orada bulunmalarındır. Gürültüyle ilgili MRI girecek ve girmeyecek çocuklar arasında anlamlı bir fark olmasına rağmen yinede %44 oranda sesin azaltılmasıyla ilgili istekler gelmiştir. Çocuklar benzer olarak sesleri azaltmak için müzik yayınının olması önerisini getirmiştir. Son olarak çocuklar dikkatlerini başka bir şey yönlendirmek için oyun, oyuncak ve televizyon gibi isteklerde bulunmuştur.

### GRAFİK III- Çocukların Hastane Korkularını Azaltmak İçin Önerileri



## 7.2 Hipotezler

### 7.2.1 Çocuklarla İlgili Hipotezler

**Hipotez 1-** MRI giren çocukların kaygı/depresyon düzeylerinin pediatri bölümüne gelen çocuklardan daha yüksek olması beklenmektedir.

**Tablo VI: Gruplar arası ÇÇDO ve STAI karşılaştırması**

	GRUP						p-değeri
	MRI		PEDIATRİ		Toplam		
	Ort.±SD	[Min - Max]	Ort.±SD	[Min - Max]	Ort.±SD	[Min - Max]	
STAI Toplam	41.57±8.4	[27 - 56]	40.64±8.9	[25 - 62]	41.1±9.6	[25 - 62]	
ÇÇDÖ Toplam	14.51±9.0	[3- 40]	11.34±6.9	[3-36]	12.91±8.1	[3-40]	

\*p<0.1 seviyesinde anlamlıdır.

STAI ve ÇÇDÖ değerlerinin normal dağılım sergilemiyor olmamasından dolayı p-değerleri Mann-Whitney testi kullanılarak hesaplanmıştır. Normallik testi tüm sürekli değişkenlere uygulanmıştır.

p-değerlerine bakıldığında iki ölçekte de gruplar arası önemli bir fark gözlenmemiştir. Ancak STAI'nin verdiği p=0,061 değeri 0.1 düzeyinde ele alındığında MRI giren ve Pediatri bölümünde elde edilen veriler arasında anlamlı bir farka olduğu

tespit edilmiştir. ÇÇDÖ verilerinde ise MRI ve Pediatri bölümleri arasında bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

**Tablo VII : Normal Dağılım Testleri**

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	İ statistik	S er.der	p -değeri	İ statistik	S er.der	p -değeri
ÇÇDÖ Toplam	.119	80	.007	.894	80	.000
STAI Toplam	.097	80	.060	.973	80	.094
CBCL/6-18 Toplam	.105	80	.029	.942	80	.001
Anksiyete/Depresyon	.121	80	.006	.938	80	.001
Sosyal İçe Dön. / Depresyon	.176	80	.000	.898	80	.000
Somatik Yakınmalar	.197	80	.000	.840	80	.000
Kurallara Karşı Gelme Davranışı	.209	80	.000	.732	80	.000
Saldırgan Davranışlar	.152	80	.000	.891	80	.000
Sosyal Sorunlar	.201	80	.000	.859	80	.000
Düşünce Sorunları	.224	80	.000	.688	80	.000
Dikkat Sorunları	.136	80	.001	.937	80	.001
İçe Yönelim	.088	80	.196	.963	80	.020
Dışa Yönelim	.165	80	.000	.843	80	.000
Duygudurum Bozukluğu	.135	80	.001	.919	80	.000
Anksiyete Bozukluğu	.145	80	.000	.935	80	.000
Obsesif Kompulsif Bozukluk	.234	80	.000	.729	80	.000
STAI (Anne) Toplam	.115	80	.011	.972	80	.080
BECK Anksiyete	.113	80	.013	.922	80	.000
BECK Depresyon	.118	80	.008	.960	80	.013

Tablo V’de normallik testi uygulanan tüm değişkenler yer almaktadır. P-değeri iki testten en az birinde 0.05’in altında kalan değişkenlerin normal dağılımdan saptığı düşünülür. Bu durum ASEBA el kitabında sendrom ölçeklerinin sağa yatık ve yanı küçük değerlerde kümelenen bir dağılım sergileyeceği belirtilmiştir. Tabloda görüleceği üzere tüm değişkenler en az bir testte normal dağılımdan sapma göstermektedir. Bu yüzden analizlerin geri kalanında non-parametrik testler uygulanmıştır.

**Hipotez 2** – MRI giren çocukların daha çok psikolojik sorunlar yaşaması beklenmektedir.

**Tablo VIII: Gruplara göre Sendrom Ham Puanları<sup>3</sup>**

	MRI				PEDIATRI				P Değeri
	Ort	St.Sa p	Min	Max	Ort	St.Sa p	Min	Max	
<b>CBCL/6-18 Toplam</b>	51,56	27,89	11,00	127,00	46,02	27,47	4,00	137,00	0,296
<b>Anksiyete/Depresyon</b>	7,40	5,37	0,00	21,00	6,79	5,04	0,00	21,00	0,620
<b>Sosyal İçe Dön. / Depresyon</b>	4,35	3,41	0,00	13,00	4,56	3,72	0,00	14,00	0,845
<b>Somatik Yakınmalar</b>	5,19	3,98	0,00	17,00	5,60	4,81	0,00	23,00	0,828
<b>Kurallara Karşı Gelme Davranışı</b>	3,50	3,76	0,00	18,00	3,02	3,66	0,00	21,00	0,426
<b>Saldırgan Davranışlar</b>	8,17	6,13	0,00	24,00	7,13	5,90	0,00	30,00	0,341
<b>Sosyal Sorunlar</b>	5,50	4,18	0,00	18,00	4,06	3,25	0,00	11,00	0,096*
<b>Düşünce Sorunları</b>	4,22	4,33	0,00	18,00	4,25	5,75	0,00	34,00	0,804
<b>Dikkat Sorunları</b>	6,79	4,48	0,00	21,00	5,27	4,03	0,00	16,00	0,073*
<b>İçe Yönelim</b>	16,94	9,64	0,00	41,00	16,96	10,84	0,00	45,00	0,880
<b>Dışa Yönelim</b>	11,37	8,66	0,00	34,00	10,15	9,12	0,00	51,00	0,418
<b>Duygudurum Bozukluğu</b>	6,52	3,91	0,00	18,00	6,17	4,91	0,00	19,00	0,431
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>	3,71	2,73	0,00	11,00	3,29	2,52	0,00	10,00	0,468
<b>Obsesif Kompulsif Bozukluk</b>	3,81	3,27	0,00	11,00	3,98	4,74	0,00	26,00	0,679

p=0.1 Seviyesinde istatistiki olarak anlamlıdır.

Tablo VI'ya göre MRI ve Pediatri grupları arasında sadece Sosyal Sorunlar ve Dikkat Sorunları bakımından istatistiki olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Aslında Toplam Problem puanı bakımından MRI grubu (51.56) ile Pediatri (46.02) grubu arasındaki fark 5.5 çıkmasında rağmen standart sapmalarının çok yüksek olması nedeniyle bu fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmemiştir.

<sup>3</sup>ÇÇDÖ el kitabından t puanlarını hesaplamak için gereken yüzdeler dilimler tüm alt ölçekler için verilmemiş olmasından ve yine el kitabında istatistiksel araştırmalarda T puanları yerine ham puanların kullanılmasının daha doğru olacağı belirtmesi üzerine istatistik analizlerinde T Puanları değil de ham puanlar kullanılmıştır.

## 7.2.2 Annelerle İlgili Hipotezler

**Hipotez 1** - MRI bölümündeki annelerin anksiyete/depresyon düzeylerinin daha yüksek olması beklenmektedir.

**Tablo IX: Anne STAI ve BECK ölçeklerinin gruplar arasında karşılaştırılması**

	GRUP								p- değeri
	MRI				PEDİATRİ				
	Ort	St.Sap	Min	Max	Ort	St.Sap	Min	Max	
STAI (Anne)									
Toplam	43.76	13.10	71	20	45.12	9.62	64	26	0.604
BECK Depresyon	13.33	8.00	34	0	14.42	9.41	36	1	0.67
BECK Anksiyete	19.41	12.89	52	0	14.17	13.54	56	0	0.027*

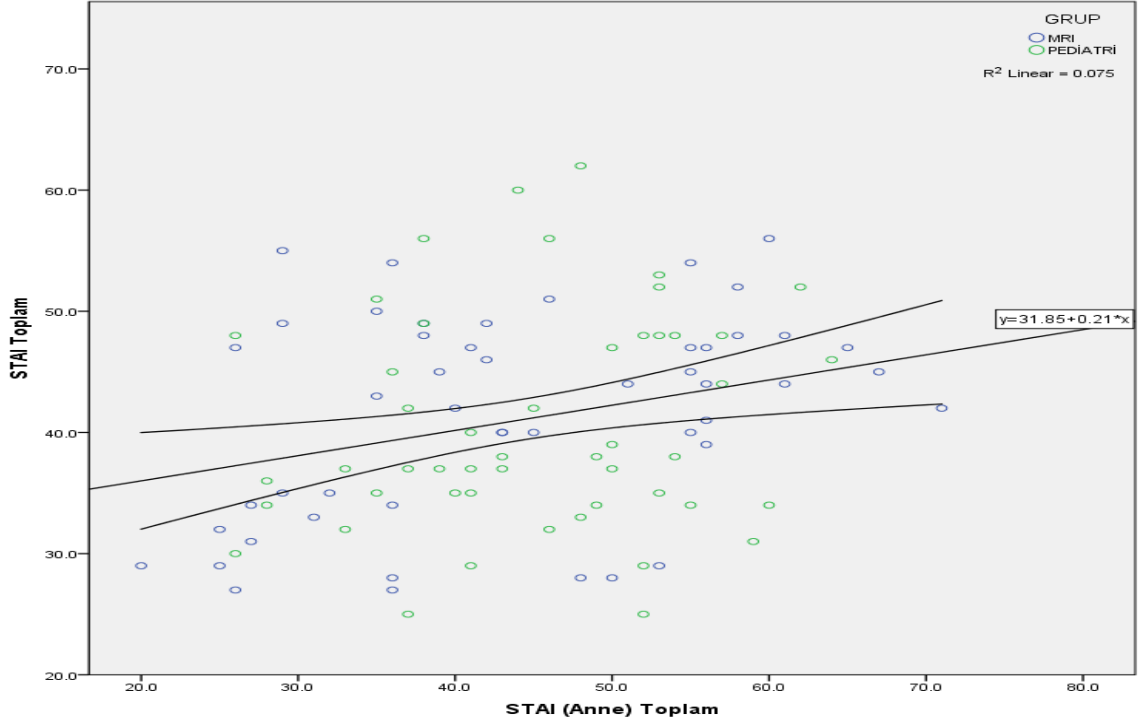
\* p=0.05 seviyesinde anlamlı.

Yapılan korelasyon değerlendirmeler sonucunda MRI grubundaki annelerin Anksiyete skorları Pediatri grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. STAI ve Depresyon ölçekleri değerlendirildiğinde ise iki her iki grup arasında bir fark bulunamamıştır.

**Hipotez 2** - Yoğun anksiyete yaşayan ve/veya depresyonda olan ebeveyn ruh durumunun çocukların hastane tecrübelerini olumsuz yönde etkilemesi ve anksiyete ve korku yaratması beklenmektedir.



#### Grafik IV – Anne Anksiyetesi ile Çocuk Anksiyetesi Arasındaki İlişki



STAI Çocuk ve STAI Anne skorları arasındaki korelasyona bakıldığında arada pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Pearson's R Korelasyon katsayısının. 274 (p=0.006) olarak tespit edilmiştir.

**Tablo X: Anne ve Çocuk değerlerini karşılaştıran korelasyon tablosu**

	STAI Anne	Beck Anksiyete	Beck Depresyon
STAI (Çocuk)	0.274(p=.06)	0.133(p=.20)	0.027(p=.80)
ÇÇDÖ	0.023 (p=.82)	0.057(p=.58)	-0.03(p=.98)

Anne ve Çocuk değerleri arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde sadece çocuk STAI ile Anne STAI skorları arasında anlamlı bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir.

Annelere yapılan tüm anketlerin skorları değerlendirildiğinde yüksek ve anlamlı bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir.

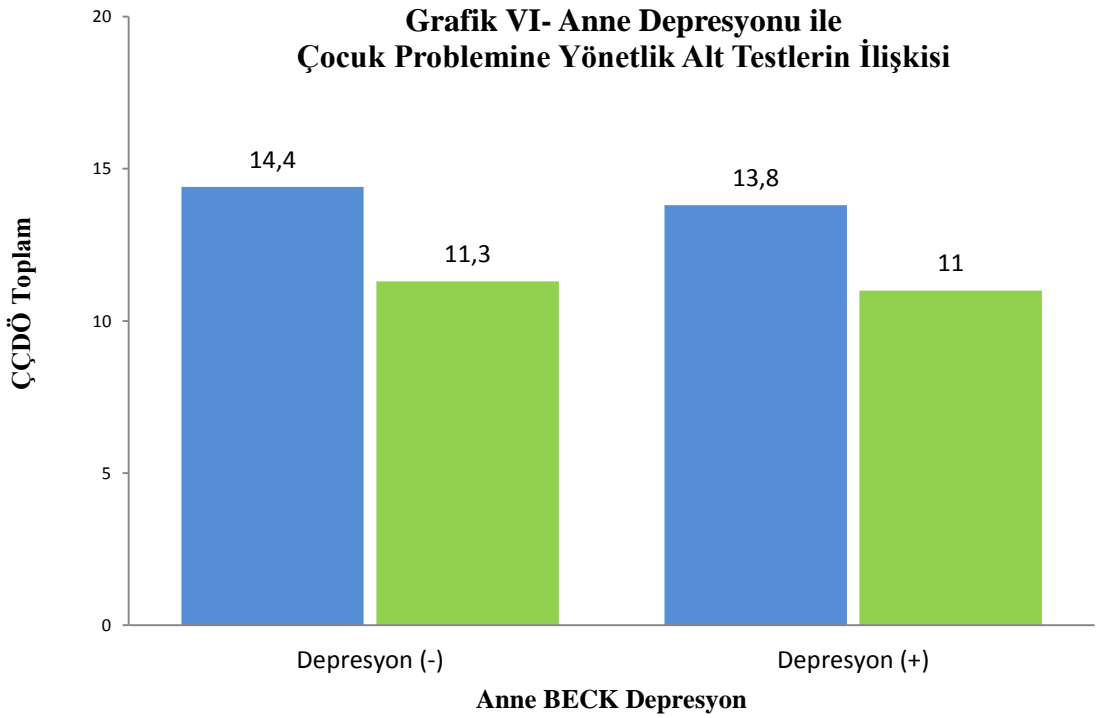
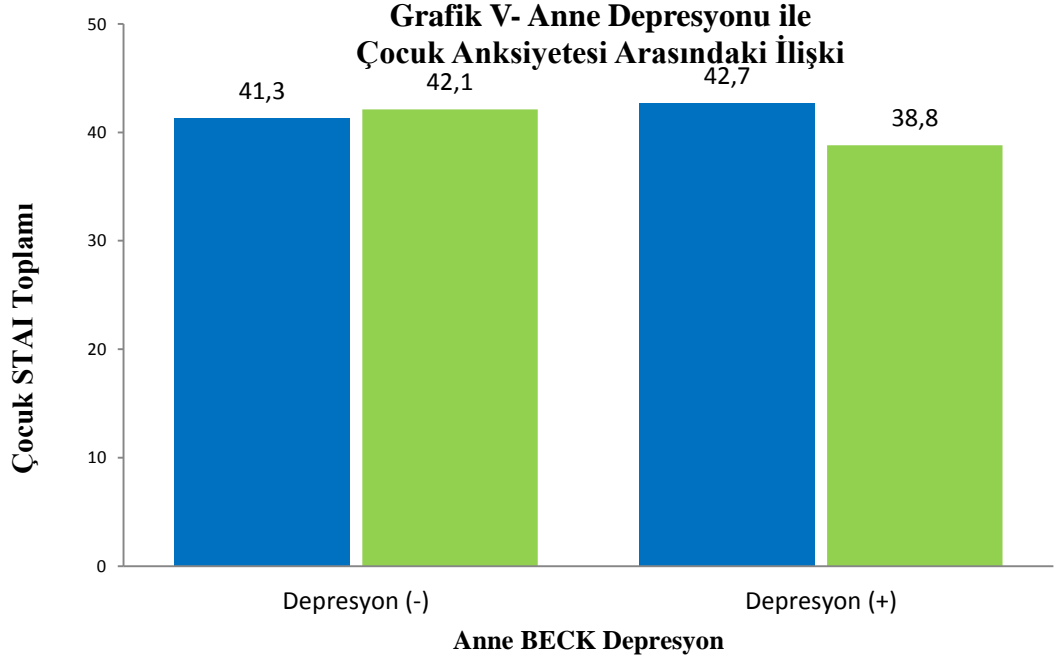
Buna göre annelere yapılan envanterlerin arasındaki korelasyon;

STAI-BECK Depresyon : 0.453 (p<0.01)

STAI-BECK Anksiyete : 0.428 (p<0.01)

BECK Anksiyete -BECK Depresyon : 0.595 (p<0.01)

Grafik-V’de görüldüğü üzere annelerin depresyon durumu çocukların anksiyete durumları üzerinde etkisi bulunmamaktadır. MRI girecek çocukların anksiyete yüzdeleri anneleri depresyon durumuna göre çok büyük farklılık göstermemiştir. Pediatri bölümündeki çocukların ise anksiyete durumları annelerinin depresyonu ile ters orantılı olarak daha düşük çıkmıştır.



Yine annenin depresyon durumu her iki gruptaki çocukların depresyon durumunu da etkilemediği görülmüştür. Bir diğer değişle çocuğun yaşadığı depresif ruh durumu annenin depresyonuna bağımsız olarak gelişmiştir.

**Tablo XI- Depresif Anne ile Çocuğun sendrom değerleri arasındaki ilişkiler**

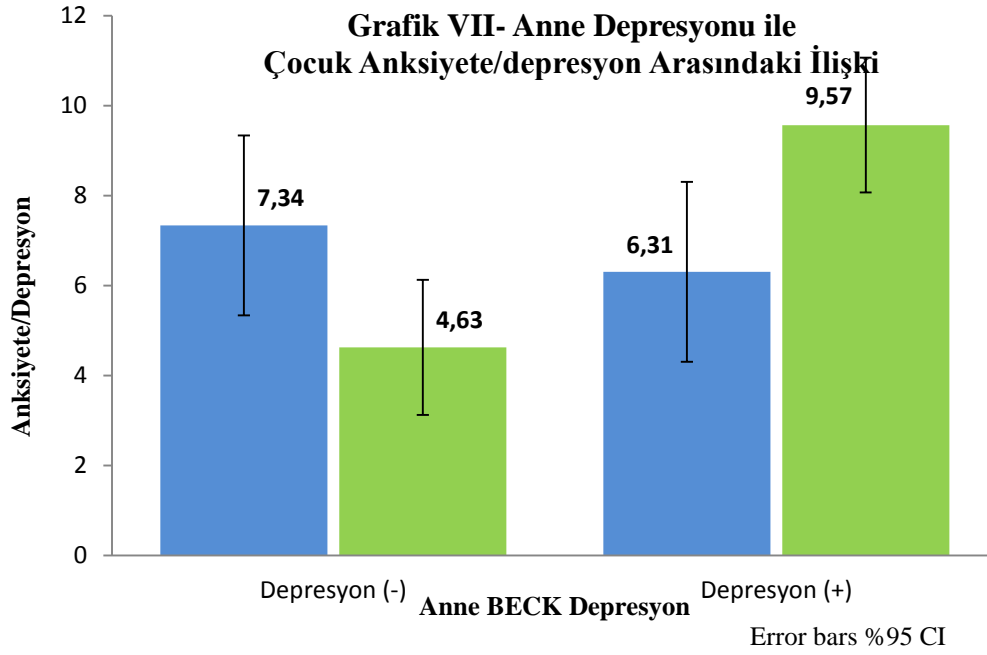
	BECK Depresyon				p-değeri
	Depresyon (-)		Depresyon (+)		
	Ort	St.Sap	Ort.	St.Sapma	
ÇÇDÖ Toplam	13.0	8.6	12.1	6.6	0.87
STAI Toplam	41.7	8.6	40.3	9.2	0.48
CBCL/6-18 Toplam	44.59	26.77	53.82	29.73	0.16
Anksiyete/Depresyon	6.04	4.90	8.32	5.48	<b>0.048**</b>
Sosyal İçe Dön. / Depresyon	3.80	3.46	5.71	3.62	<b>0.008**</b>
Somatik Yakınmalar	4.63	3.60	6.50	5.38	0.14
Kurallara Karşı Gelme Davranışı	3.38	3.66	3.21	4.05	0.64
Saldırgan Davranışlar	7.44	5.92	7.82	6.58	0.73
Sosyal Sorunlar	4.57	4.01	4.65	3.38	0.60
Düşünce Sorunları	3.38	3.90	5.18	6.63	0.13
Dikkat Sorunları	5.66	4.32	6.50	4.45	0.30
İçe Yönelim	14.46	9.35	20.53	11.06	<b>0.013**</b>
Dışa Yönelim	10.56	8.37	11.03	10.29	0.91
Duygudurum Bozukluğu	5.64	4.14	7.38	5.00	0.12
Anksiyete Bozukluğu	3.05	2.32	3.97	2.76	0.13
Obsesif Kompulsif Bozukluk	2.93	2.65	5.00	5.48	<b>0.073*</b>

\*p =0.1 seviyesinde anlamlı

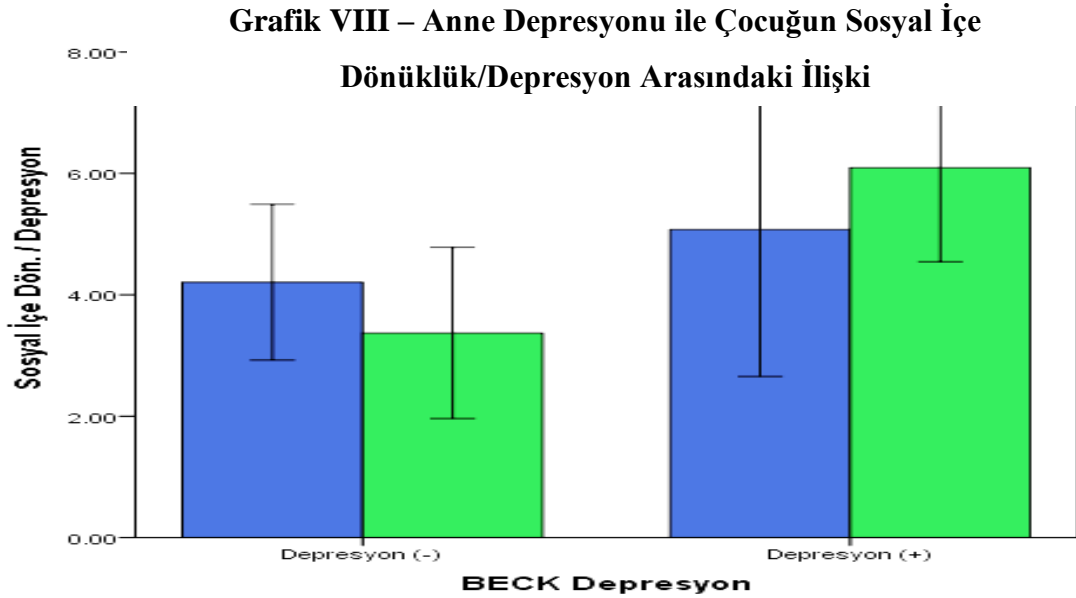
\*\* p=0.05 seviyesinde anlamlı

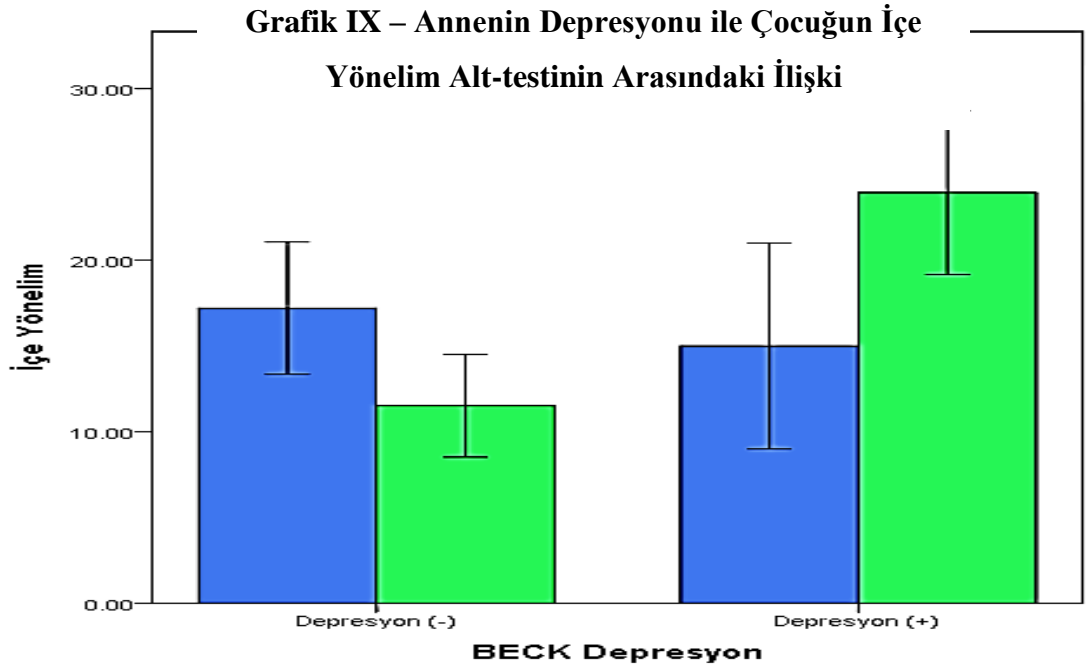
Genel olarak CBCL envanterlerin alt testlerinde problem tespit edilen çocukların annelerinin depresyon ölçeklerinde yüksek skorlar aldığı gözlenmiştir. Ancak istatistiksel olarak incelendiğinde anlamlı farklar Anksiyete/Depresyon, Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon, İçe Yönelim, ve OKB alt ölçeklerinde yoğun olarak tespit edilmiştir.

Buna göre CBCL alt testlerine bakıldığında problemler arasındaki ilişkiler VII-IX grafikleri ile gösterilmiştir



Beck envanteri sonucunda elde edilen Annenin depresyon değerleri ile çocuklarda yapılan ÇÇDO envanterinin alt testi olan Anksiyete/Depresyon sonuçları arasında pozitif korelasyon olduğu tespit edilmiştir.





Grafik VII ve VIII Anne depresyonu ile çocuğun Sosyal İç Dönüklük/Depresyon ve İç Yönelim alt testi arasındaki pozitif korelasyon gösterilmiştir. Pediatri bölümüne gelen çocukların anne depresyon durumunda daha çok etkilendiği tespit edilmiştir.

**Tablo XII-Anksiyöz Anne ile Çocuğun Sendrom Değerleri Arasındaki İlişkiler**

	BECK Anksiyete								p-değeri
	Normal		Hafif Anksiyete		Orta Anksiyete		Şiddetli Anksiyete		
	Ort	St.Sap	Ort	St.Sap	Ort	St.Sap	Ort	St.Sap	
ÇÇDÖ Toplam	12.0	8.5	12.0	7.9	12.2	5.9	13.8	8.1	0.645
STAI Toplam	39.8	9.2	39.0	7.0	43.4	8.8	42.6	9.3	0.305
CBCL/6-18 Toplam	32.75	18.48	42.06	24.55	59.75	28.57	62.88	28.90	<b>0.00**</b>
Anksiyete/Depresyon	4.56	4.14	4.44	3.54	9.05	5.55	9.96	4.78	<b>0.00**</b>
Sosyal İç Dön. / Depresyon	3.25	3.27	4.75	3.86	4.30	3.33	6.04	3.47	<b>.014**</b>
Somatik Yakınmalar	3.50	2.68	5.31	3.88	5.60	3.17	7.56	6.27	<b>.030**</b>
Kurallara Karşı Gelme Davranışı	2.44	2.69	2.56	2.56	4.65	5.06	3.76	4.12	0.119
Saldırgan Davranışlar	5.88	5.14	6.47	5.96	9.60	6.52	8.63	6.45	<b>.063*</b>

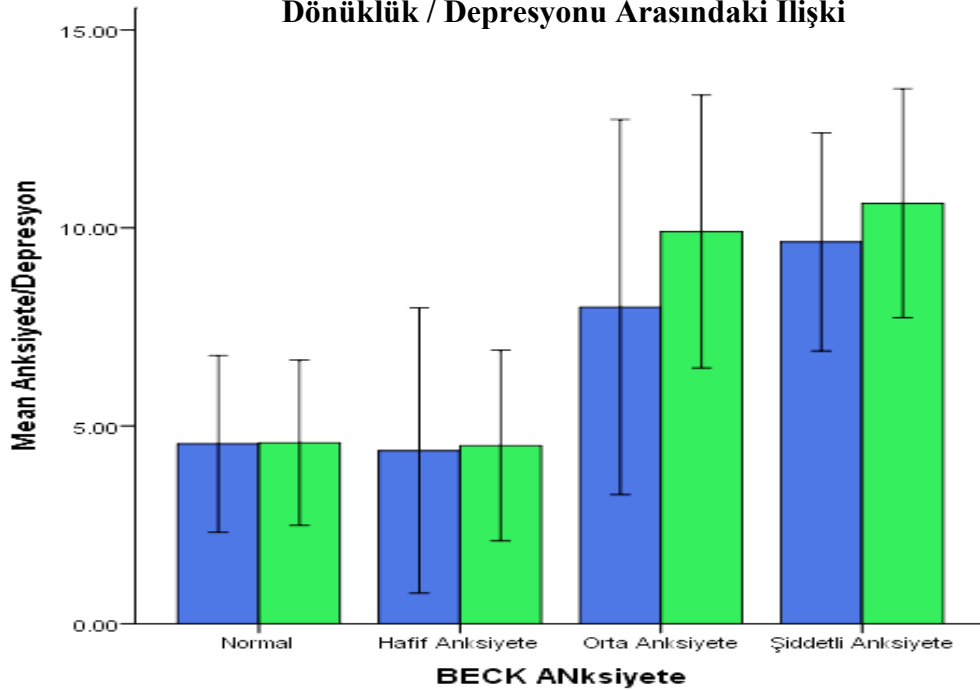
Sosyal Sorunlar	3.03	2.58	3.88	2.47	6.65	4.52	5.92	4.35	.003**
Düşünce Sorunları	2.26	2.22	3.44	4.83	4.95	5.25	6.08	6.81	.007**
Dikkat Sorunları	3.84	3.45	5.69	3.75	7.70	3.34	7.76	5.25	0.00**
İçer Yönelim	11.31	7.59	14.50	8.63	18.95	9.16	23.56	11.05	0.00**
Dışer Yönelim	8.31	7.30	9.00	8.21	14.25	10.93	11.79	9.05	.044**
Duygudurum Bozukluğu	3.84	2.77	5.44	3.67	8.20	4.89	8.56	4.78	0.00**
Anksiyete Bozukluğu	2.16	1.92	2.25	1.84	4.35	2.48	5.00	2.52	0.00**
Obsesif Kompulsif Bozukluk	2.03	1.60	2.63	2.99	4.40	4.15	6.04	5.28	0.00**

\*p =0.1 seviyesinde anlamlı

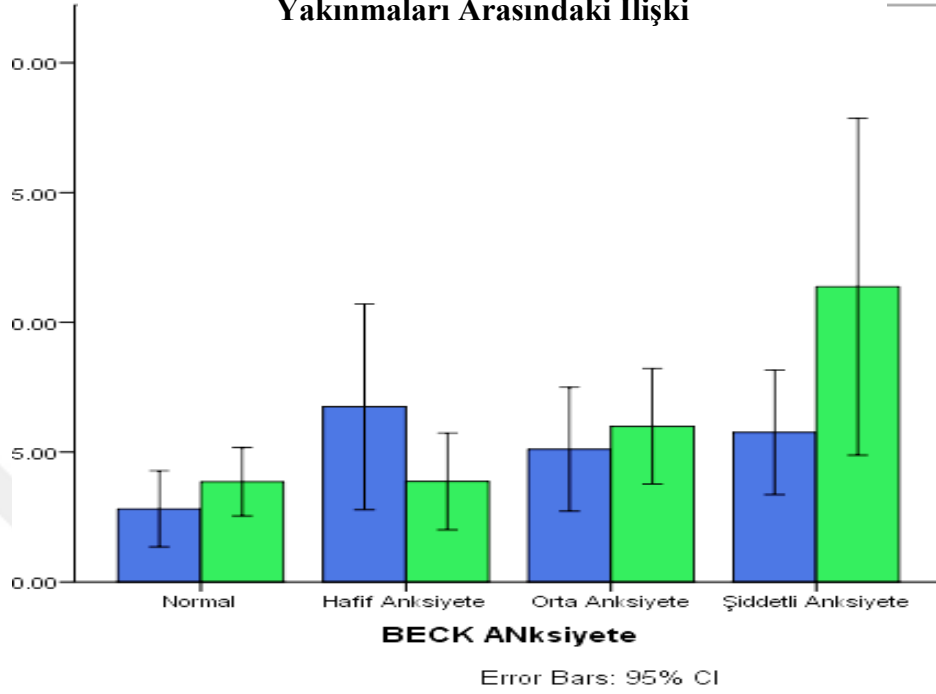
\*\* p=0.05 seviyesinde anlamlı

Yapılan istatistiki değerlendirmeler sonucunda sadece “Kurallara karşı gelme davranışı” ile anne anksiyetesi arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir bu alt ölçek dışında Anne anksiyetesinin artması sonucunda çocukların problem skorlarının artığı tespit edilmiştir (bkz. Grafik)

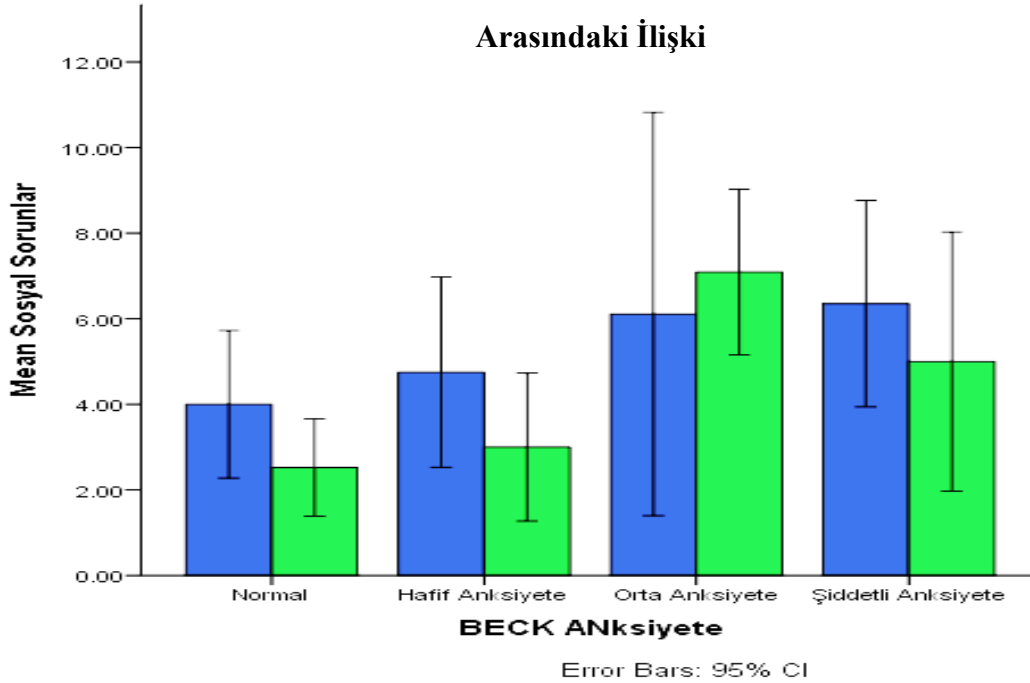
**Grafik X-Anne Anksiyetesi ile Çocuğun Sosyal İÇer Dönüklük / Depresyonu Arasındaki İlişki**



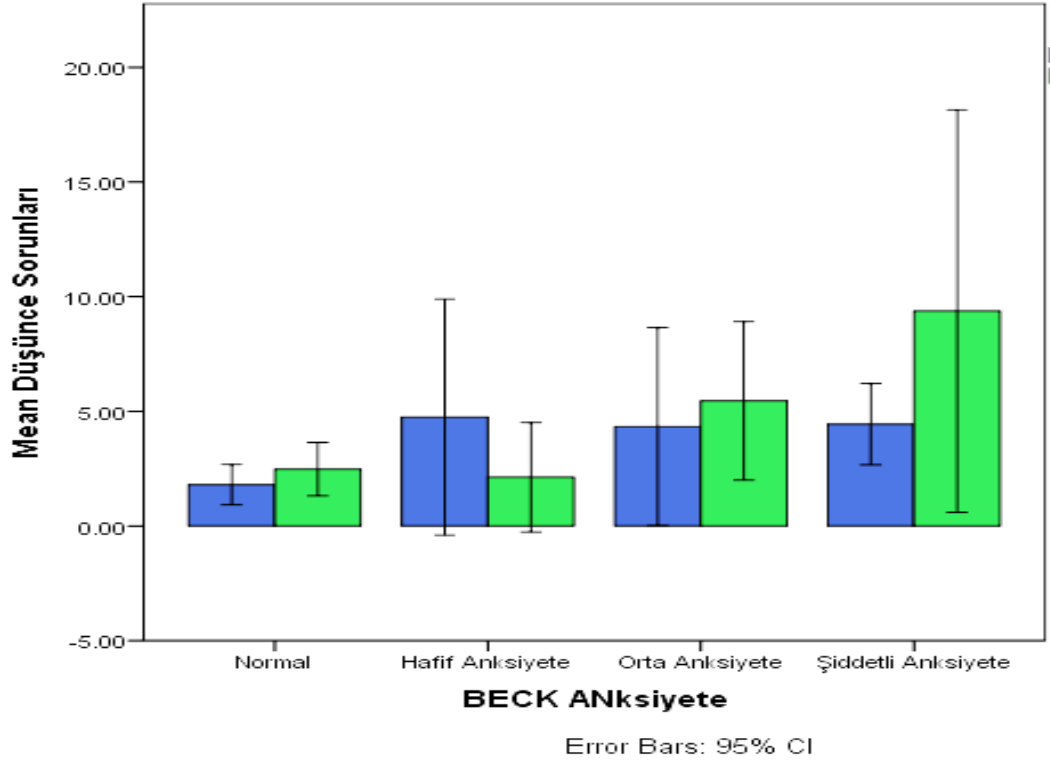
**Grafik XI -Anne Anksiyitesi ile Çocuğun Somatik Yakınmaları Arasındaki İlişki**



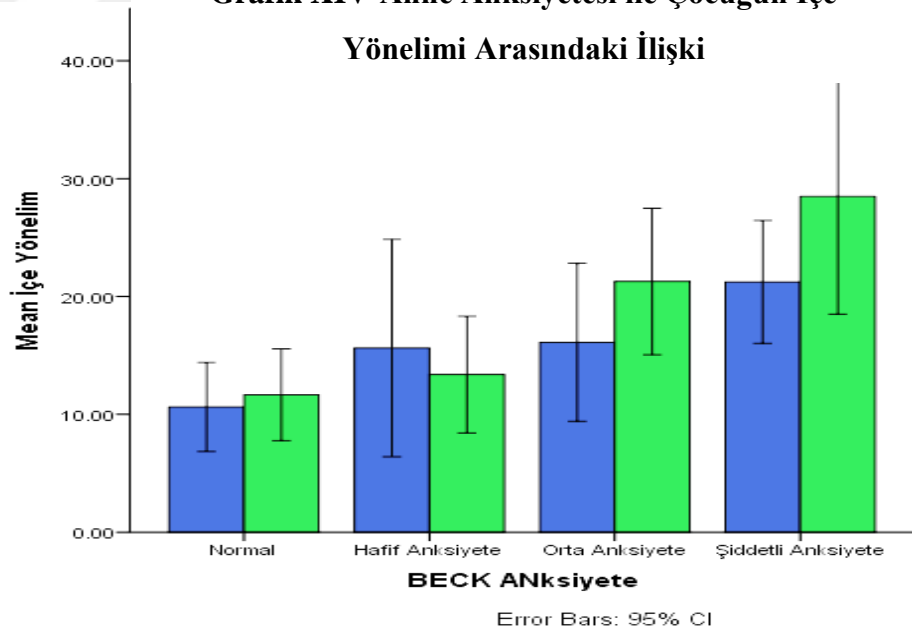
**Grafik XII-Anne Anksiyitesi ile Çocuğun Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki**



**Grafik XIII-Anne Anksiyitesi ile Çocuğun Düşünce Sorunları Arasındaki İlişki**

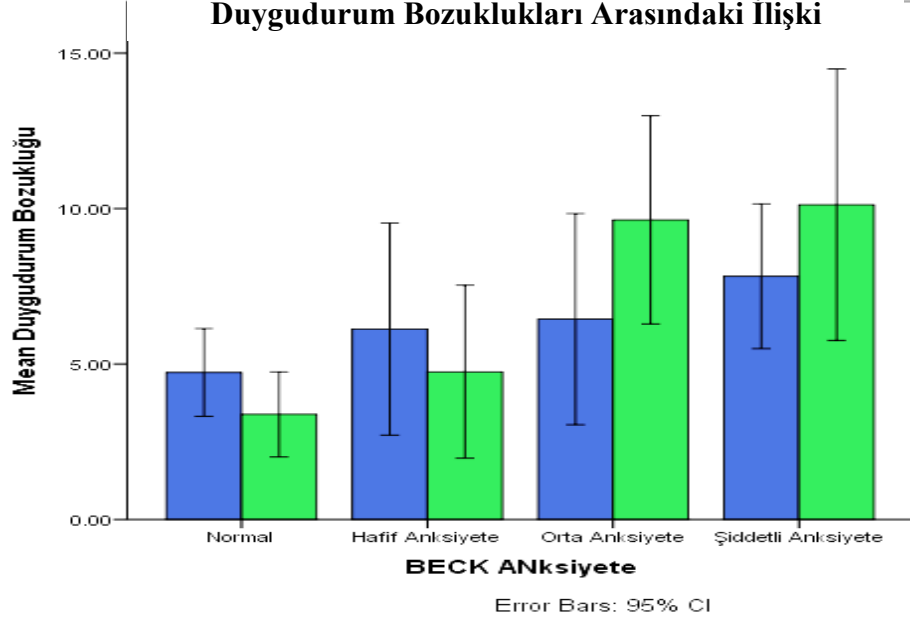


**Grafik XIV-Anne Anksiyetesi ile Çocuğun İçe Yönelimi Arasındaki İlişki**

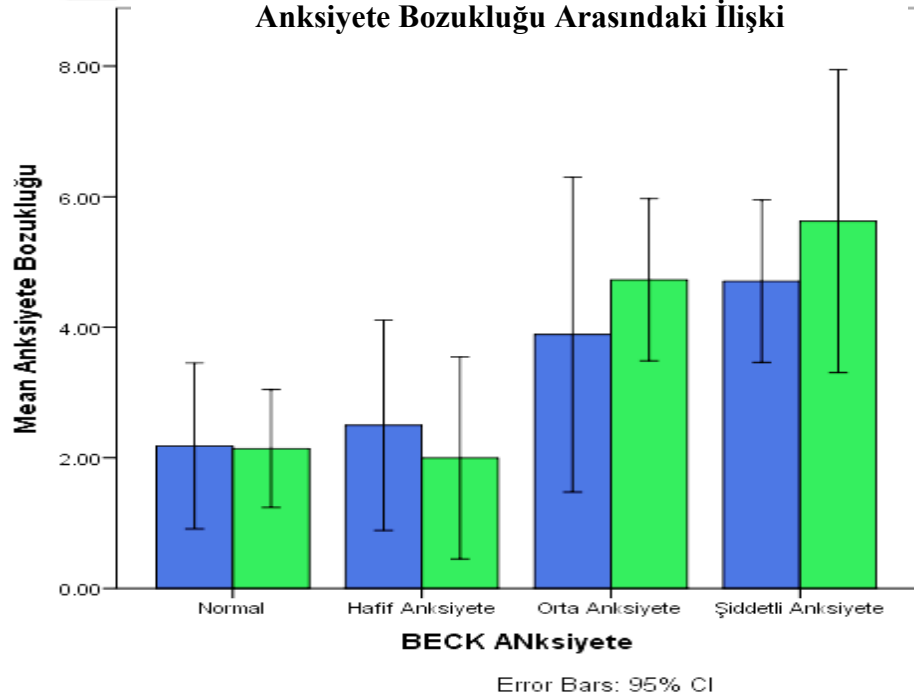




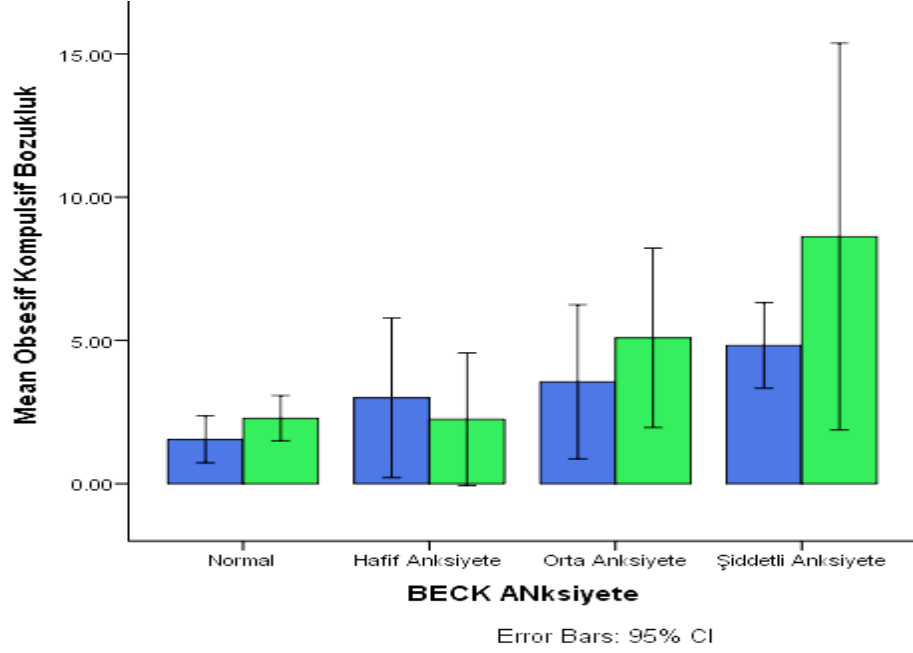
**Grafik XV-Anne Anksiyetesi ile Çocuğun  
Duygudurum Bozuklukları Arasındaki İlişki**



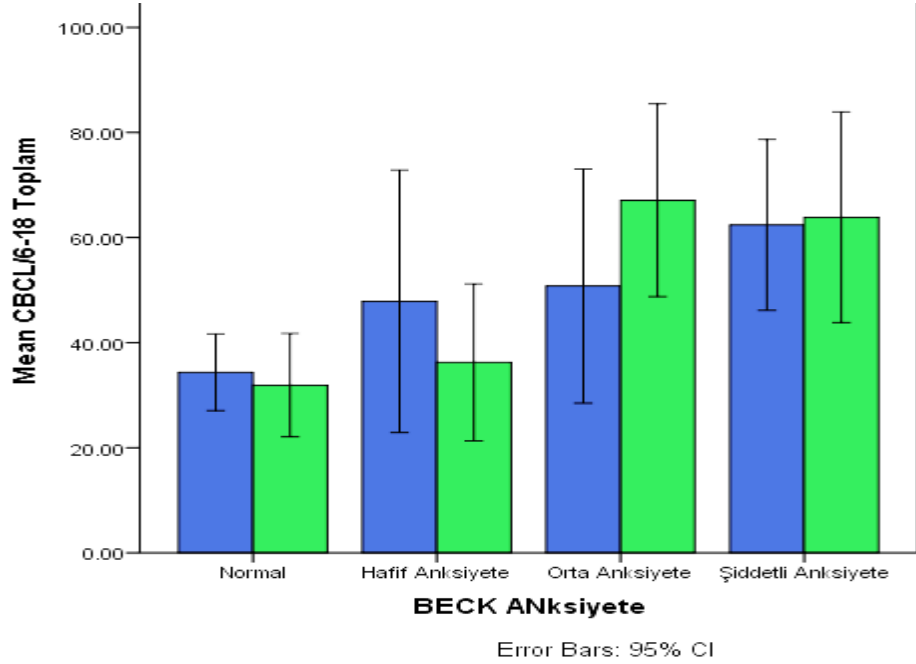
**Grafik XVI-Anne Anksiyetesi ile Çocuktaki  
Anksiyete Bozukluğu Arasındaki İlişki**



**Grafik XVII-Anne Anksiyetesi ile Çocuk OKB'si  
Arasındaki İlişki**



**Grafik XVIII-Genel olarak Anne Anksiyetesi ile Çocuklarda  
Psikolojik Problemlerin Görülme Sıklıkları**



Yapılan değerlendirmeler sonucunda annelerin depresyonda olması genel olarak çocukların ruh durumu üzerinde çok fazla etki göstermesede bazı problem alanları tespit edilen çocukların annelerinde yüksek depresyon puanlar aldığı görülmüştür. CBCL envanterleri ele alındığında anne depresyonu ile çocuk Anksiyete/Depresyon, Sosyal İçe Dönüklük / Depresyon, İçe Yönelim, ve OKB alt ölçeklerinde anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.

Annenin yüksek anksiyetesi olması ise çocukları her anlamda etkilediğı tespit edilmiştir. Annenin anksiyetesi ile CBCL Toplam problem ve alt ölçek puanları arasında yüksek korelasyon olduğu gözlenmiştir.



## BÖLÜM VIII

### TARTIŞMA

Teknolojin gelişmesiyle birlikte teknolojik cihazlar hastalık tanısında ve tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. Ancak teknolojinin kullanımı birçok hastalık tanı hatasını azaltmasına rağmen yeni sosyolojik ve psikolojik problemi de yanında getirmiştir. Araştırmamız sonucunda çocuk hastaların duygudurumu incelenmiş ve bulgularımız teker teker ele alınmıştır.

Çocukların yetiştiği aile ortamı ile demografik bölgeye göre hastalıkla başa çıkma şekilleri değişmektedir. (Aksoy 2011). Ailelerin çocuklarının hastalıklarına dört aşamada tepki verdikleri gözlenmiştir (Lou; Wilson 1993).

- 1- Şok ve inkar: Aile doktorun yetkinliğinden şüphe duyar ve teşhise inanmaz. Genelde aileler ikinci bir görüşe başvurur.
- 2- Öfke: Aile kendisine öfke (genelde suçlama olarak) duyabileceği gibi doktorlara karşı da hissedebilir.
- 3- Depresyon ve üzüntü: Aile idealize ettiği çocuğun kaybı için üzüntü duymaya başlar.
- 4- Duruma alışmak: Çocuklarını ve hastalıkları daha gerçekçi yönden görmeye başlar ve aile altyapılarını bu duruma uyacak şekilde değiştirirler.

Birinci ve ikinci basamaklardan dolayı genelde çocukların hastalıklarına teşhis koyma ve tedaviye geçme süreçleri uzamaktadır. Yaptığımız araştırmada da benzer sonuçlar gözlenmiştir. Göztepe hastanesine gelen ailelerin yaşları karşılaştırıldığında MRI girecek çocukların ailelerin yaş ortalaması pediatri bölümündeki ailelerden daha büyüktür. Bunun sebepleri araştırıldığında aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır:

- 1- Devlet hastanelerinin yoğunluğundan dolayı MRI randevuları 6-12 ay içerisinde verilmektedir.

- 2- Duygusal olarak tepki vereceğine inanılan çocukların tamamına anestezi yada sakinleştirici verilmektedir. Sakinleştirici verilen çocukların bilişsel yetenekleri etkilendiğinden dolayı herhangi anket çalışması yapılamamıştır. Bu sebepten dolayı anket çalışmasına daha büyük çocuklar dahil edilebilmiştir. Araştırmaya dahil edilen çocuklarının yaşlarının artmasına eş olarak aile yaş ortalaması da artmıştır.
- 3- Ailelerin çoğu ilk gittikleri doktorlara güvenmeyip birden fazla hastaneye gitmiştir. Bu yüzden tanı süreci uzamıştır.
- 4- Çoğu aile çocuklarında bir hastalık olduğunu inanmamaktadır. Dolayısıyla çocukta hastalık belirtileri artığında ancak MRI'ya girmesine razı olmuşlardır.

Yapılan birçok araştırma neticesinde anaokul çağından ergenlik çağına kadar olan çocuklarda hastaneye ilgili konularda yoğun anksiyete yaşadığı tespit edilmiştir. (McKeever; Rossen 1996). Bu araştırmalara göre çocukların %83 hastaneye ilgili en az bir korkuyu ortaya koymuştur.

Yapmış olduğumuz çalışmanın sonucu, Rossen ve McKeever tarafından yapılan araştırmadan farklılık göstermiştir. Göztepe hastanesine gelen çocukların %48'i hastaneye ilgili bir korku ortaya koyarken %17'si birden fazla korku belirtmiştir.<sup>4</sup>

Rossen ve McKeever çalışmalarını genel olarak hastanede yatış ve/veya ameliyata girecek çocuklar üzerinden yürütmüştür. Bizim çalışmamız ise henüz tanı almamış MRI girecek ve pediatri bölümüne gelen çocuklar üzerine yapılmıştır. Çocukların daha kesin tanı almamış olması çocukların yaşadıkları korkular üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir.

Jersild ve Markey tarafından 1933 yılında 5-12 yaş grubu 398 çocuk üzerinde yapılan araştırmaya göre çocukların en büyük korkuları ölüm ve doğaüstü varlıklardır. Daha yakın tarihli araştırmalarda bunu doğrular nitelikte sonuçlar vermiştir. Bu araştırmalara göre erken çocukluk yaşlarında olanlar en çok annesizlikten korkarlar.

---

<sup>4</sup> Araştırmada "Ölüm"ü hastaneye ilgili korkular çerçevesinde incelenmiştir.

ayrılmaktan, karanlıktan ve canavarlardan endişe duymaktadır. Ancak bu çocuklar aynı zamanda ölümle ilgili korkularını da dile getirmektedir. (Gullone 2000). Yine Muris ve meslektaşları tarafından yürütülen başka çalışmalar neticesinde de çocukların en çok tehlike ve ölümden korktukları belirlenmiştir.

Yapmış olduğumuz araştırmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmamıza katılan çocukların %67'si en çok ölümden korktuklarını belirtmiştir. Çocuğun cinsiyeti ölüm korkusunda farklılık göstermemiştir. Çocukların %27'si şu anki mevcut hastalıklarının daha kötüye gideceğini ve ölümlerle sonuçlanacağını düşünmektedir. Çalışmamızdaki önemli bir bulgu da; MRI girecek çocukların ölüm korkusunun, pediatri hastalarından %32 oranında daha fazla olduğudur. Bunun sebebi ise çocuk hastaların MRI istenilen ileri tetkikin “çok kötü” birşeyin tespiti için yapılacağını düşünmesinden kaynaklanmaktadır. Yine çalışmamız sonucunda; MRI girecek çocukların ölümden korktuklarını bunun yanı sıra pediatri hastalarının ise anksiyete duydukları tespit edilmiştir. MRI girecek çocuklar çok hasta olduklarından dolayı MRI girdiklerini düşünmekte ve hastalıklarından dolayı ölüm korkusu yaşamaktadır. Pediatriye gelen çocuklar ise hastalıklarından bağımsız olarak ölümün kendisinden dolayı anksiyete duymaktadır.

Piaget teorisine göre; çocuklar ölümün ne anlama geldiğini bilmediklerinden dolayı ölüme etrafındaki yetişkinlerin verdiği tepkileri benzer tepkiler verirler. Araştırma kapsamında çocuklardan ölümü tanımlamaları istendiğinde Piaget açıklamasına benzer olarak adet haline gelmiş olan; toprağa kazıp koyacaklar, dua okunacak, kalabalık olacak, annem ağlayacak gibi cevaplar alınmıştır. Ölümden neden korktukları sorgulandığında ise sevdiklerinden uzaklaşmak, sevdiklerini üzme, canlarının çok sıkılacağını, yalnız kalacaklarını ifade etmiştir. Çocukların bazıları cennet/cehennem korkusundan bahsetmiş olmasına rağmen bu imgelerin tam olarak ne olduğunu anlamadıkları ve ailelerin yarattığı korkular olduğu gözlemlenmiştir.

90 yılların başında yapılan araştırmalarda çocuklar hastane ortamından, terk edilme duygusundan, acı çekmekten, bedensel yaralanmadan ve seçme hakkının kısıtlanmasından dolayı tedirginlik hissettiklerini belirtmiştir. Daha güncel araştırmalarda ise çocuklar en çok iğneli müdahalelerden, ameliyat olmaktan, hastalığın

kendisinden, ilaçlardan ve yeteri kadar bilgi verilmemesinden korktuklarını ifade etmişlerdir. (Ivanoff, 1999 Akt. Salmela, 2009)

Çalışmamıza katılan çocukların; en çok korktukları hastane müdahalesinin “iğne olmak” olduğu %45 lik oranla tespit edilmiştir. Bunun sebebi, çocukların hastanede yapılacak ilk müdahale düşüncesiyle iğne olmayı eşleştirmeleridir. Pediatri hastası çocukların %13’ünün iğneden daha fazla korktuğu gözlenmiştir. Yine pediatriye hastası çocukların “hasta olmaktan” ve “hastalık tanısının belirsiz olmasından” dolayı yoğun kaygı duyduğu görülmüştür. MRI girecek çocuklar ise hasta olduklarını kabullenmiştir, bu sebeple hastalık tanısının kötü çıkmasından dolayı daha yoğun korku duyduğu tespit edilmiştir. Ayrıca MRI girecek çocukların işlem hakkında bilgi sahibi olmamaları nedeniyle yoğun kaygı yaşadığı belirlenmiştir.

Yaptığımız araştırma sonucunda çocukların hastaneyle ilişkili olarak ameliyat olmaktan, hastanede unutulmaktan, canlarının acımasından, hastalıktan ve tedavi şekillerinden korktukları tespit edilmiştir.

Fiziksel üstünlükler nasıl doğal seleksiyonda neslin sürdürülmesine neden oluyorsa psikolojik etkenlerde aynı şekilde neslin süründürülmesinde önemli fonksiyon oynamaktadır. (Watson, 1920) Korkularımız bizim evrimsel olarak neslimizi sürdürmemize ve kendimizi korumamızı sağlamaktadır. Hayvan yada karanlık korkusu insanın tehlikeden uzak kalması için doğuştan genetik olarak aktırıldığı düşünülmektedir. Bu konuda Muris, Warren ve Sroufe tarafından birçok araştırma yapılmıştır. Muris çocuklar üzerinde yürüttüğü çalışmalarında çocukların en çok hayvanlardan korktuğunu tespit etmiştir. Yapmış olduğumuz çalışmada da benzer olarak çocukların en büyük korkularının böcek / hayvan (%36) olduğu gözlenmiştir. Yine ikinci en büyük korkunun karanlık (%33) olduğu araştırma sonucunda belirlenmiştir. Çocukların %9 ise evrim teorisinde yine doğuştan geldiği inanılan yükseklikle ilgili korkularını ifade etmiştir.

Korkuların birçoğunun doğuştan olmasına rağmen bazılarının sonradan öğrenildiği yapılan birçok araştırma sonucu bilinmektedir. Araştırmacı Valetine’nın kızı üzerinde yaptığı çalışmalar neticesinde kızı başta tırtıllardan korkmazken düdük çalması sonucunda klasik şartlanma sonucunda tırtıllardan korkmaya başlamıştır. Yine Piaget

göre çocukların korkuları daha çok hayallerinde yaratıkları olgular ve ailelerin onlara öğrettikleriyle ilgilidir. Hastanede yapmış olduğumuz çalışma sonucunda da çocukların %13 sanal varlıklardan ve %13 ses/gürültüden korktuklarını belirtmiştir.

Çocuklar yedi yaş civarında neden-sonuç ilişkisi kurmaya başlar. Bununla birlikte çocuklar fiziksel zarar göreceklere durumları tahmin ederek özgüvenlikleri ve aile ile ilgili korkularını ortaya koyar. Benzer şekilde hastanede almış olduğumuz cevaplar neticesinde çocukların %18'i özgüvenlikleriyle, %18'i yalnız kalmayla ve %13'ü aileleriyle ilgili korkularını dile getirmiştir. Çalışmamız sonucunda MRI girecek çocukların pediatri bölümündeki çocuklardan daha fazla korku yaşadıkları tespit edilmiştir.

Araştırmamızda yeni bulgu olarak, MRI girecek çocukların hastanede yada dışarıda herhangi "kaza" ile ilgili korku belirtmemiş olduğunu bunu yanı sıra pediatri bölümündeki çocukların %7'si bu nitelikte bir korku belirtmiş olduğunu tespit etmiştir. Bunun sebebi MRI gelen çocukların hastalıklarına çok fazla yoğunlaşmasından dolayı dikkatlerini başka yöne kaydıramamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Nordfold'un 2005 yılında diyabetik çocuklarda yaptığı araştırma sonucunda; çocukların ve ailelerinin hastalıktan dolayı eğitim ve sosyal hayatlarından geri kalacaklarından dolayı yoğun endişe yaşadıklarını tespit etmiştir. Çalışmamızda da benzer olarak pediatri bölümündeki çocukların %12'si "Okuldan uzak kalmaktan", %10'u "arkadaşları tarafından daha az sevimli", %4'ü "sınavlardan başarısız olmaktan" ve %2 si ise "dalga geçilmesinden" dolayı endişe duyduklarını ifade etmiştir. MRI girecek çocukların benzer kaygılarının biraz daha az olduğu gözlenmiştir. MRI hastalarının sadece %9'u okulla ilgili ve %7'si arkadaşlarıyla ilgili kaygılarını belirtmiştir. MRI bölümündeki çocukların hastalıklarına daha fazla odaklandıklarından dolayı okul, arkadaş ve diğer sosyal faaliyetlere dikkatlerini vermedikleri düşünülmektedir. Ancak MRI giren çocuklar hastalıklarından dolayı annesabalarını üzeceklerinden dolayı daha fazla endişe duydukları tespit edilmiştir.

Çalışmamız yurtdışında yapılan birçok araştırmayla Türkiye'deki çocuk korkularının karşılaştırılmasında yardımcı olduğu gibi birçok yeni bulguyu da elde etmemizde yardımcı olmuştur. Çalışmamızdaki çocukların %24'ü hasta olduğundan



dolayı hastaneye geldiğini ancak çok detaylı olarak hastalığı hakkında bilgi sahibi olmadığını, %49'u ise hastalığı hakkında detaylı bilgiye sahip olduğunu belirtmiş hatta detaylı şekilde hastalığı hakkında bilgi vermiştir. Çalışmamıza dahil olan çocukların %26'sı ise ya soruyu cevaplamamış ya da hastalıkları hakkında bilgileri olmadığını belirtmiştir. Yine hastaneye gelen çocukların %17'si kendilerine yapılacak müdahale hakkında net bilgiye sahipken, %15'i yapılacak müdahale(ler) hakkında tahmin yürütebilmekte ancak kesin olarak bilgi sahibi değildir, %61'i ise herhangi bilgi sahibi değildir.

Çocuklarda altı aydan itibaren yabancılardan korkma ve geçmiş travmatik yaşantılarının hastane tecrübelerini etkileyeceği gözönünde bulundurularak çocuklarda hastaneye ilgili korkularının doktor ve hastane imgesinden kaynaklanıp kaynaklanmadığı da sorgulanmıştır. Çocukların %52'si hastanelerin insanları iyileştiren yerler olarak gördüklerini ifade etmiştir. Yine MRI girecek çocukların %64'ü ve pediatri hastalarının %88'i doktorları sevdiğini ifade etmiştir. MRI giren çocukların doktora geldiklerinden dolayı pişmanlık duydukları ve bu olumsuz tecrübe için doktorları suçladıkları gözlenmiştir. Yine olumsuz tecrübe yaşattıklarından dolayı ve doktorlarla birebir ilişkide olmadıkları dolay MRI tecrübesi çocukların doktorlara karşı korku duymalarını sebep olmuştur. Çalışmamız sonucunda MRI girecek çocukların doktor korkularının %29'u ve diğer çocukların ise %9'u ile sınırlı kaldığını göstermiştir. Genel olarak çocukların %15'i doktorları sevmediklerini ya da herhangi bir şey hissetmediklerini belirtmiştir. Çalışmamız sonucunda çocukların hastane korkularının temelinde hastane imgesi ya da doktorlar olmadığı görülmüştür. Çocukların çoğu doktorlara güvendiklerini, kendi doktorlarını sevdiğini ve doktorların onları iyileştireceklerine inandıklarını ifade etmişlerdir. Sonuç olarak çocukların hastaneye ilgili korkuları daha çok iğneli müdahaleden, hastalığın kendisinden ve ölmekten kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Salmela 2009 yılında Finlandiya'da yapmış olduğu çalışmada çocukların hastane tecrübeleriyle başa çıkma stratejisi olarak ilk sırada annebaba ve ikinci sırada oyuncak olduğunu belirlemiştir. İstanbul'da yapmış olduğumuz bu çalışmada da çocukların %85'i hastanedeki olumsuz tecrübelerini düzeltmek için önerilerde bulunmuştur. Salmela'nın çalışmasından farklı olarak araştırmamızdaki çocukların %71 en çok bilgi

verilirse rahatlayacaklarını ifade etmiştir. Çocuklar yapılacak müdahaleler ile hastalıkları hakkında bilgi verilmesini istemektedir. Bilgi verilmediğinde on yaş üzerindeki çocuklar internette kendi araştırmalarını yapmakta ve genelde oradaki buldukları yanlış bilgiler ışığında yoğun anksiyete yaşamaktadır. Kendi kendine araştırma yapmayan çocukların ise hastalıkları ve yapılacak müdahaleler hakkında kafalarında olumsuz imgeler yarattıkları ve korku duydukları tespit edilmiştir. Pine'ye göre çocuklarda korku, kaçma ve bakım sağlayan kişiye sığınma tepkisine yol açmaktadır. Salmela'nın araştırmasındaki çıkan annebaba istediği ikinci talep olarak karşımıza çıkmıştır. MRI girecek çocukların birçoğunun yanına anne veya baba girdiğinde sakinleştikleri ve kıpırdamadıkları gözlenmiştir. Ancak annebabanın bulunması çocukların müdahale hakkında bilgi sahibi olmadıklarından dolayı anksiyetelerini azaltmamaktadır. Araştırmamızda hastanedeki gürültü, uğultu ve yüksek seslere karşı da tepkiler belirtilmiştir. Seslen ilgili MRI girecek ve girmeyecek çocuklar arasında anlamlı bir fark olmasına rağmen yinede %44 oranda sesin azaltılmasıyla ilgili istekler gelmiştir. Çocuklar benzer olarak sesleri azaltmak için müzik yayınının olması önerisini getirmiştir. Salmela'nın araştırmasının ikinci en büyük önerisi olan oyuncak bizim araştırmamızda son sırada getirilmiştir ve çocuklar dikkatlerini başka bir şey yönlendirmek için oyun, oyuncak ve televizyon gibi isteklerde bulunmuştur. Araştırmalar arasındaki farkın fiziki ortamdan kaynaklandığı düşünülmektedir. Salmela'na araştırmasına daha küçük yaştaki çocukları dahil etmiştir. Ayrıca çalışmasını gerçekleştirdiği koşulların fiziki ortamı bilinmemektedir. Ancak Göztepe hastanesinde yürütülen çalışmalar çok kalabalık ortamlarda yürütülmüştür. MRI girecek çocuklarla görüşmeler kalabalık, gürültülü ve yaş sınırları bulunmayan ortamlarda gerçekleşmiştir. Pediatri bölümünde yürütülen araştırma ise yeni doğan bebekler ile 18 yaş grubunun bulunduğu kalabalık ortamda gerçekleşmiştir. Çocukların gürültü ile ilgili sıkıntı duymaları ve öneri sırasında ikinci olarak bu durumun düzeltilmesi araştırma yapılan devlet hastanesinden kaynaklandığı sonucuna varılmıştır. Türkiye'de benzer araştırma özel hastanelerde yapılmış olsa Salmela'nın araştırmasına benzer sonuçlar elde edileceği kanısına varılmıştır.

Günümüzde depresyon ve anksiyetinın aynı nerotransmitterler tarafından etkilendiği bilinmektedir. Bu sebepten dolayı depresyon hastalarının %85'nde anksiyete ve anksiyete hastalarının %90'ında komorbid depresyon görülmektedir (Gorman 1996-

1997). Anksiyete ve depresyonun her ikisinde de negatif düşünce ve gelecekte “kötü birşeyler olma” beklentisi vardır. Anksiyete yaşayan kişiler gelecekte korkarlar, depresyon yaşayan kişiler ise geleceğe umutsuz ve karamsar bakarlar. (Fainman 2004)

Anneler üzerinde yapmış olduğumuz anket sonuçları değerlendirdiğimizde de anlamlı korelasyonlar tespit edilmiştir. Buna göre STAI ölçeğinde yüksek alan annelerin Beck depresyon ölçeğinden de yüksek aldığı görülmüştür. Yine yüksek anksiyete puanları alan annelerin fiziksel olarak birçok rahatsızlık yaşadığı tespit edilmiştir. Nihai olarak Beck anksiyete ve Beck depresyon envanterleri karşılaştırıldığında pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir.

Çocukların duygu durumu üzerinde çevresel ve yetiştirme tarzının da çok büyük etkileri olduğu bilinmektedir. Sameroff’un ifade ettiği gibi çocuğun hayatındaki tek bir faktör anksiyete sebebi olarak ele alınamaz. Gunnar ve Cicchetti’in 1995 yılında yürütmüş oldukları deney sonucunda çocuğun duygusal ihtiyaçları karşılanmadığında çocuğun kortizol seviyeleri ters etkilenmekte ve çocuk daha korkak ve stresli olduğunu tespit etmiştir.

Weisman’a göre depresyonda olan annenin çocuğunun da depresyona girme olasılığı %50’dir. Ebeveyn depresyonun tekrarlayıcı olmasından dolayı çocukların yetiştiği ortamlar daha streslidir. Çocuk ise stresli, umutsuz, karamsar olduğundan içine kapanır.

Yapmış olduğumuz çalışmada çocukların kendi cevapladıkları ÇÇDÖ ve Beck Anksiyete envanterleri sonucunda annelerin depresyon durumu ile çocukların depresyon durumu arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Anksiyete durumlarına bakıldığında ise MRI giren çocukların annelerin depresyon durumundan etkilenmedikleri görülmüştür. Tam tersi olarak pediatri bölümündeki çocukların anksiyete seviyelerinin ise hafif düzeyde düştüğü görülmüştür. Bu sonuç çocukların envanterleri doldururken annelerinin yanlarında bulunması, annelerin sonuçları göreceğinden dolayı duydukları endişe, annelerini üzmemekten çekinmeleri yada soruları ciddiyetle cevaplamadıklarından kaynaklanabilir. Annelerin cevapladıkları CBCL sonuçlarına bakıldığında ise Anksiyete/Depresyon, Sosyal İçer dönüklük/depresyon, İçer Yönelim ve OKB alt ölçeklerinde problemler olduğu tespit edilmiştir. Weisman’ın tespitlerine benzerlik

olarak çocukların sosyal durumları annelerinin depresyonda olmasından etkilenmektedir. Çocuklar sosyal çevrelerinden uzaklaşmakta ve hayata daha korkulu ve endişeli bakmaktadır. Çalışmamız sonucunda bu çocukların dikkatlerini toplamada, gece/gündüz altına ıslatma, mızırdanma, yeme problemleri, ağlama nöbetleri, değersizlik hissetme, içine kapanma, yalnız hissi ve konuşmama gibi problemler yaşadığı tespit edilmiştir. Hastaneye gelen çocukların kendi aralarında depresyon durumları karşılaştırıldığında ise herhangi anlamlı fark tespit edilmemiştir. Çocukların hastanede olması çocuklarda eşit olarak depresif bir ruh durumu yaşatmaktadır.

Beidel ve Turner'in yaptığı araştırmalara göre annenin anksiyete yaşaması çocuklarda anksiyete geliştirme olasılığını artırmakta ve çocuklar daha yoğun korku, kaygı ve psikolojik reaksiyon göstermektedir. Çalışmamızda da anksiyete seviyelerinin yüksek olan annelerin çocuklarının da aynı şekilde yüksek seviyede anksiyete yaşadığı görülmüştür. CBCL alt testlerdeki skorlara bakıldığında çocukların duygudurum, anksiyete, somatizasyon bozuklukları, OKB içe/dışa yönelim ve düşünce sorunları olduğu tespit edilmiştir. MRI girecek olan çocukların pediatri bölümündeki çocuklardan daha yoğun anksiyete ve sosyal problemler yaşadıkları görülmüştür. Daha önce de belirtildiği üzere MRI girecek çocuklar çok hasta olduklarını düşündüklerinden dolayı hayatlarının geri kalan alanlarına daha olumsuz bakmaktalar. Gelecekle ilgili daha karamsar bakış açıları olduğunu ve hasta olduklarından dolayı mutsuz bir hayat yaşayacaklarına inanıyorlar. Bu durum da çocukların daha hırçın, saldırgan ve takıntılı olmasına yol açıyor. Yine çocuk, hasta olduğundan dolayı meslek sahibi olamayacağını, eve kapanmak zorunda kalacağını ve ailesini üzeceğinden dolayı endişe duymaktadır. Çocuğun tüm düşünceleri hastalığının çevresinde yoğunlaştığından dolayı pediatri bölümündeki çocuklardan daha fazla dikkat sorunları yaşadığı ortaya çıkmıştır. Hayatında var olan her şey çocukta anksiyeteye neden olmaktadır. Yaptığımız çalışmada da bu çocukların daha çok kendine zarar verme davranışları, derisini yada saçını yolma, tuhaf düşünceler, hareket tekrarları ve uyku problemleri yaşadığı tespit edilmiştir.

Yaptığımız çalışmada yurtdışında farklı olarak aileler çocuğun cinsel organıyla oynamasına yönelik herhangi onaylayıcı cevap vermemiştir. Bu sorular aileler tarafından ters, tuhaf veya yargılayıcı karşılanmış ve çocuklarında böyle davranışların

olmadığı yönünde cevaplar alınmıştır. Yine birçok aileler alkol alma, hırsızlık, madde ve sigara kullanımı ile ilgili sorulara tepkisel yaklaşarak çocuklarının böyle şeylere merak duymadığını ifade etmiştir. Bu sebepten dolayı anne anksiyetesi ile çocukların CBCL alt ölçeği olan Kurallara Karşı gelme arasında herhangi korelasyon bulunmamıştır. Ayrıca çocuklar hasta olduklarından dolayı duydukları suçluluk duygusundan dolayı ailelerini daha fazla üzmemek için kurallara daha fazla uydukları arkadaşlarına daha az vakit ayırdıkları gözlenmiştir.

Sonuç olarak yaptığımız bu çalışmada; çocukların en çok ölümden ve iğneden korktuğu tespit edilmiştir. Hastanede yapılacak müdahale ve hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmamak çocuklarda yoğun anksiyete yaratmaktadır. MRI girecek çocuklar hastalıklarından dolayı daha yoğun anksiyete yaşamakta ve hayatının birçok bölümünü etkilemektedir. Çocukların genelinde hastalıklarından dolayı ailelerini üzmemekten dolayı duydukları kaygılar tespit edilmiştir. Annenin duygu durumunun çocuğun psikolojisi üzerinde etkileri olduğu ortaya çıkmıştır. Annenin depresyonda olması çocuğun depresyon ve anksiyete durumunu etkilemese bile çocukta birçok bilişsel, gelişimsel ve sosyal probleme yol açtığı tespit edilmiştir. Annenin anksiyete seviyesinin ise çocuğu her alanda çok etkilediği görülmüştür.

Ayrıca araştırma sonucunda;

- MRI giren çocukların anksiyete seviyelerinin pediatri bölümüne gelen çocuklardan daha yüksek olduğu;
- MRI girecek ve pediatri bölümüne gelen çocuklarının depresyonları arasında anlamlı bir fark olmadığı;
- MRI girecek çocukların pediatri bölümündeki çocuklardan daha fazla sosyal sorunlar yaşadığı;
- MRI girecek çocukların dikkatle ilgili daha çok sorun yaşadığı;

- MRI grubunda annelerin anksiyete skorları pediatri grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu;
  - STAI Çocuk ve STAI Anne skorları arasında istatistiki açıdan anlamlı ve orta kuvvette pozitif bir ilişki olduğu;
  - Anne ile çocuk değerleri arasında anlamlı bir ilişki sergileyen tek eşleşme STAI skorları olduğu;
  - Anne için ölçülen STAI, Anksiyete ve Depresyon ölçekleri arasındaki korelasyonlar yüksek seviyede ve anlamlı olduğu;
  - Depresyondaki annelerinin çocukları CBCL alt testlerinde daha yüksek problem puanlarında aldığı ancak istatistiki olarak anlamlı seviyeye ulaşan farklar Anksiyete/Depresyon, Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon, İçe Yönelim, ve OKB alt ölçeklerinde olduğu;
  - “Kurallara Karşı Gelme” davranışı haricinde tüm CBCL 6/18 alt ölçekleri ile anne anksiyetesi arasında pozitif korelasyon olduğu;
  - Annenin Anksiyetesi arttıkça CBCL Toplam Problem puanlarının ve alt ölçeklerinde arttığı;
  - Çocukları en çok hastahane ortamındaki ses düzeyinin yüksekliğinin olumsuz etkilediği;
- tespit edilmişti.

## 8.1 SINIRLILIKLAR

Araştırma MR görüntüleme alınacak çocuklarla ile pediatri bölümüne gelen çocukların korkularını tespit etmek, anksiyete ve depresyon seviyelerini tespit etmek ve annelerinin duygu durumlarının tespiti için anksiyete ve depresyon seviyelerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma sadece İstanbul ili içinde yer alan Göztepe Eğitim ve Araştırma hastanesiyle sınırlı kalmıştır. Araştırmaya başka devlet hastaneleri yâda özel hastaneler dahil edilmemiştir. Örneklemin farklı şehirleri ve sağlık kuruluşlarını kapsayacak şekilde genişletilmesi araştırmanın genellenebilirliği açısından faydalı olacaktır.

Bununla birlikte hastanede sadece MRI girecek çocuklar ile pediatri bölümüne gelen çocuklar dikkate alınmıştır. Diğer görüntüleme tekniklerine ve müdahaleye maruz kalan çocuklar çalışmaya dahil edilmemiştir. Hastanede yatan veya pediatri bölümünün dışında diğer bölümlerde olan çocuklar üzerinde çalışma yapılmamıştır. Çocukların hastaneye ilgili korkularını daha iyi anlamak için çalışmanın hastanelerin tüm alanlara genişletilmesi uygun olacaktır.

Çalışma örneklemini yedi (7) ile oniki (12) yaş arasında ve şu anki hastalıklarına teşhis konmamış çocuklar ile sınırlandırılmıştır. Hastaneye gelecek tüm çocukların üzerinde ayrı ayrı çalışmalar yapılması hastane korkularının genellemesinde faydalı olacaktır.

Çalışmaya dahil edilen hastalara alt sorularla birlikte yaklaşık 320 soru sorulmuştur. Hastalarının çoğunun okuma-yazma bilmemesi veya tek başlarına cevaplamak istemediklerinden dolayı soruların tek tek okunması gerekmiştir. Dokuz (9) yaşından küçük olan çocukların çok büyük bir kısmında birinci envanteri tamamladıktan sonra sıkıldıkları ve çalışmayı sonlandırmak istedikleri gözlenmiştir. Yine çocukların birçoğunun açık uçlu soruları cevaplamakta güçlük çektiği ve genelde “bilmiyorum” diye geçiştirmek istedikleri gözlenmiştir. Hastanede olan çocuklarının duygu durumlarının değişken olduğu göz önünde bulundurularak soru sayısı düşürülmesi ve dikkatlerini dağılmasını önleyecek oyun, çalışma vb. tekniklerin kullanılması faydalı olacaktır. Hastanelerde yürütülecek benzer araştırmanın daha büyük gruplar tarafından yürütülmesi daha çok hastayla görüşme imkanı sunacaktır.

## 8.2 ÖNERİLER

Çocukların hastanedeki yaşadıkları olumsuz tecrübeler onların gelecek hayatlarında sağlıkla ilgili algılarını etkilemektedir. Yaşadıkları travmatik deneyimler okul başarıları, insan ilişkileri ve sosyal yaşamlarında çok büyük rol oynamaktadır.

Çalışma çocukların hastane algısı hakkında bilgi vermesi yönünde faydalı olacaktır. Ancak çocukların hastane kökenli korkularının tam olarak anlamak için daha derinlemesine araştırmalar yapılması şarttır. Yapılan müdahalenin çocuk üzerindeki etkisini tam olarak anlamak için hastanede olumsuz etki yaratabilecek diğer faktörlerin minimize edilerek çalışmalar tekrarlanmalıdır. Örneğin MR girecek çocukların asıl korkularının doktorlardan, ortamdan yoksa işlemin kendinden mi kaynaklandığını anlamak için doktorların beyaz önlükleri çıkartılarak müdahaleyi oyuna çevirerek; örneğin, şimdi seni uzay mekiğine sokacağız diyerek, MRI girmesi sağlanabilir.

Çocukların çevrelerinden çok etkilendiği bilinmektedir. Yurtdışındaki çocuk görüntüleme merkezlerinde MRI cihazları süslenerek gizlenmiş çocuk bekleme alanlarında çocuğun dikkatini dağıtacak oyun, kitap okuma ve televizyon alanları yaratılmıştır. Benzer uygulamaların tamamı yapılamasada çocukların ve yetişkinler bekleme alanları ayrılabilir ve çocuk bekleme salonları daha rahatlatıcı renklere boyanarak oyun odalarına benzetilebilir.

Yine çocukların evdeki olumsuz yaşam koşullarının ruh durumları üzerindeki etkileri tespit edilerek değerlendirmeye alınmalıdır.

Çocuğun fiziki durumu olan açlık, susuzluk yada üşüme gibi durumlarının düzeltilerek çalışmaların yürütülmesi gerekmektedir

Çocuklara bilgilendirme toplantıları yada hastane turları düzenlenerek yapılacak müdahaleler hakkında bilgi verilebilir. Yurtdışında yapılan benzer çalışmalarda olumlu yanıtlar alındığı bilinmektedir.

Yapmış olduğumuz çalışmalarda çocukların verdikleri yanıtlar annesababaların yanında ve yalnız olduklarında değişiklik göstermektedir. Dolayısıyla çalışmalar



çocuğun rahat edebileceği bir ortamda annebabadan ayrı bir yerde yapılması daha doğru sonuçlar verecektir.

Tıbbi müdahale öncesinde çocukları sakinleştirmek için bilgi verme, oyun oynama, zihinsel meşguliyet yaratma, ödüllendirme gibi çeşitli yöntemlerin denenerek anksiyetinin azaltılması üzerindeki en etkili yöntemin araştırılması travmatik bir tecrübenin yaşanmasının önlenmesinde önemli olacaktır.

Annelerin anksiyete seviyeleri ile çocukların psikolojik problemleri arasında pozitif ilgileşim bulunmuştur. Çocuklarda yaşanan bu durum mu anneleri daha anksiyöz yapıyor yada annelerin anksiyetelerinin mi çocukların ruh durumu üzerinde etkisi olduğu daha detaylı araştırmalar ile tespit edilmelidir.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterinin (STAI) 2. sorusunda olan Emniyet kelimesinin çocuklar tarafından anlaşılmadığı gözlemlenmiştir. Bu kelimenin “Güven” olarak değiştirilmesi sonucu cevap alınabilmektedir. Bu nedenle anketteki sorunun değiştirilmesi önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

Aksoy İ, 2011, “Türklerde Aile ve Çocuk Eğitimi”, Uluslararası Sosyal Araştırma Dergisi, Cilt.4/ Sayı.16; ss. 11-19

Alexander M, Temmuz/Ağustos 2012, “Managing Patient Stress in Pediatric Radiology”; Radologic Technology Cilt. 83/No.6; ss. 549-559

Appleton P. (eds), 2008, “Children’s Anxiety- A Contextual Approach”, London ve NY Ruthledge; ss. 1-51

Aschel H, Weissman M. M ve Kidd K.K, 1980, “Children and Depression”, Journal of Affective Disorders 2; ss. 1-16

Başal H.A, 2006 “Türkiye’de Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum Sonrası Çocuk Gelişimi ve Eğitime İlişkin Gelenek, Görenek ve İnançlar” Uludağı Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi, sayı XIX(1); ss. 45-70

Beidel D.C ve Alfano C. A, 2011, “Anxiety Disorders-A Guide to Research and Treatment”, 2nci basım, New York, Ruthledge; ss. 3-20, 25-29

Bowlby J, 1969 “Attachment and Loss”, 2. basım, New York, Basic Books

Cairns R.B, Cairns B.D, Xie H, Leung M.C ve Hearne S, 1998, “Paths Across Generations: Academic Competence and Aggressive Behaviors in Young Mothers and Their Children”, Developmental Psychology, 34; ss.1162-1174

Craske M.G, Hermans D ve Vansteenwegen D (eds), 2006, “Fear and Learning” A.B.D, Amer Psychological Assn; ss. 15-55/75-95

Cohler B.J, Gallan G.H, Grunebaum H.U, Weiss J.L ve Gamer E, 1980, “Child Care Attitude and Development of Young Children of Mentally İll and Well Mothers” , Psychological Reports 46; ss.31-46

Coyne I, 2013, “Children’s Fears in Hospital”, Trinity College Dublin, Ireland sunumu

Cote C.J, Lerman J ve Todres D. I, 2009 “Practice of Anesthesia in Infants and Children”, 4. baskı, Philadelphia, PA; ss. 1-6, 25-26, 37-42

Daves J. D. I, 2005, “ A Brief History of Death” İngiltere, Blackwell Publishing

Delfos F. M, 2004 “Chilren and Behavioral Problems” İngiltere, Jessica Kingsley Publishers; ss : 11-12, 24-30, 64-74 ve 159-172,

Dunbar J. P, McKee L, Rakow A, Watson K.H, Forehand R ve Compas B.E, 2013, “Coping, Negative Cognitive Style and Depressive Symptoms in Children of Depressed Parents”, Cognitive Therapy and Research, 37; ss. 18-28.

DOI : 10.1007/s10608-012-9437-8

Erol N ve Şahin N, 1995, “Fears of Children and the Cultural Context: The Turkish Norms”, European Child and Adolescent Psychiatry, 4. Vol, 2. Baskı; ss. 85-93

Fainman D, 2004, “Examining the Relationship Between the Relationship Between Anxiety Disorders and Depression”, CME, Vol 22, No. 10; ss. 568-571

Fonagy P ve Target M, 1997, “Attachment and Reflective Function: Their Role in Self Organization” Developement and Pschopatalogy, Sonbahar 9(4); ss. 679-700

Förnas C, Jarvenoja T ve Karjalainen H, 2009, “Preoperative Counseling of Child Patients from the age of 6 to 9” tez çalışması

Gazall G ve Mackie I. C, 2007 “A Comparison of Paracetamol, Ibuprofen or Their Combination for Pain Relief Following Extractions in Children Under General Anaesthesia: A Randomized Controlled Trial”, *International Journal of Dentistry* 17-3; ss. 169-177

Gray A.G, 1987, “The Psychology of Fear and Stress”, 2nci Baskı, New York, Cambridge University Press

Goldschmidt K, 2014, “Creative Use of Technology for Distracting Children for MRIs” *Journal of Pediatric Nursing*, sayı 29; ss. 94-95

Goresky G.V, 1994, “Preparation of Children for Surgery”, *Canadian Journal of Anesthesia* 41:1; ss. 1033-5

Gorman J. M, 1996-1997, “Comorbid Depression and Anxiety Spectrum Disorders”, *Depression and Anxiety* 4/4; ss.160-168

Gullone E, 2000, “The Development of Normal Fear: A Century of Research”, *Clinical Psychology Review*, Vol. 20, No. 4; ss. 429–451

Hallowell L. M, Stewart S. E, Silva A ve Ditchfield M. R, 2008, “Reviewing the Process of Preparing Children for MRI”, *Pediatr Radiol*, sayı. 38; ss.271–279

Hammen C, Brennan P. A ve Shih J. H, 2004, “Family Discord and Stress Predictors of Depression and Other Disorders in Adolescent Children of Depressed and Nondepressed Women”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43; ss. 994–1002

Hazan C ve Shaver R. P, 1994, “Bağlanma (Yakın İlişkilerle İlgili Araştırmalar İçin Bir Çerçeve)” Psychological Inquiry, Cilt 5, No1,1; ss.1-49

Huda W, 2010 “Review of Radiologic Physics” , 3ncü Basım, ABD, Aptara Inc.; ss. 181-189

Jongerdon L, Simon E, Bodden D. H. M, Dirksen D. C ve Bögels M. S, 2015, “Factors Associated with the Referral of Anxious Children to Mental Health Care: The Influence of Family Functioning, Parenting, Parental Anxiety and Child Impairment”, Research Int. J. Methods Psychiatr. Res 24(1); ss. 46-57

Joy S, 1999, “A Study to Assess the Effectiveness of Directive Playtherapy in Reduction of Anxiety Among Children Undergoing Cardiac Surgery in Selected Hospital, Bangalore” tez çalışması

Kapıcı E. G ve Kucuker S, 2006, “Ana Babaya Bağlanma Ölçeği: Türk Üniversite Öğrencilerinde Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi”, Turk Psikiyatri Dergisi, 17(4) ; ss. 286-295

Kılıççı S, 1974, “Haccetepe Çocuk Ruh Sağlığı Bölümü’ne Korku ve Fobi Şikayetleri ile Başvuran Çocuklar Arasında bir Araştırma” bilim uzmanlık tezi

Kottler J. A, 1996, “The Language of Tears” A.B.D, Jossey-Bass

Rappaport B, Mellon D, Simone A ve Woodcock J, 2011, “Defining Safe Use of Anesthesia in Children”, The New England Journal of Medicine 364; s.1387-1390

Kozacıoğlu G, “ Çocukların Anksiyete Düzeyleri ile Annelerin Tutumları Arasındaki İlişki” İstanbul Üniversitesi psikoloji bölümü araştırması.

Koller D, Eylül 2011, "Distraction Techniques for Children Undergoing Procedures: A Critical Review of Pediatric Research" Journal of Pediatric Nursing; ss. 673-679

Leroy P, 2012, Belçika "Improving Procedural Sedation and/or Analgesia in Children" tez çalışması

Lou B ve Wilson W.C, 1993, "Psychological Effects of Physical Illness and Hospitalization on the Child and the Family", J.H.K.C Psych. Vol.3; ss. 9-18

Lyons-Ruth K, Dutra L, Schudder R. M ve Bianchi I; 2006, "From Infant Attachment Disorganization to Adults Dissociation: Rational Adaptions or Traumatic Experiences" Psychiatry Clinic North America, Mart 29(1); ss. 63-67

Malviya S, Voepel-Lewis T, Eldevik O. P, Rockwell D.T, Wong J. H ve Tait R, 2000, "Sedeation and General Anaesthesia in Children Undergoing MRI and CT : Adverse events and Outcomes", British Journal of Anaesthesia sayı 84; ss.743-8

Mash E. ve Barkley R, 2007, "Assessment of Childhood Disorders" 4. baskı New York, Guilford Press

Morris L. T ve March S. J, 2004, "Anxiety Disorders in Children and Adolescent", 2. baskı, Guilford Press, ss. 125-280

Muris P, Merchelbach H ve Collaris R, 1997, "Common Childhood Fears and Their Origins", Behaviour Research and Therapy, 35(10); ss. 929-937

Muris P, Merckelback H, Mayer B ve Prins E, 2000, "How Serious Are Common Childhood Fears", Behavior Research and Therapy, 38(3); ss. 217-228.

Muris P, 2007, "Normal and Abnormal Fear and Anxiety in Children and Adolescents" ABD, Elseiver Inc; ss. 1-64, 49, 61-79,

Noley-Hoeksema S, Wagenaar W ve Loftus G, 2003 “Atkinson and Hilgard's Introduction to Psychology” A.B.D, Thomson, ss.79

Oppelt A, (eds) Almanya 2005, “Imaging Systems for Medical Diagnostics: Fundamentals, Technical Solutions” p.540-592, ISBN 3-89578-226-2

Peterson M.A, Cline R, Foster S. T, Penner A.L, Parrot R, Keller M.C, Naughton C. M, Taub W.J, Ruckdeschel C. J ve Albrecht LT, 2007, “ Parents’ Interpersonal Distance and Touch Behaviour and Child Pain and Distress During Painful Pediatric Oncology Procedures”, Journal of Nonverbal Behavior (Impact Factor: 1.77). 03/2007; 31(2); ss :79-97. DOI: 10.1007/s10919-007-0023-9

Reuterskiöld L, 2009 Stockholm, “Fears, Anxieties and Cognitive Behavioral Treatment of Specific Phobias in Youth” tez çalışması.

Rice L, 2008, “Reducing Anxiety in Middle School and High School Students: A Comparison of Cognitive – Behavioral Therapy Relaxation Training Approaches” doktora tez çalışması

Rogers W.R, Kasım 2014, “A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change”, Journal of Psychology 22:22; ss. 93-114

Ronald M, Kahn A.P ve Adamec C. A, 2008, “The Encyclopedia of Phobias, Fears and Anxieties” 3ncü basım, A.B.D, Facts on File; ss. 4-16

Rossen B. ve McKeever P, 1996, “The Behavior of Preschoolers During and After Brief Surgical Hospitalizations”, Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 19: ss. 121-133.

Rossen B. ve Schulkin J, 1998, “From Normal Fear to Pathological Anxiety”, Psychological Review, April Vol 105(2); ss.325-350.

Salmela M, Salanterä S ve Aronen E, 2009, “Child- Reported Hospital Fears In 4 to 6-Year-Old Children”, *Pediatric Nursing*, September-October Vol. 35/No. 5; ss. 269-303

Salmela M, 2012, “Hospital-related Fears and Coping Strategies in 4-6 Year Old Children” uzmanlık tezi

Salmon K, Mewton L, Pipe M.E ve Mcdonald S, 2011, “Asking Parents to Prepare Children for an Event: Altering Parental Instructions Influences Children’s Recall” *Journal Of Cognition and Development* 12(1); ss.80–102

Sanders J. M, Wiltgen J. B ve Fanselow S. M, 2003, “The Place of the Hippocampus in Fear Conditioning”, *European Journal of Parmacology* 463; ss. 217-223

Sarnoff I ve Corwin M. S, Eylül 1959, “Castration Anxiety and the Fear of Death” *Journal of Personality*, Vol27; ss. 374-385, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.1959.tb02360.x>

Schaffer H. R ve Emerson P. E, 1967, “The Development of Social Attachments in Infancy. Monographs of the Society for Research in Child Development” seri 94, no.3; ss.29

Schulte-Uentrop L. ve Geopfert S. M, Ağustos 2010; “Anaesthesia of Sedation for MRI in Children” *Current Opinion in Anaesthesia* 23(4); ss. 513-517 DOI: 10.1097/ACO.0b013e32833bb524

Sigal R, Doyon D, Halimi ve Atlan H, 1988, “Magnetic Resonance Imaging Basis for Interpretation” Berlin, Springer-Verlag; ss. 1-10, DOI: 10.1007/978-3-642-73037-5



Silva A, Mackenzie A, Hallowell L. M, Stewart S. E ve Ditchfield M. R., 2006 “Practice MRI: Reducing the Need for Sedation and General Anaesthesia in Children Undergoing MRI” Australasian Radiology 50; ss.319-323

Silverman K. W ve Field P. A, 2011, “Anxiety Disorders in Children and Adolescents” 2. Baskı, İngiltere, Cambridge Press; ss.3-323

Slaughter V ve Griffiths M, 2007, “Death and Fear of Death in Young Children” , Clinical Child Psychology and Psychiatry Vol. 12(4); ss. 525-535

Tangör A, 2007, Psikoterapiler Elkitabı” Ege Psikiyatri Sürekli Yayınlar Kitap 4; ss.4-7

Taylor S, 1998, “Anxiety Sensitivity : Theory, Research, and Treatment of the Fear of Anxiety” Routledge; ss.:3-17, 199-217

Törnqvist E, 2010, İsveç , “Going Throug Magnetic Resonance Imaging” doktora tezi

Turner M. S, Beidel C.D ve Roberson-Nay R., 2005 “Offspring of Anxious Parents : Reactivity, Habituation and Anxiety-Proneness”, Behaviour Research and Therapy 43; ss. 1263-1279, DOI : 10,1016/j. Brat.2004.09.005

Tüfekçioğlu S, 2003 “Pediatrik Hastalarda Sedasyon ve Analjezi” Klinik Pediatri 2/3; ss: 118-123

Tüzün O ve Sayar K, 2006, “Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji”, Düşünen Adam, 19(1); ss. 24-39

Twardosz S, Weddle K, Borden L ve Stevens E, 1986, “A Comparison of Three Methods of Preparing Children for Surgery”, Behavior Therapy sayı 17; ss. 14-25

Usanmaz B, 2013, “Genel Anestezi ve Solunum Sistemi Komplikasyonları”  
bitirme tezi

Wass H. ve Cason L, Şubat 1985, “Childhood and Death: Fears and Anxieties  
about Death”, Issues in Comprehensive Pediatric Nursing; ss. 25-45

Welner A ve Welner Z, 1977, “Bipolar Maniac Depressive Disorder: A  
Reassment of Course and Outcome”, Compr Psychiatry 18/4; ss.327-332

Weissman M. M ve Kidd K. K, 1980 “Children and Depression - The Children  
of Depressed Parents; The Childhood of Depressed Patients; Depression in Children”  
Journal of Affective Disorders, Mart2(1); ss. 1-16

Weissman M. M ve Olfson M, 2009 “Translating İntergenerational Research  
Into Clinical Practice”, Journal of America Medical Association, 302(24); ss. 2695–  
2696.

Whalen C. J, 1996 “ Fear, Anxiety and Perceived Control in Children of  
Agoraphobic Parents” Child Psychology and Psychiatry. Vol 37, No. 4; ss. 445-452

Wolman B, 1979 “Children’s Fears” A.B.D TBS The Book Service Ltd

Wong E, 2009, “Anxious Mother, Anxious Child”, George Washington  
University, USA sunumu