

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**ÇOCUKLARDAKİ DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE
ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜNÜN, ANNE BABALARIN DUYGUSAL
İSTİSMAR FARKINDALIĞI, İSTİSMAR POTANSİYELİ VE ÇOCUKLARIN
KABUL/RED ALGISI İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Egemen AKTAŞ

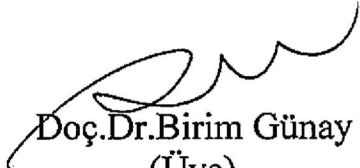
**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

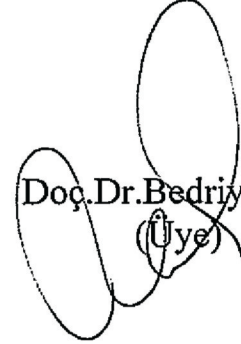
**Tez Danışmanı:
Prof. Dr. Ayla SOYKAN AYSEV**

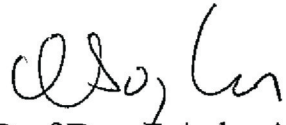
ANKARA 2011

TUTANAK

Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı araştırma görevlisi Dr.Egemen Aktaş'ın tez değerlendirme jürisi (Prof.Dr.Ayla Aysev, Doç.Dr.Birim Günay Kılıç, Doç.Dr.Bedriye Öncü) 24.11.2011 Perşembe günü saat 10.00 da Anabilim Dalımız Dershanesinde toplanarak adayın "Çocuklardaki Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü'nün Anne babaların Duygusal İstismar Farkındalığı, İstismar Potansiyeli ve Çocukların Kabul-Red Algısı ile İlişkisi" isimli tezi ile ilgili savunması alınmış ve değerlendirilmiş olup çalışmasının Fakültemizce kabul edilen Uzmanlık Tez Yazım Klavuzuna uygun olduğu ve sözlü savunmasının da başarılı olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.


Doç.Dr.Birim Günay Kılıç
(Üye)


Doç.Dr.Bedriye Öncü
(Üye)


Prof.Dr. F.Ayla Aysev
(Başkan)

TEŐEKKÖR

Bu çalıőmanın yűrűtűlmesinde ve asistanlık sűreci içerisinde hep yanımda olan tez hocam Prof Dr. Efser KERİMOĐLU'na, Prof.Dr. Ayla SOYKAN AYSEV'e ve klinikteki tűm hocalarıma, baőta sevgili dostum Dr. Mehmet olak olmak űzere tűm asistan arkadaşlarıma, psikolog arkadaşlarıma, hayatımın her aőamasında yanımda olan, sevgili eőim Emel'e ve yaőamımıza kattığı renk ve tez hazırlığı, ders çalıőma sűrecinde gűsterdiği sabırdan kaynaklı canım ođlum Derin'e canı gűnűlden teőekkűr ederim.

Dr. Egemen Aktaş

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. TANIM VE GENEL BİLGİLER	3
2.1 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	3
2.1.1 Tanım ve Genel Bilgiler.....	3
2.1.2 Epidemiyoloji.....	7
2.1.3 Etiyoloji.....	7
2.1.4 Değerlendirme.....	9
2.1.5 Eş Hastalanım.....	10
2.2 Özgül Öğrenme Güçlüğü.....	10
2.2.1 Tanım ve Genel Bilgiler.....	10
2.2.2 Epidemiyoloji.....	13
2.2.3 Etiyoloji.....	13
2.2.4 Değerlendirme.....	14
2.2.5 Eş Hastalanım.....	15
2.3 Çocuk İstismar ve İhmali.....	17
2.3.1 Tanım ve Genel Bilgiler.....	17
2.3.2 Epidemiyoloji.....	19
2.3.3 Demografik Faktörlerle İlişkisi.....	20

2.3.4 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İstismar İlişkisi.....	21
2.3.5 Özgül Öğrenme Güçlüğü İstismar İlişkisi.....	22
3. YÖNTEM.....	23
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
7. ÖZET.....	62
8. ABSTRACT.....	63
9. KAYNAKLAR.....	64
EKLER.....	79

SİMGELER ve KISALTMALAR

DEHB : Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

ÖÖG: Özgül Öğrenme Güçlüğü

KOKGB : Karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu

YAB : Yaygın anksiyete bozukluğu

WCZÖ-Y: Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-Yeni Versiyonu

ÇİPE : Çocuk İstismarı Potansiyeli Envanteri

Çocuk EKRÖ/K : Ebeveyn Kabul/Red Kontrol Ölçeği Çocuk Formu

DİFÖ : Duygusal İstismar Farkındalık Ölçeği

ÇGDS-ŞY-T : Okul Çağı (6-18 Yaş) Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi şimdi ve yaşam boyu

DSM-IV-TR : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition)

TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No:</u>
Tablo 4.1: Gruplar açısından cinsiyet dağılımı	32
Tablo 4.2: Grupların yaş ortalamaları	33
Tablo 4.3: Grupların sınıf düzeyine göre karşılaştırılması	33
Tablo 4.4: Grupların kardeş sayısına göre karşılaştırılması	34
Tablo 4.5: Grupların anne, baba yaşına göre karşılaştırılması	34
Tablo 4.6: Grupların anne, baba eğitim durumuna göre karşılaştırılması	35
Tablo 4.7: Grupların anne, baba çalışma durumuna göre karşılaştırılması	36
Tablo 4.8: Grupların ailenin aylık gelirine göre karşılaştırılması	37
Tablo 4.9: Anne –Babaların geçmiş ve şimdiki psikiyatrik bozukluk dağılımı	38
Tablo 4.10: DEHB alt tiplerinin dağılımı	38
Tablo 4.11: DEHB grubu ek tanı dağılımı	39
Tablo 4.12: DEHB+ÖÖG Ek tanı dağılımı	39
Tablo 4.13: DEHB ve DEHB+ÖÖG grubunun WÇZÖ puanlarının dağılımı	40
Tablo 4.14: Anne DİFÖ puanları ile çocuğun cinsiyeti arasındaki ilişki	41
Tablo 4.15: Baba DİFÖ puanları ile çocuğun cinsiyeti arasındaki ilişki	42
Tablo 4.16: Anne ÇİPE puanları ile çocuğun cinsiyeti arasındaki ilişki	42
Tablo 4.17: Baba ÇİPE puanları ile çocuğun cinsiyeti arasındaki ilişki	43
Tablo 4.18: Anne EKRÖ Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	43
Tablo 4.19: Baba EKRÖ Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	44
Tablo 4.20: Anne ÇİPE Puanları ile Anne Yaş ve Eğitim Düzeyi Arasındaki Korelasyonlar	44
Tablo 4.21: Baba ÇİPE Puanları ile Baba Yaş ve Eğitim Düzeyi Arasındaki Korelasyonlar	45
Tablo 4.22: Anne DİFÖ Puanları ile Anne yaşı ve Eğitim Düzeyi Arasındaki Korelasyonlar	45

Tablo 4.23: Baba DİFÖ Puanları ile Baba Yaşı ve Eğitim Düzeyi Arasındaki Korelasyonlar	46
Tablo 4.24: Anne EKRÖ Puanları ile Anne yaşı ve Eğitim Düzeyi Arasındaki korelasyonlar	47
Tablo 4.25: Baba EKRÖ Puanları ile Baba yaşı ve Eğitim Düzeyi Arasındaki Korelasyonlar	47
Tablo 4.26: Annelerin Şimdiki Psikiyatrik Tedavi Hikâyesi ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	49
Tablo 4.27: Anne ÇİPE Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	50
Tablo 4.28: Baba ÇİPE Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	51
Tablo 4.29: Anne DİFÖ Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	52
Tablo 4.30: Baba DİFÖ Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	53
Tablo 4.31: Anne EKRÖ/K Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	54
Tablo 4.32: Baba EKRÖ/K Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	54

1- GİRİŞ VE AMAC

Ülkemizde çocuk psikiyatrisi polikliniklerine en sık başvuru nedenleri arasında, dışa atım belirtileri, okul başarısızlığı ve dikkatsizlik belirtileri yer almaktadır. Bu belirtilerle ilişkili olarak en sık konulan tanılar arasında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve Özgül Öğrenme Güçlüğü (ÖÖG) bulunmaktadır (Aras, 2007; Görker, 2004).

DSM-IV-TR'de (APA,2000) dikkatsizlik, aşırı hareketlilik, dürtüsellik gibi üç ana alanda belirtilerle tanımlanan DEHB'da, bu belirtilerin ev ve okul gibi en az iki ayrı ortamda bulunması, işlevsellikte bozulmaya yol açması ve yaygın gelişimsel bozukluk, şizofreni ya da psikotik bozukluklar varlığında ortaya çıkmaması ve diğer bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaması tanı kriterleri arasındadır.

Özgül Öğrenme Güçlüğü (ÖÖG), bir veya daha fazla alanın işlevselliğinde bozulmaya yol açan, çocukluk çağının sık görülen gelişimsel ve nörobiyolojik rahatsızlıklarındandır (Silver ve ark. 2007).

DEHB ve ÖÖG, gerek ek psikiyatrik bozukluklarla yüksek birlikteliklerinden kaynaklı (Howard ve Shick Tryon, 2002; Maag ve Reid, 1994; Li ve Morris, 2007; Biederman, 1991; Faraone, 2002), gerek aile içi ilişkilerde ciddi zorluklar ortaya çıkarması nedeniyle (Johnston, 2001; Margalit ve Almougy, 1991), çocuğun kötü muameleye maruz kalması riskinde artışa neden olmaktadır (Milner, 1993; 2000; Quyang, 2008). Anne-babaların zorlukların üstesinden gelmek için başvurduğu uygun olmayan disiplin yöntemleri, zaman zaman istismara varan şekiller alabilmektedir(Rodriguez 2008, Whipple 1997).

Literatürde çocuklarında DEHB olan ailelerde, DEHB olmayanlara göre aile içinde daha fazla çatışma olduğu ve işlevsel olmayan anne-baba ve çocuk ilişkisi örüntülerinin daha yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir (Anastopoulos, 1992; Anderson, Hinshaw ve Simmel, 1994; Fischer, 1990; Johnston ve Mash, 2001). Yapılan bir başka çalışmanın sonuçlarına göre, DEHB olan çocukların anne-babaları çocukları ile ilişkilerinde daha az sıcaklık ve yakınlık göstermekte ve daha fazla fiziksel cezalar kullanmaktadır (Alizadeh, 2007). DEHB olan çocukların anne-baba

ile ilişkileri ve ihmal ve istismar açısından ÖÖG ile kıyaslandığında yayın sayısı fazla olsa da, yazının yetersiz olduğu araştırmacılarca ifade edilmektedir (Quyang, 2008). DEHB olan kızlarda, istismarı araştıran az sayıdaki çalışmalardan birinde, DEHB olan grupta (%14.3) karşılaştırma grubuna göre (%4.5) belirgin olarak daha yüksek oranlar bildirilmiş ve dikkatsizliğin önde gittiği gruba kıyasla istismarın bileşik tipte daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur (Briscoe-Smith, 2006). 2008 yılında yayınlanan ve “Ulusal Uzunlmasına Ergen Sağlığı” verilerini kullanan bir başka çalışmada ise, hem dikkatsizlik alt tipi ile hem hiperaktivite alt tipi ile istismar ve ihmal arasında ilişki bildirilmiştir (Quyang, 2008).

Bu çalışmada gerek yazında gerekse de klinik deneyimlerimizde gözlemlediğimiz DEHB, ÖÖG ve aile içi çatışmalar ve istismar birlikteliğinin sınanması amaçlanmıştır.

Çalışmamızda,

- 1- Fiziksel istismar yaşantısı açısından DEHB, DEHB ve ÖÖG olan çocuklar ile kontrol grubunun karşılaştırılması,
- 2- Duygusal istismarı ailelerin fark edebilmeleri açısından sadece DEHB olan çocuklar, DEHB ve ÖÖG birlikteliği olan çocuklar ve kontrol grubunun karşılaştırılması,
- 3- Çocukların anne-babaları tarafından kabul ve red algısına ilişkin sonuçların, DEHB grubu, DEHB ve ÖÖG birlikteliğinin olduğu grup ve kontrol grubunun karşılaştırılması,
- 4- Fiziksel istismar yaşantısı, çocuğun ebeveyn kabul ve reddine ilişkin algısı, anne-babaların duygusal istismarı fark edebilmeleri açısından DEHB bozukluğuna ek olarak ÖÖG bulunmasının sadece DEHB bulunan çocuklara göre nasıl bir farklılık yarattığı,
- 5- Bulgularla bazı demografik etmenlerin ilişkisinin araştırılması planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1 DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2. 1. 1. Genel Bilgiler ve Tanım

DEHB, çocuğun yaşına ve gelişim düzeyine uygun olmayan aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve dikkat süresinin kalıcı ve sürekli olarak kısalığı ile kendini gösteren bir bozukluktur (APA,1994).

Bilimsel olarak ilk defa 1902 yılında George Still tarafından yoğun duygulanım ve davranım sorunları olan huzursuz, dürtüsel ve dikkatsiz çocuklar şeklinde tarif edilen bu bozukluk, evrimi içerisinde “dürtüsel delilik”, “ yetersiz engellenme” gibi adlandırmalarla ifade edilmiştir. 1919-1920 yılları arasındaki influenza pandemisi ve ensefalitis letarjika epidemisinin ardından hayatta kalan çocuklarda sıklıkla Still’in tanımladığı tabloya benzer bir görünümün ortaya çıkması, bu durumun beyin hasarından kaynaklı olabileceğini düşündürmüştü ve bu dönemde sıklıkla “minimal beyin hasarı sendromu” terimi kullanılmaya başlanmıştır (Hechtman, 2007). Ancak bu tanımlamadan gerek damgalayıcı niteliği, gerekse de özgül “beyin disfonksiyonu”nun gösterilememesinden dolayı uzaklaşmıştır.

1960’ların sonlarında Hastalıkların ve İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması’nın 9. gözden geçirmesinde (ICD-9) ve 1968’de Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı’nın 2. baskısında (DSM-II) , durum, bozukluğun esas işlev sorunu yaratan belirtisinin hiperaktivite olduğu inancını yansıtan, “hiperkinetik çocuk sendromu” ya da “hiperaktif çocuk sendromu” gibi tanımsal terimlerle ifade edilmiştir (Hechtman, 2007).

1970’lerde yapılan araştırmalar, bu çocukların dikkatin sürdürülmesi ve dürtü kontrolüyle ilişkili sorunlarının esas zorluğu oluşturduğu ve hiperaktivitenin ikincil olduğunu düşündürmüştü (Douglas, 1972) ve bu gelişmeler ile DSM-III’de (1980) “Dikkat Eksikliği Bozukluğu” olarak yeniden adlandırılmış ve "Hiperaktivitenin Eşlik Ettiği Dikkat Eksikliği" ve "Hiperaktivitenin Eşlik Etmediği Dikkat Eksikliği" alt tipleri tanımlanmıştır (Weis 2002). DSM-III’de tanı ölçütlerinde değişiklik

yapılarak, hastalığın ana belirtileri "dikkat eksikliği", "dürtüsellik" ve "hiperaktivite" olarak belirlenmiştir.

DSM-III'ün gözden geçirilmiş halinde (DSM-III-R) bozukluğun ismi “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” olarak değiştirilmiş ve tanı ölçütlerinde belirgin değişiklikler yapılmıştır. Buna göre, tanı konan hastaların 14 olası hiperaktivite, dürtüsellik ve/veya dikkatsizlik belirtisinden en az sekiz tanesini karşılaması, bu davranışların 7 yaşından önce var olması, aynı zihinsel gelişimdeki çocuklardan belirgin olarak daha sık olması ve en az 6 ay süreyle devam etmesi gerekliliği ifade edilmiştir.

DSM-IV'de bozukluk, Yıkıcı Davranım Bozuklukları başlığı altına alınmıştır. DEHB'nin de dahil edildiği yıkıcı davranış bozuklukları içinde, Davranım Bozukluğu (DB) ve Karşıt Olma Karşıt Gelme (KOKGB) bozukluğuna da yer verilmiş, bu durumlar yüksek birlikteliklerine karşın farklı klinik durumlar olarak bildirilmiştir.

Hastalıkların ve İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması 10 gözden geçirilmesinde (ICD-10) “Hiperkinetik Bozukluk” olarak adlandırılmış, başlangıç yaşının 7 yaşından önce olması gerektiği, ve dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin birlikte bulunması gerektiği belirtilmiştir. (DSÖ , 1993).

DSM-IV-R'ye DEHB 3 alt başlık altında “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” ve “Başka Türü Adlandırılmayan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” şeklinde sınıflandırılmıştır.

DSM-IV-TR'ye GÖRE DEHB Tanı Ölçütleri;

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:

(1). Aşağıdaki dikkatsizlik belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

Dikkatsizlik

(a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yaparlar.

(b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağılır.

(c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinleliyormuş gibi görünür.

(d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).

(e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevi ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.

(f) Çoğu zaman sürekli zihinsel çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.

(g) Çoğu zaman üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç gereçler).

(h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolayca dağılır.

(i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlıktır.

(2). Aşağıdaki hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

Hiperaktivite

1. Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.

2. Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.

(b) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).

(c) Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.

(d) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.

(e) Çoğu zaman çok konuşur.

Dürtüsellik (İmpulsivite)

(f) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabı yapıştırır.

(g) oğu zaman sırasını bekleme gücülüğü vardır.

(h) oğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (rneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).

B. Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-impulsif belirtiler ya da dikkatsizlik belirtileri 7 yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda belirtilerden kaynaklanan bir bozulma vardır (rneğin evde, işte ya da okulda).

D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bozulma olduğunun açık kanıtları olmalıdır.

E. Bu belirtiler sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (rneğin Anksiyete Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk ya da bir Kişilik Bozukluğu) (DSM-IV-TR Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000).

DEHB Alt Tipleri:

Alt tipin ayrımı son altı aydır baskın olan belirtiler göz önüne alınarak yapılır.

1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Tip: Ana belirtilerin c de aynı zamanda vardır. DEHB'ye sahip ocuk ve ergenlerin büyük kısmı bu grupta yer alır. Erişkinler içinde aynı durumun geçerli olup olmadığı tam olarak bilinmemektedir.

2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin nde Geldiği Tip:

En az altı aydır süreğen dikkatsizlik belirtileri vardır. Hiperaktivite ve İmpulsivite belirtileri yoktur ya da 6'dan azdır.

3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-İmpulsivitenin önde Geldiği Tip: En az altı aydır hiperaktivite-impulsivite belirtilerinin en az altısı süregeliyordur. Dikkatsizlik belirtileri yok ya da 6'nın altındadır.

Başka Türlü Adlandırılmayan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu kategorisi ise Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu için tanı Ölçütlerini karşılamayan ve belirgin dikkatsizlik ya da hiperaktivite-impulsivite belirtileri ile ortaya çıkan bozukluklar için kullanılmaktadır.

2.1.2. Epidemiyoloji

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocuklarda en sık görülen psikiyatrik bozukluktur. DEHB'nun görülme sıklığı %3 ile % 6 arasında değişmektedir (Faraone, 2003; Hechtman, 2007; Polanczyk, 2007). DSM-IV tanı ölçütleri kullanılmaya başladığından beri 3 alt tipin yaygınlığında %3-5 den %12'ye artış olmuştur (Weis, 2002). DEHB çalışmaları, bozukluğun erkeklerde kızlardan 2-5 kat daha fazla olduğunu göstermektedir (Biederman, 2005; Biederman ve Faraone, 2005). DEHB bileşik alttipi yaklaşık %50-75 sıklıkla en sık görülen alt tiptir, bunu %20-30 sıklıkla dikkatsizliğin önde geldiği tip ve %15'den az sıklıkla görülen hiperaktivite- dürtüsellik önde geldiği DEHB alt tipi takip etmektedir (Morgan, 1996; Spencer 2007)

DEHB olan çocukların çoğunluğu 6-12 yaşları arasında başvuruda bulunmaktadır. Belirtiler sıklıkla ergenlik döneminde de vardır ve % 60 olguda erişkin yaşamda da devam eder.

2.1.3. Etiyoloji

DEHB'nin etiyojisi tam olarak ortaya konamamıştır. Ancak bozukluğun nörobiyolojik temellerinin olduğu, biyolojik ve psikososyal etkenlerin birlikte rol aldığı düşüncesi üzerinde genel bir uzlaşma bulunmaktadır.

DEHB etiyojisinde genetik etkenlerin rolünü araştırmak için ikiz, evlat edinme aile çalışmalarının hepsi genetik etmenlerin önemli olduğunu

düşündürmektedir (Hechtman, 2007). Bu çocukların birinci dereceden akrabalarında da bozukluğun sık olması, tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine göre daha fazla eş hastalanma (konkordans) olması ya da DEHB'li çocukların kardeşlerinde genel topluma göre iki kat daha fazla DEHB riski olması, DEHB için olası genetik kanıtlar olarak ileri sürülmektedir (Şenol, 2008). DEHB'de önemli olabileceği düşünülen ve araştırılan özgül genler arasında Tiroid reseptör β geni, dopamin D2 reseptör geni (DRD2), dopamin reseptör 4 geni (DRD4), dopamin reseptör 5 geni (DRD5), dopamin taşıyıcı geni (DAT) en çok bilinenleridir (Şenol 2008).

DEHB'nin beyindeki bir zedelenme sonucu geliştiği biçimindeki düşünceler hastalığın tanımlanmasından bu yana öne sürülmektedir. DEHB'li çocuklarda korpus kallozumda ve serebellumda küçüklük ile anterior singulatta aktivite azalması olduğu öne sürülmüştür. Beyin görüntüleme çalışmaları frontal, özellikler de prefrontal kortekste boyut ve aktivite azalması olduğunu düşündürmektedir (Hechtman, 2008).

Pek çok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi DEHB'nin etiyolojisinin araştırılmasında da, nörotransmitterler önemli bir yer almıştır. Özellikle DEHB tedavisinde kullanılan uyarıcı ilaçların nörotransmitterler üzerindeki etkileri bu görüşü desteklemektedir (Cantwell, 1996). DEHB tedavisinde kullanılan ilaçlar dopamin hem de norepinefrin üzerinden etkilerini gösterdikleri için, genellikle hakim olan görüş bu iki sistemde bozukluk olabileceği şeklindedir. Ancak durumdan sorumlu tek bir nörotransmitter belirlenememiş, birden çok nörotransmitterin etkili olduğu görüşü ağır basmıştır. Bugüne kadar üzerinde en fazla durulan nörotransmitterler dopamin ve norepinefrindir. Dopamin motor ve limbik işlevlerin düzenlenmesinde rol alan nörotransmitterdir. Dopamin sisteminin etkilenmesi bilişsel işlevlerde bozulmaya neden olmaktadır (Nieoullon, 2002). Mezolimbik ve mezokortikal dopamin sistemindeki bozukluk davranış, dikkat ve dürtüsellelikle, nigro-striatal dopamin sisteminde bozukluk yürütücü işlevler ve motor kontrol alanlarındaki belirtiler ile ilişkili bulunmuştur (Dewey, 2002). DEHB tedavisinde etkili olduğu gösterilmiş olan seçici norepinefrin geri alım inhibitörlerinin prefrontal kortekste dopamin ve norepinefrin düzeyini artırarak etki sağlaması da bu görüşü destekler niteliktedir (Stahl, 2003).

2.1.4. Değerlendirme

DEHB değerlendirmesinde, esas klinik değerlendirmedir. Klinik değerlendirmenin standart bir şekilde gerçekleştirilmesi için yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış görüşmeler de kullanılabilir (Öner, 2007). Şu anda DEHB tanısı için en fazla DSM-IV-TR tanı ölçütleri kullanılmaktadır (Hechtman, 2008). DEHB ve diğer davranış sorunlarının tanısının konulması, olabildiğince fazla kaynaktan bilgi alınarak ve çeşitli değerlendirmeler sonucunda gerçekleştirilir. Anne-baba ve çocukla görüşme, anne-baba ve öğretmen tarafından çeşitli test ve ölçeklerin doldurulması DEHB tanısı konulurken uygulanan işlemlerdir (Ercan, 1999).

DEHB tanısında en önemli ilk aşamalar öykü ve fizik muayenedir. Öykü alınırken hastalığın ana belirtileri; dikkat süresi, yaşlarına göre farklı ortamlarda hareketlilik, dürtüsellik, duygulanım ile ilgili farklılıklar ve davranış sorunları ayrıntılı olarak sorgulanır. Okul başarısı sorgulanırken, el yazısı, okuma hızı ve niteliği, ev ödevleri, sınavlar, ders başarısı ve notlar, sınıf geçmekte zorlanıp zorlanmadığı öğrenilir. Sosyal becerilerini anlamak amacıyla arkadaşlık kurma ve sürdürme becerileri, arkadaş grup ve etkinlikleri, hobiler, spor ve diğer etkinlikler sorgulanır. Ayrıntılı gelişim öyküsü tanı açısından önem taşımaktadır (Kandemir, 2009).

Tıbbi değerlendirmede tam bir tıbbi öykü ve fizik muayene gereklidir. Tıbbi öyküde prenatal, perinatal, postnatal ve gelişimsel öykü öğrenilmelidir. Gebelikteki komplikasyonlar ya da annenin sigara içmesi, alkol ya da madde kullanması, annenin hastalıkları gibi risk etmenleri incelenmelidir. Erken, gecikmiş ya da zor doğum ilişkin bilgiler kaydedilmelidir. Gelişimsel öyküde genellikle hızlı kaba motor gelişim (ör. erken yürüme, koşma) ve gecikmiş ince motor ve dil gelişimi vardır. Uyku ile ilgili sorunlar bildirilmiştir. Tıbbi öyküde önemli olabilecek bütün travmalar, hastalıklar, toksinlere maruz kalma-örneğin kazalar, kafa travması öyküsü, tekrarlayıcı kulak ya da göz enfeksiyonları, menenjit, astım, alerji, febril ya da diğer nöbetler, ya da kurşun maruziyeti incelenmelidir. Antihistaminikler, β -agonistler ve fenobarbital gibi ilaçlar dikkati etkileyebileceğinden ilaç kullanım öyküsü ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Nabız, kan basıncı, boy ve kilo gibi vital bulgular ilaç

etkilerinin incelenilmesi için ilk değerlendirmede kaydedilmelidir (Hechtman, 2007).

DEHB tanısında yardımcı olacak ve farklı bilgi kaynaklarından bilgi edinilmesini sağlayacak çok çeşitli ölçekler bulunmaktadır. Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (Child Behavior Checklist, CBCL) (Achenbach, 1991), Yenilenmiş Conners Derecelendirme Ölçeği (Conners, 1998) hem ülkemizde, hem de diğer ülkelerde yaygın olarak kullanılan ölçekler arasındadır.

2.1.5. Eş Hastalanım

Birçok kaynakta DEHB'ye eşlik eden tanıların oranı %50'nin üzerinde olarak bildirilmektedir (Hechtman, 2008; Şenol, 2008; Jensen, 1997). Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu (KOKGB), anksiyete bozuklukları, depresyon, öğrenme güçlüğü duygudurum bozuklukları sık görülen eş tanılardır (Biederman, 1993). Bu eş hastalanım durumları arasında en sık görüleni KOKGB' dir. KOKGB açısından farklı kaynaklarda %30 ile 60 arasında değişen oranlar bildirilmektedir (Biederman, 1991; Hechtman, 2008). KOKGB'yi anksiyete bozukluğu (%30), öğrenme bozuklukları ve duygu durum bozuklukları (her ikisi de yaklaşık %25) ve davranım bozukluğu (%15) izler (Öner, 2007).

2.2- ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ

2.2.1 Tanım ve Genel Bilgiler

Özgül Öğrenme Güçlüğü (ÖÖG), bir veya daha fazla alanın işlevselliğinde bozulmaya yol açan, çocukluk çağının sık görülen gelişimsel ve nörobiyolojik rahatsızlıklarındandır (Silver ve ark., 2007). Öğrenme bozukluğu tanısı, bireysel olarak uygulanan standart testlerde, kişinin kronolojik yaşı, ölçülen zeka düzeyi ve aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda, okuma, matematik ve yazılı anlatımın beklenenin önemli ölçüde altında olmasıyla konur. (APA, 2000)

Öğrenme bozukluğu ile ilgili tanımlamalar 1800 yılların sonuna doğru yazında yerini bulmaya başlamıştır. Görme ve konuşma sorunu olmayan ve bilişsel kapasiteleri yeterli olduğu halde okuyamayan kişiler için 1877’de Kussmaul “kelime körlüğü” terimini kullanmıştır. 1877’de Berlin tarafından beyin hasarına bağlı olarak okuma güçlüğü olan bireyler için “disleksi” terimi ilk defa kullanılmıştır. İlk tipik öğrenme bozukluğu olgusu, 1896 tarihinde İngiltere’de Morgan tarafından “konjenital kelime körlüğü” tanısıyla yayınlanmıştır (aktaran Korkmazlar, 2007). Yazında farklı dönemlerde farklı isimler alan bu bozukluk ilk kez 1962’de Kirk tarafından öğrenme güçlüğü terimiyle ifade edilmiştir (aktaran Korkmazlar, 2007).

Öğrenme Bozuklukları, DSM IV-TR’de Okuma Bozukluğu, Yazı Anlatım Bozukluğu, Matematik Bozukluğu, Başka Türü Adlandırılmayan Öğrenme Bozukluğu şeklinde sınıflandırılmıştır. Bireysel olarak uygulanan standart testlerle ölçüldüğünde, bireyin kronolojik yaşı, ölçülen zekâ düzeyi ve yaşına uygun olarak aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda, okuma alanında, matematik becerileri alanında, yazılı anlatım alanında beklenenin önemli ölçüde altında başarı elde etmesi A tanı ölçütü; bu durumun okul başarısı, ilgili alana ilişkin başarısı ve günlük yaşam etkinliklerini önemli ölçüde bozması B tanı ölçütü ve duyuşsal bir bozukluk olsa bile, ilgili alana ilişkin beceri sorunlarının genellikle buna eşlik edenden çok daha fazla olması C tanı ölçütüdür. Başka türlü adlandırılmayan öğrenme bozukluğu ise, bireyin takvim yaşı, ölçülen zeka düzeyi ve yaşına uygun olarak aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda, her bir bireysel beceri testindeki başarısı beklenenin önemli ölçüde altında olmamasına karşın, okul başarısını bir arada önemli ölçüde etkileyen her üç alandaki (okuma, yazma, matematik) sorunları kapsayabilir (APA,2000).

2.2.1. 1. Okuma Bozukluğu

Okuma bozukluğu tanısının temel özelliği bireyin kronolojik yaşı, ölçülen zeka düzeyi ve yaşına uygun olarak aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda beklenenin önemli ölçüde altında görülen okuma başarısıdır (A tanı ölçütü). Okumadaki zorluk, okul başarısını ya da okuma becerileri gerektiren günlük yaşam etkinliklerini önemli ölçüde bozmaktadır (B tanı ölçütü). Bir duyu bozukluğu varsa

bile okuma zorluğu buna eşlik edenden çok daha fazladır (C tanı ölçütü) (APA, 2000).

2.2.1. 2. Matematik Bozukluğu

“Diskalkuli” diye de söz edilen, Matematik Bozukluğu tanısının temel özellikleri, bireyin takvim yaşı, ölçülen zekâ düzeyi ve yaşına uygun olarak aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda beklenenin önemli ölçüde altında bulunan matematiksel becerilerin olmasıdır (A tanı ölçütü). Matematikteki sıkıntı, okul başarısını ya da matematik becerileri gerektiren günlük yaşam etkinliklerini önemli ölçüde bozar (B tanı ölçütü) (APA, 2000). Bu problem, sayıları tanımada güçlük, matematik kavramlarını anlamada güçlük, matematik dilini anlamada güçlük, matematiksel yöntemleri öğrenme ve hatırlamada güçlük, zayıf hesap becerisi, zayıf problem çözme becerisi, gibi şekillerde kendini gösterir.

2.2.1. 3. Yazılı Anlatım Bozukluğu

Yazılı Anlatım Bozukluğunun temel özellikleri, kişinin kronolojik yaşı, ölçülen zekâ düzeyi ve yaşına uygun olarak aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda yazma becerilerinin (bireysel olarak uygulanan standart testler ile ölçülen ya da yazma becerilerinin işlevsel değerlendirmeleri) beklenenin önemli ölçüde altında olmasıdır (A tanı ölçütü). Yazılı anlatımdaki bozukluk, okul başarısını ya da yazılı metin derlemeyi gerektiren günlük yaşam aktivitelerini önemli ölçüde bozar (B tanı ölçütü). Duyusal bir bozukluk varsa bile yazma becerisi sorunları genellikle buna eşlik edenden çok daha fazladır (C tanı ölçütü) (APA, 2000).

2.2.1. 4. Başka Türü Adlandırılmayan Öğrenme Bozukluğu

Bu kategori, herhangi özgül bir Öğrenme Bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamayan öğrenme bozuklukları için kullanılır. Kişinin takvim yaşı, ölçülen zekâ düzeyi ve yaşına uygun olarak aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda her bir

bireysel beceriye ölçen testteki başarı beklenenin önemli derecede altında olmamasına karşın, okul başarısını bir arada önemli ölçüde etkileyen her üç alandaki (okuma, matematik, yazılı anlatım) sorunları kapsayabilir.

2.2.2 Epidemiyoloji

ÖÖG'nin okul çağı çocuklarında görülme sıklığı (prevelans) %2–10 (APA, 1994; Silver, 1989), toplumda görülme sıklığı ise %5-10 (Kronenberger ve Dunn 2003; Sundheim ve Voeller, 2004) olarak belirtilmiştir. Erkeklerde kızlara oranla 3-4 kat daha fazla görülmektedir (Debray-Ritzen, 1987; Rutter ve ark, 2004). Ülkemizde okul çağı çocuklarının %10 - %20'si öğrenme güçlüğü (ÖG) tanısı almaktadır (Erden, Kurdoglu, Uslu, 2002).

Öğrenme bozukluğu alt tipleri içinde en sık görülen ve üzerinde en fazla çalışılan okuma bozukluğudur. Tüm öğrenme bozukluğu olgularının yaklaşık %80'ini okuma bozukluğu olgularının oluşturduğu ve bu sorunun toplumda %5-17.5 oranında görüldüğü bildirilmektedir (Shaywitz, 2005; Korkmazlar 2007). Eşlik eden başka bir öğrenme bozukluğu olmadan, matematik bozukluğunun yaygınlığı, yaklaşık olarak, herhangi bir öğrenme bozukluğu olan 5 çocuktan biri, genel okul çağı popülasyonda ise % 1 olarak tahmin edilmektedir. Bununla birlikte farklı ülkelerde %3-6.5 arasında yaygınlık bildiren genel popülasyon çalışmaları da bulunmaktadır (Tannock, 2008). Yazılı anlatım bozukluğu sıklıkla diğer öğrenme bozuklukları ile birliktelik gösterir. Okul çağı çocuklarında sıklığı % 4 olarak bildirilmektedir (Silver, 2002).

2.2.3 Etiyoloji

Öğrenme bozukluğunun etiyojisi tam olarak bilinmemektedir. Ancak genel kanı, bozukluğun biyopsikososyal yönü olan bir işlev bozukluğu olduğu şeklindedir. Üzerinde en fazla genetik çalışma yapılan alt tipi okuma bozukluğudur. Aile çalışmaları okuma bozukluğu için riskin genel popülasyona göre okuma bozukluğu olan bireylerin akrabalarında daha fazla olduğunu göstermektedir. Vogler ve arkadaşları dislektik olan çocukların ailerinde okuma bozukluğu öyküsünü

sorgulamış, erkek çocukların %35-45'inde, kız çocukların da %20'sinde pozitif aile öyküsü olduğunu bildirmişlerdir (aktaran Korkmazlar, 2007). İkiz çalışmalarında tek yumurta ikizlerinde konkordans oranı % 68-83, çift yumurta ikizlerinde %23-38 olarak bildirilmektedir (DeFries, 1996; Shaywitz, 2005). Moleküler genetik çalışmalarda 2, 3, 6, 15 ve 18'i içeren çeşitli kromozomlarda risk olduğu belirtilmektedir. Çalışmaların çoğunluğunda okuma bozukluğu ile bağlantılı en fazla riskli olduğu belirtilen lokus 6p21.3 kromozomunun insan lökosit antijeni (HLA) bölgesidir (Tannock, 2008). Beyin görüntüleme çalışmaları açısından birçok beyin bölgesi incelemeye konu olsa da üzerinde en çok fikir birliğine varılan bölge temporal lob ve bu lobun bir parçası olan planum temporale alanıdır. Magnetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmalarında, dislektik çocuklarda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde sağda daha geniş planum temporale, yani planum temporale simetrisi ya da ters asimetri olduğu gösterilmiştir (Korkmazlar, 2007). Yapısal çalışmalar, normal çocuklarla farklılığa işaret etse de, bulguların genellenmesi henüz mümkün görünmemektedir.

2.2.4 Değerlendirme

Öğrenme bozukluğu tanısı, bireysel olarak uygulanan standart testlerde, kişinin kronolojik yaşı, ölçülen zekâ düzeyi ve aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda, okuma, matematik ve yazılı anlatımının beklenenin önemli ölçüde altında olmasıyla konur. (APA, 2000)

Öğrenme bozukluğu çocuğun doğumuyla başlayan gelişimsel bir sorundur. Tanı daha çok okul yılları sırasında konya da, okul öncesi dönemde de belirtiler sıklıkla gözlenmektedir. Erken dönem belirtileri arasında dil gelişiminde gecikme, sözcük karıştırma, harf-ses ilişkisini öğrenmede güçlük gibi dil alanı belirtileri, düğme ilikleme, makas kullanma, geometrik şekilleri çizmede güçlük, ayakkabı bağlamada güçlük gibi motor beceri alanındaki belirtiler, benzerlik- farklılık kavramının gelişmesinde güçlükler gibi algısal alan belirtileri sayılabilir. Okul döneminde ise belirtiler daha görünür hale gelir. Öğrenme güçlüğü olan çocuklarda çoğu zaman okul başarısı yaşlılarına, zekâsından beklenen düzeye göre düşüktür. Harf- ses ilişkisi kurmakta zorlanır, harf karıştırma, harf atlama, sözcük karıştırma,

okuma hızında düşüklük gibi okuma alanı belirtileri bulunur. Yazma becerisi açısından bakıldığında, el yazısı yavaş, okunaksızdır ve harf karıştırma, harf atlama, kelimeleri ters yazma, okul ödevlerini defterine kopyalamada zorluklar gibi belirtiler görülür. Haftanın günlerini öğrenmekte, basit matematik işlemlerini yapmakta zorlanma, çarpım tablosunu ezberleme de güçlük gibi belirtiler sık görülen belirtilerdir.

Özgül Öğrenme Güçlüğü tanısı ayrıntılı bir psikiyatrik muayene, farklı bilgi kaynaklarından çocuğun zorluk yaşadığı alanlara ilişkin bilgi toplanması nöropsikolojik işlevlerin değerlendirildiği bir süreç sonunda konulur. Değerlendirmede anne-babadan, çocuktan, öğretmenden bilgi alınır. Özgül Öğrenme Güçlüğü değerlendirmesi sürecinde kullanılan testler arasında Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-Yeni Versiyonu (WÇZÖ-Y), Bender-Gestalt görsel algılama testi, Frostig gelişimsel algı testi, ITPA, Peabody, Wide Range Achievement Test (WRAT) (Kapsamlı Başarı Testi) başta gelmektedir (Korkmazlar, 2003). Okuma bozukluğunun değerlendirilmesi için kullanılan ve ülkemizde bulunmayan testler arasında Fonolojik İşleme Testi (Comprehensive Test of Phonological Processing-CTOPP), Woodcock-Johnson III(WJIII) Başarı Testi, Woodcock-Johnson Okuma Ustalık Testi (Reading Mastery Test) gibi değerlendirme araçları sayılabilir (Tannock, 2008)

Ülkemizde Özgül Öğrenme Güçlüğü'nün değerlendirmesinde kullanılan araçlar arasında WÇZÖ-Y, Standford Binet gibi zekâ testleri ve Okuma testi, Yazma testi, Alfabenin harfleri, Sınıf Düzeyine göre toplama ve çarpım tablosu soruları, Aylar ve Günler ile Öncelik ve Sonralık İlişkilerinin Sorgulanması, Gessel şekilleri, Saat çizme testi, Head Sağ-Sol Ayırt Etme Testi, Harris Lateralleşme Testi gibi 9 alt testi içeren Özgül Öğrenme Güçlüğü bataryası bulunmaktadır.

2.2.5 Eş Hastalanım

Özgül Öğrenme Güçlüğü ile eş hastalanım açısından çeşitli araştırmalar farklı oranlar bildirirse de, diğer psikiyatrik hastalıklar ile birlikteliğin sık olduğu bilinmektedir. Çeşitli çalışmalarda ÖÖB ile DEHB arasındaki eş hastalanım

oranlarının %10 ile %60 arasında bildirilmektedir (Beitchman ve Young, 1997; Holborow ve Berry,1986).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise Alkaş (1996) ÖB olgularının %49’unun, Erman (1997) ise %28.6’sının aynı zamanda DEHB tanı ölçütlerini karşıladığını belirtmiştir.

Özgül Öğrenme Bozukluğunun alt tipleri ile yapılan çalışmalarda, ÖÖG’nün en sık görülen alt tipi olan Okuma Bozukluğunun hem epidemiyolojik çalışmalarda, hem de klinik çalışmalarda en sık birliktelik gösterdiği psikiyatrik hastalık Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olarak bildirilmiştir. Okuma Bozukluğu tanısı almış çocukların %15-%26’sı DEHB kriterlerini de karşılarken, DEHB tanısı alan çocukların %25-40’ında okuma zorlukları belirlenmiştir (Jensen, 2005).

Matematik Bozukluğu olan çocukların %50’den fazlasında ise beraberinde okuma zorlukları olduğu gösterilmiştir.

Öğrenme Bozukluğu olgularına KOKGB’u, davranım bozukluğu gibi diğer yıkıcı davranım bozukluklarının da sık eşlik ettiği bildirilmekle birlikte, son yayınlarda bu birlikteliğin önemli ölçüde DEHB ile birlikteliğe bağlı olduğu ileri sürülmektedir (Korkmazlar, 2007)

ÖÖG olan çocuklarda kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde depresyon görüldüğü çeşitli araştırmalarca ifade edilmiştir (Sideridis, 2005b; Maag ve Reid, 2006).

ÖÖG ve anksiyete bozukluğu birlikteliğinin normal popülasyondan daha sık görüldüğü çeşitli çalışmalarda ifade edilmiştir (Li ve Morris, 2007). Aritmetik bozukluklarıyla yapılan bir çalışmada fobik bozukluk ve anksiyete oranları %30 olarak bildirilmiştir (Prior,1999). İkiz çalışmaları da Okuma Bozukluğu olan çocuklarda içe atım ve dışa atım bozukluklarının daha yüksek oranlarda görüldüğünü ifade etmektedir. Cinsiyet açısından bakıldığında erkekler daha çok dışa vurum belirtileri gösterirken, kız çocuklarında daha çok içe yönelim belirtileri görülmektedir (Willcutt, 2000a; Willcutt, 2000b).

2.3- ÇOCUK İSTİSMAR VE İHMALİ

2.3.1 Tanım ve Genel Bilgiler

Çocuk istismarına ilişkin ilk çalışmalar daha çok fiziksel istismar üzerine olmuştur. İlk kez 1962 yılında Kempe ve arkadaşları tarafından “hırpalanmış çocuk sendromu” (battered child sendrom) tanımlanmış, ardından Caffey, 1972’de kemik kırıkları ve intrakranial kanaması olan bir olguyu bildirmiştir.

“Çocuk İstismarı ve ihmali” kavramı; çocukların ana-babaları gibi, onlara bakıp gözetmek ve eğitmekle görevli, sorumluluk, güç ve güven ilişkisi içinde oldukları kişiler ya da yabancılar tarafından, beden ve/veya psikolojik sağlıklarına zarar verecek, sosyal gelişimlerini engelleyecek biçimde uygulanan tüm fiziksel, duygusal ya da cinsel tutumları, ihmali, ticari amaçlı sömürüyü kapsar (Mc Donald, 2007). Değişik kaynaklarda farklı tanımlamalar olsa da, genel olarak 18 yaşın altında bulunan çocuklara karşı aktif olarak girişilen ve onların fiziksel, duygusal, zihinsel ve toplumsal gelişimlerini zedeleyen her türde eylem çocuk istismarı olarak tanımlanmaktadır. Çocuğa kötü muamale üst başlığı altında da tanımlanan “çocuk istismarı ve ihmali”nin 1- Fiziksel İstismar, 2- Cinsel İstismar, 3- Duygusal İstismar ve 4- İhmal şeklinde 4 alt tipi tanımlanmıştır (DSÖ, 1999).

- 1- Fiziksel istismar: “Bir çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine ya da onuruna zarara neden olan ya da neden olma olasılığı yüksek olan kasıtlı fiziksel güç uygulanması” fiziksel istismar olarak tanımlanmaktadır. İtmek, tokatlamak, tekmelemek, ısırarak, bağlamak, yakmak, zehirlemek gibi eylemler bu kapsamda değerlendirilmektedir.
- 2- Cinsel İstismar: “ Bir çocukla, idrak edemeyeceği şekilde veya onayı dışında veya gelişimsel olarak hazır olmadığı bir dönemde gerçekleştirilen veya yasaları ve toplumun sosyal değerlerini ihlal eden tüm cinsel davranışlar” cinsel istismar olarak değerlendirilir. İstismar, kurban ile sorumluluk, güven veya güç ilişkisi içerisinde olan erişkinler veya başka çocuklar tarafından gerçekleştirilebilir (DSÖ, 1999).

- 3- Duygusal İstismar: Tanımı üzerinde en çok tartışma olan kötü muamele türlerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (1999) göre duygusal istismar; ebeveyn veya çocuğa bakım veren kişi tarafından gerçekleştirilen ve çocuğun gelişimi için uygun ve destekleyici çevresel koşulların sağlanmasında ciddi bir bozukluk örüntüsüdür. Bu durumun çocukta davranışsal, bilişsel, duygusal ve ruhsal bozukluklara neden olma olasılığı yüksektir. Çocuğun hareketini kısıtlama, suçlama, korkutma, hor görme, gözdağı verme ve bunlar gibi reddedici ve düşmanca terbiye yöntemleri de bu kapsamda ele alınmaktadır (DSÖ, 1999).
- 4- İhmal: “Bir çocuğun sağlık, eğitim, beslenme, barınma, duygusal gelişim gibi farklı alanlardaki gereksinimlerinin sağlanmasında oluşan yetersizlik örüntüsüdür” (DSÖ, 1999). Rosenzweig ve Kaplan (1996) ihmali; fiziksel, eğitimsel ve duygusal ihmal olmak üzere üç başlık altında değerlendirmektedir.

İstismara ilişkin bulguların anlaşılması için deneyimli bir ekibe ve ayrıntılı bir değerlendirmeye ihtiyaç vardır. Fiziksel ve cinsel istismara ilişkin belirtiler çoğu zaman görünebilir ve çeşitli fiziksel bulgular içerir. Duygusal istismarda ise fiziksel ve cinsel istismardan farklı olarak fizik bulgular yoktur. Dolayısıyla ayrımı ve tanı konulması çok daha zor olmaktadır.

İstismarın, santral sinir sistemi zedelenmeleri, çeşitli bedensel hasarlar, sakatlıklar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve ölüme varan fiziksel sonuçlarının yanında, çeşitli duygusal, davranışsal belirtilerle giden ve çocuğun tüm yaşamını etkileyen psikiyatrik problem oluşturma olasılığı bulunmaktadır.

Ölümcül sonuçlar açısından bakıldığında istismar bebekler ve küçük çocuklar için daha ağır ve ölümcül sonuçlara yol açmaktadır. Ölümcül sonuçlar sıklıkla; çocuğun başına darbe alması, boğulması, karın boşluğu veya karın içi yaralanmaları ve zehirlenme sonucu meydana gelmektedir. Fiziksel istismar sonucu en sık meydana gelen yaralanmalar ise; çocuğa elle veya bir alet kullanarak vurulması sonucu oluşan ezikler, ısırıklar, tutma-çekme sarsma, vurma, tekmeleme veya bir alet kullanarak dövme sonucu meydana gelen kırıklar, yanıklar, ağız ve göz yaralanmalarıdır (Hobbs, 2003).

İstismar sonrası psikiyatrik bozukluk belirtileri sık gözlenmektedir. Güvensiz bağlanma, düşük benlik saygısı, okul başarısızlığı, davranış problemleri, suçça yönelme, depresyon, dissosiyatif semptomlar, anksiyete bozuklukları, kişilik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, akran ilişkilerinde bozukluklar, kendine zarar verme ve intihar, içe kapanma veya saldırganlık, gelişimsel gecikme, yeme ve uyku bozuklukları, erken yaşta cinsel temalı davranışlar sergileme bunlardan bazılarıdır (Yılmaz Irmak, 2008).

2.3.2 Epidemiyoloji

İstismar ve ihmal kavramı daha iyi tanındıkça, görülme sıklığına ilişkin verilerde de ciddi değişiklikler olmuş ve sık görülen ve çok önemli olumsuz sonuçlara yol açan önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu daha iyi anlaşılmıştır. Çocuk istismarına ilişkin verilerin çoğunluğu bildirim yapılan vakalardan oluşmaktadır. Ancak istismara uğrayan çocukların büyük bir kısmının hiç bildirilmediği bilinmektedir. Dünyada aile çevresinde istismar (WorldSAFE) projesinde beş ülkede fiziksel istismarın yaygınlığı incelenmiştir ve bu ülkeler için yaygınlık oranlarının; Amerika Birleşik Devletleri ve Şili’de %4-%85, Filipinlerde %21-%82, Mısır’da %26-%72 ve Hindistan’da %36-%70 arasında değiştiği belirtilmektedir (Runyan ve ark. 2002).

Çocuk istismarı ve ihmeline ilişkin yazın için en önemli kaynaklardan biri olan Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Veri Sistemi 2008 raporuna göre, sadece 2008 yılı içerisinde 772.000 çocuk istismar ve ihmale uğramıştır. Çocukların uğradığı istismar ve ihmalin %80,1’i aileleri tarafından, %6,5’i diğer akrabaları tarafından olmaktadır. İstismar türleri değerlendirildiğinde, %71,1’i ihmale, %16,1’i fiziksel istismara, %9,1’i cinsel istismara, %7,3’ü duygusal istismara maruz kalmaktadır. 2008 yılı içerisinde istismar ve ihmalden ölen çocuk sayısı 1740’dır. Ölüm oranı 10 000’de 2,33 olarak hesaplanmıştır. Bildirim oranlarına bakıldığında istismar ve ihmale uğrayan çocukların %57,9’u çocukla temas halindeki öğretmen, polis, hukukçu veya sosyal servis elemanı gibi profesyonellerce, geri kalanı ise komşular, yakınlar, akrabalar gibi profesyonel olmayan insanlarca yapılmıştır (NCANDS, 2008).

Ülkemizde yapılan ve 50 çocuğun dâhil edildiği bir çalışmada, çocukların %60'ının fiziksel istismara, %26'sını cinsel istismara, %20'sinin ciddi ihmale ve %18'inin duygusal istismara maruz kaldığı ifade edilmiştir. Çocukların %38'ü sadece babaları tarafından, %28'si sadece anneleri tarafından, %34'ü ise birden fazla kişi tarafından istismara maruz kalmıştır (Oral, 2001). 50.473 çocuğun annesi ile Türkiye'nin 16 ilinde yapılan başka bir çalışmada 4-12 yaş arasındaki çocukların %62'sine fiziksel ceza verildiği belirtilmiştir (Bilir ve ark. 1991).

2.3.3 Demografik faktörler İle İlişkisi

Bir bireyin çocuğa yönelik şiddet içerikli davranışını ya da bir toplumsal kesimde istismarın daha yaygın görülmesini açıklayacak tekil bir etmen bulunmamaktadır. Birçok şiddet türünde olduğu gibi çocuk istismarına etki eden faktörler karmaşık bir etkileşim içerisinde bulunmaktadır. Yaş, cinsiyet, kişisel özellikler gibi bireysel özelliklerin istismar olasılığına etki ettiği gibi, toplumun değer yargıları, normları da istismar üzerine etkilidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2006 yılındaki raporunda bireysel risk etmenleri altında ebeveyn ve bakım verenlere ilişkin etmenler uzun bir liste halinde sıralanmıştır. Bu listede bulunan etmenler arasında;

- Çocukluk döneminde istismara maruz kalma,
- Fiziksel müdahalenin bir disiplin tekniği olduğuna inanış,
- Bağlanma problemleri
- Öfke kontrol zorlukları
- Fiziksel veya ruhsal psikiyatrik hastalık öyküsü yada bilişsel kapasitede yetersizlik,
- Sosyal destekte yetersizlik,
- Ekonomik zorluklar
- Genç yaşta ebeveyn olma veya düşük eğitim düzeyine bağlı yetersiz anne-babalık becerileri
- Depresyon veya yetersizlik düşünceleri
- Alkol, madde kullanımı, bulunmaktadır (Butchart, 2006).

Yine ayrı raporun toplumsal faktörler ve kültürel etmenlerle ilgili bölümü özetlendiğinde, işsizlik, fakirlik gibi sosyoekonomik zorlukların, katı ana-babalık tutumunun doğruluğuna inanış, fiziksel cezanın kültürel bir norm olarak kabulü gibi kültüre özgü nedenlerin istismara etki ettiği ifade edilmiştir (Butchart, 2006).

Çocuk istismarı ve ihmaline etki eden demografik özelliklerle ilgili yapılmış çalışmalarda da, tek ebeveynin, büyük ailenin, düşük sosyoekonomik düzeyin (Berger, 2004; Berkowitz; 2004; Sedlack, 1996; Sidebotham, 2006), düşük eğitim düzeyinin, anne ya da babanın alkol veya madde kullanımının, annenin psikiyatrik hastalığının (Berkowitz, 2004) istismar riskini arttırdığı ifade edilmektedir. İstismar ve ihmale neden olan çocuğa ait en temel özelliklerden biri çocuğu yaşlarında farklı yapan özelliklerin olmasıdır. Çocuğu bakımını zorlaştıran, gereksinimlerini arttıran ve değiştiren bu farklılıklar genellikle çocuğun zihinsel ve fiziksel özürü olması ile davranış ve duygusal problemlerin bulunmasıdır (Krents, 1987; Solomons, 1979)

2.3.4 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İstismar İlişkisi

Klinik pratikte, DEHB olan çocukların aileleri ile daha fazla çatışma yaşadıkları, ailelerin çocuklarını ele almakta, sınır koymakta zorlandıkları, yer yer uygun olmayan yöntemlerle çocuklarına müdahale ettikleri durumlarla sık karşılaşmaktadır. Yazında da, çocuklarında DEHB olan anne babaların, DEHB olmayanlara göre daha fazla aile içi çatışma, daha yüksek düzeyde işlevsel olmayan anne-baba ve çocuk ilişkisi olduğu belirtilmiştir (Anastopoulos, 1992; Anderson, Hinshaw ve Simmel, 1994; Fischer, 1990; Johnston ve Mash, 2001). Yapılan bir başka çalışmanın sonuçlarına göre, DEHB olan çocukların anne-babaları çocukları ile ilişkilerinde daha az sıcaklık ve yakınlık göstermekte ve daha fazla fiziksel cezalar kullanmaktadır (Alizadeh, 2007). Bu çalışmada anne babalar tutum farklılıkları açısından değerlendirilmiş ve annelerin babalara göre çocukları ile ilişkinin daha fazla sıcaklık içerdiği ve yetkili (authoritative) ebeveynlik tarzını gösterdikleri, buna karşılık babaların yetkeci (authoritarian) ebeveynlik tarzı gösterdikleri görülmüştür. Bu bulgular başka çalışmalarla da uyumluluk göstermektedir (Aunola, 1999). DEHB olan çocukların anne-baba ile ilişkileri ve ihmal ve istismar açısından yazında ÖÖG ile kıyaslandığında daha fazla yaygın olsa

da, yazının yetersiz olduğu araştırmacılarca ifade edilmektedir (Quyang, 2008). DEHB olan kızlarla, kötü muamele arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıdaki çalışmalardan birinde, DEHB olan grupta (% 14.3) karşılaştırma grubuna göre (%4.5) belirgin olarak daha yüksek oranlar bildirilmiş ve dikkatsizliğin önde gittiği gruba kıyasla istismarın bileşik tipte daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur (Briscoe-Smith, 2006). 2008 yılında yayınlanan ve ‘‘Ulusal Uzunlamasına Ergen Sağlığı’’ verilerini kullanan bir başka çalışmada ise, hem dikkatsizlik alt tipi ile hem hiperaktivite alt tipi ile istismar ve ihmal arasında ilişki bildirilmiştir (Quyang, 2008).

2.2.5 Özgül ğrenme Glğ, İstismar İlişkisi

G’nn diğer psikiyatrik hastalıklarla sık birliktelik gösterdiği ve en yüksek birliktelik durumunu DEHB olduğu bilinmektedir. Ancak başka bir psikiyatrik hastalık ile birliktelik göstermese bile G’nn anne-baba ve ocuk etkileşimini zorlayıcı bazı yönleri bulunmaktadır. Yazında G ve okul başarısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, G olan çocukların okul başarısının olmayan çocuklardan anlamlı oranda düşük olduğu gösterilmiştir (Lackaye ve Margalit 2006). Çocuğun yaşadığı psikososyal zorlukların, ebeveynleri ile ilişkisine olumsuz etki ettiği durumlarla klinik pratikte sık karşılaşılmaktadır. Özgül ğrenme glğ olan çocukların anne babaları ile ilgili yapılan çalışmalarda, G olan çocukların, G olmayan çocuklarla karşılaştırıldığında ebeveynleri ile daha fazla çatışma yaşadıkları, ebeveynlerin daha gerilimli, daha katı ve daha az destekleyici olduğu bildirilmiştir (Margalit ve Almougy 1991). Ülkemizde yapılan ve öğrenme glğ olan çocuklar ile diyabetik çocukların anne reddine dair algılarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, öğrenme bozukluğu olan çocukların diyabetik çocuklara göre daha çok anne reddi algıladıkları ve ve iki grup arasındaki farkın özellikle sıcaklık ve kayıtsızlık-ihmal boyutlarında ortaya çıktığı grlmştir (İlden Koçkar, 2006). Yazında uygun olmayan anne- baba tutumları, çatışmalı aile ortamı gibi anne-baba ve ocuk ilişkisindeki sorunların (Milner, 2000; Mash, Johnston ve Kovitz, 1983), veya çocuklardaki psikiyatrik rahatsızlık gibi durumların istismar riskini arttırdığını ifade eden çalışmalar bulunmaktadır (Jaudes, 2008; Spencer, 2005). G olan çocukların yaşadıkları istismar yaşantılarına geriye dönük olarak bakan az sayıdaki

çalışmalardan birinde, ÖÖG olan çocukların yaş ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş genel populasyona dâhil çocuklara göre 3,5 kat daha fazla istismar bildirdikleri, ve en fazla görülen istismar türünün, fiziksel istismar olduğu ifade edilmiştir (Frisch, 1982).

3- YÖNTEM

3.1 Örnekleme

Çalışma örneklemine, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na dikkatsizlik, aşırı hareketlilik, ders başarısızlığı, okuma ve yazılı anlatım sorunları gibi şikayetlerle ilk kez başvuruda bulunan ve DSM-IV-TR'ye göre ÖÖG ve DEHB tanı kriterlerini karşılayan, 8-12 yaş aralığındaki 30 çocuk ve aileleri ile sadece DEHB tanı kriterlerini karşılayan 32 çocuk ve aileleri dahil edilmiştir. Kontrol grubu da, klinik olarak normal zeka düzeyinde olan, belirgin bir okul başarısızlığı hikayesi ve daha önce psikiyatrik muayene ve tedavi öyküsü olmayan 8-12 yaş aralığında 31 sağlıklı çocuk ve ailelerinden oluşmuştur.

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm çocuklara yarı yapılandırılmış bir görüşme çizelgesi olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve şizofreni Görüşme Çizelgesi-şimdi ve Yaşam Boyu şekli Türkçe uyarlaması (ÇDşG-şY) araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Çalışmaya katılan ve hasta gruplarında olan tüm çocuk ve ergenlere uzman psikologlar tarafından zeka düzeylerini belirlemek amacıyla WÇZÖ-Y (Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği- Yeni Versiyonu- Çocuk ve ergenlerde uygulanan zeka testi) uygulanmıştır. Araştırmaya dâhil edilen kontrol grubu haricindeki tüm çocuklara uzman psikologlar tarafından ÖÖG bataryası uygulanmıştır. Çalışmaya katılan DEHB tanısı konulan tüm çocukların aileleri ve öğretmenlerine “Yenilenmiş Connors Ebeveyn ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği” verilmiştir. Klinik değerlendirme ölçekleri olarak araştırmaya katılan tüm çocuklara “Çocuk Ebeveyn Kabul/Red Ölçeği (Çocuk EKRÖ/K)” verilmiştir. Anne- babalara “Demografik Veri Formu” , “Çocuk İstismarı Potansiyeli Envanteri (ÇİPE) ve “Duygusal İstismar Farkındalık Ölçeği (DİFÖ)” verilmiştir.

WÇZÖ-Y ile ölçülen IQ değeri 80'nin altında olan, herhangi bir nörolojik ve/veya süregen bir hastalığı veya özürü bulunan çocuklar, çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır. Anne-babaların ilkokul mezunu ve üstü eğitim durumuna sahip olmaması durumunda, çocuk ve anne babalar, çalışma dışında bırakılmıştır.

3.2 Veri Toplama Araçları:

3.2.1 Demografik veri formu

Demografik veri formu araştırmacılar tarafından hazırlanmış ve araştırmaya katılan tüm çocukların anne ve babalarına ayrı ayrı verilmiştir. Özellikle istismar için önemli risk etmenleri gözetilerek hazırlanan bilgi formunda, anne baba yaşı, ailenin sosyoekonomik durumu, eğitim düzeyi, anne babanın çalışma durumu, anne-babanın fiziksel ve psikiyatrik hastalık hikâyesi, çocuğun okul başarısı sorgulanmaktadır. Formun bir kopyası Ek-1'de sunulmuştur.

3.2.2 Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği-Şimdi ve Yaşam boyu Versiyonu Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği-Şimdi ve Yaşam boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) Kaufman ve arkadaşları tarafından ÇDGŞ-P (Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği-Şimdiki dönem şekli)'den uyarlanmıştır (Kaufman, 1997;Gökler ve ark., 2004). Çocuk ve ergenlerin DSM-III-R (APA, 1987) ve DSM-IV (APA, 1994) tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla geliştirilen, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Form üç bölümden oluşmaktadır. "Yapılandırılmamış başlangıç görüşmesi" olarak adlandırılan ilk bölümde, çocuğun demografik bilgileri, gelişim öyküsü, sağlık durumu, okul durumu ve arkadaş ilişkileri gibi bilgiler yapılandırılmamış bir görüşme ile alınır. İkinci kısmı 200 kadar özgül belirti ve davranışı değerlendirir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa tanıyı doğrulamak amacıyla 5 tanı alanında ek puanlama yapılmaktadır. Her bir tanı için DSM-III-R (APA, 1987) ve DSM-IV (APA, 1994) tanı ölçütleri verilmiştir.

Çocuğun şu andaki işlev düzeyini belirlemek için düzenlenen üçüncü bölüm ise “çocuklar için genel değerlendirme ölçeği olarak adlandırılır (Kaufman ve ark. 1997). ÇDŞG-ŞY-T’nin, geçerlilik, güvenilirlik çalışması, Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (2004).

3.2.3 Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-Yeni Versiyonu (WÇZÖ-Y) (Wechsler Intelligence Scale for Children-R- WISC-R)

6-16 yaş arası çocukları zekâ düzeyini ölçmek amacıyla 1949 yılında Wechsler tarafından geliştirilmiştir (Wechsler, 1949). 1974 yılında yaptığı çalışmada bazı değişiklikler yaparak 6-16 yaş aralığındaki 2200 kişilik bir örneklem üzerinde aracın standardizasyon çalışmasını yürütmüştür (Wechsler, 1974). Türk çocukları üzerinde standardizasyonu Savaşır ve Şahin (1995) tarafından yapılmıştır. WÇZÖ-Y, Sözel ve Performans olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Sözel Zekâ Bölümü (SZB) Genel Bilgi, Benzerlikler, Aritmetik, Sözcük Dağarcığı, Yargılama ve Sayı Dizisi alt testlerini; Performans Zekâ Bölümü (PZB) Resim Tamamlama, Resim Düzenleme, Küplerle Desen, Parça Birleştirme, Şifre ve Labirent alt testlerini içermektedir. SZB ve PZB puanlarının toplamında Toplam Zekâ Bölümü (TZB) elde edilmektedir (Wechsler, 1974).

3.2.4 Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği –Uzun formu (CEDÖ-Y:UT)

Conners ve arkadaşları tarafından 1998 yılında geliştirilmiştir (Conners, 1998a). 80 maddeden ve 7 alt ölçekten oluşan 4’lü Likert tipi bir derecelendirme ölçeğidir. CEDÖ-Y: U’yu oluşturan alt ölçekler şunlardır: 1.Karşıt Gelme, 2.Bilişsel Problemler-Dikkatsizlik, 3.Hiperaktivite, 4.Kaygı-Utangaçlık, 5.Perfeksiyonizm (Mükemmeliyetçilik), 6.Sosyal Problemler, 7. Psikosomatik. Ölçekte ayrıca, bu 7 alt ölçeğin maddelerini paylaşan üç bölüm daha vardır. Bunlardan ilki, önceden “hiperaktivite indeksi” olarak tanınan Global İndeks adı verilen ve “huzursuzluk-impulsivite” ve “duygusal değişkenlik” olarak ifade edilen iki alt boyutu olan indekstir. İkinci indeks DEHB indeksidir. Üçüncüsü ise DSM-IV’ün DEHB

semptomlarıyla tutarlı olan “DSM-IV Semptomları” ölçeğidir (Conners, 2000; Kaner ve ark. 2006; Aysev ve Taner, 2006). Ölçeğin Cronbach alfa katsayıları 0.50-0.85 arasındadır (Hergüner ve Özbaran, 2010). Türkçe uyarlama çalışması Kaner ve arkadaşları tarafından 2006 yılında gerçekleştirilmiştir.

3.2.5 Yenilenmiş Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CADÖ)

Ebeveyn formu gibi Conners ve arkadaşları tarafından 1998 yılında geliştirilmiştir. 59 maddeden oluşan 4’lü Likert tipi bir ölçektir. Psikosomatik alt ölçeği hariç ebeveyn formuyla aynı alt ölçekleri içerir. Öğretmenler son bir aylık döneme göre çocuk ve gençlerin davranışlarını değerlendirmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayıları toplamda 0.72-0.90 arasında bulunmuştur. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2006 yılında Kaner ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir.

3.2.6 Özgül Öğrenme Güçlüğü Bataryası

1993 yılında Korkmazlar’ın kullandığı bataryaya daha sonra Erden ve Kurdoğlu’nun tarafından bazı ekler yapılmıştır (Korkmazlar, 1993; Erden ve Kurdoğlu, 2003) . Genişletilmiş haliyle batarya 9 testten oluşmaktadır. 1.Okuma testi, 2.Yazma testi, 3.Alfabenin harfleri, 4.Sınıf düzeyine göre toplama ve çarpım tablosu soruları, 5.Aylar ve günler ile öncelik ve sonralık ilişkilerinin sorgulanması, 6.Gessel şekilleri, 7.Saat çizme testi, 8.Head sağ-sol ayırt etme testi, 9.Harris lateralleşme testi. Bu bataryada kullanılan okuma testi ve yazma testinin ilköğretim sınıfına giden Türk çocuklarında norm belirleme çalışması yapılmıştır (Erden, Kurdoğlu ve Uslu, 2002)

3.2.7 Çocuk Ebeveyn Kabul Red/Kontrol Ölçeği (Çocuk EKRÖ/K)

Asıl formu Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği-EKRÖ (Parental Acceptance Rejection Questionnaire, PARQ) 1978 yılında, Rohner, Saavedra ve Granum tarafından geliştirilmiştir. Altmış maddelik EKRÖ dört alt ölçekten oluşmaktadır:

1.Sıcaklık/Şefkat alt ölçeği (20 madde), 2.Düşmanlık/Saldırganlık alt ölçeği (15 madde), 3.Kayıtsızlık/İhmal alt ölçeği (15 madde), 4.Ayrışmamış Red alt ölçeği (10 madde). EKRÖ’de bu dört alt ölçeğe ait puanların toplanması ile elde edilen "EKRÖ toplam puanı", bireyin anne veya babası ile ilişkisinde ne kadar kabul-red algıladığının genel bir ölçümünü vermektedir. EKRÖ’de yer alan maddeler “hemen hemen her zaman doğru” (4 puan), “bazen doğru” (3 puan), “nadiren doğru” (2 puan), “hiç bir zaman doğru değil” (1 puan) biçiminde dördü bir Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. Dolayısıyla, EKRÖ’den elde edilecek toplam puan 60 ile 240 arasında değişmekte; 60 puan en yüksek düzeyde kabul algısını gösterirken, 240 puan en yüksek düzeyde red algısını göstermektedir. EKRÖ’nün “Çocuk EKRÖ” ve “Yetişkin EKRÖ” olmak üzere iki ayrı formu vardır. Çocuk EKRÖ, 9-17 yaşlar arasındaki çocukların anne-babalarıyla ilişkilerinde algıladıkları kabul-reddi, Yetişkin EKRÖ ise 17 yaş üstündeki bireylerin çocukluklarında algılamış oldukları ebeveyn kabul-reddini değerlendirmektedir. Her iki formda aynı maddeler yer almakta, ancak maddeler zaman kipi açısından farklılaşmaktadır (Varan 2009).

EKRÖ, anne ve baba için ayrı ayrı doldurulmaktadır. Baba ile ilişkide algılanmış olan kabul-reddin değerlendirildiği “EKRÖ: Baba”, anne ile ilişkide algılanmış olan kabul-reddin değerlendirildiği EKRÖ ise, "EKRÖ: Anne" olarak adlandırılmaktadır.

Rohner, 1987 yılında ölçeğe algılanan kabul-reddin yanı sıra algılanan “ebeveyn kontrolü”nü de ikinci bir boyut olarak ilave etmiştir. On üç maddeden oluşan Kontrol alt ölçeğinin eklenmesiyle birlikte Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği (EKRÖ), “Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol Ölçeği” (EKRÖ/K) olarak adlandırılmıştır. Kontrol alt ölçeği çocuğun ebeveyninin kontrolüne yönelik algılarını ölçme amacıyla geliştirilmiştir. Rohner, “kontrol boyutunu”, bir ucunda düşük ebeveyn kontrolü (“izin vericilik” - örneğin “Canım ne isterse yapmama izin verir”), diğer ucunda ise katı ebeveyn kontrolü (“kısıtlayıcılık” – örneğin, “Yaptığım her şeyi kontrol etmek ister”) olan bir uzantıda kavramsallaştırılmıştır. Kontrol alt ölçeği EKRÖ’den ayrı olarak değerlendirilmektedir. Bu alt ölçekten alınabilecek puanlar 13 ile 52 puan arasında değişmektedir. 13-26 arası puanlar “düşük kontrol”, 27-39 arası puanlar “ılımlı kontrol”, 40-45 arası puanlar “sıkı kontrol” ve 46-52 arası puanlar ise “katı

kontrol” olarak değerlendirilmektedir. Kontrol alt ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Rohner ve Brothers (1999) tarafından yapılmıştır (Varan 2009).

EKRÖ Ölçeği 30’dan fazla dile çevrilmiş ve yaklaşık 60 ülkede 400’den fazla çalışmada kullanılmıştır.

Çocuk EKRÖ/K’nin ülkemizdeki güvenilirlik ve geçerlik çalışması Varan tarafından hem “normal” hem de “klinik” örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir (2003). Yaşları 9 ile 18 arasında değişen yaklaşık 1700 kız ve erkek denekle yapılan çalışmada Çocuk/Ergen EKRÖ’nün hem Anne hem de Baba formlarına ait alt ölçeklerin Cronbach Alpha iç-tutarlık katsayıları .82 ile .96 arasında değişmiştir. Her iki form içinde toplam iç-tutarlık katsayısı .96 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğe sonradan eklenen Kontrol alt ölçeğinin iç tutarlık katsayısı Anne Formu için .74, Baba Formu için .73 olarak hesaplanmıştır (Varan 2009). Formun bir kopyası Ek-2’de sunulmuştur.

3.2.8 Çocuk İstismarı Potansiyeli Envanteri (ÇİPE)

Ölçek, özellikle fiziksel istismar potansiyeli olan bireyleri taramak ve belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Milner, 1986). Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Öner ve Sucuoğlu tarafından 1994 yılında yapılmıştır.

“Katılıyorum” ve “Katılmıyorum” şeklinde cevaplanan 160 sorudan oluşmaktadır. 3 grupta toplanan 10 ölçekten oluşmaktadır;

- 1- Temel klinik ölçek 77 maddelik “İstismar Ölçeği”dir. 6 alt ölçeği vardır. Sınır istismar puanı 215 olarak kabul edilmektedir. Ama 166’nın üstü tehlikeli olarak kabul edilmektedir.
- 2- Geçerlilik ölçeklerinin 3 alt ölçeği bulunmaktadır. Yalan ölçeği, Tesadüfi cevap ölçeği, Tutarsızlık ölçeği. Bu ölçeklerden her biri için belirlenmiş sınır puanlar bulunmaktadır. Sınır puanlar Yalan ölçeği için 7, Tesadüfi cevap ölçeği için 6, tutarsızlık ölçeği için 6 olarak kabul edilmektedir.
- 3- Bozuk Tepkisi Endeksi: geçerlilik ölçeklerinin farklı birlikteliklerinden oluşan bu endekste, Kendini iyi gösterme, Kendini kötü gösterme, Tesadüflük endeksi alt alanları bulunmaktadır. Yalan ölçeği puanının ≤ 7 , tesadüfi cevap ölçeği puanının ≤ 5 olması durumunda kendini iyi gösterme (faking good)

endeksi, tesadüfi cevap puanının ≥ 6 , tutarsızlık ölçeği puanının ≤ 5 olması durumunda kendini kötü gösterme(faking bad)endeksi, tesadüfi cevap puanının ≥ 5 ve tutarsızlık puanının ≥ 6 olması durumunda ise tesadüflük endeksi oluşmaktadır.

Kendini iyi gösterme endeksi, envanteri dolduran bireyin kendisini olduğundan daha olumlu tanıttığını gösterir. Bu endeks sonucu her zaman toplam istismar puanı ile yorumlanmakta, istismar puanı 215'ten düşük, kendini iyi gösterme endeksi yüksekse, istismar puanının birey kendini daha olumlu gösterdiği için düşük olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Kendini kötü gösterme endeksi, envanteri dolduran kişinin kendisini olduğundan daha olumsuz gösterdiğini ifade etmektedir. Bu endeks sonucu da istismar puanı ile birlikte yorumlanmakta ve istismar puanının düşük, kendini kötü göstermenin yüksek olduğu durumlarda sonuç genellikle sadece sınıflandırma amacıyla kullanılmaktadır. Ancak istismar puanı yüksek, kendini kötü gösterme de yüksek ise bu birey için istismar puanı yorumlanmamakta, bireyin yüksek istismar puanının nedeninin kendini olumsuz göstermesi olduğu kabul edilmektedir.

Tesadüfi tepki endeksinin yüksek olması durumunda ise sonuç değerlendirmeye alınmamaktadır. Çünkü elde edilen istismar puanının bireyin envanteri rastgele doldurmasına bağlı olduğu kabul edilmektedir. Envanteri rastgele doldurmanın istismar puanını arttırdığı gözlenmiştir. Envanteri dolduran bireyin bir ya da daha fazla geçerlilik ölçeğinden aldığı puanların sınır puanların üzerinde çıkması durumunda bozuk tepki endeksi hesaplanmaktadır.

Orijinal ölçeğin güvenirlik katsayısı istismar ölçeği için 0.95dir, alt ölçeklerin güvenirlik katsayıları ise 0.54 ile 0.95 arasında değişmektedir. Envanterin Türkçe formunun istismar ölçeği için güvenirlik katsayısı KR-20 ile 0.89, yarıya bölme tekniği ile ise 0.90 bulunmuştur (Öner 1994). Formun bir kopyası Ek-3'de sunulmuştur.

3.2.9 Duygusal İstismar Farkındalık Ölçeği (DİFÖ)

2010 yılında Uslu ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 26 küçük hikayeden oluşmaktadır. Her bir hikayede belirtilen ana-baba davranışının çocuğun ruhsal gelişimi açısından uygun olup olmadığını katılımcının derecelendirmesi istenmektedir. 4'lü Likert tipi bir ölçektir. 1 “kesinlikle uygun değil” 4 “kesinlikle uygun” anlamını ifade etmektedir. 26 küçük hikayenin 21'i çeşitli istismar yaşantılarını ifade ederken, 5 küçük hikaye yapıcı ve olumlu ebeveyn tutumunu göstermektedir. Bu 5 madde ölçeğin değerlendirilmesi aşamasında puanlamaya dahil edilmemektedir. 4 alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar; 1.Uygunsuz beklentiler, 2.Duyarsızlık, 3.Korkutma, 4.Red/izolasyon alt ölçekleridir (Uslu, 2010).

Ölçekten alınan puan arttıkça duygusal istismarı fark edebilme azalmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.70 olarak ölçülmüştür. Formun bir kopyası Ek-4'da sunulmuştur.

3.3 İşlem

Dikkatsizlik, aşırı hareketlilik, ders başarısızlığı gibi şikayetlerle ilk kez psikiyatrik başvuruda bulunmuş olan çocuklar araştırmacı tarafından değerlendirilmiş ve DEHB ve ÖÖG tanısı düşünülen çocuklara “Yenilenmiş Connors Ebeveyn ve Öğretmen Derecelendirme Ölçekleri” verilmiş ve ayrı bir görüşmede uzman psikologlar tarafında WCZÖ-Y ve ÖÖG bataryası uygulanmıştır. Çalışmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan çocuklar ve ailelerine araştırma ile ilgili bilgi verilerek bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm çocuklara araştırmacı tarafından ikinci görüşmede Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY) uygulanmıştır.

Klinik ölçeklerden “Çocuk EKRÖ/K” çocuk tarafından anne ve baba için ayrı ayrı doldurulmuştur. Anne ve babalara , “Demografik Veri Formu”, “Çocuk İstismarı Potansiyeli Envanteri” ve “Duygusal İstismar Farkındalık Ölçeği” verilmiştir.

Araştırma verileri ikisi araştırmacı, biri klinik psikologlar tarafından yapılan toplam üç görüşmede toplanmıştır.

3.4 İstatistiksel Yöntem

Bu araştırmanın tüm istatistiksel analizleri SPSS 13.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılarak yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik olarak veriler normal dağılımda olmadığı için nonparametrik testler, değişkenler arasındaki ilişki düzeyinin belirlenmesi için ise Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

4. BULGULAR

4.1 Demografik Özellikler

Çalışmaya 8-12 yaş aralığında toplam 93 çocuk dahil edildi. DEHB grubunda 23'ü erkek (%71.9) ve 9'u kız (%28.1) toplam 32 çocuk, DEHB ve ÖÖG birlikteliği olan grupta 23'ü erkek (%76.7) ve 7'si kız (%23.3) toplam 30 çocuk ve kontrol grubunda 18'i erkek (%58.1) ve 13'ü kız (%41.9) olmak üzere toplam 31 çocuk bulunmaktaydı. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktaydı ($p=0.263$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Gruplar açısından cinsiyet dağılımı.

	Erkek n (%)	Kız n (%)	Toplam N
DEHB	23 (%71.9)	9 (%28.1)	32
DEHB+ÖÖG	23 (%76.7)	7 (%23.3)	30
KONTROL	18 (58.1)	13 (41.9)	31

Pearson Ki-kare: $p=0.263$

Çalışmayan katılan çocukların gruplara göre yaş ortalaması incelendiğinde çocukların yaş ortalaması DEHB grubunda 9.71, DEHB+ÖÖG grubunda 9.00 ve kontrol grubunda 9.50 olarak bulundu. DEHB grubunun yaş ortalaması ve kontrol grubunun yaş ortalamasının birbirine benzer, DEHB ve ÖÖG grubunun yaş ortalaması diğer iki gruptan küçük olsa da bulgular istatistiksel olarak farklılık oluşturmayacak düzeydeydi. Tablo 4.2'de çalışmaya katılan çocukların yaş ortalamaları ve yaş dağılım aralığı görülmektedir.

Tablo 4.2. Grupların yaş ortalamaları

	N	Dağılım aralığı	Ortalama	S.S
DEHB	32	8-12	9.71	1.37
DEHB+ÖÖG	30	8-12	9.00	1.17
KONTROL	31	8-12	9.50	1.54

Kruskal-Wallis Test: $p = 0.052$

Çalışmaya katılan çocukların sınıf düzeyine ilişkin verilere bakıldığında kontrol grubu ve DEHB grubunun birbirine benzer sınıf düzeylerinde olduğu (median=4.00), DEHB ve ÖÖG grubunun ise daha düşük sınıf düzeyinde eğitim gördükleri görüldü. Yapılan Kruskal Wallis testinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu anlaşıldı ($p=0.038$) (Tablo 4.3)

Tablo 4.3. Grupların sınıf düzeyine göre karşılaştırılması

	Median	Minimum	Maximum
DEHB	4.00	2.sınıf	7.sınıf
DEHB+ÖÖG	3.00	2.sınıf	6.sınıf
KONTROL	4.00	2.sınıf	7.sınıf

Kruskal Wallis Testi: $p=0.038$

Gruplar çocukların kardeş sayılarına göre karşılaştırıldığında çocukların ortalama bir kardeşi olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Grupların kardeş sayısına göre karşılaştırılması

	Median	Minimum	Maximum
DEHB	1	0	2
DEHB+ÖÖG	1	0	3
KONTROL	1	0	4

Kruskal Wallis Test: $p=0.283$

Çalışmaya katılan çocukların annelerinin yaşları incelendiğinde DEHB grubundaki annelerin 24-46 yaş aralığında olduğu ve ortalamasının 34.53 yıl olduğu, DEHB+ÖÖG grubundaki annelerin yaş aralığının 26-47 yaş ve ortalamasının 32.83 yıl olduğu, kontrol grubunda bulunan annelerin yaş aralığının 29-48 yaş ve ortalamasının 36.83 yıl olduğu görülmüştür. Grupların Kruskal Wallis testi ile yapılan karşılaştırmasında anne yaşı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farkın kontrol grubundan kaynaklı olduğu görülmüştür ($p=0.004$) (Tablo 4.5).

Babaların yaş ortalaması da annelerin yaş ortalamasına benzer şekilde kontrol grubunda daha yüksekti. DEHB grubunda yaş ortalaması 38 yaş (dağılım aralığı 28-50 yaş), DEHB+ÖÖG grubunda 36.83 yaş (dağılım aralığı 29-50 yaş) ve kontrol grubunda 40.51 yaş (dağılım aralığı 32-56 yaş) olduğu görülmüştür. Gruplar Kruskal Wallis Testi ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p=0.012$) (Tablo 4.5)

Tablo 4.5. Grupların anne, baba yaşına göre karşılaştırılması

	Anne yaş (yıl)			Baba yaş (yıl)		
	Dağılım aralığı	Ortalama	S.S	Dağılım aralığı	Ortalama	S.S
DEHB	24yaş-46yaş	34.53	5.89	28yaş-50yaş	38	5.44
DEHB+ÖÖG	26yaş-47yaş	32.83	5.27	29yaş-50yaş	36.83	5.07
KONTROL	29yaş-48yaş	36.83	4.34	32yaş-56yaş	40.51	5.12

Kruskal Wallis Testi: Anne yaş $p= 0.004$, Baba yaş $p= 0.012$

Annelerin eğitim durumuna ilişkin veriler değerlendirildiğinde DEHB grubunda annelerin 8'inin ilkokul mezunu, 8'inin ortaokul mezunu, 8'inin lise mezunu ve 8'inin yüksek okul veya üniversite mezunu olduğu, DEHB+ÖÖG grubundaki annelerin 12'sinin ilkokul mezunu, 4'ünün ortaokul mezunu, 10'unun lise mezunu ve 4'ünün yüksek okul veya üniversite mezunu olduğu, kontrol grubundaki annelerin 7'sinin ilkokul mezunu, 3'ünün ortaokul mezunu 13'ünün lise mezunu ve 8'inin yüksek okul veya üniversite mezunu olduğu görüldü. Grupların Kruskal Wallis testi ile yapılan karşılaştırılması sonrasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (p=0.210).

Babaların eğitim durumuna bakıldığında, DEHB grubundaki babaların 4'ünün ilkokul mezunu, 9'unun ortaokul mezunu, 9'unun lise mezunu ve 10'unun yüksek okul veya üniversite mezunu olduğu, DEHB+ÖÖG grubundaki babaların 5'inin ilkokul mezunu, 5'inin ortaokul mezunu, 13'ünün lise mezunu ve 7'sinin yüksek okul veya üniversite mezunu olduğu, kontrol grubundaki babaların ise 4'ünün ilkokul mezunu, 3'ünün ortaokul mezunu, 14'ünün lise mezunu ve 10'unun yüksek okul veya üniversite mezunu olduğu görüldü. Gruplar baba eğitim düzeyi açısından Kruskal Wallis testi ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi (p=0.602) (Tablo 4.6)

Tablo 4.6. Grupların anne baba eğitim durumuna göre karşılaştırılması

	DEHB		DEHB+ÖÖG		Kontrol	
	Anne	Baba	Anne	Baba	Anne	Baba
İlkokul(n)	8	4	12	5	7	4
Ortaokul(n)	8	9	4	5	3	3
Lise(n)	8	9	10	13	13	14
Y.Okul- Üniversite(n)	8	10	4	7	8	10

Kruskal Wallis Testi: Anne Eğitim Düzeyi p= 0.210; Baba Eğitim Düzeyi p= 0.602

Çalışmaya katılan çocukların anne ve babalarının çalışma oranlarına bakıldığında, DEHB grubundaki annelerin %34'ünün çalıştığı %65'inin çalışmadığı, DEHB+ÖÖG grubundaki annelerin %36.7'sinin çalıştığı, %63.3'ünün çalışmadığı, kontrol grubundaki annelerin ise %58.1'inin çalıştığı, %41.9'unun çalıştığı görülmüştür. Pearson Ki-Kare testi ile yapılan gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı anlaşılmıştır (p=0.115) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Grupların anne, baba çalışma durumuna göre karşılaştırılması

	DEHB		DEHB+ÖÖG		Kontrol	
	Anne n(%)	Baba n(%)	Anne n(%)	Baba n(%)	Anne n(%)	Baba n(%)
Çalışıyor	11(34.4)	32(100)	11(36.7)	30(100)	18(58.1)	31(100)
Çalışmıyor	21(65.6)	0(0)	19(63.3)	0(0)	13(41.9)	0(0)

Pearson Ki-kare Anne çalışma durumu p=0.115

Ailenin aylık geliri demografik veri formunda 0-500 TL(1) ile 2000TL ve üstü (5) şeklinde sorgulanmıştır. Çalışmaya katılan ailelerinin hiçbirinin 0-500 TL aralığında geliri olmadığı görülmüştür. DEHB grubundaki ailelerin %28.1'inin 500-1000 TL, %31.3'ünün 100-1500 TL, %18.8'inin 1500-2000 TL, % 21.9'unun da 2000 TL ve üstü gelire, DEHB+ÖÖG grubundaki ailelerin %26.7'sinin 500-1000 TL, %33.3'ünün 1000-1500 TL, %16.7'sinin 1500-2000 TL, %23.3'ünün 2000 TL ve üstü gelire, kontrol grubunun %19.4'ünün 500-1000 TL, %16.1'inin 1000-1500 TL, %22.6'sinin 1500-2000 TL, %41.9'unun ise 2000 TL ve üstü gelire sahip olduğu görüldü. Kruskal Wallis Testi ile yapılan karşılaştırmada gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü (p=0.134).

Tablo 4.8. Grupların ailenin aylık gelirine göre karşılaştırılması

	DEHB n(%)	DEHB+ÖÖG n(%)	Kontrol n(%)
500-1000 TL	9 (%28.1)	8 (%26.7)	6 (%19.4)
1000-1500 TL	10 (%31.3)	10 (%33.3)	5 (%16.1)
1500-2000 TL	6 (%18.8)	5 (%16.7)	7 (%22.6)
2000 TL ve üstü	7 (%21.9)	7 (%23.3)	13 (%41.9)

KruskalWallis Testi: $p = 0.134$

Annelerin geçmiş psikiyatrik hastalık öykülerine bakıldığında, DEHB grubundaki 8 annenin, DEHB+ÖÖG grubundaki 8 annenin ve kontrol grubundaki 2 annenin geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu ve gruplar arası yapılan karşılaştırmada gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı görüldü ($p=0.083$). DEHB grubundaki annelerin 3'ünün, DEHB+ÖÖG grubundaki annelerin 6'sının şu anda bir psikiyatrik tedavi aldığı, kontrol grubundaki hiçbir annenin ise psikiyatrik tedavi almadığı tespit edildi. Gruplar arası Pearson Ki-Kare testi ile yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi ($p=0.030$).

Babaların hem geçmiş hem de şimdiki psikiyatrik tedavi açısından gruplara arası karşılaştırılmasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ($p=0.373$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Anne -Babaların geçmiş ve şimdiki psikiyatrik bozukluk dağılımı

	Geçmiş psikiyatrik bozukluk öyküsü		Şimdiki psikiyatrik bozukluk	
	Anne	Baba	Anne	Baba
DEHB (n)	8	2	3	2
DEHB+ÖÖG (n)	8	1	6	1
KONTROL (n)	2	0	0	0

Anne geçmiş psikiyatrik bozukluk Pearson Ki-Kare: $p=0.083$, Anne şimdiki psikiyatrik bozukluk Pearson Ki-Kare: $p=0.030$, Baba geçmiş psikiyatrik bozukluk Pearson Ki-Kare: $p= 0.373$, Baba şimdiki psikiyatrik bozukluk Pearson Ki-Kare: $p=0.373$

Çalışmaya katılan DEHB ve DEHB+ÖÖG tanılı çocukların DEHB alt tipleri açısından değerlendirilmesinde DEHB grubundaki 18 çocuğu bileşik tip, 14 çocuğu ise dikkatsizliğin önde gittiği alttip olduğu görüldü. DEHB+ÖÖG grubunda ise 20 çocuk birleşik tip, 10 çocuk dikkatsizliğin önde gittiği DEHB tanısı aldı. Mann-Whitney U testine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ($p=0.404$). (Tablo 4.10)

Tablo 4.10. DEHB alt tiplerinin dağılımı

Alt tip	DEHB n(%)	DEHB+ÖÖG n(%)
Bileşik	18 (56.3)	20 (66.7)
Dikkatsizlik	14 (43.8)	10 (33.3)

Mann-Whitney U Testi: $p=0.404$

DEHB ve DEHB+ÖÖG gruplarının ek tanı dağılımına bakıldığında DEHB grubundaki hastaların %46.9'unda herhangi bir ek tanı bulunmazken, %53.1'inde bir veya birden fazla ek tanı bulunmaktadır. DEHB grubundaki 7 çocukta KOKGB, 2 çocukta davranım bozukluğu, 4 çocukta KOKGB ve davranım bozukluğu birlikte, 1 çocukta KOKGB ve anksiyete bozukluğu, 2 çocukta enürezis nokturna ve 1 çocukta anksiyete bozukluğu bulunmaktadır. DEHB+ÖÖG grubundaki çocukların %60'ında herhangi bir ek tanı bulunmamış, %40'ında ise bir ya da birden fazla ek tanının mevcut olduğu görülmüştür. Ek tanıları arasında 2 çocukta davranım bozukluğu, 2 çocukta anksiyete bozukluğu ve enürezis nokturna birlikte, 2 çocukta KOKGB ve anksiyete bozukluğu, 1 çocukta KOKGB ve konuşma bozukluğu, 4 çocukta enürezis nokturna ve 1 çocukta anksiyete bozukluğu ek tanıları mevcuttur (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. DEHB grubu ek tanı dağılımı

	N	%
KOKGB	7	% 21.9
Davranım B.	2	% 6.3
E.nokturna	2	% 6.3
Anksiyete B.	1	% 3.1
KOKGB+Davranım B.	4	% 12.5
KOKGB+Anksiyete B.	1	% 3.1
Ek tanı yok	15	% 46.9

Tablo 4.12. DEHB+ÖÖG Ek tanı dağılımı

	n	%
Davranım B.	2	%6.7
E.nokturna	4	%13.3
Anksiyete B.	1	%3.3
KOKGB+Anksiyete B.	2	%6.7
KOKGB+Konuşma B.	1	%3.3
AnksiyeteB+E.Nokturna	2	%6.7
Ek tanı yok	18	%60

DEHB ve DEHB+ÖÖG gruplarındaki çocukların WÇZÖ-Y puanları değerlendirildiğinde, DEHB grubundaki çocukların ortalama Sözel puanı 96.84 (S.S: 12.99) , performans puanı 105.09 (S.S: 12.97), toplam puanı ise 100.71 (S.S: 11.99) olarak ölçülmüştür.

DEHB ve ÖÖG birlikteliğinin olduğu grupta ise sözel puan 90.66 (S.S: 10.54) ,performans puanı 106.43 (S.S:11.75), ve toplam puanı 98.30 (S.S: 9.57) olarak ölçülmüştür. Gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark sadece WÇZÖ-Y sözel puanı için mevcuttur (p=0.048). WÇZÖ-Y performans ve toplam puanı için çıkan sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05) (Tablo 4.13)

Tablo 4.13. DEHB ve DEHB+ÖÖG grubunun WÇZÖ-Y puanlarının dağılımı

TANI		WÇZÖ-Y Sözel	WÇZÖ-Y Performans	WÇZÖ-Y Toplam
DEHB	Ortalama	96.84	105.09	100.71
	N	32	32	32
	S.S	12.99	12.97	11.99
	Minimum	77.00	82.00	85.00
	Maksimum	132.00	128.00	128.00
	Ortanca	94.00	104.00	99.00
DEHB+ÖÖG	Ortalama	90.66	106.43	98.30
	N	30	30	30
	S.S	10.54	11.75	9.57
	Minimum	74.00	86.00	85.00
	Maksimum	114.00	136.00	118.00
	Ortanca	88.00	104.50	96.00

Mann Whitney U Testi: WÇZÖ Sözel p= 0.048; Performans p= 0.762; Toplam p=0.446

4.2 Klinik Ölçek Puanları ile Demografik Faktörler Arası İlişki Analizleri

Çalışmamızda kullanılan klinik ölçekler ile demografik faktörler arasındaki ilişki istatistiksel yöntemlerle araştırıldı. Anne Duygusal İstismar Farkındalık Ölçeği (DİFÖ) puanları ile çalışmaya katılan çocukların cinsiyetleri arasındaki ilişkiye bakıldığında anne DİFÖ toplam puanı ve tüm alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı sayılabilecek bir ilişki olmadığı görüldü (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Anne DİFÖ puanları ile çocuğun cinsiyeti arasındaki ilişki

CİNSİYET		DİFÖ-UB	DİFÖ-D	DİFÖ-K	DİFÖ-R	DİFÖ-T
Erkek	Ortalama	19.39	7.07	9.75	5.10	41.32
	N	64	64	64	64	64
	S.S	3.43	1.80	2.10	1.53	6.52
	Minimum	19.50	7.00	10.00	5.00	42.00
	Maksimum	11.00	5.00	5.00	3.00	26.00
	Ortanca	27.00	16.00	15.00	10.00	57.00
Kız	Ortalama	19.17	6.96	9.96	4.58	40.68
	N	29	29	29	29	29
	S.S	2.61	1.59	2.06	1.26	5.41
	Minimum	19.00	7.00	10.00	4.00	40.00
	Maksimum	14.00	5.00	5.00	3.00	30.00
	Ortanca	25.00	11.00	14.00	7.00	49.00
Mann Whitney U Testi p		0.683	0.758	0.546	0.153	0.595

DİFÖ-UB: Duygusal İstismar Farkındalık Ölçeği-Uygunsuz beklentiler, D-Duyarsızlık, K-Korkutma, R-Red/izolasyon, T-Toplam

Baba DİFÖ puanları ile cinsiyetler arasında annelerde olduğu gibi toplam puan ve tüm alt ölçekler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ($p>0.05$). Hem anne, hem baba DİFÖ puanlarının değerlendirilmesi için Mann-Whitney U testi kullanıldı (Tablo 4.15).

Anne Çocuk İstismarı Potansiyeli Envanteri (ÇİPE) puanları ve cinsiyetler arası ilişki incelendiğinde sadece stres alt ölçeğinde cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve bu farkın kızların stres puanının erkeklerle göre daha yüksek olmasından kaynaklı olduğu görüldü (Tablo 4.16).

Tablo 4.15. Baba DİFÖ puanları ile çocuğun cinsiyeti arasındaki ilişki

CİNSİYET		DİFÖ-UB	DİFÖ-D	DİFÖ-K	DİFÖ-R	DİFÖ-T
Erkek	Ortalama	19.54	7.56	10.07	5.29	42.48
	N	64	64	64	64	64
	S.S	3.59	1.85	2.37	1.39	6.82
	Minimum	19.50	7.00	10.00	5.00	43.00
	Maksimum	11.00	5.00	5.00	3.00	27.00
	Ortanca	27.00	13.00	16.00	8.00	58.00
Kız	Ortalama	19.44	7.58	10.24	4.72	42.00
	N	29	29	29	29	29
	S.S	3.75	1.32	2.92	1.27	6.63
	Minimum	19.00	7.00	10.00	5.00	43.00
	Maksimum	13.00	5.00	5.00	3.00	30.00
	Ortanca	28.00	10.00	20.00	7.00	60.00
Mann Whitney U Testi		.729	.643	.960	.084	.696

Tablo 4.16. Anne ÇİPE puanları ile çocuğun cinsiyeti arasındaki ilişki

CİNSİYET		İstismar	Stres	Katılık
Erkek	Ortalama	139.11	72.74	22.69
	N	59	59	59
	S.S	84.47	61.37	15.20
	Minimum	30.00	5.00	.00
	Maksimum	409.00	261.00	58.00
	Ortanca	120.00	57.00	19.00
Kız	Ortalama	176.72	100.52	25.00
	N	25	25	25
	S.S	88.64	66.92	14.39
	Minimum	35.00	9.00	3.00
	Maksimum	349.00	228.00	50.00
	Ortanca	174.00	94.00	24.00
Mann Whitney U Testi		.053	.047 (*)	.460

P<0.05

Baba ÇİPE Puanları ile çalışmaya katılan çocukların cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık olmadığı görüldü (Tablo 4.17)

Tablo 4.17. Baba ÇİPE puanları ile Cinsiyet İlişkisi

CİNSİYET		İstismar	Stres	Katılık
Erkek	Ortalama	144.98	72.93	26.61
	N	59	59	59
	S.S	74.82	60.14	15.96
	Minimum	37.00	3.00	1.00
	Maksimum	334.00	241.00	62.00
	Ortanca	129.00	50.00	24.00
Kız	Ortalama	156.84	77.96	27.19
	N	26	26	26
	S.S	87.46	67.51	14.23
	Minimum	56.00	.00	.00
	Maksimum	367.00	240.00	58.00
	Ortanca	142.50	74.00	27.00
Mann Whitney U Testi		.713	.939	.703

Çocuk EKRÖ/K anne ve baba puanları incelendiğinde cinsiyetler arası istatistiksel bir farklılık olmadığı tüm analizlerde p değerinin 0.05'den büyük bir değer aldığı görüldü (Tablo 4.18; 4.19).

Tablo 4.18. EKRÖ Anne Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

CİNSİYET		A.Sıcak	A.Saldır	A.İhmal	A.Ayrış	AKontrol	A. Toplam
Erkek	Ortalama	32.06	47.81	51.00	31.79	24.68	198.65
	N	64	64	64	64	64	64
	S.S	11.42	9.80	7.48	7.56	5.20	32.54
	Minimum	20.00	25.00	33.00	14.00	13.00	113.00
	Maksimum	59.00	60.00	59.00	40.00	39.00	239.00
	Ortanca	29.00	51.50	53.50	34.00	25.00	211.00
Kız	Ortalama	30.82	48.51	50.27	32.37	26.03	200.55
	N	29	29	29	29	29	29
	S.S	10.47	11.39	7.51	7.23	4.49	33.10
	Minimum	20.00	18.00	30.00	14.00	18.00	113.00
	Maksimum	59.00	60.00	60.00	40.00	37.00	240.00
	Ortanca	27.00	53.00	52.00	34.00	27.00	212.00
Mann Whitney U Testi		0.781	0.553	0.520	0.835	0.289	0.823

Tablo 4.19. EKRÖ Baba Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

CİNSİYET		B.Sıcak	B.Saldır	B.İhmal	B.Ayrış.	B.Kontrol	B.Toplam
Erkek	Ortalama	34.60	48.21	48.65	32.73	25.53	195.10
	N	64	64	64	64	64	64
	S.S	12.69	12.27	9.38	7.06	5.43	38.34
	Minimum	20.00	18.00	29.00	16.00	14.00	111.00
	Maksimum	69.00	60.00	60.00	40.00	37.00	240.00
	Ortanca	30.50	52.50	51.50	35.50	26.00	204.00
Kız	Ortalama	34.62	51.31	48.96	34.82	27.37	200.48
	N	29	29	29	29	29	29
	S.S	10.08	9.33	8.30	5.80	4.82	30.11
	Minimum	20.00	25.00	33.00	14.00	19.00	113.00
	Maksimum	59.00	60.00	60.00	40.00	40.00	240.00
	Ortanca	32.00	56.00	50.00	37.00	27.00	210.00
Mann Whitney U testi		0.542	0.273	0.944	0.382	0.314	0.891

Tablo 4.20. ÇİPE Anne Puanları ile Anne Yaş ve Eğitim Düzeyi Arasındaki Korelasyonlar

		ÇİPE İstismar Puanı	ÇİPE Stres Puanı	ÇİPE Katılık Puanı
Anne yaş	Korelasyon K.	-.075	-.013	-.168
	Sig.	.497	.909	.126
	N	84	84	84
Anne eğitim düzeyi	Korelasyon K.	-.090	-.034	-.381(*)
	Sig.	.416	.762	.000
	N	84	84	84

* p< 0.01

ÇİPE anne puanları ile anne yaşı arasındaki ilişki Spearman Bağlantı analizleri ile incelendiğinde anne yaşı ile 3 alt ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ($p>0.05$). Anne eğitim düzeyine bakıldığında ise anne eğitimi ile anne ÇİPE katılık puanı arasında 0.01 düzeyinde istatistiksel bir anlamlılık olduğu, anne eğitimi ile anne ÇİPE katılık puanının negatif yönlü zayıf bir korelasyon gösterdiği görüldü (Tablo 4.20). Bu ilişki bize anne eğitimi arttıkça katılık puanının azaldığını ifade etmektedir. Baba ÇİPE puanları ve yaş ve eğitim durumu arasında ise tüm alt ölçekler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (Tablo 4.21)

Tablo 4.21. Baba ÇİPE Puanları ile Baba Yaş ve Eğitim Düzeyi Arasındaki Korelasyonlar

		ÇİPE İstismar Puanı	ÇİPE Stres Puanı	ÇİPE Katılık Puanı
Baba yaş	Korelasyon K.	.004	.040	-.174
	Sig.	.971	.713	.111
	N	85	85	85
Baba eğitim düzeyi	Korelasyon K.	-.112	-.127	-.133
	Sig.	.306	.245	.225
	N	85	85	85

Anne DİFÖ puanları ile anne yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak anne eğitim düzeyi ile DİFÖ puanları arasında DİFÖ/Korkutma alt ölçeği hariç anlamlı bir ilişki mevcuttur. Uygunsuz beklentiler, Duyarsızlık, Red alt ölçek puanları ve toplam puanlar ile anne eğitimi arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Anne eğitimi arttıkça ölçeklerden alınan puanlar azalmaktadır (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. DİFÖ Anne Puanları ile Anne yaşı ve Eğitim Düzeyi Arasındaki Korelasyonlar

		DİFÖ-U. Beklentiler	DİFÖ-Duyarsızlık	DİFÖ-Korkut.	DİFÖ-Red	DİFÖ-Toplam
Anne yaş	Korelasyon K.	-.118	-.124	-.102	-.114	-.154
	Sig.	.260	.238	.329	.276	.140
	N	93	93	93	93	93
Anne eğitim düzeyi	Korelasyon K.	-.301(*)	-.368(*)	-.079	-.330(*)	-.359(*)
	Sig.	.003	.000	.450	.001	.000
	N	93	93	93	93	93

* p<0.01

Baba yaşı ile DİFÖ puanları arasında, sadece red/izolasyon alt ölçeğinde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Aradaki ilişki negatif yönlü zayıf bir ilişkidir

($p=0.40$; $r=-0.213$). Baba yaşı arttıkça Red/izolasyon alt ölçeğinden alınan puan azalmaktadır. Diğer alt ölçekler ve toplam puanla baba yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Baba eğitimi düzeyi ile duyarsızlık, red/izolasyon alt ölçek puanları ve toplam puan ile negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. DİFÖ Baba Puanları ile Baba Yaşı ve Eğitim Düzeyi Arasındaki Korelasyonlar

		DİFÖ-U. Beklentiler	DİFÖ- Duyarsızlık	DİFÖ- Korkutma	DİFÖ- Red	DİFÖ- Toplam
Baba yaş	Korelasyon	-.140	-.053	-.155	-.213(*)	-.155
	K.					
	Sig.	.182	.615	.138	.040	.139
	N	93	93	93	93	93
Baba eğitim düzeyi	Korelasyon	-.174	-.245(*)	-.084	-.218(*)	-.240(*)
	K.					
	Sig.	.095	.018	.422	.036	.020
	N	93	93	93	93	93

* $p<0.05$

Anne EKRÖ/K ile anne yaşı arasındaki ilişkiye bakıldığında anne yaşı ile EKRÖ/K sıcaklık alt ölçeği arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki, Saldırganlık, İhmal, Ayrışmamış Red alt ölçekleri ve toplam puanlar arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Anne yaşı arttıkça Sıcaklık puanları azalmakta, Saldırganlık, İhmal ve Ayrışmamış Red ve toplam puanlar artmaktadır (Tablo 4.24).

Anne eğitim düzeyi ile hiçbir alt ölçek ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 4.24)

Tablo 4.24. Anne EKRÖ Puanları ile Anne yaşı ve Eğitim Düzeyi Arasındaki Korelasyonlar

Anne		Sıcaklık	Saldırganlık	İhmal	Ayrış.Red	Kontrol	Toplam
Yaş	Korelasyon	-.255(*)	.233(*)	.296(**)	.208(*)	.117	.295(**)
	Sig.	.014	.024	.004	.046	.263	.004
	N	93	93	93	93	93	93
Eğitim	Korelasyon	-.148	.148	.182	.164	.000	.173
	Sig.	.157	.157	.081	.116	.997	.098
	N	93	93	93	93	93	93

* p<0.05

** p<0.01

Baba EKRÖ/K Sıcaklık alt ölçeği ile baba yaşı arasında da annelere benzer şekilde negatif yönlü zayıf bir ilişki, ihmal alt ölçeği ve toplam puanlar ile de pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Baba yaşı arttıkça Sıcaklık alt ölçeğinden alınan puanlar azalmakta, İhmal alt ölçeğinden alınan puanlar ve toplam puanlar artmaktadır (Tablo 4.25).

Baba eğitim düzeyi ile EKRÖ/K alt ölçekleri ve toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir bulguya ulaşılmamıştır (Tablo 4.25).

Tablo 4.25. Baba EKRÖ puanları ile baba yaşı ve eğitim düzeyi arasındaki korelasyonlar

Baba		Sıcaklık	Saldırganlık	İhmal	Ayrış.Red	Kontrol	Toplam
Yaş	Korelasyon	-.210(*)	.178	.230(*)	.133	.051	.226(*)
	Sig.	.043	.089	.026	.203	.625	.029
	N	93	93	93	93	93	93
Eğitim	Korelasyon	-.101	.049	.096	.058	-.055	.115
	Sig.	.337	.643	.360	.581	.602	.271
	N	93	93	93	93	93	93

* p<0.05

Çalışmaya katılan annelerin çalışma durumuna göre ölçek sonuçları incelendiğinde ÇİPE, DİFE ve EKRÖ/K'nın hiçbir alt ölçeği ve toplam puanları ile annelerin çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmaya katılan tüm babalar çalıştığı için babaların çalışma durumu ile ilgili istatistiksel analiz yapılmamıştır.

Ailenin aylık geliri ile anne ölçek puanları arasındaki ilişkiye Spearman korelasyonu ile bakıldığında ÇİPE Katılık alt ölçeği ile negatif korelasyon gösterdiği ($r = -0.344$; $p=0.01$), DİFE Duyarsızlık alt ölçeği ile negatif korelasyon gösterdiği ($r = -0.251$; $p=0.015$) ve DİFE toplam puanı ile negatif korelasyon gösterdiği ($r = -0.213$; $p=0.40$) görülmüştür. DİFE ve ÇİPE'nin diğer alt ölçekleri ve EKRÖ/K ile bir korelasyon bulunmamıştır.

Aylık gelir ile babanın ölçek puanları arasındaki korelasyona bakıldığında, DİFE Uygunsuz Beklentiler alt ölçeği ile negatif korelasyon ($r = -0.248$; $p=0.17$), Duyarsızlık alt ölçeği ile negatif korelasyon ($r = -0.208$; $p=0.045$) ve toplam puan ile negatif korelasyon gösterdiği görülmüştür ($r = -0.274$; $p = 0.008$). EKRÖ/K ve ÇİPE ile ise bir korelasyon bulunmamıştır.

Gruplar arasında yapılan analizlerde istatistiksel olarak farklılık tespit edilen annelerin şimdiki psikiyatrik tedavisi ile ölçek puanları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve DİFE Uygunsuz Beklentiler, Korkutma alt ölçekleri ile DİFE toplam puanları arasında ve ÇİPE İstismar alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 4.26). EKRÖ/K'nın tüm alt ölçekleri ve toplam puanları ile, ÇİPE ve DİFE'nin diğer alt ölçekleriyle ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcut değildir.

Tablo 4.26. Annelerin Şimdiki Psikiyatrik Tedavi Hikayesi ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Anne şimdiki psikiyatrik tedavi		ÇİPE İstismar	DİFÖ Duyarsızlık	DİFÖ Korkutma	DİFÖ Toplam
Evet	Ortalama	208.44	8.11	11.00	44.44
	N	9	9	9	9
	S.S	93.17	1.45	1.11	4.50
	Minimum	103.00	5.00	9.00	37.00
	Maksimum	392.00	10.00	12.00	49.00
	Ortanca	195.00	8.00	11.00	46.00
Hayır	Ortalama	143.33	6.92	9.69	40.77
	N	75	84	84	84
	S.S	84.13	1.72	2.12	6.24
	Minimum	30.00	5.00	5.00	26.00
	Maksimum	409.00	16.00	15.00	57.00
	Ortanca	121.00	7.00	10.00	40.50

Mann Whitney U Testi: DİFÖ Duyarsızlık alt ölçeği $p=0.015$; Korkutma alt ölçeği $p= 0.033$; Toplam ölçek puanı $p= 0.044$; ÇİPE istismar alt ölçeği $p= 0.030$

4.3 Klinik Ölçek Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

4.3.1 ÇİPE Puanları ile Gruplar Arası Karşılaştırma Sonuçları

Çalışmaya katılan 93 annenin 9'unun ölçek sonuçları geçerlilik ölçeklerinden aldıkları puanlar doğrultusunda geçersiz kabul edilip değerlendirmeye dâhil edilmedi. Geçersiz ölçekler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ($p>0.05$). Araştırmaya katılan DEHB grubundaki anneleri 22'sinin, DEHB+ÖÖG grubundaki anneleri 20'sinin ve kontrol grubundaki anneleri 23'ünün kendini iyi gösterme endeksi yükselmiş olarak bulundu. Gruplar arasında kendini iyi gösterme endeksi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. Gruplar anne ÇİPE puanları açısından Kruskal Wallis testi ile karşılaştırıldı. DEHB grubunda olan annelerin ortalama istismar puanının 150.93, DEHB+ÖÖG grubunda olan annelerin ortalama istismar puanının 184.88 ve kontrol grubundaki annelerin ortalama istismar puanının 120.99 olduğu görüldü. İstismar puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık mevcuttu ($p=0.012$) (Tablo 4.27). Yapılan post hoc ikili değerlendirmelerde anne ÇİPE

İstismar puanlarının karşılaştırmasında DEHB+ÖÖG ve kontrol grubu arasında ($p=0.003$), DEHB ve kontrol grubu arasında ($p=0.036$) bir farklılık olduğu görüldü. ÇİPE “Stres alt ölçeği” puanlarına bakıldığında DEHB grubunun ortalama puanının 80.82, DEHB+ÖÖG grubunun 103.68 ve kontrol grubunun 62.30 olduğu görüldü. Gruplar arasında stres puanı açısından istatistiksel bir farklılık mevcuttu ($p=0.035$) (Tablo 4.27). Stres puanları açısından sadece DEHB+ ÖÖG ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak bir farklılık olduğu görüldü ($p=0.011$)

Tablo 4.27. Anne ÇİPE Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tanı		İstismar	Stres	Katılık
DEHB	Ortalama	150.93	80.82	23.72
	N	29	29	29
	S.S	83.29	57.83	14.85
	Minimum	33.00	6.00	3.00
	Maksimum	409.00	261.00	55.00
	Ortanca	135.00	68.00	19.00
DEHB+ÖÖG	Ortalama	184.88	103.68	24.60
	N	25	25	25
	S.S	91.88	70.96	13.87
	Minimum	48.00	5.00	4,00
	Maksimum	392.00	225.00	58.00
	Ortanca	165.00	95.00	22.00
KONTROL	Ortalama	120.90	62.30	22.03
	N	30	30	30
	S.S	77.58	59.20	16.17
	Minimum	30.00	5.00	.00
	Maksimum	349.00	228.00	53.00
	Ortanca	95.00	42.50	17.50
Kruskal Wallis Testi		0.012 (*)	0.035 (*)	0.741

* $p<0,05$

Çalışmaya katılan DEHB grubundaki babaların 23’ünün, DEHB+ ÖÖG ‘deki babaların 21’inin ve Kontrol grubundaki babaların 23’ünün “Kendini İyi Gösterme Endeksi” puanlarının yükselmiş olduğu görüldü. Gruplar arasında “Kendini İyi Gösterme Endeksi” açısından istatistiksel anlamlı bir farklılık yoktu ($p>0.05$).

Baba ÇİPE puanları ile gruplar arasında yapılan karşılaştırmalar sonucunda istatistiksel olarak anlamlı kabul edilecek bir sonuç bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.28)

Tablo 4.28. Baba ÇİPE Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tanı		İstismar	Stres	Katılık
DEHB	Ortalama	165.89	85.17	29.89
	N	28	28	28
	S.S	75.33	63.40	15.84
	Minimum	58.00	1.00	4.00
	Maksimum	334.00	241.00	62.00
	Ortanca	144.00	77.50	25.50
DEHB+ÖÖG	Ortalama	148.51	73.88	26.18
	N	27	27	27
	S.S	79.00	60.89	13.94
	Minimum	44.00	.00	4.00
	Maksimum	319.00	198.00	54.00
	Ortanca	126.00	58.00	25.00
KONTROL	Ortalama	132.56	65.00	24.43
	N	30	30	30
	S.S	80.28	62.53	16.16
	Minimum	37.00	2.00	.00
	Maksimum	36700	240.00	58.00
	Ortanca	99.50	46.50	23.50
Kruskal Wallis Testi		0.156	0.346	0.380

4.3.2 DİFÖ Puanları ile Gruplar Arası Karşılaştırma Sonuçları

Çalışmaya katılan annelerin DİFÖ puanları ile gruplar Kruskal Wallis Testi ile karşılaştırıldı. Bulgulara göre Duyarsızlık, Korkutma, Red/ İzolasyon alt ölçekleri ve toplam DİFÖ puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık mevcuttu ($p<0.05$) (Tablo 4. 29). DEHB+ÖÖG olan çocuklar kontrol grubundan da, DEHB grubundan da daha yüksek DİFÖ puanları almaktaydı. İkili analizlerde Duyarsızlık alt ölçeğinde, DEHB+ÖÖG grubu ve kontrol grubu arasında ($p=0.031$) ve DEHB grubu ile kontrol grubu arasında ($p=0.009$); Korkutma alt ölçeğinde DEHB+ÖÖG grubu ile kontrol grubu arasında; toplam puanlar açısından ise DEHB grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak farklılık olduğu görüldü ($p=0.014$).

Tablo 4.29. Anne DİFÖ Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tanı		U.B	Duyarsızlık	Korkutma	Red	Toplam
DEHB	Ortalama	19.03	6.90	10.09	4.75	40.78
	N	32	32	32	32	32
	S.S	3.23	1.44	2.33	1.36	6.60
	Minimum	12.00	5.00	5.00	3.00	26.00
	Maksimum	27.00	11.00	15.00	8.00	54.00
	Ortanca	19.00	7.00	10.00	4.50	39.50
DEHB+ÖÖG	Ortalama	20.00	7.80	10.53	5.60	43.93
	N	30	30	30	30	30
	S.S	3.09	2.15	1.63	1.24	5.35
	Minimum	14.00	5.00	7.00	4.00	31.00
	Maksimum	27.00	16.00	13.00	10.00	57.00
	Ortanca	20.50	8,00	10.50	5.50	45.00
KONTROL	Ortalama	18.96	6.45	8.83	4.51	38.77
	N	31	31	31	31	31
	S.S	3.21	1.26	1.86	1.58	5.52
	Minimum	11.00	5.00	5.00	3.00	28.00
	Maksimum	25.00	10.00	13.00	8.00	49.00
	Ortanca	19.00	6.00	9.00	4.00	37.00
Kruskal Wallis Testi		.347	.009	.004	.003	.003

U.B: Uygunsuz Beklentiler

Babaların DİFÖ puanları incelendiğinde annelerin sonuçlarına benzer şekilde Uygunsuz Beklentiler alt ölçeği hariç tüm alt ölçek puanları ve toplam puanlarda kontrol grubu ile hasta grupları arasında anlamlı bir farklılık mevcuttu ($p < 0.05$). Kontrol grubunun ölçeklerden aldığı puanlar DEHB grubu ve DEHB+ÖÖG grubuna göre daha düşüktü (Tablo 4.30). Grupların ikili karşılaştırmasında Duyarsızlık alt ölçeği için DEHB+ÖÖG grubu ile kontrol grubu arasında ($p = 0.002$); Korkutma alt ölçeğinde DEHB+ ÖÖG ve kontrol grubu arasında ($p = 0.001$) ve DEHB ile kontrol grubu arasında ($p = 0.022$); Red alt ölçeğinde DEHB+ÖÖG grubu ile kontrol grubu arasında ($p = 0.001$) ve DEHB ile DEHB+ÖÖG arasında ($p = 0.031$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcuttur.

Tablo 4.30. Baba DİFÖ Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tanı		U.B	Duyarsızlık	Korkutma	Red	Toplam
DEHB	Ortalama	20.12	8.12	10.56	5.28	44.09
	N	32	32	32	32	32
	S.S	3.79	2.01	2.71	1.25	7.54
	Minimum	11.00	5.00	7.00	3.00	27.00
	Maksimum	28.00	13.00	20.00	8.00	60.00
	Ortanca	21.00	8.00	11.00	5.00	44.50
DEHB+ÖÖG	Ortalama	19.56	7.70	10.60	5.20	43.06
	N	30	30	30	30	30
	S.S	3.71	1.46	2.35	1.27	5.80
	Minimum	11.00	5.00	5.00	3.00	27.00
	Maksimum	27.00	11.00	15.00	8.00	53.00
	Ortanca	19.00	8.00	11.00	5.00	43.00
KONTROL	Ortalama	18.83	6.87	9.22	4.87	39.80
	N	31	31	31	31	31
	S.S	3.35	1.31	2.37	1.60	6.09
	Minimum	13.00	5.00	5.00	3.00	29.00
	Maksimum	26.00	10.00	14.00	8.00	50.00
	Ortanca	18.00	7.00	9.00	5.00	39.00
Kruskal Wallis Testi		.303	.019	.043	.361	.036

U.B: Uygunsuz Beklentiler

4.3.3 EKRÖ/K Sonuçlarının Gruplar Arası Karşılaştırması

Çalışmaya katılan çocukların ebeveynleri tarafından kabul red algısına ilişkin değerlendirme puanlarının gruplar arası karşılaştırılması Kruskal Wallis testi ile yapıldı. Gerek anne, gerek babaların alt ölçekler ve toplam ölçek puanlarının karşılaştırıldığı analizlerde hem anne hem baba için alt ölçekler ve toplam puanların hiçbirisinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü (Tablo 4.31; 4.32)

Tablo 4.31. Anne EKRÖ/K Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tanı		Sıcak	Saldır.	İhmal	A.Red	Kontrol	Toplam
DEHB	Ortalama	30.25	48.90	51.93	32.62	25.28	203.21
	N	32	32	32	32	32	32
	S.S	9.78	8.02	6.52	6.38	5.21	27.70
	Minimum	20.00	30.00	36.00	16.00	16.00	133.00
	Maksimum	58.00	60.00	60.00	40.00	35.00	240.00
Ortanca	27.00	48.50	53.00	33.50	26.00	211.50	
DEHB+ÖÖG	Ortalama	32.30	48.40	50.96	32.13	25.03	199.20
	N	30	30	30	30	30	30
	S.S	9.54	9.47	6.76	6.46	5.23	26.42
	Minimum	22.00	19.00	37.00	14.00	13.00	142.00
	Maksimum	54.00	59.00	59.00	39.00	39.00	232.00
Ortanca	29.50	52.00	53.00	33.50	25.00	204.00	
KONTROL	Ortalama	32.54	46.77	49.38	31.16	25.00	195.19
	N	31	31	31	31	31	31
	S.S	13.68	12.95	8.88	9.24	4.72	41.79
	Minimum	20.00	18.00	30.00	14.00	18.00	113.00
	Maksimum	59.00	60.00	60.00	40.00	37.00	237.00
Ortanca	27.00	53.00	53.00	34.00	25.00	216.00	
Kruskal Wallis Testi		.461	.984	.628	.913	.965	.779

Tablo 4.32. Baba EKRÖ/K Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tanı		Sıcak	Saldır.	İhmal	A.Red	Kontrol	Toplam
DEHB	Ortalama	33.56	49.46	49.12	33.31	26.75	198.34
	N	32	32	32	32	32	32
	S.S	12.34	10.57	9.40	5.98	4.42	35.60
	Minimum	20.00	22.00	29.00	21.00	16.00	119.00
	Maksimum	62.00	60.00	60.00	40.00	34.00	240.00
Ortanca	30.00	54.00	53.00	34.50	27.00	211.00	
DEHB+ÖÖG	Ortalama	34.26	49.70	49.30	33.23	25.56	197.96
	N	30	30	30	30	30	30
	S.S	10.14	9.82	7.38	6.34	5.23	29.25
	Minimum	22.00	18.00	30.00	16.00	14.00	111.00
	Maksimum	69.00	60.00	60.00	40.00	34.00	236.00
Ortanca	33.50	52.50	48.50	36.00	25.50	202.00	
KONTROL	Ortalama	36.03	48.38	47.83	33.61	25.96	194.03
	N	31	31	31	31	31	31
	S.S	13.14	13.92	10.19	7.94	6.22	42.47
	Minimum	21.00	18.00	30.00	14.00	16.00	111.00
	Maksimum	62.00	60.00	60.00	40.00	40.00	235.95
Ortanca	31.00	55.00	52.00	37.00	27.00	212.00	
Kruskal Wallis Testi		.611	.937	.889	.770	.728	.851

5- TARTIŞMA

Biz bu çalışmada çocuk psikiyatrisinin en sık gözlenen rahatsızlıklarından Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü ile istismar ilişkisini araştırmayı amaçladık. Bu bölümde çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular yazındaki bilgiler ışığında tartışılmaktadır.

İstismar konusunu araştırmadaki en önemli zorluklardan biri yeterli değerlendirme aracına sahip olunmamasıdır. Bunun en önemli nedenlerinden biri konu hakkında doğru bilgiler edinmedeki zorluktur. Çocukların uğradığı istismar ve ihmalin %80.1'inin aileleri tarafından olduğu bilinmektedir. Oysa bildirim oranlarına bakıldığında istismara uğrayan çocuklar ile ilgili bildirimlerin %57.9'u çocukla temas halindeki öğretmen, polis, hukukçu veya sosyal servis elemanı gibi profesyonellerce olmaktadır (NCANDS, 2008). Bu dikkat çekici veriler ailelerden bilgi edinme zorluklarının önemini vurgulamak için de kullanılabilir.

Biz çalışmamızda istismar ve ihmalin farklı boyutlarını değerlendiren 3 ölçek kullanmayı tercih ettik. Ölçeklerden ikisi anne babalar tarafından doldurulmakta ve fiziksel istismar (ÇİPE) ve duygusal istismar farkındalığı (DİFÖ) gibi iki farklı alanda ölçüm yapmaktaydı. Ailelerin tutumlarını çocukların nasıl algıladığını değerlendirmek için ise Ebeveyn Kabul Red Kontrol Ölçeği (EKRO/K) kullandık.

Araştırmamızın sonuçlarına göre anne ÇİPE puanları kontrol grubunda DEHB grubu ve DEHB+ÖÖG grubundan daha düşüktü ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıydı. Kontrol grubu ile DEHB+ÖÖG arasındaki fark ise daha belirgindi. DEHB+ÖÖG grubundaki annelerin ortalama puanı bazı çalışmalarda istismar için yüksek risk sayılacak 165 puanın üzerindedi. Bu bulgulara ek olarak çalışmaya katılan 84 annenin 65'inin, DEHB+ÖÖG grubundaki annelerin ise 20'sinin Kendini İyi Gösterme Endeksi puanların yükselmiş olduğu görüldü. Biz bu verileri şöyle yorumladık. Çalışmaya katılan annelerin büyük çoğunluğunun istismar puanı ifade edilenden daha yüksek iken kendilerini iyi gösterdikleri için sonuçlar daha düşük çıkmıştır.

Araştırmanın sonuçlarına göre anne ÇİPE stres puanları açısından DEHB+ÖÖG grubunun aldığı ortalama puanlar kontrol grubundan belirgin olarak

yüksektir. DEHB grubu da, kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar almakla birlikte bu farklılık istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. Ailenin stres düzeyi ile istismar arasındaki ilişkiyi ifade eden yazın bilgileri düşünüldüğünde bu bulgu önemli görülmektedir (Crouch 2001).

Demografik faktörler ile anne baba ÇİPE puanları arasındaki ilişki analizlerinde anne ÇİPE Stres puanı ile cinsiyet arasında bir ilişki bulunmuştur. Kız çocukların annelerinin ÇİPE Stres puanı daha yüksektir. Anne ÇİPE Katılık puanı ile anne eğitim düzeyi arasında da negatif korelasyon bulunmaktadır. Anne eğitim düzeyi arttıkça katılık puanları artmaktadır. Gruplar arası cinsiyet yönünden bir farklılık olmaması, ÇİPE İstismar ve Stres alt ölçeği açısından bulunan anlamlılığın demografik faktörlerle ilişkisinin olmadığını düşündürmüştür.

Tüm bu verilerin ışığında gerek DEHB, gerekse DEHB+ÖÖG olan çocuklar fiziksel istismar açısından normal kontrollere göre daha yüksek bir risk taşımaktadır ve DEHB+ÖÖG çocukların annelerinin stres düzeyi daha yüksektir.

Babaların ÇİPE puanlarına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı sayılabilecek bir farklılık bulunmamaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada babaların istismar oranı annelere göre daha yüksek bildirilmiştir (Oral 2001). Ancak 2008 NCANDS verilerine göre aile içi istismarın %56.2'si anneler tarafından , %42.6'sı ise babalar tarafından uygulanmaktadır. Baba ÇİPE sonuçlarının daha düşük olması ile NCANDS verileri uyumlu görülmektedir. Annelerin çocukların sorunlarıyla daha fazla ilgilenen kişi olması da, stres düzeyinin yükselmesine ve istismara varan davranışlara neden olabilir. Bu açıdan literatürdeki bir çalışmanın sonuçlarına bakıldığında DEHB olan çocukların anne babalarının çocuklarına daha az yakınlık gösterdikleri ve daha fazla fiziksel cezalar kullandıkları gösterilmiştir (Alizadeh, 2007).

Yazında DEHB ve ÖÖG açısından ÇİPE ile yapılan bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte gelişimsel sorunları olan çocukların anne babaları tarafından daha fazla istismara uğradığı bildirilmiştir (Öner 1994, Milner, 2000)

Anne DİFÖ puanlarının gruplar arası karşılaştırılması sonucunda Duyarsızlık, Korkutma, Red alt ölçekleri ve DİFÖ toplam puanı açısından istatistiksel bir farklılık

olduğunu ortaya koymuştur. Tüm alt ölçekler açısından DEHB+ÖÖG grubunun aldığı puanlar daha yüksek, yani bu annelerin duygusal istismar farkındalığı daha düşüktür. Duyarsızlık alt ölçeği açısından hem DEHB hem de DEHB+ÖÖG grubu kontrol grubundan istatistiksel olarak farklılık göstermekte, Korkutma alt ölçeği DEHB+ÖÖG grubu ile kontrol grubu arasında, toplam puanlar açısından ise DEHB ve kontrol grubu arasında farklılık bulunmaktadır.

Baba DİFÖ puanları açısından gruplar karşılaştırıldığında ise Duyarsızlık, Korkutma alt ölçekleri ve toplam puanlar açısından anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

Bu bulgular özetle şunu ifade etmektedir. Kontrol grubundaki anne ve babalar, DEHB ve DEHB+ÖÖG olan çocukların anne ve babalarına göre duygusal istismarı daha çok fark etmektedir. Bu durum duygusal istismar açısından DEHB ve DEHB+ÖÖG grubunun daha yüksek riskli gruplar olduğunu düşündürülebilir. Duygusal istismarı diğer istismar türleri ile yüksek birlikteliği düşünüldüğünde bu bulgular daha önemli hale gelebilir (Claussen ve Crittenden,1991)

Ölçek puanları ile demografik etmenler arasındaki ilişkiye bakıldığında en önemli etmenin anne baba eğitim düzeyi olduğu görülmüş, diğer demografik etmenler açısından belirgin bir ilişki bulunmamıştır. Anne baba eğitim düzeyi ile bazı alt ölçekler ve toplam puan arasında negatif yönlü bir ilişki mevcuttur. Anne baba eğitim düzeyi arttıkça ölçeklerden alınan puanlar azalmaktadır. Gruplar arasında anne baba eğitim düzeyi açısından yapılan istatistiksel karşılaştırmalarda grupların anne baba eğitim düzeyi açısından birbirinden farklı olmaması sonuçların daha çok DEHB ve DEHB+ÖÖG grupları ile ilgili olduğunu düşündürmüştür.

DİFÖ yeni geliştirilmiş bir ölçek olduğu için çok sınırlı yazın bilgisi bulunmaktadır. Ancak EKRÖ Saldırganlık alt ölçeği ve ÇİPE istismar alt ölçeği ile sonuçların uyumlu olduğu ifade edilmektedir (Uslu, 2010).

Çalışmamızda kullandığımız Çocuk EKRÖ/K puanları gerek alt ölçekler gerek toplam puanlar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak bir farklılık göstermemiştir. Annelerin ve babaların çocuklar tarafından değerlendirildiği ve çocuğun anne ve babaya ilişkin algısını değerlendiren ölçek sonuçları ile demografik

veriler arasındaki korelasyon analizlerinde anne yaşının Sıcaklık alt ölçeği ile negatif korelasyon gösterdiği, Saldırganlık, İhmal ve Ayrışmamış Red alt ölçeği ve toplam puanlar ile pozitif korelasyon gösterdiği görülmüştür. Anne yaşı arttıkça sıcaklık azalmakta, Saldırganlık, İhmal, Ayrışmamış Red ve toplam puanlar artmaktadır. Annelere benzer şekilde, baba yaşı ile Sıcaklık alt ölçeği arasında negatif korelasyon, İhmal alt ölçeği ve toplam puanlar arasında pozitif korelasyon mevcuttur. Kontrol grubunun anne baba yaş ortalamasının diğer iki gruptan yüksek olması sonuçlara etki ediyor olabilir. Ancak yazına bakıldığında düşük anne yaşının istismar risk etmenleri içerisinde sayıldığı görülmektedir (Browne, 1998). Dolayısıyla EKRÖ/K puanları ile anne baba yaşı arasında kuvvetli bir ilişki olduğu düşünülmemiştir. Ülkemizde ÖÖG güçlüğü grupları ile yapılan bazı çalışmalarda da anne baba yaşı ile puanlar arasında bir ilişki tespit edilmemiştir (İlden Koçkar, 2006). Bizim çalışmamızda ki anne ve babaların yaş ortalaması tüm gruplar için 32 yaşın üzerindedir. Bu da çalışmaya çok genç anne ve babaların aslında katılmadığını göstermektedir. Dolayısıyla yazın bilgilerinden farklı bulgular elde edilmesi bu bilgiyle birlikte değerlendirilmelidir. Bizim çalışmamızın EKRÖ/K ile ilgili bulguları yazınla genel olarak uyumlu görünmemektedir. Yazında öğrenme güçlüğü ile çocuğun red algısı arasında ilişki bildiren çalışmalar mevcuttur (Ansari, 2002). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da diyabetik çocuklara göre öğrenme bozukluğu olan çocukların daha fazla anne reddi algıladıkları ifade edilmiştir (İlden Koçkar, 2006). Bizim çalışmamızdaki sonuç farklılıklarına, EKRÖ/K'nın bir öz bildirim ölçeği olması ve çalışmaya aldığımız hasta gruplarındaki çocukların toplam 146 maddelik öz bildirim ölçeğine yeterli uyum gösterememeleri neden olmuş olabilir. DEHB ve ÖÖG olan çocuklar ölçeklerin doldurulmasında özensiz davranmış ya da hastalıklarına özgü sorunlar ölçek sonuçlarını etkilemiş olabilir. Ya da bizim örneklemimizdeki çocuklar anne babalarının davranışlarını olumsuz değerlendirmemiş olabilirler.

Çalışmaya katılan hastaların aileleri, toplumdan rastgele seçilen aileler değil, yardım almak için kliniğe başvuruda bulunan ailelerdir. Ailelerin genel nüfusa göre daha duyarlı olabileceği şeklinde yorumlanan bu durum, istismara ilişkin sonuçlara etki etmiş olabilir.

Bu çalışmanın çeşitli kısıtlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle çalışmaya dâhil edilen hasta sayısı sonuçların genellenmesi için yeterli değildir. Çalışmanın sonuçlarında elde edilen bulguların daha fazla çocuğun dâhil edildiği çalışmalarla yapılması sonuçların geçerliliğini arttırabilir.

Çalışmada kullanılan ve istismarı değerlendirmek için kullanılan ölçekler ile istismar arasındaki ilişki dolaylı gibi görünmektedir. DİFÖ ile duygusal istismar farkındalığı, ÇİPE ile istismar potansiyeli, EKRÖ/K ile çocuğun kabul red algısı değerlendirilmektedir. Dolayısıyla sonuçların istismarı yordadığı düşünülse de, DEHB veya DEHB+ÖÖG istismara arasında net bir ilişki olduğunu söylemek güçtür.

Çalışma planlanırken, çocukların algısını ölçmenin anne babaların ifadelerinden daha değerli olduğu düşünülmüş ve bir öz bildirim ölçeği olan EKRÖ/K çocukların kabul red algısını değerlendirmek için kullanılmıştır. Çalışmanın veri toplama aşamasında DEHB ve DEHB+ÖÖG olan çocukların ölçeği doldurmakta zorlandıkları gözlenmiştir. Bu açıdan özellikle yaşı küçük, dikkat ve öğrenme sorunları olan çocuklarda bir klinisyen eşliğinde ölçeğin doldurulması bulguları daha güvenilir hale getirebilir.

Bu kısıtlılıkları mevcut olsa da çalışmanın bulguları ışığında, DEHB ve DEHB+ÖÖG olan çocukların anne babalarının istismarı yordayan ölçekler açısından daha yüksek puanlar aldığı ve daha yüksek risk taşıdığı düşünülebilir. Klinik deneyimlerimizde gözlemlediğimiz bu durum ölçeklerle de uyumlu görünmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü olan çocukların anne babalarının duygusal istismar farkındalığı, istismar potansiyeli ve çocukların kabul red algısı ile ilişkisinin araştırıldığı bu çalışmada şu sonuçlara ulaşıldı.

1. DEHB ve DEHB+ÖÖG grubunda olan çocuklar ile kontrol grubunda olan çocuklar arasında anne ÇİPE İstismar alt ölçeği açısından anlamlı fark bulundu.
2. DEHB+ÖÖG grubunda olan çocuklar ile kontrol grubunda olan çocuklar arasında anne ÇİPE Stres alt ölçeği açısından anlamlı fark bulundu.
3. Demografik faktörler ile anne ÇİPE puanları arasındaki ilişki analizlerinde anne ÇİPE stres puanı ile kız cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulundu.
4. Demografik faktörler ile anne ÇİPE puanları arasındaki ilişki analizlerinde anne ÇİPE katılım puanı ile anne eğitim düzeyi arasında da negatif korelasyon bulundu.
5. DEHB ve DEHB+ÖÖG grubunda olan çocuklar ile kontrol grubunda olan çocuklar arasında, baba ÇİPE alt ölçekleri ve toplam puanlar açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı.
6. DEHB ve DEHB+ÖÖG grubunda olan çocuklar ile kontrol grubunda olan çocuklar arasında anne DİFÖ Duyarsızlık, Korkutma, Red alt ölçekleri ve DİFÖ toplam puanları açısından anlamlı fark bulundu.
7. DEHB ve DEHB+ÖÖG grubunda olan çocuklar ile kontrol grubunda olan çocuklar arasında baba DİFÖ Duyarsızlık, Korkutma alt ölçekleri ve toplam puanlar açısından anlamlı bir farklılık bulundu.
8. Demografik faktörler ile anne ve baba DİFÖ puanları arasındaki ilişki analizlerinde anne ve babanın eğitim düzeyi ile DİFÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki bulundu.

9. Çocuğun annesine ilişkin algısını değerlendiren EKRÖ/K'nın gerek alt ölçekler puanları gerek toplam puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

10. Çocuğun babasına ilişkin algısını değerlendiren EKRÖ/K'nın gerek alt ölçekler puanları gerek toplam puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

11. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi, annelerin çalışma durumu, babaların çalışma durumu, aylık gelir, anne babanın psikiyatrik bozukluk hikâyesi gibi demografik faktörler açısından anlamlı bir fark saptanmadı.

DEHB ve ÖÖG çocuk psikiyatrisinin en sık görülen hastalıkları arasındadır. Her iki hastalık için de etkinliği kanıtlanmış tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda ifade etmeye çalıştığımız istismar ilişkisinin bu hastalıklar erken tanındığında, uygun ele alındığında ve tedavi planlandığında azalması mümkün görünmektedir. Klinik deneyimlerimiz de, ailelere yeterli bilgi verilmesi, hastalıkların tedavi ile kontrol altına alınması durumunda aile içi sorunların azaldığını düşündürmektedir. Bu çerçevede, DEHB, ÖÖG ile istismar ilişkisinin tedavi ile değişimini araştıran çalışmaların gerek klinik pratiğe, gerek yazına yararlı olabileceği düşüncesindeyiz.

İstismar ile ilgili çalışmalar çok yakın zamana kadar yarattığı sonuçlar ve yaygınlığı ile orantısız şekilde yetersizdi. Son yıllarda bu alanda yapılan çalışmalarda artış gözükse de yaygınlık göz önüne alındığında hala yetersiz sayılabilir. Bu açıdan bizim çalışmamız bu alana bir katkı yapabileceğini ummaktayız.

7. ÖZET

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, anne babaların çocuklarına yönelik istismarı ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve Özgül Öğrenme Güçlüğü (ÖÖG) arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

YÖNTEM: Ankara Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümüne başvuru sonrası DEHB tanısı konulan 8-12 yaş aralığında 32 çocuk ve aileleri ile DEHB ve ÖÖG birlikteliği olan 30 çocuk aileleri ve herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 31 çocuk ve aileleri çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan çocuklar DSM-IV tanı ölçütlerine göre Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme olan ÇGDŞ-ŞY-T ile ruhsal bozukluklar açısından değerlendirilmiştir. Çocukların anne ve babalarına Çocuk İstismarı Potansiyeli Envanteri (ÇİPE) ve Duygusal İstismar Farkındalık Ölçeği (DİFÖ) ve çocuklara Ebeveyn Kabul Red/Kontrol Ölçeği (EKRÖ/K) verilmiştir. Elde edilen verileri değerlendirmek için Ki Kare, T testleri ve korelasyon analizleri kullanılmıştır.

SONUÇ: Çocuklarında DEHB ve DEHB+ ÖÖG olan annelerin ÇİPE İstismar ve Stres alt ölçeği puanları kontrol grubuna göre daha yüksekti ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Anne ÇİPE stres puanı ile kız cinsiyet arasında ilişki saptandı. Baba ÇİPE puanları açısından gruplar arasında farklılık gözlenmedi. DEHB ve DEHB+ÖÖG grubunda olan çocuklar ile kontrol grubunda olan çocuklar arasında anne DİFÖ Duyarsızlık, Korkutma, Red alt ölçekleri ve DİFÖ toplam puanları açısından anlamlı fark bulundu. DEHB ve DEHB+ÖÖG grubunda olan çocuklar ile kontrol grubunda olan çocuklar arasında baba DİFÖ Duyarsızlık, Korkutma alt ölçekleri ve toplam puanlar açısından anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Anne ve babanın eğitim düzeyi ile DİFÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki bulundu. EKRÖ/K puanları açısından gruplar arasında bir farklılık saptanmadı.

TARTIŞMA: Bu araştırmanın sonuçları DEHB ve ÖÖG olan çocukların anne babaları tarafından daha fazla istismara maruz kalıyor olabileceklerini düşündürmektedir.

Anahtar Sözcükler: DEHB, ÖÖG, istismar, çocuk, DİFÖ

8. SUMMARY

OBJECTIVE: The aim of this study is to assess the relationship between Attention Deficit Hyperactivity Syndrome (ADHD), Specific Learning Disorder (SLD), and child abuse by parents.

METHOD: Participants in this study were recruited from Ankara University School of Medicine Department of Child and Adolescent Psychiatry, aged 8 to 12, thirty two children for the ADHD group, thirty children for the ADHD+SLD group. Thirty one healthy children who matched with age and gender included in this study for the control group. Participants were interviewed via Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) in order to detect axis-1 psychiatric disorders according to DSM-IV criteria. Sociodemographic form, Child Abuse Potential Inventory (CAPI) and Recognition of Emotional Maltreatment Scale (REMS) were administered to parents and Parental Acceptance Rejection/Control Questionnaire (PARQ/C) were administered to the children. Chi square, t tests and correlation analyses were used in order to analyse the data.

RESULTS: Mothers CAPI Abuse and Distress subscale scores were higher in ADHD and ADHD+SLD groups compared with control group and the difference was statistically significant. Correlation was found between mothers CAPI Distress scores and gender. The groups showed no significant difference between fathers CAPI scores. For the mother REMS Insensitivity, Terrorization, Rejection/isolation subscales and total scores, significant differences were found between the groups. Similarly to the mothers REMS scores, between ADHD and ADHD+SLD groups, and control group fathers REMS Insensitivity and Terrorization subscales and total scores were significantly different. For the PARQ scores there was no significant differences between the groups.

CONCLUSION: The result of this study suggest that children with ADHD and SLD may be exposed to abuse by parents compared with normal control.

Keywords: ADHD, SLD, abuse, child, REMS

KAYNAKLAR

1. Achenbach, T. M. (1991). Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
2. Alizadeh H, Applequist KF, Coolidge FL. (2007) Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse and Neglect*;31:567-72.
3. Alkaş L (1996) Öğrenme Bozukluğu Olgularında Aşırı Hareketlilik-İmpulsivitenin Eşlik Ettiği Dikkat Eksikliği/ Aşırı Hareketlilik Bozukluğunun Sıklığı ve Nöropsikolojik Özellikleri. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne
4. American Psychiatric Association. (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
5. American Psychiatric Association (APA) (1994), Diagnostic and Statistical Manual of Association Press.
6. Amerikan Psikiyatri Birliği (2000): Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı. Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, Köroğlu E (çeviri ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007
7. Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., Shelton, T. L., & DuPaul, G. J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 503–520.

8. Anderson, C. A., Hinshaw, S. P. ve Simmel, C. (1994). Mother-child interactions in ADHD and comparison boys: Relationships with overt and covert externalizing behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 247–265.
9. Anjel, M. (1993). The transliteral equivalence, reliability and validity studies of the Parental Acceptance-Rejection Questionnaire (PARQ), mother form: A tool for assessing child abuse. *Yayınlanmamıs Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul: Bogaziçi Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü.
10. Ansari, Z.A. (2002). Parental acceptance-rejection of disabled children in non-urban Pakistan. *North American Journal of Psychology*, 4, 121-128
11. Aras Ş, Ünlü G, Taş F.T. (2007) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Belirtiler, Tanılar ve Tanıya Yönelik İncelemeler. *Klinik Psikiyatri*;10:28-37.
12. Aunola, K., Nurmi, J., Onatsu-Arviolommi, T., & Pulkkinen, L. (1999). The role of parents' self-esteem, mastery-orientation and social background in their parenting styles. *Scandinavian Journal of Psychology*, 40, 307–317.
13. Beitchman JH, Young AR (1997) Learning disorders with a special emphasis on reading disorders: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:1020-1032.
14. Berger, L. M. (2004). Income, family structure, and child maltreatment risk. *Children and Family Service Review*, 26, 725–748.
15. Berkowitz CD. (2004) Domestic violence: a pediatric concern. *Pediatr Rev*;25:306-11.

16. Biederman, J. (2005). Attention - deficit / hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry*, 57(11); 1215-1220.
17. Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry*, 148, 564–577.
18. Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A., Mick, E., Krifcher Lehman, B., & Doyle, A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1792-1798.
19. Biederman, J. ve Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366; 237–48
20. Bilir, Ş. Arı, M. Dönmez, N. B Atık, B. & San, P. (1991). Türkiye'nin 16 ilinde 4-12 yaşlar arasındaki 50.473 çocuğa fiziksel ceza verme sıklığı ve buna ilişkin problem durumlarının incelenmesi. *Aile ve Toplum*, 1, 53-66.
21. Briscoe-Smith AM, Hinshaw SP. (2006) Linkages between child abuse and attention deficit/ hyperactivity disorder in girls: behavioral and social correlates. *Child Abuse and Neglect*. 30:1239-55.
22. Browne, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 22, 1065–1078.
23. Bussing, R., Zima, B. T., Gary, F. A., & Garvan, C.W. (2003). Barriers to detection, help-seeking, and service use of children with ADHD symptoms. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 30, 176–189.

24. Butchart A, Kahane T, Phinney Harvey A, Mian M, Furniss T. (2006) Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO and International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect,
25. Caffey J (1972) The parent-infant traumatic stress syndrome (Caffey-Kempe syndrome), (battered baby syndrome). *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med.* 114:218-229
26. Cantwell DP (1996) Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 978-987
27. Claussen,A.H.,&Crittenden,P.M. (1991). Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 15, 5-18
28. Conners CK, Sitarenios G, Parker JD, Epstein JN (1998a) The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *J Abnorm Child Psychol* 26:257-68.
29. Conners CK, Sitarenios G, Parker JD, Epstein JN (1998b) Revision and restandardization of the Conners Teacher Rating Scale (CTRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *J Abnorm Child Psychol* 26:279-91
30. Crouch L.J.,Behl E.L (2001) Relationships among parental beliefs in corporal punishment,reported stress, and physical abuse potential. *Child Abuse& Neglect* 25;413-419
31. Debray-Ritzen, P (1987) Diagnosis and natural history of dyslexia in children. *Child Health and Development* 5;22

32. DeFries JC, Alarco'n M (1996) Genetics of specific reading disability. Ment Retard Dev Disabilities Res Rev 2:39-47
33. NCANDS (2008) , Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (2010). Child Maltreatment
34. Dewey D, Kaplan BJ, Crawford SG, Wilson BN (2002) Developmental coordination disorder: associated problems in attention, learning, and psychosocial adjustment. Hum Movement Sci 21: 905-918
35. Douglas IV (1972) Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. J Behav Sci, 4: 259-282
36. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (1999) Report of the consultation on child abuse prevention, 29-31 March . Geneva.
37. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (1993) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Diagnostic Criteria of Research. World Health Organization, Geneva
38. Dyson, L.L. (1996). The experiences of families of children with learning disabilities: parental stress, family functioning, and sibling self-concept. Journal of Learning Disabilities, 29 (3), 280-286.
39. Erden G, Kurdoğlu F, Uslu R (2002) İlköğretim Okullarına Devam Eden Türk Çocuklarının Sınıf Düzeylerine Göre Okuma Hızı ve Yazım Hataları Normlarının Geliştirilmesi, Türk Psikiyatri Dergisi ; 13(1):5-13

40. Erman Ö (1997) Öğrenme Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik Olgularının Nöropsikolojik ve Nörofizyolojik Yöntemlerle İncelenmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.
41. Faraone S, Biederman J, Monuteaux MD (2002) Further evidence for the diagnostic continuity between child and adolescent ADHD. *J Attn Disord* 6:5–12
42. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J (2003): The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry* 2:104 – 113.
43. Fischer, M. (1990). Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 337–346.
44. Frisch L, Rhodes FA. (1982)Child abuse and neglect in children referred for learning evaluation. *J Learn Disabil.* ;15:583–586
45. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y (2004) Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* ;11(3):109- 116
46. Görker I, Korkmazlar Ü, Durukan M. (2004) Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniğine Başvuran Ergenlerde Belirti ve Tanı Dağılımı. (*Klinik Psikiyatri*; 7:103-110)
47. Hechtman L.(2007) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Sadock B, Sadock V, Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry* İçinde, , 3183-3204

48. Hergüner S.,Özbaran B. (2010) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Ölçütler ve Ölçekler. Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları:4,155
49. Hobbs, C. (2003). “Physical Abuse”. Protecting Children from Abuse and Neglect in Primary Care. (Ed: Michael J. Bannon, Yvonne H. Carter). New York: Oxford University Press.
50. Holborow, P.L. ve Berry, P.S. (1986). Hyperactivity and learning difficulties. *Journal of Learning Disabilities*, 19; 426-31.
51. Howard, K.A. & Shick Tryon, G. (2002). Depressive symptoms in and Type of Classroom Placement for adolescents with LD. *Journal of Learning Disabilities*, 35 (2), 185-190.
52. Jaudes PK, Mackey-Bilaver L. (2008)Do chronic conditions increase young children’s risk of being maltreated? *Child Abuse and Neglect*; 32:671– 681.
53. Jensen, P. S., Martin, D., & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1065±1079.
54. Jensen J, Breiger D (2005) Learning disorders. In: Cheng K, Meyers KM (eds) *Child and adolescent psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 281–296
55. Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183–207.
56. İlden Koçkar, Z.A (2006) Ebeveyn kabul ve reddi,benlik saygısı ve psikolojik uyum:öğrenme güçlüğü olan çocuklarla diyabetik çocukların karşılaştırılması, Yayınlanmamış doktora tezi. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.

57. Kandemir H (2009) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklar ve ailelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, Yayınlanmamış tez çalışması, Ankara Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D, Ankara.
58. Kaner S (2007) Değerlendirme Ölçekleri. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları İçinde (ed) Aysev A.S. Taner Y.I. 1. Baskı, Golden Print, 207-235
59. Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E ve ark. (2006) Connors Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği Yenilenmiş Uzun Formunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. XVI. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi. 20-23 Nisan 2006, Antalya. Kongre Özet Kitabı, 69.
60. Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E, Ak A, Özaydın L. (2006). The validity and reliability study of the Turkish version of Connors' Teachers Rating Scale-Revised (CTRS-R). WPA International Congress, 12-16 Temmuz 2006. İstanbul.
61. Kaufman J, Birmaher B, Brent D ve ark. (1997), Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL):initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36(7):980-8.
62. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK (1962) The battered-child sendrom. JAMA 181:17-24
63. Korkmazlar Ü, Sürücü Ö (2007) Öğrenme Bozuklukları. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları İçinde (ed) Aysev A.S., Taner Y.I. 1. Baskı, Golden Print , 309-326
64. Krents E, Schulman V, Brenner S. (1987) Child abuse and disabled child: Perspectives for parents. Volta Review; 89(5):78-95

65. Kronenberger, W. G. ve Dunn, D.W. (2003). Learning disorders. *Neurologic Clinics* 21:941-952.
66. Lackaye, T. D. ve Margalit, M. (2006). Comparisons of achievement, effort, and self perceptions among students with learning disabilities and their peers from different achievement groups. *Journal of Learning Disabilities*, 39, 432-446.
67. Li, H., ve Morris, R. J. (2007). Assessing fears and related anxieties in children and adolescents with learning disabilities or mild mental retardation. *Research in Developmental Disabilities: A Multidisciplinary Journal*, 28, 445–457.
68. Maag, J. W. ve Reid, R. (1994). The phenomenology of depression among students with and without learning disabilities: More similar than different. *Learning Disabilities Research & Practice*, 9, 91–103.
69. Maag, J. W. ve Reid, R. (2006). Depression among students with learning disabilities: Assessing the risk. *Journal of Learning Disabilities*, 39, 3–10.
70. Margalit, M. ve Almougy, K. (1991). Classroom behavior and family climate in students with learning disabilities and hyperactive behavior. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 406-412.
71. Mash, E. J., Johnston, C., & Kovitz, K. (1983). A comparison of the mother-child interactions of physically abused and nonabused children during play and task situations. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12,337-346.
72. McConaughy, S.H., Mattison, R.E. ve Peterson, R. L. (1994). Behavioral/emotional problems of children with serious emotional disturbances and learning problems. *School Psychology Review*, 23, 81-98.

73. Mc Donald KC (2007) Child abuse: approach and management. *Am Fam Physician* 75: 221-228
74. Milner JS (1986) *The child abuse potential inventory: manual*, 2nd edn. Psyctec, Webster, NC
75. Milner, J. S. (1993). Social information processing and physical child abuse. *Clinical Psychology Review*, 13, 275–294.
76. Milner, J. S. (2000). Social information processing and physical child abuse: theory and research. In D. J. Hansen (Ed.), *Nebraska symposium on motivation. Motivation and child maltreatment* (Vol. 45, pp. 39–84). Lincoln, NE: University of Nebraska Press
77. Morgan, A., Hynd, G., Riccio, C., ve Hall, J. (1996). Validity of DSM-IV ADHD predominantly inattentive and combined types: relationship to previous DSM diagnoses/subtype differences. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35, 325–333.
78. National Institute of Mental Health (NIMH) (2001): National institute of mental health research roundtable on prepubertal bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40: 8; 871-878.
79. Nieoullon A. (2002) Dopamine and regulation of cognition and attention. *Progress in Neurobiology*, 67: 53-83
80. Oral R, Can D, Kaplan S, et al. (2001) Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse and Neglect*; 25:279-90.
81. Öktem F, Sonuvar B (1993), Dikkat eksikliği tanısı alan çocukların özellikleri. *Türk Psikiyatri Derg*, 4: 267-272

82. Öner U, Sucuoğlu B (1994) ,Zihinsel Özürlü Çocukların İstismarı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi 2(4):316-328
83. Öner Ö, Aysev A S (2007) Değerlendirme Ölçekleri. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları İçinde (ed) Aysev A.S., Taner Y.I. 1. Baskı,Golden Print , 397-421
84. Quyang L, Fang X, Mercy J, Perou R, Grosse SD. (2008) Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: A population-based study. J Pediatr ;153:851–856
85. Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Horta, B.L., Biederman, J., & Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. American Journal of Psychiatry, 164, 942–948.
86. Prior M,Sanson A,Smart D,Oberklaid F (1999) Relationships between learning difficulties and psychological problems in preadolescent children from a longitudinal sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36: 1020-1032
87. Rodriguez CM, Eden AM (2008). Disciplinary Style and Child Abuse Potential: Association with Indicators of Positive Functioning in Children with Behavior Problems. Child psychiatry and human development, 39:123-136
88. Rohner, R. P., Saavedra, J. M., & Granum, E. O. (1978). Development and validation of the parental acceptance-rejection questionnaire. Catalog of Selected Documents in Psychology, 8, 17-48.
89. Rohner, R., & Brothers, S. (1999). Perceived parental rejection, psychological maladjustment, and borderline personality disorder. Journal of Emotional Abuse, 1, 81-95.

90. Rohner, R. P., & Khaleque, A. (2003). Reliability and validity of parental control scale: A meta-analysis of cross-cultural and intercultural studies. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 34(6), 643–649.
91. Rosenzweig, H. D., Kaplan, S. J. (1996). “Child and Adolescent Neglect and Emotional Maltreatment”. *Family Violence: A Clinical and Legal Guide*. (Ed: Sandra J. Kaplan). Washington DC: American Psychiatric Press, Inc.
92. Runyan, D., Wattam, C., Ikeda, R., Hassan, F. & Ramiro, L. (2002). Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In E.G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B., Zwi, ve R. Lozano, (Ed), *World report on violence and health*. WHO, Geneva, 2002.
93. Rutter M, Caspi A, Fergusson D, Horwood J, Goodman R, Maughan B, Moffitt TE, Meltzer H, Carroll J (2004) Sex differences in developmental reading disability. *JAMA* 291:2007-2012.
94. Savasır I, Sahin N (1995), Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği (WISC-R) El Kitabı. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara
95. Sedlack AJ, Broadhurst DD. (1996) Third national incidence study of child abuse and neglect: final report. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
96. Shaywitz S,E, Shaywitz B,A. (2005) Dyslexia (Specific reading disability), *Biol. Psychiatry*. 57;1301-1309
97. Silver LB (2002) Developmental learning disorder. *Child and Adolescent Psychiatry Textbook içinde M Lewis (Ed)* 621-629

98. Solomons G. (1979) Child Abuse and development disabilities. *Dev. Med. Child. Neurol*; 21:101-106,
99. Senol S (2008). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. ÇGRSDER yayımları*:3.
100. Sideridis, G. D. (2005b). Goal orientations, academic achievement, and depression: Evidence in favor of revised goal theory. *Journal of Educational Psychology*, 97, 366– 375.
101. Sidebotham, P., & Heron, J. (2006). Child maltreatment in the “Children of the Nineties”: A longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 30, 497–522.
102. Silver, C.H., Ruff, R.M, Iverson, G. L., Barth, J. T., Broshek, D. K., Bush, S. S., Koffler, S.P. ve Reynolds, C.R. (2007). Learning disabilities: The need for neuropsychological evaluation. NAN Policy and Planning Committee. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23; 217-219.
103. Spencer TJ, Biederman J ve Mick E (2007), Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities and neurobiology. *J Pediatr Psychology*, 32(6):631- 642.
104. Spencer N, Devereux E, Wallace A, Sundrum R, Shenoy M, Bacchus C and Logan S (2005) Disabling Conditions and Registration for Child Abuse and Neglect: A population based study *Paediatrics* 116, 609-613
105. Spetie L ve Arnold LE (2007), Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Lewis’s Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook*. Chapter 5.2.1. Andrés Martin and Fred R. Volkmar, editors. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.

106. Stahl SM, Zhang L, Dematarca C, Grady M (2003): Brain circuits determine destiny in depression: A novel approach to the psychopharmacology of wakefulness, fatigue, and executive dysfunction in major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 64(suppl 14):6 –17.
107. Sundheim, S. T. P. V. ve Voeller, K. K. S. (2004). Psychiatric implications of language disorders and learning disabilities: Risks and management. *Journal of Child Neurology*, 19 (10); 814-826.
108. Tannock R. (2008) Öğrenme Bozuklukları. Sadock B, Sadock V, Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry İçinde, , 3107-3129
109. Türkbay T, Söhmen T. (2000) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*; 4:57-63.
110. Uslu R.İ, Kapcı E.G, Yıldırım R, Oney E (2010). Sociodemographic characteristics of Turkish parents in relation to their recognition of emotional maltreatment. *Child Abuse & Neglect* 34; 345–353
111. Varan A. (2003) Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol Ölçeği (EKRÖ/K) ve Kişilik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) Çocuk Formlarının Türkiye Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. Yayınlanmamış Araştırma.
112. Varan A. (2003) Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol Ölçeği (EKRÖ/K) ve Kişilik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) Yetişkin Formları ile Eş Kabul-Red/Kontrol Ölçeği (EKRÖ/K) Türkiye Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. Yayınlanmamış Araştırma.
113. Varan A. (2009) EKAR Kuramı Ölçekleri -Ebeveyn Kabul-Red/Kontrol Ölçeği (EKRÖ/K) Erişim tarihi: 18Eylül 2011. [http:// www.azmivaran.com](http://www.azmivaran.com)

114. Wechsler, D. (1974). WISC-R Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children- Revised. New York: Psychological Corporation.
115. Wechsler, D. (1949). Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children. New York: Psychological Corporation
116. Weis M, Weis G. (2002) Attention deficit hyperactivity disorder. In: Lewis M (ed). Child and Adolescent Pschiatry (3. ed). Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins: 645-670.
117. Whipple EE, Richey CA (1997) Crossing the line from physical discipline to child abuse: how much is too much? Child Abuse Negl 5:431–444
118. Willcutt EG, Pennington BF. (2000a) Comorbidity of reading disability and attention-deficit/ hyperactivity disorder: differences by gender and subtype. J Learn Disabil;33:179-191
119. Willcutt EG, Pennington BF. (2000b) Psychiatric comorbidity in children and adolescent with reading disability. J Child Psychol Psychiatry; 41: 1039-1048
120. Yılmaz Irmak T (2008) Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yaygınlığı ve Dayanıklılıkla İlişkili Faktörler. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Doktora çalışması, İzmir.

Ek 1

BİLGİ FORMU

Formu dolduran kişi: () Anne () Baba

Tarih:

1. Adınız soyadınız:.....

2. Yaşınız:

3. Eğitim Durumunuz:

() 1. Okur-yazar () 2. İlkokul mezunu () 3. Ortaokul mezunu

() 4. Lise mezunu () 5. Üniversite veya yüksek okul mezunu

4. Çocuğunuzun adı soyadı:.....

5. Çocuğunuzun yaşı :.....Cinsiyeti:..... Sınıfı:.....

6. Evde birlikte yaşayan yetişkin ve çocuklar:

Yaş Cinsiyet Çocuğa yakınlığı

.....
.....
.....
.....
.....

7. Mesleğinizi belirtiniz:.....

8. İş: () 1. Çalışmıyorum () 2. Çalışıyorum () 3. Diğer (Belirtiniz).....

9. Ne tür bir işte çalışıyorsunuz?

() 1. Serbest () 2. İşçi () 3. Memur () 4. Emekli () 5. Ev Hanımı

10. Aylık eve giren para miktarı ne kadardır?

() 500 TL'den az () 500 TL -1000 TL arası () 1000 TL – 1500 TL arası

() 1500 TL – 2000 TL arası () 2000 TL ve üstü

11. Bir ilaç kullanmanızı gerektirecek süregen bir rahatsızlığınız var mı? ()Evet () Hayır

Evet ise belirtiniz.....

12. Psikiyatrik bir tedavi alıyor musunuz? () Evet () Hayır

Evet ise belirtiniz.....

13. Daha önce psikiyatrik bir tedavi aldınız mı ? () Evet () Hayır

Evet ise belirtiniz.....

14. Çocuğunuz daha önce ruhsal (psikolojik) bir rahatsızlık geçirdi mi?

() Evet (rahatsızlığın ne olduğunu belirtiniz)

Hayır

15. Çocuğunuzun önemli fiziksel bir rahatsızlığı var mı?

Evet.....(Rahatsızlığın ne olduğunu belirtiniz) Hayır

16. Çocuğunuz hiç sınıfta kaldı mı? Evet Hayır

17. Çocuğunuzun ders başarısını nasıl değerlendiriyorsunuz?

1.Çok kötü 2.Kötü 3.Orta 4.İyi 5.Çok iyi

18.Çocuğunuzun okulla ilişkisini nasıl değerlendiriyorsunuz?

1.Çok iyi okula gitmek onu mutlu ediyor.

2.İyi, okuldan memnun.

3.Orta şikayeti yok.

4.Kötü, okula gitmek sıkıntı veriyor.

5.Çok kötü, okula gitmek mutsuz ediyor.

19. Çocuğunuz dersleri ile kim ilgileniyor ?

1. Anne

2. Baba

3. Kardeş

4. Özel öğretmen

5. diğeri (belirtiniz.....)

20.Çocuk Psikiyatrisi bölümüne başvuru neden/nedenleriniz nelerdir ?

.....

Çocuk/Ergen EKRÖ/K: Anne

© Ronald P. Rohner, 1989, 1997
Çeviri ve uyarlama A. Varan

Bu testte, annelerin çocuklarına karşı nasıl davrandıklarıyla ilgili cümleler var. Her cümleyi dikkatlice oku ve okuduğun cümlenin,

annenin

sana karşı davranışlarını

ne kadar iyi anlattığını düşün.

Her cümlenin yanında 4 tane kutu var.

ANNENİN sana

hemen hemen her zaman

böyle davrandığını düşünürsen,
bu kutuyu işaretle

Hemen Hemen
Her zaman

Doğru

Bazen
Doğru

Nadiren
Doğru

Hiçbir
Zaman
Doğru Değil

ANNENİN sana bazen

böyle davrandığını düşünürsen,
bu kutuyu işaretle

Hemen Hemen
Her zaman

Doğru

Bazen
Doğru

Nadiren
Doğru

Hiçbir
Zaman
Doğru Değil

ANNENİN sana nadiren (çok az zaman)

böyle davrandığını düşünürsen,
bu kutuyu işaretle

Hemen Hemen
Her zaman

Doğru

Bazen
Doğru

Nadiren
Doğru

Hiçbir
Zaman
Doğru Değil

ANNENİN sana hiçbir zaman

böyle davranmadığını düşünürsen,
bu kutuyu işaretle

Hemen Hemen
Her zaman

Doğru

Bazen
Doğru

Nadiren
Doğru

Hiçbir
Zaman
Doğru Değil

Testi, cümleler üzerinde fazla oyalanmadan, içinden gelen cevapları işaretleyerek,
hızlı bir şekilde doldur.

Lütfen her soruyu cevapla.

Unutma, hiç bir cümleyi doğru bilmek, ya da yanlış bilmek diye birşey yok.
Onun için cevaplarını verirken mümkün olduğu kadar **dürüst ve samimi ol.**

Cevaplarını,
annenden beklediğin davranışlara göre değil,
annenin sana gerçekte gösterdiği davranışlara göre ver.

* * * * *

	Hemen Her zaman	Hemen Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
ANNEM	Doğru	Doğru	Doğru	Doğru Değil
1. Benim hakkımda güzel şeyler söyler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kötü davrandığımda bana söylenir veya beni azarlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sanki ben hiç yokmuşum gibi davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Beni gerçekten sevmez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Neleri yapıp, neleri yapamayacağımı kesin olarak anladığımdan emin olmak ister.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Planlarımız hakkında benimle konuşur ve benim söyleyeceklerimi de dinler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Onun sözünü dinlemediğim zaman beni başkalarına şikayet eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Benimle yakından ilgilenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dışarıya çıkacağım zaman, eve kesin olarak saat kaçta dönmem gerektiğini bana söyler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEM	Hemen	Hemen	Bazen	Nadiren	Hiçbir
	Her zaman	Doğru	Doğru	Doğru	Zaman
		Doğru	Doğru	Doğru	Doğru Değil
10. Arkadaşlarımı eve çağırman için beni cesaretlendirir ve onların güzel vakit geçirmesi için elinden geleni yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Benimle alay eder ve dalga geçer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Onu rahatsız etmediğim sürece benimle ilgilenmez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kızdığı zaman bana bağırır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bana sürekli olarak nasıl davranmam gerektiğini söyler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Benim için önemli olan şeyleri ona anlatabilmemi kolaylaştırır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bana karşı sert davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Onun etrafında olmamdan hoşlanır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Bir çok kuralın olması ve kurallara uyulması gerektiğine inanır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Bir şeyi iyi yaptığımda, kendimle gurur duymamı sağlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hak etmediğim zaman bile bana vurur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Benim için yapması gereken şeyleri unuttur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Beni büyük bir başbelası olarak görür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Bana dilediğim kadar özgürlük tanır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Beni başkalarına över.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Kızdığı zaman beni çok kötü cezalandırır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEM

	Hemen Her zaman Doğru	Hemen Bazen Doğru	Nadiren Doğru	Hiçbir Zaman Doğru Değil
26. Sağlıklı ve doğru Şeyleri yememe çok dikkat eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Bir Şeyi nasıl yapmam gerektiğini bana en ince ayrıntısına kadar söyler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Benimle sıcak ve sevgi dolu bir Şekilde konuşur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Bana hemen kızar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Sorularımı cevaplayamayacak kadar meşguldür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Benden hoşlanmıyor gibi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. İstediğim her yere, ona sormadan gitmeme izin verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Hak ettiğim zaman bana güzel Şeyler söyler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Çabuk parlar ve öfkesini benden çıkarır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Arkadaşlarımın kim olduğuyla yakından ilgilenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Bana ne söylendiye, aynen öyle davranmamda ısrar eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Yaptiğim Şeylerle gerçekten ilgilenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Bana bir sürü kırıcı Şey söyler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ondan yardım istediğimde benimle ilgilenmez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. BaŐım derde girdiğinde, hatanın bende olduğunu düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Dilediğim her akŐam dıŐarı çıkmama izin verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEM	Hemen	Hemen	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
	Her zaman	Doğru			
42. Bana istenilen ve ihtiyaç duyulan biri olduğumu hissettirir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Onun sinirine dokunduğumu söyler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Bana çok ilgi gösterir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Yaptığım her şeye karışmak ister.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. İyi davrandığım zaman benimle ne kadar gurur duyduğunu söyler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Beni kırmak için elinden geleni yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Hatırlaması gerekir diye düşündüğüm önemli şeyleri unuttur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Şayet kötü davranırsam, beni artık sevmediğini hissettirir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Bana yapmam için bazı işler verir ve o işler bitene kadar başka hiçbir şey yapmama izin vermez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Bana yaptığım şeylerin önemli olduğunu hissettirir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Yanlış bir şey yaptığımda beni korkutur veya tehdit eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Benimle zaman geçirmekten hoşlanır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Canım ne isterse yapmama izin verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Korktuğumda ya da birşeye canım sıkıldığında, bana yardım etmeye çalışır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Kötü davrandığım zaman beni arkadaşlarımla önünde utandırır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Benden uzak durmaya çalışır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEM	Hemen	Hemen	Nadiren	Hiçbir Zaman
	Her zaman	Bazen		
	Doğru	Doğru	Doğru	Doğru Değil
58. Benden şikayet eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Yaptığım herşeyi kontrol etmek ister.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Benim ne düşündüğüme önem verir ve düşündüklerim hakkında konuşmamdan hoşlanır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Ne yaparsam yapayım, diğer çocukların benden daha iyi olduğunu düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Bir plan yaparken benim de ne istediğime önem verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Benim için önemli olan şeyleri, kendisine zorluk çıkarsa da, yapmama izin verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Diğer çocukların benden daha akıllı ve uslu olduğunu düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Bakmaları için beni hep başkalarına bırakır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Bana istenmediğimi belli eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Yaptığım şeylerle ilgilenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Canım yandığında veya hasta olduğumda, kendimi daha iyi hissetmem için elinden geleni yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Kötü davrandığım zaman benden ne kadar utandığını söyler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Beni sevdiğini belli eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Bana karşı yumuşak ve iyi kalplidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Kötü davrandığım zaman beni utandırır veya suçlu hissettirir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Beni mutlu etmeye çalışır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Çocuk/Ergen EKRÖ/K: Baba

© Ronald P. Rohner, 1989, 1997
Çeviri ve uyarlama A. Varan

Şimdi doldurmanı istediğimiz test baban hakkında. Her cümleyi dikkatlice oku ve okuduğun cümlelerin,

babanın

sana karşı davranışlarını

ne kadar iyi anlattığını düşün.

* * * * *

Lütfen her soruyu cevapla.

* * * * *

Cevaplarını,

babandan beklediğin davranışlara göre değil,

babanın sana gerçekte gösterdiği davranışlara göre ver.

BABAM	Hemen	Hemen	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
	Her zaman	Doğru			
1. Benim hakkımda güzel şeyler söyler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kötü davrandığımda bana söylenir veya beni azarlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sanki ben hiç yokmuşum gibi davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Beni gerçekten sevmez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Neleri yapıp, neleri yapamayacağımı kesin olarak anladığımdan emin olmak ister.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BABAM

	Hemen Her zaman Doğru	Hemen Bazen Doğru	Nadiren Doğru	Hiçbir Zaman Doğru Değil
6. Planlarımız hakkında benimle konuşur ve benim söyleyeceklerimi de dinler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Onun sözünü dinlemediğim zaman beni başkalarına şikayet eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Benimle yakından ilgilenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dışarıya çıkacağım zaman, eve kesin olarak saat kaçta dönmem gerektiğini bana söyler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Arkadaşlarımı eve çağırman için beni cesaretlendirir ve onların güzel vakit geçirmesi için elinden geleni yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Benimle alay eder ve dalga geçer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Onu rahatsız etmediğim sürece benimle ilgilenmez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kızdığı zaman bana bağırır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bana sürekli olarak nasıl davranmam gerektiğini söyler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Benim için önemli olan şeyleri ona anlatabilmemi kolaylaştırır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bana karşı sert davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Onun etrafında olmamdan hoşlanır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Bir çok kuralın olması ve kurallara uyulması gerektiğine inanır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Bir şeyi iyi yaptığımda, kendimle gurur duymamı sağlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hak etmediğim zaman bile bana vurur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BABAM

	Hemen Her zaman Doğru	Hemen Bazen Doğru	Nadiren Doğru	Hiçbir Zaman Doğru Değil
21. Benim için yapması gereken şeyleri unuttur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Beni büyük bir başbelası olarak görür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Bana dilediğim kadar özgürlük tanır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Beni başkalarına över.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Kızıdığı zaman beni çok kötü cezalandırır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sağlıklı ve doğru şeyleri yememe çok dikkat eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Bir şeyi nasıl yapmam gerektiğini bana en ince ayrıntısına kadar söyler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Benimle sıcak ve sevgi dolu bir şekilde konuşur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Bana hemen kızar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Sorularımı cevaplayamayacak kadar meşguldür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Benden hoşlanmıyor gibi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. İstediğim her yere, ona sormadan gitmeme izin verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Hak ettiğim zaman bana güzel şeyler söyler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Çabuk parlar ve öfkesini benden çıkarır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Arkadaşlarımın kim olduğuyla yakından ilgilenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Bana ne söylendiyse, aynen öyle davranmamda ısrar eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BABAM

	Hemen Her zaman Doğru	Hemen Bazen Doğru	Nadiren Doğru	Hiçbir Zaman Doğru Değil
37. Yaptığım şeylerle gerçekten ilgilenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Bana bir sürü kırıcı şey söyler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ondan yardım istediğimde benimle ilgilenmez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Bağım derde girdiğinde, hatanın bende olduğunu düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Dilediğim her akđam dığarı çıkmama izin verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Bana istenilen ve ihtiyaç duyulan biri olduğumu hissettirir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Onun sinirine dokunduğumu söyler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Bana çok ilgi gösterir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Yaptığım her şeye karışmak ister.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. İyi davrandığım zaman benimle ne kadar gurur duyduğunu söyler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Beni kırmak için elinden geleni yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Hatırlaması gerekir diye düşündüğüm önemli şeyleri unuttur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Şayet kötü davranırsam, beni artık sevmediğini hissettirir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Bana yapmam için bazı işler verir ve o işler bitene kadar başka hiçbir şey yapmama izin vermez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Bana yaptığım şeylerin önemli olduğunu hissettirir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Yanlığ bir şey yaptığımda beni korkutur veya tehdit eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BABAM

	Hemen Her zaman Doğru	Hemen Bazen Doğru	Nadiren Doğru	Hiçbir Zaman Doğru Değil
53. Benimle zaman geçirmekten hoşlanır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Canım ne isterse yapmama izin verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Korktuğumda ya da birşeye canım sıkıldığında, bana yardım etmeye çalışır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Kötü davrandığım zaman beni arkadaşlarımla önünde utandırır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Benden uzak durmaya çalışır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Benden şikayet eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Yaptığım herşeyi kontrol etmek ister.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Benim ne düşündüğüme önem verir ve düşündüklerim hakkında konuşmamdan hoşlanır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Ne yaparsam yapayım, diğer çocukların benden daha iyi olduğunu düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Bir plan yaparken benim de ne istediğime önem verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Benim için önemli olan şeyleri, kendisine zorluk çıkarsa da, yapmama izin verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Diğer çocukların benden daha akıllı ve uslu olduğunu düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Bakmaları için beni hep başkalarına bırakır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Bana istenmediğimi belli eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Yaptığım şeylerle ilgilenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Canım yandığında veya hasta olduğumda, kendimi daha iyi hissetmem için elinden geleni yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BABAM

	Hemen Her zaman Doğru	Hemen Bazen Doğru	Nadiren Doğru	Hiçbir Zaman Doğru Değil
69. Kötü davrandığım zaman benden ne kadar utandığını söyler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Beni sevdiğini belli eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Bana karşı yumuşak ve iyi kalplidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Kötü davrandığım zaman beni utandırır veya suçlu hissettirir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Beni mutlu etmeye çalışır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANKET

Çalıştığınız Okulun Adı :
 Çalıştığınız Okulun Türü :
 Mezun Olduğunuz Okulun ve Bölümün Tam Adı :
 Branşınız :
 Mesleki Kıdeminiz :
 Haftalık Ders Yükünüz :
 Dersine Girdiğiniz Toplam Öğrenci Sayısı :
 Toplam Yöneticilik Kıdeminiz :
 Cinsiyetiniz :
 Yaşınız :
 Medeni Durumunuz :
 Çocuk Sayınız :

YÖNERGE: Aşağıda kendinizi düşünerek cevaplayabileceğiniz bazı cümleler bulunmaktadır. Her cümleyi okuduktan sonra KATILYORUM veya KATILMIYORUM seçeneklerinden birini işaretleyiniz. Eğer cümledeki ifadeye katılıyorsanız K harfini, katılmıyorsanız KM harflerini daire içine alınız. Lütfen her cümleyi atlamadan okuyunuz. Formun değerlendirilmesi açısından bu çok önemlidir. Araştırmadan güvenilir ve geçerli bulgular elde edilmesinin vereceğiniz yanıtların dürüstlüğü oranında olacağına lütfen unutmayınız.

Teşekkürler

1.	Başkaları için asla üzülmem.	K	KM
2.	Evcil hayvan beslemekten hoşlanırım.	K	KM
3.	Her zaman güçlü ve sağlıklı olmuşumdur.	K	KM
4.	Çoğu insanı severim.	K	KM
5.	Kafası karışık biriyimdir.	K	KM
6.	Çoğu insana güvenmem.	K	KM
7.	İnsanlar benden çok fazla şey bekliyor.	K	KM
8.	Çocuklar asla kötü olmamalıdır.	K	KM
9.	Sık sık kafam karışır.	K	KM
10.	Çocuğun bedenini hafifçe bereleyen ölçüdeki dayığa karşı değilim.	K	KM
11.	Çocuğum ağladığında onu mutlaka kontrol etmeye kalkışırım.	K	KM
12.	Bazen düşünmeden hareket ederim.	K	KM
13.	Başkalarına bel bağlamak olmaz.	K	KM
14.	Mutlu bir insanım.	K	KM
15.	Ailemle birlikte bir şeyler yapmaktan hoşlanırım.	K	KM
16.	Genç kızların korunmaya ihtiyaçları vardır.	K	KM
17.	Sık sık içimden öfkelenirim.	K	KM
18.	Bazen kendimi dünyada yapayalnız hissederim.	K	KM
19.	Bir evde herşey daima yerli yerinde olmalıdır.	K	KM
20.	Bazen bir çocuğun ihtiyaçlarını karşılayamayacağımdan endişe duyarım.	K	KM
21.	Bıçaklar çocuklar için tehlikelidir.	K	KM
22.	Kendimi sık sık reddedilmiş hissederim.	K	KM
23.	Sık sık içimde bir yalnızlık hissederim.	K	KM
24.	Erkek çocuklar hiçbir zaman "kız oyunları" oynamamalıdır.	K	KM
25.	Kendimi sık sık engellenmiş ve hayal kırıklığına uğramış hissederim.	K	KM

26.	Çocuklar hiçbir zaman itaatsizlik etmemelidir.	K	KM
27.	Bütün çocukları severim.	K	KM
28.	Bazen kontrolümü kaybedeceğimden korkarım.	K	KM
29.	Zaman zaman “keşke babam beni daha çok sevseydi” diye düşünürüm.	K	KM
30.	Sakar-beceriksiz bir çocuğum var.	K	KM
31.	Doğru ve yanlış davranış biçimlerinin neler olduğunu biliyorum.	K	KM
32.	Telefon numaram rehberde yoktur.	K	KM
33.	Bir çocuğun doğumu evlilikte sorunlara neden olur.	K	KM
34.	Ben daima iyi bir insanımdır.	K	KM
35.	Sağlığım konusunda hiçbir zaman endişe etmem.	K	KM
36.	Bazen yeterince yiyecek bulamayacağımdan endişe duyarım.	K	KM
37.	Hayatımda hiçbir zaman birilerini incitmek istemedim.	K	KM
38.	Şanssız bir insanım.	K	KM
39.	Genellikle sessiz bir insanım.	K	KM
40.	Çocuklar baş belasıdır.	K	KM
41.	Yaşamımda genellikle her şey ters gitmiştir.	K	KM
42.	Bebek her ağladığında kucağa alınırsa şımarır.	K	KM
43.	Bazen çok sessiz olurum.	K	KM
44.	Bazen öfkeme hakim olamam.	K	KM
45.	Kötü bir çocuğum var.	K	KM
46.	Bazen her şeyden önce kendimi düşünürüm.	K	KM
47.	Bazen kendimi değersiz hissederim.	K	KM
48.	Annem babam gerçekte bana yeterince bakıp ihtimam göstermediler.	K	KM
49.	Bazen çok üzüntülü olurum.	K	KM
50.	Çocuklar aslında küçük yetişkinlerdir.	K	KM
51.	Eşyaları kırıp dökken bir çocuğum var.	K	KM
52.	Sık sık kendimi endişeli hissederim.	K	KM
53.	Altını kirletmiş bir çocuğun, kirli beziyle bir süre kalmasının bir sakıncası yoktur.	K	KM
54.	Bir çocuk hiçbir zaman karşılık vermemelidir.	K	KM
55.	Bazen çocukça davranırım.	K	KM
56.	Sık sık ve kolayca keyfim kaçır, moralim bozulur.	K	KM
57.	Bazen kötü düşüncelere kapılırım.	K	KM
58.	Herkes önce kendini düşünmelidir.	K	KM
59.	Ağlayan bir çocuk asla mutlu olamaz.	K	KM
60.	Hayatımda hiçbir zaman birilerinden nefret etmedim.	K	KM
61.	Çocuklar yüzme öğrenmemelidir.	K	KM
62.	Her zaman doğru olanı yaparım.	K	KM
63.	Sık sık için için endişelenirim.	K	KM
64.	Çok hastalanan bir çocuğum var.	K	KM
65.	Bazen kendi davranış tarzımı beğenmiyorum.	K	KM
66.	Bazen verdiğim sözlerin hiç birini tutamadığım olur.	K	KM
67.	İnsanlar bana çok acı vermiştir.	K	KM
68.	Çocuklar temiz olmalıdır.	K	KM
69.	Başını sık sık derde sokan bir çocuğum var.	K	KM
70.	Hiçbir zaman başkalarına kızmam.	K	KM

Ek 3

71.	İnsanlarla daima iyi geçinirim.	K	KM
72.	Sık sık ne yapmam gerektiğini düşünürüm.	K	KM
73.	Rahatlamakta zorluk çekiyorum.	K	KM
74.	Günümüzde insan kime güvenebileceğini bilemiyor.	K	KM
75.	Mutlu bir yaşantım var.	K	KM
76.	Fiziksel bir özürüm var.	K	KM
77.	Çocukların oyun giysileri ile temiz giysileri ayrı olmalıdır.	K	KM
78.	Diğer insanlar benim duygularımı anlamıyorlar.	K	KM
79.	Beş yaşında olmasına rağmen hala yatağını ıslatan bir çocuk kötüdür.	K	KM
80.	Çocuklar sessiz olmalı ve söylenenleri dinlemelidirler.	K	KM
81.	Komşularımın arasında birçok yakın arkadaşım var.	K	KM
82.	Çocuğun eğitiminden birinci derecede okul sorumludur.	K	KM
83.	Ailemde çok kavga olur.	K	KM
84.	Baş ağrısı çekerim.	K	KM
85.	Çocukken istismar edildim.	K	KM
86.	Dayak en iyi cezadır.	K	KM
87.	Başkalarının bana fiziksel olarak temasından, dokunmasından hoşlanmam.	K	KM
88.	Başkalarından yardım isteyen insanlar zayıftır.	K	KM
89.	Çocukların yatağa gitmeden önce elleri, ayakları vs. yıkanmalıdır.	K	KM
90.	Çok gülen biri değilim.	K	KM
91.	Birçok yakın arkadaşım var.	K	KM
92.	İnsanlar kendi gereksinimlerini kendileri karşılamalıdır.	K	KM
93.	Kimsenin bilmediği korkularım var.	K	KM
94.	Ailemde geçimsizlik var.	K	KM
95.	Yaşam bana çoğu zaman anlamsız gelir.	K	KM
96.	Çocuk bir yaşına geldiğinde tuvalet eğitimi tamamlanmış olmalıdır.	K	KM
97.	Çamurla oynayan çocuk hoş bir görüntü verir.	K	KM
98.	İnsanlar beni anlamıyorlar.	K	KM
99.	Sık sık kendimi değersiz hissedirim.	K	KM
100.	Diğer insanlar yaşamımı mutsuzlaştırmıştır.	K	KM
101.	Her zaman iyi ve nazik bir insanımdır.	K	KM
102.	Bazen davranışlarımın nedenini bilmem.	K	KM
103.	Birçok kişisel sorunum var.	K	KM
104.	Sık sık kendini inciten bir çocuğum var.	K	KM
105.	Sık sık keyfim kaçır, moralim bozulur.	K	KM
106.	İnsanlar bazen beni kullanırlar.	K	KM
107.	Yaşamım iyidir.	K	KM
108.	Bir ev her zaman pırıl pırıl olmalıdır.	K	KM
109.	Bir sorunum olduğunda kolayca keyfim kaçır, moralim bozulur.	K	KM
110.	Dedikoduya hiçbir zaman kulak asmam.	K	KM
111.	Annem babam beni anlamadılar.	K	KM
112.	Yaşamdaki pek çok şey beni kızdırıyor.	K	KM
113.	Çocuğumun özel sorunları var.	K	KM
114.	Çocukların çoğunu sevmem.	K	KM
115.	Çocuklar her zaman uslu olmalıdır.	K	KM

Ek 3

116.	Çocukların çoğu birbirine benzer.	K	KM
117.	Okumak çocuklar için önemlidir.	K	KM
118.	Sık sık içim kararır, kederlenirim.	K	KM
119.	Arasına çocuklar da anne babalarını düşünmelidirler.	K	KM
120.	Sık sık keyfim kaçır, moralim bozulur.	K	KM
121.	İnsanlar benimle iyi geçinmiyorlar.	K	KM
122.	İyi bir çocuk oyuncaklarını ve giysilerini temiz ve düzenli tutar.	K	KM
123.	Çocuklar anne babalarını daima mutlu etmelidirler.	K	KM
124.	Çocukların bazen karşılık vermesi doğaldır.	K	KM
125.	İnsanlara asla haksızlık etmem.	K	KM
126.	Arada sırada çocuğuma bakmak zorunda olmamaktan hoşlanırım.	K	KM
127.	Çocuklar her zaman temiz ve düzenli olmalıdır.	K	KM
128.	Bedensel, sosyal veya zihinsel gelişimi yavaş olan bir çocuğum var.	K	KM
129.	Bir anne baba çocuğunun davranışlarını kontrol etmek istiyorsa cezayı kullanmalıdır.	K	KM
130.	Çocuklar hiçbir zaman sorun çıkarmamalıdır.	K	KM
131.	Çocuğum ağladığı zaman genellikle onu cezalandırırım.	K	KM
132.	Çocuklara çok sıkı ve katı kurallar uygulanmalıdır.	K	KM
133.	Çocuklar anne babalarının emirlerine asla karşı gelmemelidirler.	K	KM
134.	Sık sık kendimi başkalarından daha iyi hissedirim.	K	KM
135.	Çocuklar bazen beni sinirlendirirler.	K	KM
136.	Çocukken sık sık korkardım.	K	KM
137.	Çocuklar her zaman sessiz ve terbiyeli olmalıdır.	K	KM
138.	Sık sık nedenini bilmediğim şeylerden dolayı keyfim kaçır, moralim bozulur.	K	KM
139.	Günlük işlerim keyfimi kaçırır ve moralimi bozar.	K	KM
140.	Bazen çocuklarımın beni sevmeyeceklerinden korkarım.	K	KM
141.	İyi bir cinsel yaşamım var.	K	KM
142.	Çocuk yetiştirme konusunda makaleler ve kitaplar okudum.	K	KM
143.	Sık sık kendimi çok yalnız hissedirim.	K	KM
144.	İnsanlar öfkelerini göstermemelidirler.	K	KM
145.	Kendimi sık sık yalnız hissedirim.	K	KM
146.	Bazen kötü sözler söylerim.	K	KM
147.	Şu sıralar deliler gibi aşığım.	K	KM
148.	Ailemin pek çok sorunu var.	K	KM
149.	Sağlığım için kötü olan hiçbir şeyi asla yapmam.	K	KM
150.	Sahip olduklarımla her zaman mutlu olmuşumdur.	K	KM
151.	Diğer insanlar yaşamımı güçleştirmişlerdir.	K	KM
152.	Hemen hemen her gün bir şeye gülerim.	K	KM
153.	Bazen ihtiyaçlarımın karşılanmayacağı endişesini yaşarım.	K	KM
154.	Sık sık korku hissedirim.	K	KM
155.	Bazen aptalca davrandığım olur.	K	KM
156.	İnsan kendi meselelerini kendine saklamalıdır.	K	KM
157.	Kızdığım zaman asla sesimi yükseltmem.	K	KM
158.	Küçükken annem babam tarafından itilip kakılırdım.	K	KM
159.	Bazen başkalarından önce kendimi düşünürüm.	K	KM
160.	Daima doğruyu söylerim.	K	KM

**ÇOCUĞA YÖNELİK ANA-BABA TEPKİLERİ ANKETİ
(DUYGUSAL İSTİSMAR FARKINDALIK ÖLÇEĞİ)**

Aşağıda, çocuk eğitimi ve disiplini ile ilgili öyküler yer almaktadır. Sizden, her bir öyküde belirtilen ana ya da baba davranışını değerlendirmeniz beklenmektedir. Öyküde belirtilen ana-baba davranışının, çocuğun ruhsal gelişimi açısından yararlı sonuçlar sağlayabileceğini düşünüyorsanız “uygun” ya da “kesinlikle uygun” seçeneklerinden birini işaretleyiniz. Buna karşın, ana-baba davranışının çocuğun ruhsal gelişimi açısından işe yaramayacağını ya da çocuğa zarar verebileceğini düşünüyorsanız “uygun değil” ya da “kesinlikle uygun değil” seçeneklerinden birini işaretleyiniz.

		Kesinlikle uygun değil	Uygun değil	Uygun	Kesinlikle uygun
1	Üç yaşındaki Ayşe annesinin sözünü dinlemeyip koşunca düştü. Ağlayarak annesine sarılmak istedi. Annesi ders olsun diye Ayşe'nin kendisine sarılmasına izin vermedi ve kızgınlığını belli etti. Koltukta oturup yanlış hareketini düşünmesini söyledi.	1	2	3	4
2	Mehtap 10 yaşındaydı ve 6 yaşındaki kardeşini çok kıskanıyordu. Kardeşi onu kızdırdığında “salak şişko” diye bağırdı. Tartışma büyüyünce babaları “Benim kafam şişti. İçeriye gidin, kozunuzu orada paylaşın, kavganız bitince çıkarsınız” diyerek ikisini birden odalarına gönderdi.	1	2	3	4
3	Sekiz yaşındaki Ali top oynamaya çok düşküncüydü. Annesi hava kararmadan eve gelmesini söylemişti. Hava karardığı halde Ali eve gelmeyince annesi çok merak etti. Eve bir saat geç gelen Ali'ye küstü, konuşmadı. Daha sonra eve gelen eşine durumu anlatırken “Hak etmişti” dedi.	1	2	3	4
4	İki yaşındaki Filiz iştahsızdı ve yemek yememek için inatlaşıyordu. Annesi doğru dürüst beslenmezse hastalanacağından korkuyordu. Ağzına verilen kaşığı reddettiği zaman annesi “Yemezsen giderim bak!” dediğinde Filiz'in o lokmayı kabul ettiğini gördü.	1	2	3	4
5	Yedi yaşındaki Özge, annesi-babası ve akrabalarıyla pikniğe gittiğinde ağaca çıkan diğer çocuklara özenip kendisi de tırmanmak istedi. Babası ise, düşeceğinden korkup “düşersen bacağın kırılır, hastanede iğne yaparlar, piknikte top oynanır” diyerek izin vermedi.	1	2	3	4
6	Can iki yaşına geldiğinde yemeğini kendisi yemek istedi. Yeterince beslenemediği ve döküp saçtığı için annesi onu kendisi doyurmayı tercih etti.	1	2	3	4
7	Batuhan 8 yaşındaydı ve bahçede oynamayı çok severdi. Tuvaleti geldiğinde oyunu bırakıp tuvalete gitmek istemedi. Çişini kaçırdığında annesi pek üzerinde durmadı ve “Gelecek sefere tuvalete yetişmeye çalış” diyerek üstünü değiştirdi.	1	2	3	4
8	On iki yaşındaki Sedat'ın dersleri iyi gitmiyordu. Babası, ders çalışmasını sağlamak için ona aileyi geçindirmek için çektiği sıkıntıları anlattı. Sonra sakince, ondan beklenen tek şeyin ders çalışmak olduğunu ve bunca özveriye layık olabilmesi için notlarını düzeltmesi gerektiğini söyledi.	1	2	3	4

		Kesinlikle uygun değil	Uygun değil	Uygun	Kesinlikle uygun
9	On üç yaşındaki Merve matematik dersinde sınav notunu 2’den 4’e çıkardığında annesi pek memnun olmuş görünmedi. Annesi Merve’nin istese daha iyisini yapabileceğini biliyordu ve 4’ü yeterli görmesini istemedi. Annesine göre dersini tam öğrenmek Merve’nin göreviydi zaten.	1	2	3	4
10	Nilsu 3 yaşına basmasına rağmen, artık iyice eskimiş-yıpranmış olan bebeğini gittiği her yere taşıyordu. Babası Nilsu’nun eski-püskü bebeğini her yere taşınmasına izin verdi.	1	2	3	4
11	Mehmet, 10 yaşındaydı. Yaşıtı olan kuzeni Can çok sakın ve söz dinleyen bir çocuktur. Annesi ve babası, haşarı Mehmet’in kendilerini utandıran davranışları karşısında içlerinden “Keşke Can gibi davranabilse bazen...” diye geçirdiler. Bu duygularını Mehmet’e hiç belli etmedilerse de, bazen Can’ı ona örnek gösterdikleri oldu.	1	2	3	4
12	Babası 4 yaşındaki Fatih’e vurmazdı. Çok hareketli bir çocuk olan Fatih çok kızdırdığında onu “bacaklarını kırmak” ya da “kulaklarından tavana asmak” ile tehdit ettiği oldu ama Fatih bunları hiç ciddiye almadı.	1	2	3	4
13	Altı yaşındaki Aydın’ın annesiyle babası kavga ediyorlardı. Bir ara annesi aniden pencereyi açtı ve babasına “Daha fazla üzerime gelersen atarım kendimi!” diye bağırdı.	1	2	3	4
14	Annesi 5 yaşındaki Selin’i doktora götürecekti. Evden çıkmadan önce onunla konuşarak, muayene sırasında sakın ve sessiz olması, hiç ağlamaması ve doktor ne derse yapması gerektiğini anlattı.	1	2	3	4
15	On iki yaşındaki Cihan araba kullanmaya çok hevesliydi. Bu konuda yetenekli olduğunu düşünen babası, yolda kimse yokken Cihan’ın arabayı kullanmasına izin verdi.	1	2	3	4
16	Annesi ve babası, 9 yaşındaki Murat’ın çekingen bir çocuk olmasına üzülüyorlardı. Arkadaşları tarafından ezilmesini istemedikleri için, eve hırpalanarak geldiğinde ona “Bir daha o çocuk sana vurursa, sen de ona vur.” diyerek kendini savunmasını önerdiler.	1	2	3	4
17	Aşırı hareketli bir çocuk olan 2 yaşındaki Alper, gittiği her yerde çevresindekilerin olumsuz eleştirilerine maruz kalıyordu. Bu nedenle annesi, Alper’i uzun süre sakın kalması beklenen ortamlara götürmedi.	1	2	3	4
18	Üç yaşındaki Sevgi’nin babası eve geldiğinde çok yorgundu. Biraz televizyon izlemek ve gazetesini okumak istiyordu. Yemekten sonra Sevgi üzerine tırmanıp oynamak istediğinde “Biraz kendini oyalamayı öğrensin. Sürekli birilerinden ilgi bekleme.” diye düşünerek onun davranışlarına tepki vermedi.	1	2	3	4
19	Anıl oldukça başarılı 7. sınıf öğrencisiydi. Bundan gurur duyan anne ve babası Anadolu Lisesine girmesini çok istiyorlardı. Okul sonrası ve hafta sonları dershaneye giden Anıl’ın evde test çözebilmesi için sınava kadar arkadaşlarıyla futbol oynamamasına karar verdiler.	1	2	3	4
20	Bartu 4 yaşındayken her şeyi abartarak anlatmayı çok severdi. Bir gün yine oynadığı maçta 30 gol attığını söylediğinde, annesi				

	“Arkadaşlarınla ne güzel oynuyorsun” dedi ve doğruyu söylemesi için O’nu uyarmadı.	1	2	3	4
		Kesinlikle uygun değil	Uygun değil	Uygun	Kesinlikle uygun
21	Seda 2 yaşındayken kardeşi doğdu. Annesi çok meşguldü ve çabuk yoruluyordu. Seda’yı sağlık kontrollerine götüremediği için aşıları eksik kaldı.	1	2	3	4
22	Tolga 13 yaşında okul başarısızlığı olan bir çocuktur. İlköğretimi bitirdiğinde ailesi parasal güçlükleri de olduğu için Tolga’nın liseye devam etmeyip bir işe girmesini sağladılar.	1	2	3	4
23	Sekiz yaşındaki Tahir’in annesi ve babası sık sık kavga ederlerdi. Bir tartışma sırasında odasına gönderilen Tahir annesine bir zarar geleceğinden korktuğu için odasından çıkıp annesiyle babasını ayırmaya çalıştı. Tartışma alevlenince babası bazen dayanamayıp annesine vurdu, sonra da özür diledi.	1	2	3	4
24	Ferah 4 yaşındayken bazen oyuna dalıp kakasını tutuyor, sonra da dayanamayıp kaçırıyordu. Çamaşır yıkamaktan bıkan annesi, Ferah kakasını kaçırdığında bir daha tekrarlamasın diye poposuna vurdu.	1	2	3	4
25	Ertan 9 yaşında, çok hareketli ve sakar bir çocuktur. Laftan sözden anlamadığı için yaramazlıklarını durdurmak amacıyla babası bir gün onu terlikle dövdü.	1	2	3	4
26	Tülay 7 yaşında, oldukça mızumsuz bir çocuktur. İsteklerini ağlayarak elde etmeye çalışırdı. Annesinin çabaları Tülay’ı bu huyundan vazgeçirmeye yetmemişti. Oldukça sessiz ve sabırlı bir kişi olan babası bağırды ve Tülay ancak o zaman ağlamasını durdurabilirdi.	1	2	3	4