

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

Tez yöneticisi
Doç. Dr. Işık GÖRKER

**EDİRNE İL MERKEZİ OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARDA
RUHSAL VE DAVRANIŞSAL DEĞERLENDİRME**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Ceren DİREK

EDİRNE-2017

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca desteğini her zaman hissettiren, bilgi ve deneyimlerini paylaşan, okuma ve araştırma merakına önem veren, her konuda yaşamıma ışık tutan değerli hocam Doç.Dr.İşık GÖRKER'e, rotasyonum süresince eğitimime katkıda bulunan Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyelerine, kliniğimizde birlikte çalışmaktan keyif aldığım her biri benim için çok önemli olan çocuk psikiyatrisi ekibine, sevgi ve anlayışıyla her zaman yanımda olan eşim Can DİREK'e ve aileme sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
OKUL ÖNCESİ DÖNEMDE NORMAL GELİŞİMSEL ÖZELLİKLER.....	4
OKUL ÖNCESİ DÖNEM RUHSAL BOZUKLUKLARI.....	6
OKUL ÖNCESİ DÖNEMDE RUHSAL BOZUKLUKLARINDA	
DEĞERLENDİRMEDE KULLANILAN ÖLÇEKLER.....	18
OKUL ÖNCESİ DÖNEMDE YAPILMIŞ ARAŞTIRMALAR.....	20
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	22
BULGULAR	27
TARTIŞMA.....	43
SONUÇLAR.....	53
ÖZET	55
SUMMARY	57
KAYNAKLAR	59
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

AAB	: Ayrılma anksiyetesi bozukluğu
ABD	: Amerika birleşik devletleri
ADHD	: Attention deficit hyperactivity disorder
CRS	: Conners anababa dereceleme ölçeği
ÇDDÖ	: Çocuklarda davranış derecelendirme ölçeği
DAB	: Dışa atım bozuklukları
DB	: Davranım bozukluğu
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DEHB-DE	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Dikkat eksikliği alt görünümü
DEHB-HA	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu hiperaktivite alt görünümü
DEHB-K	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu kombine tip
DG	: Dil gelişimi
DSM	: Diagnostic and statistical manuel of mental disorders Mental bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı
DSM-4	: Mental bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı dördüncü baskısı
DSM-4-TR	: Mental bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı yeniden gözden geçirilmiş baskısı
DSM-5	: Mental bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı beşinci baskı
ECI-4	: Early Childhood Inventory-4
EÇE-4	: Erken çocukluk envanteri-4
EÇE-4-EF	: Erken çocukluk envanteri-4 ebeveyn formu

HPA	: Hipotalamus hipofiz adrenal aksı
HSQ	: Home situations questionnaires
ICD	: International classification of diseases Uluslararası bozukluk sınıflaması
ICD-10	: Uluslararası bozukluk sınıflaması onuncu revizyon
İMG	: İnce motor gelişim
KMG	: Kaba motor gelişim
KOKGB	: Karşıt olma karşı gelme bozukluğu
K-SADS-PL	: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children
KSG	: Kişisel sosyal gelişim
max	: Maximum
MDB	: Major depresif bozukluk
min	: Minimum
OKB	: Obsesif kompulsif bozukluk
OSB	: Otizm spektrum bozukluğu
ÖF	: Özgül fobi
RBB	: Reaktif bağlanma bozukluğu
SF	: Sosyal fobi
SM	: Selektif mutizm
SSQ	: School situations qrestionnaires
STKB	: Sınırsız toplumsal katılım bozukluğu
TBB	: Tepkisel bağlanma bozukluğu
TSSB	: Travma sonrası stres bozukluğu
YAB	: Yaygın anksiyete bozukluğu
YDDB	: Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu
YGB	:Yaygın gelişimsel bozukluk

GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk gelişiminde biyolojik, psikososyal faktörler ve genetik kalıtım etkilidir. Yaşamın ilk beş yılı gelişimin her alanında önem taşır (1). Okul öncesi dönemde uygun deneyimlerin sağlanacağı bir sosyal ve fiziksel ortam bulunmalıdır (2). Doğru uyaranlar çocuğun zeka ve öğrenme yetisine olumlu etki yapar (3). Bu dönemin önemini açıklayan farklı kuramlar vardır. “Vygotsky’nin Gelişim Kuramı” bilişsel gelişimin dış dünya ile bağlantılı dinamik bir süreç olduğunu belirtir. Başka bir kuram ise “Piaget’in Bilişsel Gelişim Kuramı”dır. Bu kuramda çocuk çevreyle etkileşimi sırasında olayları, nesneleri anlamak için kendi yolunu geliştirir (4).

Erken çocuklukta özbidirimin sınırlı olması, patolojik ve radyolojik yöntemlerin kullanım sakıncaları nedeniyle, psikiyatrik etyolojinin aydınlatılması çok önemlidir (5). Erken dönemdeki bilişsel, sosyal gelişimin okul çağındaki akademik başarıyı öngördüğü bilinmektedir (1). Ölçekler bir hastalığa ya da duruma yönelik sayıya ulaşır, bunları normlara göre yorumlayarak öngöründe bulunur (6). Ölçek kullanımı verilerin objektif değerlendirilmesini sağlar. Hastanın ya da sağlıklı kişilerin psikolojik, davranışsal, bireysel ya da toplumsal ilişkilerini sayısal verilerle kıyaslar. Tarama, tedavi takibi, ilaç yan etkisi, tanı koyma gibi durumlar için kullanılabilir. Başka ülkelerde geliştirilen ölçekler uygulanacak grubun dil, kültür, psikometrik özelliklerine göre uyarlanabilir (6).

Okul öncesi dönem olarak bilinen 3-5 yaşlarındaki çocuklarda kullanılan ölçekler özellikle yaygınlık araştırmalarının daha çok yapılmasını sağlayabilir (7). Ruhsal ve davranışsal değerlendirme yapılırken sınıfsal ve boyutsal olarak ele alınır. Sınıflama için DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve ICD (International Classification of Diseases) gibi tanı sistemleri kullanılırken, boyutsal yaklaşımdaki değerlendirme puanları genellikle tarama ölçekleriyle belirlenir. Achenbach tarafından geliştirilen Çocuklarda Davranış

Derecelendirme Ölçeği (ÇDDÖ), çocuklardaki ruhsal ve davranışsal sorunları boyutsal değerlendirmeye yardımcı olmaktadır. Erken Çocukluk Envanteri-4 (EÇE-4) Gadow ve Sprafkin tarafından geliştirilen, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Dördüncü Baskısı (DSM-4) tanı kriterlerini baz alan, 3-5 yaşlarındaki çocuklarda davranışsal, duygusal ve bilişsel belirtileri sınıflandırarak değerlendirmeye yarayan bir ölçektir. Çocuk okula gidiyorsa öğretmeni, ebeveynleri tarafından doldurulan iki formu vardır. Erken Çocukluk Envanteri-4 ebeveyn formunun (EÇE-4:EF) Türk çocuklarındaki geçerlik ve güvenirlik çalışması, 2006 yılında Kocaeli’nde Başgül ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Yurt dışındaki epidemiyolojik çalışmalarda sıkça kullanılan ölçeğin ülkemizde de kullanımı başlamıştır (8). Okul öncesi dönem gelişimsel açıdan kritik yıllar olduğu için, çalışmamız bu dönemde bizi erken tanıya götürebilecek bulguları değerlendirmeyi amaçlar. Bu sayede gerekli erken tedaviyle işlevsellik kayıpları azaltılabilir. Bu araştırmada Edirne’de 3-5 yaş grubu çocuklarının EÇE-4 ölçeği kullanılarak ebeveyn görüşlerinden elde edilen bilgiler doğrultusunda ruhsal profilinin belirlenmesi planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

Erken çocukluk dönemi bebeklik sonrası dönemle çocuğun okula başlaması arasında kalan dönemdir. Genellikle 3-5 yaşlarını kapsar. Dönemin üst ve alt sınırlarındaki yaşların gelişim özellikleri farklıdır (5). Piaget'in bilişsel gelişim kuramına göre dilin ortaya çıktığı, duygu ve davranışların zekayla bütünleştiği; bu dönüşümün duygulara aksedildiği bir dönemdir. Bu dönemde çocukta toplumsallaşma ve sezgiler başlar. Çocukta kendini değerlendirme duygularının da başladığı bu yıllarda aşağılık, üstünlük duyguları etkilidir. İlk ahlaki eğitim çocuğun anne babanın koyduğu kurallara uymasıyla başlar. Çocuk oyunlarda benmerkezcidir, canlı cansız benzerlik ilişkileri kurma eğilimindedir (9).

Çocuğun beyin gelişimi anne karnından okula başlayıncaya kadar farklı evrelerden geçer. Nöronların oluşması, doğru yere göç etmeleri, nöron bağlanmasını sağlayan akson ve dendrit oluşumu, sinaptik bağlantıların oluşumu ve gelişimi, son olarak etkileşim için myelinizasyon gerçekleşir. Tüm bunlar çevre ve genetik yapı etkileşimiyle olur. Beynin büyük bir kısmının doğum öncesinde oluşmaya başlaması, nöron yapılanmasının ilk yıllarda oluşu bağlanma, duygulanım, sağlık, mizaç, uyum, anne babanın ruh sağlığı ile ilgili deneyimlerinin kalitesinin gelişimdeki rolünü vurgular. İlk yıllardaki ebeveyn çocuk ilişkisinin beyni çok yönlü etkilediği kanıtlanmıştır (1).

Çevresel ve sosyal faktörler, fiziksel ve zihinsel gelişimi en çok erken çocukluk döneminde etkiler. Bu dönemdeki olumsuz uyaranlar psikososyal gelişimi yavaşlatır. Bu nedenle olumsuz çevre faktörlerine erken müdahale edilerek, çocuğun sağlıklı ve yeterli beslenebileceği, gelişiminin destekleneceği bir ortam oluşturulmalıdır (4).

OKUL ÖNCESİ DÖNEMDE NORMAL GELİŞİMSEL ÖZELLİKLER

Okul öncesi dönemi kapsayan 3-6 yaş arası, çocukta gelişim ivmesinin arttığı kritik zamanlardır. Oyun dönemi ya da erken çocukluk dönemi olarak da tanımlanır. Freud'un psikoseksüel gelişim kuramına göre fallik evre, psikososyal kurama göre özerklik ve girişimcilik, Piaget'nin bilişsel gelişim kuramına göre işlem öncesi döneme karşılık gelir. Bu dönemde fiziksel, bilişsel, dil, motor, psikososyal alanlarda gelişimin temelleri atılır (10).

Fiziksel Gelişim

Çocukluk döneminde büyüme 12.ayın bitiminden itibaren başlar, ergenliğe kadar devam eder. Bu dönemdeki büyüme, büyüme hormonu ve tiroid hormonlarının kontrolündedir. İki yaş ve ergenlik arasında ortalama yıllık ağırlık artışı yaklaşık 2,5 kg'dır. Normalin üstünde artışlar, dönemsel olarak değişikliğin olmadığı zamanlar olabilir. 3 yaşındaki çocuk ortalama 90 cm boyundadır. 4 yaşındaki çocuk doğum boyunun 2 katına ulaşır ve 100 cm olması beklenir. 4 yaşından ergenliğe kadar yıllık ortalama uzunluk artışı 5-7,5 cm'dir (11). Uyku ihtiyacı giderek azalır, üç yaşındakilerin %30'u, beş yaşındakilerin %10'u geceleri uyanır (12). Özellikle dikkat, bellek, bilincin ilişkili olduğu merkez retiküler formasyonda myelinizasyon, ergenlik sonuna kadar devam eder. Lateralizasyon büyük ölçüde belirginleşmeye başlar (13).

Bilişsel Gelişim

Erken çocukluk dönemi, Piaget'nin bilişsel gelişim kuramına göre işlem öncesi dönem olarak betimlenir. Somut düşünceye hazırlığın gerçekleştiği bu dönemde dil aracılığı ile üretilen semboller ve temsili oldukları nesneler arasında ilişki başlar. Dilin amaca yönelik kullanılması, sınıflama, sıralama gibi işlevler başlar. Parça ve bütünü aynı anda düşünemediği için sıralama ilişkisini kuramazlar. Nesneleri şekillerine renklerine göre sınıflayabilirler (14). Benmerkezcidir, oyunlarda kendi kazanmak ister. Bu dönemde çocuk animistik düşünceyle, cansız nesnelere canlıların özelliklerini yükleyerek canlı-cansız arasında benzerlik oluşturmaya çalışır. Dört ile yedi yaş arası çocukların olaylara tepkisi, sezgi ve mantık öncesi davranışlar birleşiminden oluşmaktadır. Sezgi, somut olaylarda öne çıkar (9).

Dil Gelişimi

Çocukların kendilerini ifade etmelerinde, sosyal iletişim ve etkileşime girmelerinde, kültürel değerleri öğrenmede dil önemli bir işleve sahiptir. Bilişsel gelişimde dil, anlama yeteneğinde rol oynar, düşünce hızını artırır (15). Bütün bebekler dili öğrenmeye sesleri

öğrenerek başlar. Beyin gelişiminin üçte ikisinin tamamlandığı 3 yaşında, dil öğrenimi belirginleşir. İlk üç ayda anlatım dili gelişimi fonem düzeyinde başlarken, 9 aya kadar morfemik, 9-18 inci aylarda cümle düzeyinde olur. Üç yaşına kadar anlam düzeyinde dil gelişimi sağlanır (13). Erken çocukluk döneminde çocuk yetişkinleri daha az tekrar eder, konuşma anlaşılır hale gelir, sosyal etkileşimde dil kullanımı artar. Beş yaşından sonra neredeyse erişkine benzer karmaşık cümle yapılarını kullanabilir (16).

Motor Gelişim

Motor gelişim erken çocuklukta büyük kas gruplarında küçük kas gruplarına göre daha hızlı olur. Üç yaşındaki çocuk üç tekerlekli bisiklete binebilir, kısa süreli tek ayak üstünde durabilir. Dört yaşında tek ayak üstünde sekebilir, iyi tırmanır, 5 yaşında atlayabilir (17).

Küçük kas gruplarının motor gelişimi ile 3-4 yaşlarında basit insan figürü çizer, kağıt üzerine çizilmiş düz bir çizgi üzerinden makasla keser, iki elini koordineli olarak kullanmaya başlar, el tercihi belirgindir. Dört beş yaşlarında kendi kendine yemek yer, dişlerini fırçalar, çoğu giysisini giyer ve çıkarır, kalemi becerili olarak tutar, köşeli şekiller çizer, insan, ağaç, ev figürlerini çizer. Çocuk giderek bedenini kontrol etmede ustalaşır. Beş yaşından sonra yaptığı resimlerde kompozisyonlar oluşturabilir (18).

Psikososyal Gelişim

Erikson, bireyin diğer bireylerle ilişki içerisinde geliştiğini belirtmiş ve çocuğun çevresinde bulunan anne baba, öğretmenler ve akranların psikososyal gelişim için vazgeçilmez olduğunu bildirmiştir. Biyolojik özelliklerin de etkisiyle, epigenetik temelli aşamalı kişilik gelişimini vurgular (14).

Bu dönemde çocuk benmerkezcil durumdan topluma dönüklüğe doğru gelişmektedir. Çevreden ayrılığını fark edip denemeler yapmaya başlar. Çevre üzerinde kontrol gücü kazanır. Girişimcilikleri gelişmiştir, meraklıdırlar. Dil geliştiği için sürekli soru sorar. Anal dönemin belirgin özelliği olan inatçılık 4 yaşından sonra azalmaya başlar. Duygu yeteneği belirir, çocuk oyun oynarken ilgi, uyum, izlenim, sevinç, heyecan gibi pek çok duyguyu deneyimler. Toplumsallaşmasıyla ilgili olarak sempati, empati, antipati başlar (9).

Oyun oynama özellikleri farklılaşır, ortaklaşa oyun kurabilir. Hayal gücü artar, özdeşim kurarak gerçek hayatta istediği rolleri üstlenir. Doğal girişimleri doğrultusunda yeteneklerini keşfeder (19).

OKUL ÖNCESİ DÖNEM RUHSAL BOZUKLUKLARI

Ruhsal bozuklukların kategorik sınıflandırmasında en çok Mental bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı (DSM-5) ve International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) tercih edilir. ICD-10'nun son versiyonuna göre tanılar ve tanı kodları Tablo 1'de özetlenmiştir (20) (Tablo 1). Ruhsal bozuklukların sınıflandırmasında en sık kullanılan DSM-5 sınıflandırmasına göre çocukluk döneminde görülen psikopatolojiler "Nörogelişimsel Bozukluklar" başlığı altında tanımlanmaktadır. Bu bozukluklar genellikle çocuk okula başlamadan ve birliktelik göstererek ortaya çıkar. Major depresif bozukluk (MDB), yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), şizofreni gibi bu başlık altında yer almayan ruhsal bozukluklar çocuklarda da görülebilmektedir (21). Tanıların ayrıntılı açıklamaları DSM-5 esas alınarak yapılacaktır.

Tablo 1. ICD-10 tanı sınıflaması

ICD-10 2016 Versiyon	
F 70-F 79	Zihinsel Engellilik
F 80.0	Özel konuşma artikülasyon bozukluğu
F 80.1	Ekspressif dil bozukluğu
F 80.2	Reseptif dil bozukluğu
F 80.3	Epilepsinin eşlik ettiği kazanılmış afazi (Landau-Kleffner)
F 81	Skolastik becerilerde özel gelişimsel bozukluklar
F 82	Motor fonksiyonlarda özel gelişimsel bozukluk
F 83	Özel gelişimsel bozukluklar karma tip
F 84	Yaygın gelişimsel bozukluklar
F 90	Hiperkinetik bozukluklar
F 93.0	Çocukluk çağının ayrılık kaygısı bozukluğu
F 93.1	Çocukluk çağının fobik anksiyete bozukluğu
F 93.2	Çocukluk çağının sosyal anksiyete bozukluğu
F 94.0	Elektif mutizm
F 95	Tık bozuklukları
F 20	Şizofreni
F 31	Bipolar duygulanım bozukluğu
F 32	Depresif nöbet
F 33	Yineleyen depresif bozukluk
F 34.1	Distimi
F 42	Obsesif-kompulsif bozukluk
F 43.1	Travma sonrası stres bozukluğu
F 94.1	Çocukta reaktif bağlılık bozukluğu
F 50	Yeme bozuklukları
F 51	Uyku bozuklukları
F 91	Davranış bozuklukları
F 91.3	Karşı koyma bozukluğu
F 98.0	Organik olmayan enürezis
F 98.1	Organik olmayan enkoprezis

Nörogelişimsel Bozukluklar

Anlıksal (entellektüel) yeti yitimleri: Anlıksal yetersizlik tanısı problem çözme becerisi, neden sonuç ilişkisi kurabilme, yargılama, öğrenme gibi alanlardaki genel bir gerilik ile karakterizedir. Test yapılamayacak kadar küçük ya da belirtilerin sistematik değerlendirilemediği durumlarda genel gelişim gecikmesi tanısı kullanılır (21).

İletişim bozuklukları: Dil bozukluğunda sözcük dağarcığı kısıtlıdır, cümle yapısı bozuktur. Beklenen düzeyden geri bir konuşma düzeyi mevcuttur. 4 yaşından sonra konulan tanı büyük ihtimalle erişkinliğe kadar devam edecektir. Özgül okuma bozukluğu ve gelişimsel koordinasyon bozukluğu sık eşlik eder (22).

Sesletim bozukluğu Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Baskısı (DSM-4-TR)'de fonolojik bozukluk adıyla geçmekteydi. Sesletim okul yıllarından erişkinliğe kadar gelişimi devam eden bir durumdur (23). Okul öncesi dönemde %3 olan oran ergenlerde %0,5'lere kadar düşer (22). Çalışmalar konuşma bozukluğu olan çocukların yarısında eşlik eden bir başka hastalık tanısı, özellikle de Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olduğunu göstermiştir. Erken başlayan sorunlar ise ilerisi için öğrenme güçlüğü riskini artırır (24).

Konuşmada akıcılık bozukluğu, yaygın kullanılan adıyla kekemelik, en fazla okul öncesi dönemde ortaya çıkar. Sıklığı %3 civarındadır ve çoğunluğunun kendiliğinden iyileştiği bildirilmiştir. Konuşma, akıcılık ve zamanlama açısından bozulmuştur. Ses ve hece tekrarları, sesleri uzatma, dolaylı konuşma, sessiz duraksamalar, gerginlik görülebilir. Sesletim bozukluğu varlığı ve aile öyküsü riski artırır (25).

Otizm spektrum bozukluğu (OSB): Yeni sınıflama sisteminde, önceki sınıflama sistemlerinden farklı olarak Asperger bozukluğu, atipik otizm, çocukluk çağı dezintegratif bozukluğu, Rett sendromu, başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk gibi alt grup tanımlamalarından bahsedilmemektedir. Diğer önemli farklılık da, derecelendirmenin ihtiyaç duyulan destek düzeyine göre yapılmaya başlamasıdır (26).

Belirtiler; erken çocuklukta başlayan sosyal iletişim etkileşimde kısıtlılık, tekrarlayıcı davranışlar, sınırlı ilgi alanlarıdır. Görülme sıklığı %1 civarında kabul edilir. Erkeklerde kızlardan 3-4 kat daha fazla görülmektedir. Çevresel risk faktörlerinden en önemlisi yüksek anne baba yaşıdır (27).

Klinik belirtilerine baktığımızda, okul öncesinde tüm klasik belirtileri gözlemleyebiliriz. Akranlarından farklı olarak iletişime etkileşime geçmede isteksizlik, kısıtlı vücut dili ve mimikler, yaş grubundakilerle ilişkiyi sürdürmemeye belirgindir. Yaşlıları, erişkin rolleriyle hayali oyunlar oynayabilirken, bu çocuklarda taklit basit düzeyindedir. Empati yetenekleri çok sınırlıdır, neredeyse hiç yoktur. Duyguları anlamada çok yetersizdirler. Yarıya yakın kişide dil becerileri gelişmiştir, ancak cümleler kısa, tekrarlayıcıdır ve sestonu tekdüzedir. Karşılıklı konuşmayı başlatmada ve sürdürmede kısıtlılık vardır. Konuşamayan çocuklarda kelime uydurma ya da anlamsız sesler çıkarma görülebilir (28). Sallanma, kendi etrafında dönme, parmak ucunda yürüme, kanat çırpma tarzı tekrarlayan hareketler sık görülür. Ritüalistik davranışlar, oyuncakların belirli kısımlarıyla ilgilenme, sıraya dizme görülür. Değişime direnç yaşantıyı zorlaştırır, çok küçük bir çevresel değişimi bile öfkeyle karşılayabilirler (29).

Belirtiler tipik bulgulardan daha farklı olabilir. OSB'lilerde eştanı fazladır. En sık birlikte görüldüğü hastalıklar sırasıyla DEHB, duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarıdır (27). OSB'li bireylerde çok fazla dikkat ve yürütücü işlev sorunları görülür. Büyük kısmında aşırı hareketlilik vardır. DEHB ile eştanı oranları %30-80 arasında değişir (30).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB): Dikkatsizlik ve aşırı hareketliliğin işlevsellikte ciddi sorunlar oluşturduğu bir nörogelişimsel bozukluktur. Yaş ve gelişim düzeyiyle uyumsuz olarak üzerine aldığı sorumlulukları tamamlayamama, dinlemiyor görünme, eşyalarını kaybetme vardır. Yerinde duramama, sabırsızlık, aceleci ve konuşkan olma yaşlılarına göre belirgindir (21). Dünya genelinde sıklığı %5-7'dir. Çalışmalarda erkek-kız oranı 3/1 olarak saptanmış, klinik başvurularda ise oran 9/1 dir. DEHB'nin kız çocuklarda daha çok kaygı, dikkatsizlik gibi içe yönelim bulgularıyla, erkeklerde ise davranışsal semptomlarla seyretmesi nedeniyle, klinik başvurunun erkeklerde daha fazla olduğu düşünülmüştür (31).

Semptomların %40-60 kadarının ergenlik ve erişkinlikte de devam ettiği gösterilmiştir. Kalan bireylerde tanı kriterleri tam olarak karşılanmasa da, bulguların eşik altı düzeyde devam ettiği ve işlevselliği etkilediği bilinmektedir (32).

Okul öncesi dönemde DEHB'lilerin en çok başvuru nedenleri; hareketlilik, dikkatsizlik, dürtüsellik, öfke nöbetleri, otoriteye karşı gelme, akranlarla iletişim sorunları ve konuşma bozukluğudur. Anaokulunda yaşlılarının oyununu bozar, uyku zamanına ve diğer kurallara direnç gösterirler. Sessiz kalmaları gereken aktivitelerde zorlanırlar, sürekli hareketli gürültülü

oyunlar oynamak isterler. Dürtüsel oldukları için kazalar, yaralanmalar, eşyalara zarar verme görülür (33).

Eştanı olasılığının en yüksek olduğu hastalıklar, karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), davranım bozukluğu (DB), duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, öğrenme güçlüğü, anlıksal yetersizlik, tik bozukluğudur (34). Okul öncesi çağda tanı alan çocukların okul döneminde tanı alan çocuklara kıyasla KOKGB ve DB için daha fazla risk taşıdıkları bulunmuştur. Ayrıca okul başarısında düşüklük ve dil sorunları da daha fazla görülmektedir (35).

Okul öncesi dönemde tedavide ilk seçenek, psikososyal yaklaşım ve davranışçı terapilerdir. İlaç tedavilerinin bu yaş grubunda uzun dönem etkileriyle ilgili araştırmalar yetersizdir. Endikasyon dışı kullanıldığında da okul çocuklarına göre yan etkilerin daha fazla ortaya çıktığı gözlenmiştir. Büyüme hızı bu dönemde daha fazla olduğu için, çocuk ilaç kullanıyorsa gelişmenin izlemi daha sık aralıklarla yapılmalıdır (33).

Özgül öğrenme bozukluğu: Çocuğun, bilgiyi etkin ve doğru biçimde algılama ve işleme becerilerindeki kısıtlılıklarla kendini gösterir. Okuma, yazma, matematik alanlarında olabilir. Etkilenen beceri akranlarına göre belirgin düşüktür ya da onları yakalayabilmesi için normalin üstünde çaba sarf ediyordur. Başlangıcı, fark edilmesi, tanı konulması ilköğretim yıllarında olur (21).

Devinim bozuklukları: Gelişimsel eşgüdüm bozukluğunda, çocuğun motor becerileri yaşından beklenen düzeyin önemli ölçüde altındadır. Sakarlık, yavaşlıkla kendini gösterir, işlevselliğini bozar. Cetvel, makas gibi araçları kullanmada güçlük çeker, oyun etkinlikleri olumsuz yönde etkilenir. Başlangıç genellikle erken çocukluk döneminde olur, sıklığı %5-6 arasındadır (21).

Basmakalıp devinim bozukluğu amaçsız, yineleyici, işlevselliği bozan devinimlerle karakterizedir. Bazı durumlarda çocuk kendini durdurucu davranışlar sergileyebilir. Kendini yaralama davranışı olan ve olmayan olarak ayrılırlar, çoklu devinimler de görülebilir. Anlıksal yeti yitimi olanlarda daha sık görülür. Tekrarlayan hareketler yaşamın ilk 3 yılında çıkar, bebeklikte normaldir. Normal gelişen çocuklarda kendiliğinden kaybolur. Özellikle OSB ve tik bozukluğuyla ayırıcı tanısı iyi yapılmalıdır (21).

Tik bozukluğu çoğunlukla 5-7 yaşlarında başlayan, motor veya vokal tiklerin varlığı ile karakterize bir bozukluktur. Tik; artış ve azalmalar gösteren, çoğunlukla nöbetler halinde çıkan,

ani, hızlı, ritmik olmayan, amaçsız, tekrarlayıcı hareketler ya da sesler olarak tanımlanabilir. Çoğu kez benzer basmakalıp bir örüntü izler. Basit tikler genelde 1 saniyeden kısa süren, hızlı, ani, amaçsız, bir veya birkaç kas grubunun dahil olduğu hareketler ya da tekli, anlamsız seslerdir. Kompleks tikler ise, sırayla veya aynı anda gelen ve daha uzun süren hareketler ya da hece, kelime şeklinde ortaya çıkan seslerdir. Kompleks tikler genellikle kompulsiftir. Yaygınlığı geçici tik bozukluğu için %5 olarak bildirilmiştir. Çocukların %4-12'sinin gelişimlerinin bir aşamasında tik oluşturdıkları tahmin edilir (36).

Tourette bozukluğu, motor ve vokal tiklerin bir yıldan uzun devam ettiği bir bozukluktur. İşlevselliği ciddi etkiler, eştanı oranı yüksektir. Motor tiklerden birkaç yıl sonra vokal tikler başlar. Yaygınlığı %1 olarak bildirilmiştir (37).

Kronik motor ya da vokal tik bozukluğu tek ya da çoklu motor ya da vokal tiklerin olmasıdır. Her ikisi aynı zamanda bulunmamalıdır. Kronik tik bozukluklarında tikler yer değiştirebilir, tek bir bölgede kalmazlar. 2013 yılında Tourette bozukluğu ve kronik tik bozukluğu olan çocukların kontrol grubu ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, tik bozukluğu olan grubun anaokuluna gitme oranı daha düşük bulunmuş (37).

Erken Başlangıçlı Şizofreni

Şizofreni bilişsel, davranışsal, duygusal alanlardaki zorluklarla giden karmaşık klinik bir tanıdır. 18 yaşından önce başladığında erken başlangıçlı şizofreni, 13 yaşından önce başladığında ise çok erken başlangıçlı şizofreni adını alır (38). Tanı konulurken erişkinler için kullanılan kriterler kullanılır. Erken başlangıçlı şizofrenide daha çok negatif belirtiler saptanır. Hastalık öncesi dönemde bilişsel gelişmede gecikme, öğrenme güçlükleri, sosyal yetersizlikler, içe kapanıklık olduğu bildirilmiştir. Erişkinlere kıyasla bulgular daha ağırdır (38). Görülme sıklığı 15 yaşın altında %4, 10 yaşın altındakilerde ise %0.1-1 arasındadır. Beş yaşın altında ise çok nadir olgu bildirimi vardır (39).

Bipolar ve İlişkili Bozukluklar

Daha önce bipolar bozukluk ve depresyon, duygudurum bozuklukları kategorisinde birlikte değerlendirilirken, DSM-5 ile bipolar I , bipolar II, siklotimi ayrı bir kategoride tanımlanmıştır. Çocuklarda özel durumlarda aşırı mutluluk olağan kabul edilebilir. Çocuk yeteneklerini abartabilir, en iyisi olduğunu düşünebilir, ancak tersine kanıtlar netse ve tehlikeli şeylere kalkışıp rutin davranışlarından farklı bir görünüm sergiliyorsa tanı kriterleri açısından

değerlendirilmelidir. Gelişim süreci devam ettiği için, çocukta normal ve anormal ayırımını yapmak güçtür. DEHB ile ayırıcı tanısı önem taşır (21).

Depresyon Bozuklukları

Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu: Çocuklarda bipolar bozukluk tanısının fazla konulmasıyla ilgili endişelerden dolayı, kronik irritabilite ve öfke patlamalarını tanımlamak için yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu (YDDB) tanısı depresyon bozuklukları bölümüne eklenmiştir. Çünkü bu semptom kümesini gösteren çocukların ileriki yaşlarda bipolar bozukluktan çok depresyon ya da kaygı bozukluğu geliştirdikleri gösterilmiştir. Başlama yaşı 10 ve tanı koyma yaş aralığı ise 7-17 olarak belirlenmiş (40). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde üç farklı toplumsal örneklem kullanılarak 2-17 yaş arası 3258 çocuk değerlendirilmiş, YDDB yaygınlığı %0.8-3.3 olarak bulunmuş. Öfke patlamaları ve negatif duygudurum çocuklarda en sık saptanan semptomlar olmuştur. YDDB tanısının gündeme gelmesiyle bipolar bozukluk tanı sıklığı azalmıştır (41).

Depresif bozukluk: Yakın zamanda yapılan çalışmalar, duygudurum bozukluklarının yaşamın erken dönemlerinde başladığını kanıtlamaktadır. MDB yaygınlığı okul öncesi çağda ABD'de %1 olarak bildirilmiş olup, kız ve erkeklerde aynı orandadır (42). Çocuk ve ergenlerde depresyon, biyolojik etkilenebilirlik ve çevresel etkenlerin etkileşimi ile ortaya çıkar. Biyolojik etkilenebilirlik anne babadan gelen genetik aktarım ile olurken, çevresel etkenler aile ilişkileri, negatif yaşam deneyimi, arkadaş ilişkileri gibi pek çok faktörden oluşur (43).

Okul öncesi dönemde çocuğun öğretmeninden bilgi almak, etkinliklerdeki katılımı gözlemlemek önemlidir. Resim ve oyun etkinlikleri yol gösterici bilgiler verebilir. Huzursuzluk, içe kapanıklık, uyku problemleri, korkular, yeme reddi, anneye yapışık davranış, kaygılı davranışlarda artış, aktivite artışı gibi bulgular görülebilir. Öykü alınırken bulguların ne zaman başladığını öğrenmek çok önemlidir. Ancak depresyon sürecinde olan bir ebeveynin çocuk ile ilgili alınan bilgiler, abartılı ve olumsuz bakış açısıyla değerlendirilmiş olabilir (44). En sık görülen eştanılar anksiyete bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları ve madde bağımlılığıdır. Çocuklarda en sık DEHB, ergenlerde ise distimik bozukluk eşlik eder (45).

Kaygı (Ansiyete) Bozuklukları

Normalin üstünde korku ve endişe içeren davranışları içerir. Alt tipleri birbirlerinden nedenleri ve gösterilen bilişsel tepkilerle ayrılırlar. Eş tanı çok sıktır. Gelişim sırasında normal

olarak kabul edilen korku ve endişeden ayrılmaları gerekir. Çocuğu değerlendirirken o toplumun kültürel bileşenleri de ele alınmalıdır (21). Kızlarda erkeklerden daha çok görüldüğü bildirilmiştir (46). Okul öncesi dönemdeki çocukların yaşça büyük olan çocuklara kıyasla daha çok korku ve endişe yakınmalarının olduğu gösterilmiştir (47).

Ayrılma kaygısı (anksiyetesi) bozukluğu (AAB): Çocuklarda 8-14. aylarda ayrılma kaygısı beklenir ve bu durum normal olarak kabul edilmektedir. Primer bakım verenden ayrılmak, kaygı yaratır ve çocuk ayrıldığında tepki veririr. 3-4 yaşına kadar çocuk tekrarlayan ayrılmalarla, ayrı kalmayı öğrenir (48). AAB’de çocuk gelişimsel dönemine uygun olmayan şekilde en az 4 hafta süren bir ayrılma kaygısı yaşar. Genellikle okul öncesi dönemde başlar ancak, 7-8 yaşlar en sık görüldüğü yaş dilimidir. Okul reddi, AAB’li çocuklarda çok sık görülür. Görülme sıklığı %75 olarak bildirilmiştir. Ancak AAB okul reddi ile birlikte olduğunda tablonun çoğunlukla akut ve geçici olduğu, tedavi yanıtının daha iyi olduğu bilinmektedir. Ağır seyirli okul reddi daha çok panik bozukluk, agorofobi ve depresyonla ilişkilidir (49). Anne-baba bildirimlerine dayanarak anksiyete semptomlarının araştırıldığı bir çalışmada, AAB’nin sıklığı %14 olarak bulunmuştur (50). Diğer anksiyete bozuklukları ve majör depresyonla birlikteliği sıktır. AAB 12 yaşından küçük çocuklarda en sık görülen anksiyete bozukluğudur (49).

Seçici konuşmazlık (selektif mutizm) (SM): Başka durumlarda konuşuyor olmasına rağmen konuşması beklenen toplumsal durumlarda sürekli biçimde konuşamıyor olma durumudur. En az 1 aydır devam ediyor olması, iletişim bozukluğunun olmaması, o toplumun konuşma dilini biliyor olmak tanı kriterleri arasındadır (21). Genellikle 5 yaşında başlar, okul çağı çocuklarında görülme sıklığının %1’den az olduğu bulunmuştur (51).

Özgül fobi (ÖF) : Belli bir nesne ya da olayla karşılaşıldığında belirgin korku ve endişe duyma durumudur. Farklı olarak DSM-5’te daha genelleştirilmiş, yaş sınırlaması kaldırılmıştır (21). Normal gelişimsel korkular 7-9 yaşları arasında çok görülür, 10 yaşından sonra kendiliğinden azalmaya başlarlar (52). Ancak bazen bu korkular çok ciddidir ve çocuğun yaşamını sınırlar. Bu durumlarda özgül fobi düşünülmelidir (53). Okul öncesi dönemde özgül fobi belirtileri; korkulan durum veya nesneden kaçınma, ağlama, donup kalma, anne babaya sarılma yapışma davranışı olabilir (54). Çocuklar erişkinlerden farklı olarak bu korkularının

anlamsız olduğunun farkında değildir, tanı konulması için içgörü aranmaz (55). Çocuk ve ergenlerde prevelans oranları, çeşitli çalışmalarda çok farklı sonuçlarda bulunmuştur.

Toplumsal anksiyete bozukluğu (sosyal fobi) (SF): Utanç duyma ve sosyal ortamlarda olumsuz değerdendirileceğıyle ilgili yoğun korkuların işlevsellikte bozulmaya yol açmasıdır. Sosyal fobi (SF) si olan çocuklar ağlama, bağırma, tepinme, donup kalma, hırçınlık, etkileşime girmeyi reddetme gibi tepkiler verebilir. Aşırı çekingen, utangaç davranırlar. Olumsuz değerdendirileceklerine ilişkin yoğun kaygılar negatif duruma odaklanmayı getirerek kaygı düzeyini daha da artırır (47). Sadece erişkinlerden değil yaşıtlarından da kaçınmaları, ortak oyuna katılmak istememeleri belirleyicidir (46). Yetişkinlerde görülen SF'den önemli bir farkı da çocukların kaygı duydukları durumu tam olarak tanımlayamamaları ve korkulan durumdan kaçınmamalarıdır (56). Görölme sıklığı çocuk ve ergenlerde %1-1.5 olarak bulunmuştur. Ebeveyn bildirimine göre erken çocukluk dönemi anksiyete bulgularını araştıran bir çalışmada, sıklığı %56 oranında belirtilmiştir (50).

Yaygın kaygı (anksiyete) bozukluğu (YAB): Çocuğun en az 6 aylık süresinin çoğu zamanında bazı olaylar ve etkinliklerle ilgili olarak kendini kontrol etmekte zorlandığı, işlevselliğini bozacak derecede aşırı bir kaygı ya da kaygı beklentisi vardır. Bununla birlikte sürekli gerginlik hali, çabuk yorulma, odaklanamama, irritabilite, kas gerginliği ve uyku bozukluğu belirtilerinden en az üçünün olması olarak tanımlanmıştır. Çocuk ve gençlerde farklı olarak bu 6 maddeden birinin bulunması, tanı konulması için yeterlidir (21). Çocuk herhangi bir endişe ya da kaygıdan bahsetmese de bedensel semptomlar çıkarabilir. Sürekli tetikte bir görünümde dirler, olaylara tepkileri fazla olabilir. Ailenin bekletilerinin fazla olduğu, çekingen mizaçlı çocuklardır. Bu çocuklarda parmak emme, tırnak yeme daha fazla görölür. Bazı olgularda tek bulgu öfke patlaması olabilir, KOKGB ile ayrımı iyi yapılmalıdır. Yaşla birlikte anksiyete yaratan konu değışebilir. Okul öncesi dönemde neden daha çok sevilen aile üyesinden ayrılma ve eve yabancı birinin girmesidir (57). Çocuklardaki sıklığı %8-12 olarak bildirilmiştir (58). YAB prevalansı yaşla birlikte artar, ergenlik dönemine göre küçük yaşta daha az görölüdüğü bildirilmiştir (59). Ebeveyn bildirimine dayalı okul öncesi dönemde anksiyete belirtilerinin araştırıldığı bir çalışmada, YAB sıklığı %16 olarak bulunmuştur (50).

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve İlişkili Bozukluklar

Önceden anksiyete bozuklukları içinde yer alan obsesif kompulsif bozukluk, DSM-5 ile ayrı bir başlık olmuştur. Bu başlıkta OKB, beden algısı bozukluğu, biriktirme bozukluğu, trikotillomani, deri yolma bozukluğu yer alır. Obsesyonlar kişinin zihninde istenmeyen şekilde tekrarlayan düşünceler ya da dürtülerdir. Kompulsiyon, obsesyona karşı ya da yapmaya mecbur hissedilen katı kurallı törensel davranış ya da zihinsel uğraşıdır (21). Bulguların 15 yaşından önce başladığı belirtilmiştir. 10-11 yaşları ve 19-23 yaşları olmak üzere pik yaptığı iki dönem vardır. Küçük yaşta obsesyon daha az görülür, kompulsiyon daha sıktır. Erkek cinsiyet ve pozitif aile öyküsü erken başlangıç için risk faktörleri olarak bulunmuştur (60). 6 yaşından önce başlangıç nadirdir. Kompulsiyonun iki yaş döneminde de görülebileceği bildirilmiştir. En çok görülen obsesyonlar kirlenme, sevdiği birine bir şey olacağı endişesi ve simetri düzen takıntısıdır. En çok görülen kompulsif davranışlar ise sırasıyla temizleme, tekrarlama ve kontrol etmedir (61). Anne baba bildirimlerine göre anksiyete belirtilerine erken çocukluk döneminde bakılan bir çalışmada sıklığı %24 olarak bulunmuştur (50).

Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar

Kişinin ruhsal, zihinsel dünyasını etkileyerek yaşantısında olumsuz etki yaratan her türlü olay travma olarak adlandırılabilir. Kontrol etme, ilişki kurma, anlamlandırma yetileri zarar görür. Tepkisel bağlanma bozukluğu (TBB), sınırsız toplumsal katılım bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), akut stres bozukluğu ve uyum bozukluğu bu kategoride yer alır (21).

Travma sonrası stres bozukluğu: Erken çocukluk döneminde bilişsel gelişim devam ettiği için TSSB tanısını koymak çok zordur (62). Çocuklarda travmaya verilen tepki daha çok dezorganize davranış ve irritabilite şeklindedir. Yetişkin istenmeyen olayı tekrar yaşantılayabilirken bu durum çocukta oyunlara yansıyabilir. Aynı oyunu tekrar tekrar oynama görülebilir. Uyku düzeni bozulabilir, korku dolu rüyalar görülebilir. Genel toplumda görülme sıklığı %1-14 arasında bildirilmiş (32).

Tepkisel bağlanma bozukluğu: Yeni sınıflandırmayla TSSB'ye dahil edilmiştir, DSM-4'teki TBB'nun ketlenmiş tipinin karşılığıdır (21). Çocuğun sağlıklı bağlanmasına engel olan ya da bakım verenin sık değişmesiyle yetersiz bakım temeline dayanan sosyal iletişim ve etkileşimdeki bozulmadır. Tanı, 9 ay ile 5 yaş arasında konulabilir. Kurum bakımında olan,

sürekli hastane yatışı olan, ihmal ve istismara uğramış çocuklarda daha sık görülür. Çocuk normalde istenmeyen durumlarda rahatlatılmak için bağlanma figürüne yönelir. Bu çocuklar daha farklı davranır, sevgi şefkat aramaz, duygusal yanıtları kısıtlıdır, ağlama nöbetleri görülebilir. Jest ve mimikleri anlama, empati yetenekleri kısıtlıdır (63). Sıklığı ile ilgili yeterli sayıda çalışma yoktur, ancak çok nadir görüldüğü belirtilmiştir (48).

Sınırsız toplumsal katılım bozukluğu (STKB): Çocuk tanımadığı yetişkinlere yaklaşırken suskunluk göstermez ve onları yadırgamadan hareketlerine eşlik edebilir, aşırı yakınlık gösterir. Yabancı ortamlarda tanıdığı erişkinlerden destek alma ya da dönüp bakma davranışı yoktur. Tüm bu davranışlar DEHB'nin dürtüselliği ile açıklanamaz ve çocuğun en az 9 aylık olma kriteri vardır. STKB DSM-4'teki TBB'nun ketlenmemiş tipinin karşılığıdır (63). İngiltere ve Romanya'da evlat edinilmiş çocuklarla yapılan bir çalışmada, çocukların 4, 6, 11, 15 yaşlarındaki STKB bulguları değerlendirilmiştir. 4-6 yaşları arasında yüksek ayırım gözetmeyen davranışları olan çocukların bulgularında çok az değişiklik olduğu belirtilmiştir. Bazı çocuklarda ise 11 yaşına kadar bulgularda ciddi gerileme kaydedilmiştir. Ancak evlat edinenlerin bakım kalitesi ile ayırım gözetmeyen davranış arasında ilişki bulunamamıştır. Araştırmacılar STKB semptom devamlılığında bakım kalitesinde bir eşiğin olduğu sonucuna ulaşmışlardır (64).

Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Pika yenilebilir olmayan, besin özelliği taşımayan maddelerin en az bir aylık süre boyunca yenmesidir. Gelişim düzeyiyle uyumsuz olması gerekir. Çünkü bu davranış 18 aydan önce normaldir. 6 yaşına kadar sık görülür. Toplumda %0.2-4 oranlarında görüldüğü bildirilmiştir. Bazı kültürlerde daha fazla görülmektedir (65).

Ruminasyon bozukluğu, mide içeriğinin istemli olarak tekrarlayan bir şekilde ağza getirilmesidir. Besin çiğnenir daha sonra yutulur ya da dışarı atılır. Genellikle olayı başlatmak için çocuk elini ağzına sokar (21). Anne ile çocuk ilişkisindeki bağlanmanın uygun olmaması, uyaran azlığı, çevrede bulunamayan doyumu iç kaynaklarda aramayla ilişkilendirilmiştir (66). Bir çalışma okul öncesi dönemde değerlendirilen faktörlerden, çocuğun mizacının ve aile şartlarının ergenlik döneminde ruminasyonla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle aşırı kontrolcü ebeveynlik stili ve aile bağlarının zayıf olması anlamlı ölçüde öngörücü olmuştur. Bu ilişkiler çocuğun olumsuz duygulanım ve özdenetim özelliklerini yansıtacağı için önemlidir (67).

Kaçıngan/Kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, çocuklarda belirgin kilo kaybı, besin eksikliği, dışardan besin takviyelerine bağımlı olma gibi sağlık sorunlarına neden olan bir beslenme bozukluğudur (21). Bebeklik ve erken çocukluk ruhsal ve gelişimsel bozuklukları için sıklıkla kullanılan sınıflama olan ‘Bebeklik ve erken çocukluğun akıl sağlığı ve gelişimsel bozuklukları’ tanı sınıflamasına göre, beslenme sorunları altı grupta incelenmiştir. Bunlar durum düzenlenmesine bağlı beslenme bozukluğu, bakım veren bebek etkileşimine bağlı beslenme bozukluğu, bebeklik anoreksisi, travma sonrası beslenme bozukluğu, duyuşal nedenlere bağılı yeme reddi ve eşlik eden tıbbi durum ile ilişkili beslenme bozukluğudur (68). Normal gelişimi olan bebek ve çocuklarda %25-35, gelişim geriliğı olanlarda %33-80 oranında yeme sorununa rastlandığı bildirilmiştir (65).

Uyku ve Uyanıklık Bozuklukları

Uyku geri dönüşümlü olarak çevreye karşı bir yanıtıslık halidir (69). Uykunun çocukların büyüme gelişimine çok önemli etkilerinin olduğı bilinir. Yetersiz uyku; dikkat eksikliği, dürtüsellikte artış, davranış sorunları, akademik başarıda düşme gibi ciddi işlevsellik kayıpları yaratabilir (70). Okul öncesi dönemde beklenen uyku süresi 11 saattir. 308 çocuğun izlendiğı bir çalışmada, annelerinin doğum sonrası 8. ayda uyku problemi bildirdiğı çocukların 3 yaşına geldiklerinde %41’inde sorunların devam ettiğı gözlenmiş. Uyku sorunlarının kalıcı olduğı grupta annelerin depresyon parametreleri de anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (71).

Yıkıcı Davranış Bozuklukları

Duygu ve davranışın kontrol problemlerini içeren bozukluklardır. Diğer insanların haklarını ihlal ederler ve toplumsal yaşamdaki kurallara uymadıkları için kural koyucularla çatışma yaşarlar. Karşıt olma karşı gelme, davranım bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, piromani, kleptomani bu grupta yer alır (21). Erken çocukluk döneminde görülen yıkıcı davranış sorunları en sık görülen psikiyatrik belirtilerdir. 2 yaş sonrasında çocuğa kural koymaya başlayan ebeveyn dirençle karşılaşır. Özellikle de kardeş varlığı, semptom görülme sıklığını arttırır. Okul öncesi dönemdeki çocuklarda davranışsal problemler duygusal problemlerden daha fazla araştırılmıştır (72).

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB): Öfkeli, reddedici tutum içinde olan, uyumsuz, agresif tavır gösteren çocuklardır (72). DSM-5 ile birlikte belirtiler öfkeli, tartışmacı,

kinici tutum olarak üç gruba ayrılmıştır. Bu üç grubun herhangi birinden 6 ay süren, en az dört belirti bulunması şartı getirilmiştir. Sıklıkla DEHB'ye eşlik eder. KOKGB olan çocuklarda %40-60 oranında DEHB, DEHB olanların %40-70'inde KOKGB görüldüğü bildirilmektedir (73). Egger ve Angold'un okul öncesi çocuklarla yaptıkları bir çalışmada, sıklığı %7 olarak bulunmuştur (74). Erken çocukluk döneminde öfke ve tartışmacı tutum sık görülmesine rağmen, anne babalar bu durumu yaş küçüklüğü nedeni ile tolere edebilirler (72).

Davranım bozukluğu (DB): Fiziksel saldırganlık, mala zarar verme, yalancılık veya hırsızlık, kural ihlali alanlarında belirtilerle tanımlanır. 10 yaşından önce başlamışsa çocuklukta başlayan tür, sonra başlamışsa ergenlikte başlayan tür, başlangıç yaşı bilinmiyorsa başlangıcı belirlenmemiş tür olarak adlandırılır (21). Çok küçük çocuklarda tanı konulması zordur. Trabzon'da 1126 çocuğun tarandığı bir çalışmada, sadece DB %4.4 bulunurken, DEHB ve DB tanısı alan grup %20.6 oranında bulunmuştur. En sık birlikteliği DEHB ile (75). Daha erken yaşta başladığında prognoz daha kötü olduğu, bozukluğun daha dirençli olduğu bildirilmiştir (76). 4-17 yaşlarında 440 çocuğun değerlendirildiği bir çalışmada, daha erken yaşta DB tanısı alan çocuklarda daha çok saldırgan davranış gözlenmiştir (77). Başka bir çalışmada DB DEHB eş tanısı olanların kronikleştiği bildirilmiştir. KOKGB eş tanısı olan ve daha erken yaşta DB tanısı alanların daha ciddi seyrettiği ve yalnız DB olanlara göre suç işlemeye daha eğilimli oldukları bulunmuştur (78).

Dışa Atım Bozuklukları (DAB)

Enürezis ve enkoprezis olarak tanımlanan iki ayrı tanı kümesi bulunmaktadır (79).

Enürezis 5 yaşından büyük çocukların 3 ay boyunca en az haftada 2 kez tekrarlayıcı biçimde gece yatağına ya da gündüz elbiselerine idrar kaçırmaları durumudur. 4 yaşındaki çocuklarda görülme sıklığı %26 iken, 5 yaşında %7 oranında görülmektedir (48). 5325 çocuk ve ergenle yapılan bir çalışmada, 5-12 yaş grubunda enürezis nokturna prevalansı %19.6 olarak bulunmuştur. Erkeklerde kızlardan daha sık görülürken, geç ergenlikte bu farkın ortadan kalktığı bildirilmiştir (80).

Enkoprezis ayda en az bir kere tekrarlayıcı biçimde dışkı kaçırmaları ya da uygunsuz yerlere dışkının yapılması olarak tanımlanmıştır. Çocuğun 4 yaşından büyük olması ve semptomların en az 3 aydır devam ediyor olması tanı kriterleri arasındadır. Dışkı kaçırmaları yakınması başka herhangi bir tıbbi hastalığın etkisine bağlı değildir. Kabızlığın olduğu ve olmadığı iki alt tipi bulunur. Kabızlığın olduğu tip taşma inkontinansı ile gider (21). Erkeklerde

kızlardan 3 kat fazla görülmektedir (81). 4 yaşında görülme sıklığı % 3, 7 yaşında görülme sıklığı % 1.5 olarak bildirilmiştir (52). En sık birliktelik %55 oranı ile enürezisledir, bunu %30 oranıyla KOKGB izlemektedir (82).

OKUL ÖNCESİ DÖNEMDE RUHSAL BOZUKLUKLARI DEĞERLENDİRMEDE KULLANILAN ÖLÇEKLER

Erken Çocukluk Envanteri-4 (Early Childhood Envantory 4)

Erken Çocukluk Envanteri-4 Ebeveyn Formu (EÇE-4 EF) ebeveyn ve öğretmen tarafından doldurulan 2 soru listesine sahip ölçektir. Her ikisi de 108 sorudan oluşur. 3 yaşını doldurmuş ve 6 yaşından gün almayan 3-5 yaş grubundaki çocuklar içindir (8). DSM-4 kriterlerine göre bu yaş grubundaki ruhsal bozuklukları değerlendirir. 1996'da Sprafkin ve Gadow tarafından geliştirilmiştir (82). Türkçe geçerlik güvenirliği 2009 yılında Başgül ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (8).

Çocuk ve Ergenler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) (Child Behavior Checklist-CBCL)

Çocuk ve Ergenler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği, 4 yaşından 18 yaşına kadar olan çocuk ve ergenlerin davranışsal ve duygusal sorunlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir. Anne baba ve öğretmenin doldurduğu iki soru listesi vardır. Achenbach tarafından geliştirilen ölçekte her bir liste 118 soru içerir. Akçakın ve Savaşır tarafından Türkçe çevirisi yapılmıştır (83). Erol ve Kılıç ise güvenirlik çalışmasını yapmışlardır (84).

Conners Anababa Dereceleme Ölçeği (Conner's Rating Scale) (CRS)

Ebeveyn ve öğretmen tarafından doldurulan 2 ayrı formdan oluşan, 3-17 yaşları arasındaki kişilerde DEHB belirtilerini ölçmek için tasarlanmış bir ölçektir. Anne babaların formu 48, öğretmenlerin formu 28 maddeden oluşur (85). Dereboy ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlik güvenirliği yapılmıştır (86).

Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children) (K-SADS-PL)

Form 3 bölümden oluşmaktadır. Yapılandırılmamış başlangıç görüşmesi, çocuğun demografik bilgileri, sağlık durumu, şu andaki yakınması, geçmişte aldığı psikiyatrik tedavilere ilişkin bilgilerle birlikte çocuğun okuldaki durumu, hobileri, arkadaş ve aile ilişkileri gibi bilgiler edinilir. Tanı amaçlı tarama görüşmesi, 200 kadar özgül belirti ve davranışı değerlendirir. Çocuklar için genel değerlendirme ölçeği, çocuğun şu andaki işlev düzeyini belirlemek için düzenlenmiştir. Gökler ve arkadaşları tarafından 2004 yılında Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlik güvenirliği yapılmıştır (87). 6-18 yaşlarını değerlendiren ölçek, 2009 yılında Birmaher ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada okul öncesi dönemdeki 204 çocukta EÇE-4 ve ÇDDÖ ile karşılaştırılmıştır. KSADS-PL'nin okul öncesi dönemdeki psikopatolojileri saptamada kullanılabilir bir ölçüm aracı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (88).

Eyberg Child Behavior Inventory

Eyberg ve Pincus'un 1999 yılında 2-16 yaş arasındaki davranış sorunlarını değerlendirmek için tasarladığı bir ölçektir. Anne babaların doldurduğu ölçek 36 sorudan oluşur. Türkçe uyarlaması yoktur (89).

Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revized

2-17 yaşlarındaki çocuk ve ergenlerin öğretmenleri tarafından doldurulmak üzere geliştirilmiştir. Eyberg ve Pincus'un 1999 da geliştirdiği ölçek davranış sorunlarını ölçen 38 sorudan oluşur (90). Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yoktur.

Home Situations Questionnaires (HSQ)

Barkley'in 1997 de geliştirdiği ölçek toplam 16 maddelidir. 4-11 yaşları arasındaki çocukların evdeki davranışları anne babalar tarafından değerlendirilir (91). Türkçe çevirisi yapılmamıştır.

School Situations Questionnaires (SSQ)

Barkley'in 1997 de geliştirdiği ölçek toplam 12 maddelidir. 4-11 yaşları arasındaki çocukların okuldaki davranışları öğretmenleri tarafından değerlendirilir (91). Türkçe geçerlik güvenirliği yoktur.

OKUL ÖNCESİ DÖNEMDE YAPILMIŞ ARAŞTIRMALAR

Ortalama 11 yıl süren bir izlem çalışmasında 3-5 yaş arasında, 174 semptomu olan çocuk ile, 88 kontrol grubu normal çocuk karşılaştırılmıştır. İleri yaşlardaki psikiyatrik tanılar için en güçlü öngörücüler agresyon, hareketlilik, konuşma ve dil bozukluğu, sosyal iletişimde yetersizlik olarak belirlenmiş, bu semptomları olan çocukların olmayanlara oranla psikiyatrik hastalıklar için en az iki kat daha artmış risk taşıdıkları görülmüştür (92).

Toplum örneklemli bir başka izlem çalışmasında da, psikososyal risk faktörlerinin sonraki psikopatolojiler için öngörücü olup olmayacağı araştırılmıştır. Beş yaşındaki 1.317 çocuk çalışmaya alınmış, risk faktörleri değerlendirilmiştir. Psikososyal risk faktörü olarak belirlenen durumlar; stresli yaşam olayları, düşük sosyoekonomik düzey, anne baba ayrılığı, iyi olmayan aile bağları, anne doğum yaşının düşük olması ve annede depresyon olarak bulunmuştur. İki yıl sonra yapılan değerlendirmede düşük sosyoekonomik düzey, davranım bozukluğunu; anne baba ayrılığı ve stresli yaşam olayları, duygudurum ve anksiyete bozukluklarını öngörmeye anlamlı risk faktörleri olarak bulunmuştur. DEHB için ise anne doğum yaşının düşük olması anlamlı bulunmuştur (93).

Ülkemizde de, tüm dünyada olduğu gibi erken çocukluk döneminde psikiyatrik bozukluğa yol açabilecek etmenler ve bunların sıklığı konusunda kısıtlı sayıda çalışma vardır (94). Erken çocukluk dönemine ilişkin yapılan bilimsel çalışmaların derlendiği bir çalışmada, en az çalışmanın 3-5 yaşları arasında olduğu sonucuna ulaşılmıştır (4).

Kocaeli’nde 2009 yılında yapılan çalışmada 3-6 yaş grubundaki 204 çocuğun %41.7’sinin en az bir tanı aldığı görülmüştür (8).

Giresun il merkezinde 2007 yılında anasınıflarında yapılan bir başka çalışmada 119 çocuğa “Okul Öncesi Sorunları Tarama Ölçeği” uygulanmış, en fazla problemlili davranışın görüldüğü yaş, 36-48 ay olarak bulunmuştur. Bu bulgular da çocuktaki problemlili davranışların mümkün olduğunca erken yaşlarda saptanıp, okul öncesi dönem süresince sorunların çözümüne yönelik sağaltımların yapılması gerektiğini düşündürmektedir (95).

Ankara’da okul öncesi eğitim kurumlarına devam eden çocukların davranışlarının incelendiği bir çalışmada ise toplam 338 çocuk değerlendirilmiştir. Öğretmen görüşüne göre toplam problemlili davranış kategorisinde 5 yaş grubu 4 yaş grubundan daha sorunlu bildirilmiştir. Bildirilen sorunların içeriğine göre 5 yaş grubunda 3 yaş grubun oranla daha fazla içe yönelim sorunları bulunmuştur. Anneler, toplam problemlili davranış kategorisinde öğretmenlere oranla anlamlı olarak daha çok sorunlu davranış bildirmişlerdir. Cinsiyet değişkenine bakıldığında, anneler kız çocuklarında daha yüksek oranda sorunlu davranış

bildirmişlerdir. Öğretmenler ise sadece dışa yönelim sorunları kategorisinde kızlarda daha fazla sorunlu davranış olduğunu bildirmiştir (96).

Türkiye’yi 12 coğrafik bölgeye bölerek 1-4 yaş arası toplam 2775 çocuğun dahil edildiği 2013 yılında yayınlanan bir çalışmada, erken çocukluk dönemindeki sosyal duygusal problemler araştırılmıştır. Katılan ebeveynlerin %60’ı çocuğunda psikiyatrik ya da gelişimsel bir problem olduğu yönünde bilgi vermiştir. Ebeveynlerin bildirimlerinden çıkan sonuçlar hiperaktivite, irritabilite, beslenme sorunları, uyku bozukluğunun başta gelen problemlerden olduğu yönündedir. Çocukların %9,3’ünde ölçeğe göre sosyal duygusal problem saptanmıştır. Ölçek sonuçları coğrafi bölgelere göre anlamlı farklılık göstermiştir. Bu sonuçlar farklı kültürleri olan bölgelerde, psikiyatrik sorunların değişik şekillerde yorumlanabileceğini düşündürmüştür. Eğitim düzeyi, ekonomik durum,sağlık hizmetlerine ulaşım da bu farklılığa sebep olabilir (97).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırma kesitsel tabakalı örneklem ile yapılmış bir alan çalışmasıdır.

Araştırma evrenini, Edirne il merkezindeki 2016-2017 eğitim öğretim yılı Milli Eğitime bağlı 44 okulda öğretim görmekte olan anasınıfı öğrencileri oluşturmaktadır. Buna ilköğretim okullarındaki anasınıfları, ortaokullardaki anasınıfları, bağımsız anaokulları, meslek liseleri bünyesinde bulunan anasınıfları, özel kreşler, özel anaokulları dahildir. Her bölgede 5 yaş grubuna okul öncesi eğitim için devletin eşit imkan sağladığı görülmüştür. Okullar bünyesindeki 3 yaş ve 4 yaş sınıfları sosyoekonomik düzey gibi başka değişkenlerle direkt ilgili olduğundan ve bölgesel olarak eşit dağılmadığından çalışmaya dahil edilmemişlerdir. İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden alınan ilk verilerle kayıt yaptıran öğrenci sayısının 1.756 olduğu öğrenilmiş, ancak sonrasında anasınıfına kayıt yaptıran ve devam eden toplam çocuk sayısının 1.508 olduğu belirlenmiştir. Yakın zamanda ülkemizde yapılan bir çalışmada EÇE-4 toplam puanı 62.44 ± 22.79 baz alınarak, %5 yanılma payı ve $d=2p$ kesinlik düzeyinde 1.508 kişilik evrenden 499 kişilik örneklem seçilmesi gerektiği hesaplanmıştır (98). İl merkezindeki her bölgeyi temsil edecek toplam 16 okul, tabakalı örneklemle seçilmiştir. Bu okullardan 2 tanesi Milli Eğitim Müdürlüğü'nün belirlediği 5 dezavantajlı okul arasından seçilmiştir. Dezavantaj tanımı ortalama ekonomik gelir düzeyinin çok altında gelir düzeyine sahip ailelerin çocuklarının devam ettiği okullar olarak belirtilmiştir. 2 tanesi merkeze bağlı köy okullarıdır. Çalışmaya dahil edilen bağımsız anaokulları homojen dağılım için her bölgeden taşınalı eğitimle öğrenci alan anaokullarından seçilmiştir.

Çalışmaya katılacak her çocuk için anne babaları tarafından doldurulmak üzere EÇE-4 ve sosyodemografik veri formu kullanıldı.

Çalışmaya başlamadan önce Trakya Üniversitesi Yerel Etik Kurulu'nun onayı (Ek 1) ve valilik onayı alındı (Ek 2). Ayrıca çalışma için İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün ve ilgili okulların yöneticilerinin de izni alındı.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Edirne il merkezinde bulunan bir anasınıfına kayıtlı ve devam ediyor olmak
2. 3-5 yaş aralığında olmak
3. Bakım verenin okuma yazma biliyor olması
4. Çalışmaya katılmak için gönüllü olunması

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

1. Anaokulu ya da ilköğretim okulu bünyesindeki 3 yaş, 4 yaş şubelerine devam ediyor olmak
2. 3 yaşından küçük, 6 yaşından büyük olmak
3. Bakım verenin okuma yazmayı bilmiyor olması
4. Çalışmaya katılmak için gönüllü olmamak

VERİLERİN TOPLANMA ARAÇLARI

Sosyodemografik Veri Formu

Anabilim Dalımız tarafından oluşturulan sosyodemografik veri formu, araştırmaya katılan kişilerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla 31 sorudan oluşturulmuştur. Bu formda, çocuğun cinsiyeti, yaşı, doğum yeri, yaşadığı yer, kaç kardeş olduğu, kaçınıcı çocuk olduğu, evde yaşayan kişi sayısı, ailenin gelir düzeyi, daha önce psikiyatrik tanı alıp almadığı, aldıysa açıklaması, daha önceden ilaç kullanımı olup olmadığı, varsa açıklaması, tıbbi/kronik hastalığı olup olmadığı, varsa açıklaması, doğum şekli, kaç ay anne sütü aldığı, yürümeye ve konuşmaya hangi ayda başladığı, doğum zamanı, anne babanın öz olup olmadığı, hayatta olup olmadıkları, hayatta değillerse ölüm nedenleri, ebeveynlerin yaşları, sağlık durumları, eğitimleri, meslekleri, aralarında akrabalık ilişkisi olup olmadığı, varsa akrabalık düzeyi, medeni durumları, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, varsa açıklaması sorgulanmıştır (Ek 3).

Erken Çocukluk Envanteri-4 Ebeveyn Formu, EÇE-4 EF (Early Childhood Inventory 4, ECI-4)

Örneklemin tümüne Erken Çocukluk Envanteri-4 Ebeveyn Formu, EÇE-4 EF (Early Childhood Inventory 4, ECI-4) uygulamıştır (Ek 4). EÇE-4 Sprafkin ve Gadow tarafından 12 yıla yakın bir çalışmayla geliştirilmiş bir ölçektir. DSM-4 tanı kriterleri baz alınarak 3-5 yaş aralığındaki çocukların davranışsal, bilişsel, duygusal sorunlarını değerlendirmeyi amaçlar. Öncelikle 1984 yılında DSM tanıları doğrultusunda tarama listesi oluşturulmuş; sonrada sırasıyla ‘Child Symptom Inventory–3R’, ‘Child Symptom Inventory–4’, ‘Adolescent Symptom Inventory–4’ ve 1996’da ‘Early Childhood Inventory–4’ geliştirilmiştir. EÇE-4’te öncekilerden farklı olarak küçük yaşlarda daha nadir görülen şizofreni çıkarılmış, daha sık görülen beslenme ve uyku bozuklukları, reaktif bağlanma bozukluğu dahil edilmiştir. Bir başka yenilik de ölçeğin ilk kısmına çocuklarda gelişim sürecini değerlendiren 12 sorunun eklenmiş olmasıdır. EÇE-4, ebeveynler ve öğretmenler tarafından yanıtlanmak üzere iki formdan oluşur (99). Erken çocukluk dönemini değerlendiren nadir ölçeklerden biridir; DEHB, KOKGB, DB, MDB, distimik bozukluk, YAB, SF, AAB, ÖF, OKB, TSSB, tik bozuklukları, yaygın gelişimsel bozukluk (YGB), reaktif bağlanma bozukluğu (RBB), dışa atım bozuklukları, SM, uyku bozukluğu, beslenme bozukluğu tanılarını sorgulayan 108 sorudan oluşur (99).

Ülkemizde okul öncesi eğitimin henüz yaygınlaşmamış olması ve bu yaş çocukların çoğunlukla ev ortamında bulundukları için sadece EÇE-4: EF için Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (8).

Envanterin ilk kısmında çocuğun gelişim sürecini sorgulayan 12 soruluk bir kısım bulunur. İlk 4’ü dil gelişimini (DG), 5. soru kaba motor gelişimini (KMG), 6. soru ince motor gelişimini (İMG), 7-12 arasındaki sorular da kişisel sosyal gelişimi (KSG) sorgular. Sonrasında ruhsal bozuklukların sorgulandığı 108 soru vardır. Bunlar ‘hiçbir zaman’, ‘bazen’, ‘sık sık’, ‘hemen her zaman’ olarak oranlandırılırlar. DSM-4 tanı kriterlerine dahil olmayan maddeler de vardır. DEHB ile ilgili olarak 19 ve 20 numaralı sorular, DB ile ilgili 39-48 numaralı maddeler tanı ölçütleriyle ilişkili değildir (8).

Sprafkin ve arkadaşları tarafından ölçek için iki puanlama sistemi geliştirilmiştir. Bunlar belirti sayısı puanı (symptom count score) ve belirti şiddeti puanı (symptom severity score) dir. Belirti sayısı puanında ‘hiçbir zaman’ ve ‘bazen’ 0 , ‘sık sık’ ve ‘hemen her zaman’ 1 olarak puanlanır. Her bozukluk kategorisinde puanlar toplanır, DSM-4 tanısı için lazım olan en az belirti sayısına eşit ya da daha fazla ise sonuç evet olarak değerlendirilir. Belirti şiddeti puanı hesaplanırken ‘hiçbir zaman’ 0, ‘bazen’ 1, ‘sık sık’ 2, ‘hemen her zaman’ 3 olarak puanlanır.

Her bozukluk için bildirilen maddelerin puanları toplanır ve o bozukluğun belirti şiddeti puanı hesaplanmış olur. Mevcut belirti şiddeti puanına göre hafif, orta veya şiddetli olarak sınıflandırılır (100).

VERİLERİN TOPLANMASI

Verilerin toplanması için Edirne İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden alınan verilere göre il merkezinde anasınıfı şubesi bulunan 44 okulun anasınıflarındaki toplam öğrenci sayıları, her derslikteki kız ve erkek öğrenci sayıları öğrenildi. Valilik onayıyla okul müdürlerine ulaşıldı, bilgilendirme görüşmesi yapıldı. Onayları alınan okulların varsa rehberlik öğretmenleri ile görüşüldü. Çalışmanın amacı, sonuçları, faydaları anlatıldı. Ders akışını engellemek için öğretmenlerden yardım istendi. Rastgele tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilen öğrencilere çalışmada kullanılan Erken Çocukluk Envanteri-4 Ebeveyn Formu ve sosyodemografik özellikler için Anabilim Dalımız tarafından oluşturulan anket formu dağıtıldı. Ölçekler ailelere öğrenciler aracılığıyla ulaştırıldı ve her türlü bilgilendirme ve sorular için telefon numarası verildi. Ailelere doldurulacak ölçeklerle birlikte çalışmanın amacını anlatan, kendi rızalarıyla gönüllü olarak katıldıklarını bildiren onam formu gönderildi ve izinleri alındı. Sosyodemografik veri formu ve ölçeklerin okullarda dağıtılması ve geri toplama işlemi 2016-2017 eğitim öğretim yılının ilk döneminde, Kasım 2016-Ocak 2016 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Hedeflenen toplam öğrenci sayısına ulaşıldı. Toplam 500 çocuk değerlendirmeye alındı. Klinik görüşme yapılmadığı için bulgular ve tartışma kısmında değerlendirmeler sonucu psikiyatrik tanı alan çocuklar ölçeğe göre tanı alanlar terimi ile nitelendirilmiştir.

VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin analizi için SPSS v.22 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum) olarak, kategorik değişkenler ise frekans ve (%) şeklinde gösterildi. Değişkenlerin dağılımının normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleriyle sınılandı.

Analizler sonucu “Demografik veriler (cinsiyet, yaş vb)” için; kategorik değişkenlerde frekans ve (%) şeklinde, sürekli değişkenlerde ise ortalama $\pm$ standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum) şeklinde veriler verildi. Normal dağılıma uyumu tespit edilen kategorik değişkenler ile sürekli değişkenlerin kıyaslanmasında ise iki alt gruba sahip olan değişkenlerde parametrik testlerden Bağımsız Gruplarda T-Testi (Independent T-Test), kategorik

değişkenlerin birbiri ile kıyaslanmasında ise Pearson Ki-Kare Testi kullanılarak gerekli analizler gerçekleştirildi.

İstatistiki anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya Edirne il merkezine bağlı okullarda öğrenim görmekte olan toplam 500 anasınıfı öğrencisi dahil edilmiştir.

Ölçeği %78 oranla anneler %19 oranla babalar doldurmuştur. Geri kalan formlar abla, hala, komşu, kurum bakıcısı, teyze, dayı ve anneanne tarafından doldurulmuştur. Sosyodemografik verilerin dağılımına baktığımızda; 500 çocuğun 251'inin (%50.2) kız ve 249'unun (%49.8) erkek olduğu, 361 çocuğun düşük gelir düzeyinden 169 çocuğun yüksek gelir düzeyinden geldiği, 383 (%76.6) çocuğun sezaryenle, 115 (%23) çocuğun normal doğumla dünyaya geldiği görülmüştür. Diğer dağılımlar tabloda verilmiştir (Tablo 2).

Ebeveynlerin demografik dağılımına baktığımızda %99.8'inin öz anne ve %99.7'sinin öz baba oldukları görülmüştür. Annelerin eğitim durumu %36.8 olmak üzere en yüksek oranla lise babaların ise %37.2 olmak üzere en yüksek oranla üniversitedir. Diğer özellikler tabloda belirtilmiştir (Tablo 3).

Çalışmaya katılan çocukların genel yaş ortalaması 5.28 (± 0.34 ss) olup, medyan yaş değeri 12 yaş, minimum 4 ve maksimum 6 yaş olarak belirlenmiştir. Annelerin yaş ortalaması 33.66 (± 4.90 ss) olup medyan anne yaşı değeri 34 yaş, minimum 22 ve maksimum 50 yaş olarak, babaların yaş ortalaması ise 37.10 (± 5.34 ss) olup medyan baba yaşı değeri 36 yaş, minimum 24 ve maksimum 61 yaş olarak belirlenmiştir. Çocukların ortalama kardeş sayısı 1.76 iken, minimum 1 maksimum 7 kardeşe sahip oldukları görülmektedir. Anne sütü alma süreleri ortalama 14.20 (± 8.86), medyan anne sütü alma süresi 14 ay, minimum 0, maksimum 54 ay olarak saptanmıştır. Diğer verilerin dağılımı tabloda açıklanmıştır (Tablo 4).

Tablo 2. Sosyodemografik verilerin dağılımı

Değişken	Gruplar	n	%	Toplam
Cinsiyet	Kız	251	50.2	500
	Erkek	249	49.8	
Gelir Durumu	Düşük Gelir Düzeyi	361	72.2	500
	Yüksek Gelir Düzeyi	139	27.8	
Psikiyatrik Bozukluk	Var	6	1.2	500
	Yok	494	98.8	
İlaç Kullanımı	Var	5	1.0	500
	Yok	495	99.0	
Aile Birlikteliği	Var	46	9.2	500
	Yok	454	90.8	
Doğum Şekli	Normal	115	23.0	498
	Sezaryen	383	76.6	
Doğum Zamanı	Erken	44	8.8	498
	Zamanında	451	90.2	
	Geç	3	0.6	
Anne-Baba Akrabalık	Var	17	3.4	497
	Yok	480	96.0	
Anne-Baba Medeni Durum	Evli	466	93.2	498
	Boşanmış	29	5.8	
	Ayrı Yaşıyor	3	0.6	
Ailede Psikiyatrik Bozukluk	Var	17	3.4	499
	Yok	482	96.4	
Yaşanılan Yer	İl	474	94.8	500
	Köy	26	5.2	
Yaşanılan İl	Edirne	403	80.6	500
	İstanbul	36	7.2	
	Tekirdağ	8	1.6	
	Ankara	5	1.0	
	İzmir	4	0.8	
	Diğer	44	8.8	
Ek Hastalık Adı	Yok	454	90.8	500
	Astım	12	2.4	
	Febril Konvulsiyon	3	0.6	
	Fıtık	3	0.6	
	Konvulzyon	3	0.6	
	Vezikoöretal Reflu	3	0.6	
	Diğer	22	4.4	

Tablo 3. Ebeveynlerin demografik dağılımları

Değişken	Gruplar	n	%
Anne Öz Üvey	Öz	499	99.8
	Üvey	1	.2
	Total	499	99.8
Anne Eğitim	Yok	9	1.8
	Okuryazar	4	.8
	İlkokul	71	14.2
	Ortaokul	59	11.8
	Lise	184	36.8
	Üniversite	170	34.0
	Total	498	99.6
Annede Psikiyatrik Bozukluk	Var	31	6.2
	Yok	467	93.4
	Total	498	99.6

Değişken	Gruplar	n	%
Baba Öz Üvey	Öz	497	99.4
	Üvey	2	.4
	Total	499	99.8
Baba Eğitim	Yok	5	1.0
	Okuryazar	3	0.6
	İlkokul	68	13.6
	Ortaokul	76	15.2
	Lise	160	32.0
	Üniversite	186	37.2
	Total	498	99.6
Babada Psikiyatrik Bozukluk	Var	32	6.4
	Yok	464	92.8
	Total	498	99.2

Tablo 4. Çocukların demografik verilerinin ortalama dağılımı

Değişkenler	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum	Median	Sayı(n)
Yaş	5.28	0.34	4.00	6.30	5.11	500
Kaç kardeş olduğu	1.76	0.80	1.00	7.00	2.00	500
Kaçıncı çocuk olduğu	1.54	0.69	1.00	6.00	1.00	500
Evdeki kişi sayısı	3.89	0.99	1.00	9.00	4.00	500
Anne sütü alma süresi(ay)	14.29	8.86	0.00	54.00	14.00	497
Yürüme zamanı(ay)	12.07	2.55	6.00	30.00	12.00	492
Konuşma zamanı(ay)	14.59	6.66	2.00	48.00	12.00	475
Anne yaş	33.66	4.90	22.00	50.00	34.00	497
Baba yaş	37.10	5.34	24.00	61.00	36.00	494

Çalışmaya katılan çocuklar için diğer tüm ölçeğe göre tanı dağılımlarına bakılacak olursa, DEHB-Dikkat eksikliği (DEHB-DE) %1, DEHB-Hiperaktivite (DEHB-HA) %6.6, DEHB-Kombine (DEHB-K) %1.2, KOKGB %2.5, DB %0.6, ÖF %8.4, AAB %7.6, YAB %0.4, SM %5, SF %1.8, Anksiyete durumu %16.8, MDB %1.4, Obsesyon %5.8, Kompulsiyon %19.8, Motor tik %1.8, Vokal tik %1, Distimik bozukluk %1.4, Uyku bozukluğu %21.4, DAB %4.4, TSSB %0.2, Beslenme bozukluğu %11.6, RBB %15.6, YGB %0.6 sıklığında görülmektedir (Tablo 5).

Gelişim geriliği dağılımlarına bakıldığında DG geriliği %7.8, KSG geriliği %33.4, KMG geriliği %0.4 ve İMG geriliği %1.2 olarak dağılmaktadır. Bu tanılardan herhangi birisi veya birkaçını alanların oranı ise %36.8 şeklinde saptanmıştır (Tablo 6).

Çalışmaya katılan çocuklarda, cinsiyet ve ölçeğe göre tanı alıp almama durumu arasında yapılan karşılaştırmalarda Pearson Ki-Kare testi kullanılmış, sonuçlar ise çapraz tablo halinde gösterilmiştir. Analiz sonucuna göre cinsiyet ve ölçeğe göre tanı alıp almama durumu değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.179$) (Tablo 7).

Çalışmaya katılan çocuklarda, kardeş sayısı ve ölçeğe göre psikiyatrik herhangi bir tanı alıp almama durumu arasında yapılan karşılaştırmalarda Pearson Ki-Kare testi kullanılmış, sonuçlar ise çapraz tablo halinde gösterilmiştir. Analiz sonucuna göre kardeş sayısı ve ölçeğe göre psikiyatrik herhangi bir tanı alıp almama durumu değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.577$) (Tablo 8).

Çalışmaya katılan çocuklarda, anne eğitim düzeyi ve ölçeğe göre psikiyatrik herhangi bir tanı alıp almama durumu arasında yapılan karşılaştırmalarda Pearson Ki-Kare testi kullanılmış, sonuçlar ise çapraz tablo halinde gösterilmiştir. Analiz sonucuna göre anne eğitim düzeyi ve ölçeğe göre psikiyatrik herhangi bir tanı alıp almama durumu değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0.037$). Buna göre, lise altı eğitim düzeyine sahip annelerin çocukları, lise ve üstü düzeye eğitim düzeyine sahip annelerin çocuklarına göre istatistiki açıdan daha yüksek düzeyde psikiyatrik tanı almışlardır (Tablo 9).

Çalışmaya katılan çocuklarda, baba eğitim düzeyi ve ölçeğe göre psikiyatrik herhangi bir tanı alıp almama durumu arasında yapılan karşılaştırmalarda Pearson Ki-Kare testi kullanılmış, sonuçlar ise çapraz tablo halinde gösterilmiştir. Analiz sonucuna göre baba eğitim düzeyi ve ölçeğe göre psikiyatrik herhangi bir tanı alıp almama durumu değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0.043$). Buna göre, lise altı eğitim düzeyine sahip babaların çocukları, lise ve üstü düzeyde eğitim düzeyine sahip babaların çocuklarına göre istatistiksel açıdan daha yüksek düzeyde psikiyatrik tanı almışlardır (Tablo 10).

Tablo 5. Ölçeğe göre tanı alanların dağılımı

Tanı	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
DEHB-DE	5	1.0	495	99.0	500	100.0
DEHB-HA	33	6.6	467	93.4	500	100.0
DEHB-K	6	1.2	494	98.8	500	100.0
KOKGB	14	2.8	485	97.0	499	99.8
DB	3	0.6	497	99.4	500	100.0
ÖF	42	8.4	458	91.6	500	100.0
AAB	38	7.6	462	92.4	500	100.0
YAB	2	0.4	498	99.6	500	100.0
SM	25	5.0	475	95.0	500	100.0
SF	9	1.8	491	98.2	500	100.0
Anksiyete Bozukluğu (genel toplam)	84	16.8	415	83.0	499	99.8
MDB	7	1.4	493	98.6	500	100.0
Obsesyon	29	5.8	471	94.2	500	100.0
Kompulsiyon	99	19.8	401	80.2	500	100.0
Motor tik	9	1.8	491	98.2	500	100.0
Vokal tik	5	1.0	495	99.0	500	100.0
Distimik Bozukluk	7	1.4	493	98.6	500	100.0
Uyku Bozukluğu	107	21.4	393	78.6	500	100.0
DAB	22	4.4	471	95.6	500	100.0
TSSB	1	0.2	499	99.8	500	100.0
Beslenme Bozukluğu	58	11.6	442	88.4	500	100.0
RBB	78	15.6	422	84.4	500	100.0
YGB	3	0.6	497	99.4	500	100.0

AAB: Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, **CRS:** Conners anababa dereceleme ölçeği, **DAB:** Dışa atım bozuklukları, **DEHB:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, **DEHB-DE:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Dikkat eksikliği alt görünümü, **DEHB-HA:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu hiperaktivite alt görünümü, **DEHB-K:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu kombine tip, **KOKGB:** Karşıt olma karşı gelme bozukluğu, **KSG:** Kişisel sosyal gelişim, **MDB:** Major depresif bozukluk, **ÖF:** Özgül fobi, **RBB:** Reaktif bağlanma bozukluğu, **SF:** Sosyal fobi, **SM:** Selektif mutizm, **SSQ:** School situations qrestionnaires, **STKB:** Sınırsız toplumsal katılım bozukluğu, **TBB:** Tepkisel bağlanma bozukluğu, **TSSB:** Travma sonrası stres bozukluğu, **YAB:** Yaygın anksiyete bozukluğu, **YGB:**Yaygın gelişimsel bozukluk.

Tablo 6. Gelişim geriliği olanlarda ölçeğe göre tanı alanların dağılımı

Gelişim geriliği		Var	Yok	Toplam	
				n	%
DG Geriliği	n	39	461	500	100
	%	7.8	92.2		
KSG Geriliği	n	167	333		
	%	33.4	66.6		
KMG Geriliği	n	2	498		
	%	0.4	99.6		
İMG Geriliği	n	6	494		
	%	1.2	98.8		
Gelişim Geriliği (Genel)	n	184	316		
	%	36.8	63.2		

DG: Dil gelişimi, **KSG:** Kişisel sosyal gelişim, **KMG:** Kaba motor gelişimi, **İMG:** İnce motor gelişimi.

Tablo 7. Cinsiyet ile ölçeğe göre tanı alıp almama durumunun karşılaştırılması

		Ölçeğe göre psikiyatrik tanı alan	Ölçeğe göre psikiyatrik tanı almayan	Toplam	X ²	p
Erkek	n	151	100	251	1.803	0.179
	%	30,2	20,0	50.2		
Kız	n	135	114	249		
	%	27,0	22,8	49.8		
Toplam	n	286	214	500		
	%	57,2	42,8	100.0		

Tablo 8. Kardeş sayısı ile ölçeğe göre tanı alıp almama durumu karşılaştırması

Kardeş Sayısı		Ölçeğe göre psikiyatrik tanı alan	Ölçeğe göre psikiyatrik tanı almayan	Toplam	X ²	p
Tek Çocuk	n	118	83	201	0.312	0.577
	%	23,6	16,6	40,2		
Çok kardeş	n	168	131	299		
	%	33,6	26,2	59,8		
Toplam	n	286	214	500		
	%	57,2	42,8	100,0		

Tablo 9. Anne eğitim düzeyi ile ölçeğe göre tanı alıp almama durumu karşılaştırması

Anne eğitim düzeyi		Ölçeğe göre psikiyatrik tanı alan	Ölçeğe göre psikiyatrik tanı almayan	Toplam	X ²	p
Lise altı	n	92	51	143	4.371	0.037
	%	18,5	10,2	28,7		
Lise ve üstü	n	192	163	355		
	%	38,6	32,7	71,3		
Toplam	n	284	214	498		
	%	57,0	43,0	100,0		

Tablo 10. Baba eğitim düzeyi ile ölçeğe göre tanı alıp almama durumu karşılaştırması

Baba eğitim düzeyi		Ölçeğe göre psikiyatrik tanı alan	Ölçeğe göre psikiyatrik tanı almayan	Toplam	X ²	p
Lise altı	n	97	55	152	4.113	0.043*
	%	19,5	11,0	30,5		
Lise ve üstü	n	187	159	346		
	%	37,6	31,9	69,5		
Toplam	n	284	214	498		
	%	57,0	43,0	100,0		

Çalışmaya katılan çocuklarda, anne baba ayrılık durumu ve ölçeğe göre psikiyatrik herhangi bir tanı alıp almama durumu arasında yapılan karşılaştırmalarda Pearson Ki-Kare testi kullanılmış, sonuçlar ise çapraz tablo halinde gösterilmiştir. Analiz sonucuna göre anne baba ayrılık durumu ve ölçeğe göre psikiyatrik herhangi bir tanı alıp almama durumu değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0.628) (Tablo 11).

Tablo 11. Anne-baba ayrılığı ile ölçeğe göre tanı alıp almama durumu karşılaştırması

Anne-baba Ayrılığı		Ölçeğe göre psikiyatrik tanı alan	Ölçeğe göre psikiyatrik tanı almayan	Toplam	X ²	p
Ayrılık var	n	17	15	32	0.235	0.628
	%	3,4	3,0	6,4		
Ayrılık yok	n	268	198	466		
	%	53,8	39,8	93,6		
Toplam	n	285	213	498		
	%	57,2	42,8	100,0		

Çalışmaya katılan çocuklarda, doğum zamanı ve ölçeğe göre psikiyatrik herhangi bir tanı alıp almama durumu arasında yapılan karşılaştırmalarda Pearson Ki-Kare testi kullanılmış, sonuçlar ise çapraz tablo halinde gösterilmiştir. Analiz sonucuna göre doğum zamanı ve ölçeğe göre psikiyatrik herhangi bir tanı alıp almama durumu değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.684$) (Tablo 12).

Tablo 12. Doğum zamanına göre tanı alıp almama durumu

Doğum Zamanı		Tanı Alıp Almama Durumu		Toplam	X ²	p
		Ölçeğe göre psikiyatrik tanı alan	Ölçeğe göre psikiyatrik tanı almayan			
Erken	n	26	18	44	0.760	0.684
	%	5,2	3,6	8,8		
Geç	n	257	194	451		
	%	51,6	39,0	90,6		
Zamanında	n	1	2	3		
	%	0,2	0,4	0,6		
Toplam	n	284	214	498		
	%	57,0	43,0	100,0		

Anne sütü alımı sürekli değişkeni ile ölçeğe göre herhangi bir psikiyatrik tanı alıp almama durumu değişkenleri arasında Bağımsız gruplarda T-Testi (Independent T-Test) uygulanmış ve sonuçlar tabloda gösterilmiştir. Test sonuçlarına göre, bu iki değişken arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.215$) (Tablo 13).

Tablo 13. Anne sütü alım zamanı ölçeğe göre tanı karşılaştırması

Değişken	Tanı Durumu	Ortalama	Standart sapma	t	p
Anne Sütü Alımı (ay)	Ölçeğe göre psikiyatrik tanı alan (n=284)	13.8662	8.54357	1.243	0.215
	Ölçeğe göre psikiyatrik tanı almayan (n=213)	14.8638	9.26167		

Cinsiyete göre yapılan frekans analizinde, her iki cinsiyette de en sık görülen tanımlar tabloda sıralanmıştır. Analiz sonuçlarına göre erkek cinsiyet için ölçeğe göre en sık görülen tanı 61 çocukta (%24.3) uyku bozukluğu olurken, bunu ikinci sırada 56 çocuk (%22.3) ile kompulsiyon ve üçüncü sırada 43 çocuk (%17.1) ile anksiyete bozukluğu takip etmektedir. Kız

cinsiyet için yapılmış olan analiz sonuçları erkekler ile benzerlik göstermekte olup, dağılım şu şekildedir; en sık görülen tanı 46 çocukta (%18.5) uyku bozukluğu olurken, bunu ikinci sırada 43 çocuk (%17.3) ile kompulsiyon ve üçüncü sırada 41 çocuk (%16.5) ile anksiyete bozukluğu izlemektedir (Tablo 14).

Tablo 14. Cinsiyete göre en sık görülen tanılar

Cinsiyet	Tanı Durumu	Uyku Bozukluğu		Kompulsiyon		Anksiyete Bozukluğu	
		n	%	n	%	n	%
Erkek	Var	61	24.3	56	22.3	43	17.1
	Yok	190	75.7	195	77.7	208	82.9
	Toplam	251	100.0	251	100.0	251	99.6
Kız	Var	46	18.5	43	17.3	41	16.5
	Yok	203	81.5	206	82.7	208	83.5
	Toplam	249	100.0	249	100.0	249	100.0

Anne yaşı sürekli değişkeni ile ölçeğe göre herhangi bir psikiyatrik tanı alıp almama durumu değişkenleri arasında Bağımsız gruplarda T-Testi (Independent T-Test) uygulanmış ve sonuçlar tabloda gösterilmiştir. Test sonuçlarına göre, bu iki değişken arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0.028$). Buna göre ölçeğe göre herhangi bir psikiyatrik tanı almış çocukların anne yaşı, herhangi bir psikiyatrik tanı almamış olan çocuklara oranla istatistiksel açıdan anlamlı biçimde daha düşüktür (Tablo 15).

Tablo 15. Anne yaşı ölçeğe göre tanı karşılaştırması

Değişken	Tanı Durumu	Ortalama	Standart sapma	t	p
Anne Yaşı	Ölçeğe göre psikiyatrik tanı alan (n=284)	33,2465	4,96801	2.202	0.028*
	Ölçeğe göre psikiyatrik tanı almayan (n=213)	34,2207	4,76457		

Cinsiyete göre konuşma zamanı ve yürüme zamanı dağılımlarına bakıldığında; 242 erkek çocuk için konuşma zamanı ortalaması 14.97 ay (± 6.97 ss) iken, medyan değer 12 ay (min: 2 ay ve max: 42 ay) olarak görülmektedir. Yine 248 erkek cinsiyette çocuk için yürüme zamanı ortalaması 12.10 ay (± 2.73 ss) iken medyan değer 12 ay (min: 6 ay ve max: 30 ay) olarak görülmektedir.

Kız cinsiyet için yapılan analiz sonuçlarına göre ise; 233 sayıdaki kız çocuk için konuşma zamanı ortalaması 14.20 ay (± 6.31 ss) iken medyan değer 12 ay (min: 6 ay ve max: 48 ay) olarak görülmektedir. Yine 244 kız cinsiyette çocuk için yürüme zamanı ortalaması 12.04 ay (± 2.35 ss) iken medyan değer 12 ay (min: 7 ay ve max: 24 ay) olarak görülmektedir (Tablo 16).

Tablo 16. Cinsiyete göre yürüme ve konuşma zamanı ortalamaları

	Erkek						Kız					
	ort.	ss.	min.	max.	med.	sayı	ort.	ss.	min.	max.	med.	sayı
Konuşma Zamanı (Ay)	14.97	6.97	2.00	42.00	12.00	242	14.20	6.31	2.00	42.00	12.00	233
Yürüme Zamanı (Ay)	12.10	2.73	6.00	30.00	12.00	248	12.04	2.35	7.00	24.00	12.00	244

Konuşmaya başlama ayı sürekli değişkeni ile ölçeğe göre herhangi bir psikiyatrik tanı alıp almama durumu değişkenleri arasında istatistiksel açıdan fark olup olmadığını araştırmak için bu iki değişken arasında Bağımsız gruplarda T-Testi (Independent T-Test) uygulanmış ve sonuçlar tabloda gösterilmiştir. Test sonuçlarına göre, bu iki değişken arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.845$).

Yürümeye başlama ayı sürekli değişkeni ile ölçeğe göre herhangi bir psikiyatrik tanı alıp almama durumu değişkenleri arasında istatistiksel açıdan fark olup olmadığını araştırmak için bu iki değişken arasında Bağımsız gruplarda T-Testi (Independent T-Test) uygulanmış ve sonuçlar tabloda gösterilmiştir. Test sonuçlarına göre, bu iki değişken arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p=0.327$) (Tablo 17).

Gelir durumuna göre “konuşma zamanı” ve “yürüme zamanı” dağılımlarına bakıldığında; 347 düşük gelir grubundaki çocuğun konuşma zamanı ortalaması 14.66 ay ($6.82 \pm ss$) iken medyan değer 12 ay (min. 2 ay ve max. 42 ay) olarak görülmektedir. Yine düşük gelir grubundaki 356 çocuğun yürüme zamanı ortalaması 12.15 ay (± 2.75 ss) iken medyan değer 12 ay (min. 6 ay ve max. 30 ay) olarak görülmektedir.

Yüksek gelir grubundaki çocuklar için yapılan analiz sonuçlarına göre ise; 128 çocuğun konuşma zamanı ortalaması 14.40 ay (± 6.22 ss) iken medyan değer 12 ay (min. 8 ay ve max.48 ay) olarak görülmektedir. Yine yüksek gelir grubundaki 136 çocuğun yürüme zamanı ortalaması 11.85 ay (± 1.91 ss) iken, medyan değer 12 ay (min. 7 ay ve max. 18 ay) olarak görülmektedir (Tablo 18).

Tablo 17. Konuşmaya ve yürümeye başlama ayı ile ölçeğe göre tanı karşılaştırması

Değişken	Tanı Durumu	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Konuşmaya Başlama (Ay)	Ölçeğe göre psikiyatrik tanı almış (n:272)	14,5441	7,02275	-0.195	0.845
	Ölçeğe göre psikiyatrik tanı almamış (n:203)	14,6650	6,16651		
Yürümeye Başlama (Ay)	Ölçeğe göre psikiyatrik tanı almış (n:280)	12,1714	2,56372	0.981	0.327
	Ölçeğe göre psikiyatrik tanı almamış (n:212)	11,9434	2,53630		

Tablo 18. Gelir durumuna göre konuşma zamanı ve yürüme zamanı ortalamaları

	Düşük Gelir Grubu						Yüksek Gelir Grubu					
	ort.	ss.	min.	max.	med.	sayı	ort.	ss.	min.	max.	med.	sayı
Konuşma Zamanı (Ay)	14.66	6.82	2.00	42.00	12.00	347	14.40	6.22	8.00	48.00	12.00	128
Yürüme Zamanı (Ay)	12.15	2.75	6.00	30.00	12.00	356	11.85	1.91	7.00	18.00	12.00	136

Çalışmaya katılan çocuklarda, ailede psikiyatrik hastalık tanısı alma durumu ve çocuğun ölçeğe göre psikiyatrik herhangi bir tanı alıp almama durumu arasında yapılan kıyaslamalarda Pearson Ki-Kare testi kullanılmış, sonuçlar ise çapraz tablo halinde gösterilmiştir. Analiz sonucuna göre ailede psikiyatrik hastalık tanısı alma durumu ve psikiyatrik herhangi bir tanı alıp almama durumu değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.290$) (Tablo 19).

Tablo 19. Annede psikiyatrik tanı olma durumu ile tanı karşılaştırması

Annede Psikiyatrik Bozukluk		Tanı Alıp Almama Durumu		Toplam	X ²	p
		Ölçeğe göre herhangi bir psikiyatrik tanı almış	Ölçeğe göre herhangi bir psikiyatrik tanı almamış			
Var	n	21	10	31	1.117	0.290
	%	4.2	2.0	6.2		
Yok	n	263	204	467		
	%	52.8	41.0	93.8		
Toplam	n	284	214	498		
	%	57.0	43.0	100.0		

Çalışmaya katılan çocuklarda, ölçeğe göre DEHB tanısı alıp almama ve cinsiyet arasında yapılan karşılaştırmalarda Pearson Ki-Kare testi kullanılmış, sonuçlar ise çapraz tablo halinde gösterilmiştir. Analiz sonucuna göre (test sonuçları ki-kare temel varsayımlarını tam olarak sağlamıyor olsa da) DEHB ve cinsiyet değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.222$).

Çalışmaya katılan çocuklarda, ölçeğe göre DB tanısı alıp almama ve cinsiyet arasında yapılan karşılaştırmalarda Pearson Ki-Kare testi kullanılmış, sonuçlar ise çapraz tablo halinde gösterilmiştir. Analiz sonucuna göre (test sonuçları ki-kare temel varsayımlarını tam olarak sağlamıyor olsa da) DB ve cinsiyet değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.567$).

Çalışmaya katılan çocuklarda, ölçeğe göre KOKGB tanısı alıp almama ve cinsiyet arasında yapılan karşılaştırmalarda Pearson Ki-Kare testi kullanılmış, sonuçlar ise çapraz tablo halinde gösterilmiştir. Analiz sonucuna göre (test sonuçları ki-kare temel varsayımlarını tam olarak sağlamıyor olsa da) KOKGB ve cinsiyet değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.164$) (Tablo 20).

Tablo 20. DEHB, DB, KOKGB tanıları ile cinsiyet değişkeni karşılaştırması

			Cinsiyet		Toplam	X ²	p
			Erkek	Kız			
DEHB	Var	n	2	1	3	0,327	0.567
		%	0.4	0.2	0.6		
	Yok	n	249	248	497		
		%	49.8	49.6	99.4		
	Toplam	n	251	249	500		
		%	50.2	49.8	100.0		
DB	Var	n	2	1	3	0,327	0.567
		%	0.4	0.2	0.6		
	Yok	n	249	248	497		
		%	49.8	49.6	99.4		
	Toplam	n	251	249	500		
		%	50.2	49.8	100.0		
KOKGB	Var	n	10	4	14	3.615	0.164
		%	2.0	0.8	2.8		
	Yok	n	241	245	486		
		%	48.2	49	97.2		
	Toplam	n	251	249	500		
		%	50.2	49.8	100		

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, DB: Davranım bozukluğu, KOKGB: Karşıt olma karşı gelme bozukluğu.

Çalışmaya katılan çocuklarda, ölçeğe göre anksiyete bozukluğu tanısı alıp almama ve cinsiyet arasında yapılan karşılaştırmalarda Pearson Ki-Kare testi kullanılmış, sonuçlar ise çapraz tablo halinde gösterilmiştir. Analiz sonucuna göre (test sonuçları ki-kare temel varsayımlarını tam olarak sağlamıyor olsa da) anksiyete bozukluğu ve cinsiyet değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.827$).

Çalışmaya katılan çocuklarda, ölçeğe göre MDB tanısı alıp almama ve cinsiyet arasında yapılan karşılaştırmalarda Pearson Ki-Kare testi kullanılmış, sonuçlar ise çapraz tablo halinde gösterilmiştir. Analiz sonucuna göre (test sonuçları ki-kare temel varsayımlarını tam olarak sağlamıyor olsa da) MDB ve cinsiyet değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.164$) (Tablo 21).

Tablo 21. Anksiyete bozukluğu, MDB ile tanısı cinsiyet değişkeni karşılaştırması

Tanı			Cinsiyet		Toplam	X ²	p
			Erkek	Kız			
Anksiyete Bozukluğu	Var	n	43	41	84	0.048	0.827
		%	8.6	8.2	16.8		
	Yok	n	207	208	415		
		%	41.5	41.7	83.2		
	Toplam	n	250	249	499		
		%	50.1	49.9	100.0		
MDB	Var	n	3	4	7	0.000	0.991
		%	0.6	0.8	1.4		
	Yok	n	248	245	493		
		%	49.6	49.0	98.6		
	Toplam	n	251	249	500		
		%	50.2	49.8	100.0		

MDB: Major depresif bozukluk.

MDB şiddeti sürekli değişkeni ile cinsiyet değişkenleri arasında Bağımsız gruplarda T-Testi (Independent T-Test) uygulanmış ve sonuçlar tabloda gösterilmiştir. Test sonuçlarına göre, bu iki değişken arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=347$) (Tablo 22).

Tablo 22. MDB tanı şiddeti ile cinsiyet değişkeni karşılaştırması

Değişken	Cinsiyet	Ortalama	Standart sapma	t	p
MDB Şiddet	Erkek(n=250)	0.4720	1.37140	0.890	0.347
	Kız(n=249)	0.3775	0.96410		

MDB: Major depresif bozukluk.

Çalışmaya katılan çocuklarda, ölçeğe göre YGB tanısı alıp almama ve herhangi bir gelişme geriliği tanısı alıp almama arasında yapılan kıyaslamalarda Pearson Ki-Kare testi kullanılmış, sonuçlar çapraz tablo halinde gösterilmiştir. Analiz sonucuna göre YGB ve herhangi bir gelişme geriliği tanısı alıp almama durumu değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.282$). Çalışmaya katılan çocuklarda, ölçeğe göre DEHB tanısı alıp almama ve herhangi bir gelişme geriliği açısından tanı alıp almama durumu arasında yapılan karşılaştırmalarda Pearson Ki-Kare testi kullanılmış, sonuçlar çapraz tablo halinde gösterilmiştir. Analiz sonucuna göre (test sonuçları ki-kare temel varsayımlarını tam olarak sağlamıyor olsa da) DEHB ve herhangi bir gelişme geriliği tanısı alıp almama durumu değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.804$). Çalışmaya katılan çocuklarda, ölçeğe göre RBB tanısı alıp almama ve herhangi bir gelişme geriliği tanısı alıp almama durumu arasında yapılan karşılaştırmalarda Pearson Ki-Kare testi kullanılmış, sonuçlar çapraz tablo halinde gösterilmiştir. Analiz sonucuna göre RBB ve herhangi bir gelişme geriliği tanısı alıp almama durumu değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.332$) (Tablo 23).

Çalışmamızda DEHB’de oluşan uyku problemlerinden yola çıkarak çocuklarda, ölçeğe göre DEHB tanısı alıp almama ve uyku bozukluğu tanısı alıp almama durumu arasında yapılan karşılaştırmalarda Pearson Ki-Kare testi kullanılmış, sonuçlar çapraz tablo halinde gösterilmiştir. Analiz sonucuna göre (test sonuçları ki-kare temel varsayımlarını tam olarak sağlamıyor olsa da) DEHB ve uyku bozukluğu tanıları alıp almama değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.086$) (Tablo 24).

Dezavantaj durumuna göre tanı dağılımına bakıldığında; dezavantajlı okullarda KSG alanında gerilik %57.1, DG alanında gerilik %57.1, İMG alanda gerilik %14.3, KMG alanda gerilik %7.1 oranlarında bulunmuştur. Ölçekte değerlendirilen bozukluklardan en sık görüleni %35.7 ile anksiyete bozuklukları, bunların içinden de %28.6 ile özgül fobi olmuştur. DAB da %28.6 oranında bulunmuştur. Bunları herbiri %21.4 oranı ile selektif mutizm, obsesyon ve uyku bozukluğu tanıları izlemektedir. Dezavantajlı olmayan okullarda ise dağılım genel

dağılıma uygun olarak ilk sırada uyku bozukluğu %21.4, ikinci sırada kompulsyon %18.9, üçüncü sırada %16.3 oranı ile anksiyete bozuklukları şeklindedir (Tablo 25).

Tablo 23. YGB, DEHB, RBB ve gelişme geriliği ilişkisi

Tanı			Gelişme Geriliği		Toplam	X ²	p
			Var	Yok			
YGB	Var	n	2	1	3	1.158	0.282
		%	0.4	0.2	0.6		
	Yok	n	182	315	497		
		%	36.4	63.0	99.4		
	Toplam	n	184	316	500		
		%	36.8	63.2	100.0		
DEHB	Var	n	3	3	6	0.062	0.804
		%	0.6	0.6	1.2		
	Yok	n	181	313	494		
		%	36.2	62.6	98.8		
	Toplam	n	184	316	500		
		%	36.8	63.2	100.0		
RBB	Var	n	33	45	78	0.941	0.332
		%	6.6	9.0	15.6		
	Yok	n	151	271	422		
		%	30.2	54.2	84.4		
	Toplam	n	184	316	500		
		%	36.8	63.2	100.0		

YGB: Yaygın gelişimsel bozukluk, **DEHB:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, **RBB:** Reaktif bağlanma bozukluğu.

Tablo 24. DEHB tanısı ile uyku bozukluğu ilişkisi

DEHB		Uyku Bozukluğu		Toplam	X ²	p
		Var	Yok			
Var	n	3	104	107	2.953	0.086
	%	0,6	20,8	21,4		
Yok	n	3	390	393		
	%	0,6	78,0	78,6		
Toplam	n	6	494	500		
	%	1,2	98,8	100,0		

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu.

Tablo 25. Dezavantaj durumuna göre tanı dağılımı

Tanı	Dezavantajlı okul (n=14)				Dezavantajlı olmayan okul (n=486)			
	Var		Yok		Var		Yok	
	n	%	n	%	n	%	n	%
DEHB-DE	0	0	14	100	5	1	481	99
DEHB-HA	2	14.3	12	85.7	31	6.4	455	93.6
DEHB-K	0	0	14	100	6	1.2	480	98.8
KOKGB	0	0	14	100	14	2.9	473	97.1
DB	0	0	14	100	3	0.6	483	99.4
ÖF	4	28.6	10	71.4	38	7.8	448	92.2
AAB	1	7.1	13	92.9	37	7.6	449	92.4
YAB	0	0	14	100	2	0.4	484	99.6
SM	3	21.4	11	78.6	22	4.5	464	95.5
SF	0	0	14	100	9	1.9	477	98.1
Anksiyete bozukluğu (genel toplam)	5	35.7	9	64.3	79	16.3	406	83.5
MDB	1	7.1	13	92.9	6	1.2	480	98.8
Obsesyon	3	21.4	11	78.6	26	5.3	460	94.7
Kompulsiyon	7	50	7	50	92	18.9	394	81.1
Motor tik	0	0	14	100	9	1.9	477	98.1
Vokal tik	0	0	14	100	5	1.0	481	99.0
Distimik Bozukluk	1	7.1	13	92.9	6	1.2	480	98.8
Uyku Bozukluğu	3	21.4	11	78.6	104	21.4	382	78.6
DAB	4	28.6	10	71.4	18	3.7	468	96
TSSB	0	0	14	100	1	0.2	484	99.8
Beslenme Bozukluğu	2	14.3	12	85.7	56	11.5	430	88.5
RBB	0	0	14	100	78	16	408	84
YGB	0	0	14	100	3	0.6	483	99.4
DG Geriliği	8	57.1	6	42.9	31	6.4	455	93.6
KSG Geriliği	8	57.1	6	42.9	159	32.7	327	67.3
İMG Geriliği	2	14.3	12	85.7	4	0.8	482	99.2
KMG Geriliği	1	7.1	13	92.9	1	0.2	485	99.8
Gelişim Geriliği(Genel)	9	64.3	5	35.7	175	36.0	311	64.0

AAB: Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, **CRS:** Conners anababa dereceleme ölçeği, **DAB:** Dışa atım bozuklukları, **DEHB:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, **DEHB-DE:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Dikkat eksikliği alt görünümü, **DEHB-HA:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu hiperaktivite alt görünümü, **DEHB-K:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu kombine tip, **KOKGB:** Karşıt olma karşı gelme bozukluğu, **KSG:** Kişisel sosyal gelişim, **MDB:** Major depresif bozukluk, **ÖF:** Özgül fobi, **RBB:** Reaktif bağlanma bozukluğu, **SF:** Sosyal fobi, **SM:** Selektif mutizm, **SSQ:** School situations qestionnaires, **STKB:** Sınırsız toplumsal katılım bozukluğu, **TBB:** Tepkisel bağlanma bozukluğu, **TSSB:** Travma sonrası stres bozukluğu, **YAB:** Yaygın anksiyete bozukluğu, **YGB:**Yaygın gelişimsel bozukluk.

TARTIŞMA

Erken çocukluk döneminde yapılan çalışmalar son yıllarda artmış olsa da halen yetersizdir görünmektedir. Çocuğun gelişiminde son derece önemli olan bu dönem ilerisi için psikiyatrik bir bozukluğun kronikleşme olasılığı hakkında bize bilgi verir. Okul öncesi dönemde belirtileri olup okul çağında tanı almış çocukların yarısında, sonraki dört yıl boyunca aynı bozukluğun devam ettiği görülmüştür (101).

Çalışmamızda, Edirne il merkezinde bulunan anasınıflarında eğitim almakta olan 500 çocuğun ebeveynleri tarafından doldurulmuş EÇE-4 ölçek sonuçları değerlendirilmiştir. Çocukların sosyodemografik özellikleri, ölçeğe göre psikiyatrik bozukluk tanısı alanlar, belirti şiddetleri ve bunların birbirleriyle ilişkileri tartışılacaktır.

Ölçeği en fazla dolduranlar %78 oranla annelerdir. Bunu %19 ile babalar izlemektedir. Diğerleri abla, hala, komşu, kurum bakıcısı, teyze, dayı ve anneanne tarafından doldurulmuştur. Geçerlik güvenirlik çalışmasında da %94.5 ile en fazla annelerin doldurduğu görülmektedir (8).

Çalışmamıza 251 (%50.2) kız, 249 (%49.8) erkek katılmıştır. Yaş ortalamaları 5.2 ± 0.34 'dür. Örnekleme anasınıfı öğrencileri seçildiği için ülkemizdeki yaş ortalamasına uygundur. Yapılan araştırmalarda psikiyatrik tanıya sahip olmak kız çocuklarında daha önemli bir risk faktörü olarak bulunmuştur (102). Bu yüzden cinsiyet faktörünün tanı üzerin etkisine bakılmış, literatürle uyumlu olarak iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sprafkin ve arkadaşlarının %71.4 oranında erkek, %28.6 kız olmak üzere toplam 105 çocuk ile yaptıkları orijinal ölçek çalışmasında, yaş ortalaması 4.5 ± 0.75 olarak bulunmuştur. Çocukların %12'si 3 yaş, %30'u 4 yaş, % 58'i 5 yaşındadır (100). Başgül ve

arkadaşlarının yaptığı Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında toplam %60.5 oranında erkek, %39.5 oranında kız çocuk katılmış olup, yaş ortalaması 3.94 ± 0.81 olarak bulunmuştur (8). Çocuk psikiyatrisi polikliniklerine daha çok erkek çocuk başvurularının olduğu bilinmektedir. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniği'nde yapılan bir araştırmada da aynı şekilde erkek çocukların başvuru oranının %66.2 olduğu gösterilmiş (103). En sık başvuru sebebi olan hastalıkların erkeklerde daha çok görülmesi bunun bir nedeni olabilir. Bunun yanı sıra okul öncesi çocuklarda psikiyatrik bozukluk sıklığını araştıran bir saha çalışmasının sonucunda cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (104).

Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmasında, alan örnekleminde ölçeğe göre en yaygın tanının, anksiyete bozuklukları olduğu bulunmuştur. Anksiyete bozukluklarından da en fazla AAB tanısının olduğu saptanmıştır. En az bir morbidite görülme oranı ise %41.7 olarak bulunmuştur (8). Çalışmamızda 286 çocuk ölçeğe göre tanı almıştır. En az bir morbidite görülme oranı %57.2'dir. Ölçeğe göre en sık görülen tanılar sırasıyla uyku bozukluğu %21.4, kompulsiyon %19.8, anksiyete bozuklukları %16.8'dir. Uyku bozuklukları çocuklarda sık görülen ve tedavi edilmediğinde yıllarca devam eden bozukluklardır. Tanı kriterlerini karşılamayan uyku problemleri de ebeveynler tarafından sıklıkla bildirilmektedir. Gece sık uyanmalar ve beklenenden kısa uyku periyodları 6-24 aylık çocuklarda, kabuslar ve huzursuz uyku ise 24-36 aylık çocuklarda en fazla görülen yakınmalardır (105). Okul öncesi dönemde ise çocukların %25-50'sinde anne babalar tarafından çeşitli uyku sorunları tanımlanmıştır (106). Çocuğun ruhsal, bilişsel, sosyal gelişiminde çok önemli rol oynayan uyku ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Uyku bozukluklarıyla ilgili standardize ölçeklerin az sayıda olması, değerlendirmenin genellikle öznel kriterlerle belirlenmesi bu alandaki sorunlardandır (70). Çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar literatürle uyumludur.

Ölçeğe göre kompulsiyon ve TBB tanıları, beklenenden yüksek oranda bulunmuştur. Aynı şekilde EÇE-4 ölçeğinin geçerlik güvenirlik çalışmasında da saha örnekleminde OKB tanısı, %24 oranında yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonucun klinik değerlendirmeye oransız ölçüde yüksek çıkmasını, ebeveynlerin 'düzenli' terimini kültürel olarak olumlu bir özellik olmasına bağlama ile ilişkilendirmişlerdir (8). Ölçeğe göre TBB tanısı %15.6 oranında bulunmuştur. TBB tanısını değerlendiren maddelerden biri olan 'büyüklerden hatta yabancılardan dahi sevgi ve ilgi bekler' maddesinde 'hemen her zaman' seçeneğinin çok sık işaretlendiği görülmüştür. Bu maddenin anne babalar tarafından olumlu algılanmasının, yalancı pozitifliği yükseltmiş olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda 184 çocukta (%36.8) en az bir alanda gelişim geriliği saptanmıştır. Dağılımlarına baktığımızda, DG geriliği %7.8, KSG geriliği %33.4, KMG geriliği %0.4 ve İMG geriliği %1.2 olarak saptanmıştır. Sosyal iletişim-etkileşimin, çevresel uyaranların çocuğun ruhsal gelişimi ve ilerisi içinde bütünlüğünü korumasındaki önemi dikkate alındığında, yüksek oranda KSG alanında gelişim geriliği bulgusunun anlamlı olduğu düşünülmektedir.

Ailesel faktörlerin 6 yaş çocuklarının sosyal davranış problemlerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, sosyal davranış problemlerinin kardeş sayısına göre farklılaştığı gösterilmiştir. Kardeş sayısı faktörü diğer değişkenlerden farklı olarak hem içe yönelim hem dışa yönelim sorunlarıyla ilişkili bulunmuştur. Bu sonucun, artan çocuk sayısı, ebeveynlerin her çocuğa ayıracağı zamanlarının azalmasıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür (107). Yaşanan kardeş çatışmaları da depresif duygudurum, yalnızlık, düşük benlik saygısı, akran ilişkilerinde bozulma ve DB ile ilişkili bulunmuş, kardeş sayısı arttıkça psikopatolojik belirtilerin arttığı bildirilmiştir (108). Çalışmamızda tek çocuk olmak ve bir ya da daha fazla kardeşe sahip olmanın ölçeğe göre tanı alma üzerine etkisi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Türkiye'nin batı kesiminde yer alan Edirne'de çok kardeş sınıfına dahil edilenlerin genellikle iki kardeş olması, ebeveynlerin çocuğa ayırdıkları zaman ve maddi olanakların görece fazla bölünmemesi, bu sonucu doğrurabilir.

Çalışmamızda anne eğitim düzeyiyle ölçeğe göre tanı alma ilişkisi karşılaştırıldığında lise altı eğitim düzeyi olan annelerin çocuklarında, lise ve üstü eğitim düzeyi olan annelerin çocuklarına göre daha fazla psikiyatrik bozukluk tanısı olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde baba eğitim düzeyinin de, ölçeğe göre tanı almada anlamlı olarak fark yarattığı bulunmuştur. Lise altı eğitim düzeyine sahip babaların çocuklarında, lise ve üstü eğitim düzeyine sahip babaların çocuklarına göre daha fazla psikiyatrik bozukluk tanısı görülmüştür. Bu bulgularla, ebeveynlerin eğitim düzeyinin yüksek olmasının ruhsal bozukluklarda koruyucu rol oynadığı anlaşılmaktadır. Klinik ve toplum örneklemindeki 669 çocukla 2016 yılında yapılan bir çalışmada, kliniğe başvuran gruptaki annelerin % 37.1'inin, toplum grubunda ise %41.4'ünün ilkökul mezunu olduğu bulunmuştur. Burada eğitim düzeyi değişkeninin, klinik olguları ile toplum örneklemini arasında anlamlı bir farkının olmadığı görülmüştür. Baba eğitim düzeyine bakıldığında ise, iki grupta da en sık lise mezunlarının bulunduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür (94). 2010 yılında yapılan bir çalışmada, anne eğitim düzeyi ile çocukların davranışsal bozuklukları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Düşük eğitim düzeyine sahip annelerin, çocuklarının davranışlarını daha olumsuz algıladıkları da

belirtilmiştir (109). Fletcher ve arkadaşları ise sosyal davranış kalitesinin annenin öğrenim düzeyiyle farklılaşmadığını bulmuşlardır (110).

Stresli yaşam olaylarının çocuğun uyumuna etkisinin bakıldığı çalışmalardan birinde, okul öncesi dönemde ruhsal belirtileri olan çocuklar 3 yıl sonra değerlendirilmiş ve çeşitli değişkenlerin belirtiler üzerine etkisi incelenmiştir. Ebeveyn ayrılığı, ilerisi için ruhsal belirtilerin kalıcı olmasına neden olan bir faktör olarak anlamlı bulunmuştur (111). Ebeveynleri boşanmış kişilerin %30-40'ında, tedavi gerektiren birtakım sorunların ortaya çıktığı gözlenmiştir. Tek ebeveyni olan çocuklarda, anne baba ile birlikte yaşayanlara göre 2-3 kat daha fazla duygusal ve davranışsal problemler, daha fazla öğrenme sorunları gözlenmiş, başlangıçta problemsiz görünen çocuğun 5-10 yıl içinde olumsuz belirtiler gösterdiği belirlenmiştir (112). Okul öncesi çocuklar anne babaları tarafından eskisi kadar sevilmemekten, beslenme, barınma ihtiyaçlarının karşılanmamasından korkarlar. Ebeveyne yapışma, ağlama davranışı görülebilir. Özellikle bir nesne ya da oyuncaktan ayrılmak istemeyebilirler (113). Çalışmamızda ebeveyn ayrılığının, ölçeğe göre psikiyatrik bozukluk tanısıyla anlamlı ilişkisi saptanmamıştır. Ancak tanı kriterlerini tam karşılamasa da çocukta eşik altı bulgular kalmış olabilir. Literatürde belirtildiği gibi, bulgular çocukta daha sonra ortaya çıkabilir. Çalışmamız kesitsel olduğu için, izlem çalışmalarının bu konuda daha doğru sonuç verebileceği düşünülmüştür.

Literatürde erken doğumun çocukların merkezi sinir sistemi gelişimlerini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (39). Çalışmamızda çocukların ebeveynlerinden alınan bilgiler doğrultusunda %8.8'inin erken doğduğu, %90.6'sının geç doğduğu, %0.6'sının zamanında doğduğu saptanmıştır. Erken doğum ve tanı alma arasında literatürden farklı olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Anne sütü alma süresi çocuğun gelişimini yakından etkilemektedir. 5-10 yaşları arasında 8958 çocuk 10 yıl boyunca izlenmiş olup, anne sütü almayanların olumsuz yaşam olaylarına uyumunun daha düşük olduğu, anksiyete düzeylerinin daha çabuk yükseldiği gözlenmiştir. Anne sütü almanın ruhsal bozukluklardan koruyucu etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Emzirme, anne çocuk arasındaki bağlanmayı güçlendirerek psikososyal stres faktörlerine karşı esneklik kabiliyetini artırır (114). Karakoç'un 2010 yılında 2-6 yaş arası çocuklarda yaptığı bir çalışmada, anne sütü alma süresi ortalama 14.5 ± 7 ay olarak bulunmuştur (115). Çalışmamızda ortalama anne sütü alma süresi diğer çalışmalara benzer şekilde 14.2 ± 3.8 'dir. Ölçeğe göre psikiyatrik tanı almış olan çocukların ortalama anne sütü alma süresi

13.8 ay, tanı almamış olanların ortalaması ise 14.8 ay olarak bulunmuştur. Anne sütü alma süresiyle psikiyatrik tanı alma arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Pitzer ve arkadaşları, sosyal beklentilerin farklı olması ve cezalandırma sistemindeki farklılıklar nedeniyle, dışa yönelim sorunlarının kızlarda erkeklerden daha az görüldüğünü bildirmişlerdir (116). Ancak bu konuda farklı literatürler de bulunmaktadır. 2005 yılında cinsiyet farkının beş hastalığın görülme sıklığı üzerine etkisine bakılmış; KOKGB, DB, DEHB, anksiyete ve depresyon bozukluklarında görülme sıklığının cinsiyetten etkilenmediği bulunmuştur (117). Angold ve arkadaşları ise, DEHB tanı kriterlerini karşılamada erkek cinsiyetin kızlardan iki kat daha fazla risk oluşturduğunu bildirmişlerdir. (102). Çalışmamızda kız ve erkeklerde en sık görülen tanı dağılımlarına bakıldığında, her iki cinsiyet için de en sık görülen üç tanı sırasıyla uyku bozukluğu, kompulsiyon ve anksiyete bozukluğudur.

Erken yaşta anne olmanın çocuk için psikososyal risk faktörü olduğu bilinmektedir. Erken anne olmak; hamileliğin planlı olmaması, annenin doğum sonrası süreci yönetememesi risklerini arttırır. Annenin psikolojik durumu, çocuğun düzenleyici mizaç özelliklerini etkiler (116). Özellikle kız çocuklarında erken mizaç özelliklerinin, ergenlik çağındaki ruhsal bozukluklarla anlamlı ilişkisi bulunmuştur. Erkeklerde ise bu ilişki, daha çok okul çağı ve ergenlik öncesi dönemde öngörülebilmıştır. Erken yaşta anne olanların kız çocuklarında, erken dönem olumsuz yönde etkilenmeler ile birlikte aynı zamanda ileri yaşta özellikle davranım bozukluğu görülme riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir (118). Çalışmamızda psikiyatrik tanı alan çocukların anne yaşı, tanı almayanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bu bulgular literatürle uyumluluk göstermektedir.

Yetersiz dil gelişimi ruhsal bozukluk belirtileri için risk faktörü olabilir. Dil gelişimiyle birlikte çocuk rahatsızlığını anlatabilir hale gelir. Bunun dışa yönelim sorunlarını azalttığı kanıtlanmıştır. Bu dönemde gelişimle birlikte öfke kontrolü, frustrasyon toleransı, olumsuz dış uyarana karşı sözlü ve fiziksel tepki kontrolü kazanılması beklenir. Dil gelişiminde gecikme, nörogelişimsel bozukluklar için risk faktörüdür (116). Çalışmamızda kızların konuşmaya başlama zamanı 14.9 ± 6.9 ay, erkeklerin konuşmaya başlama zamanı 14.2 ± 6.3 ay olarak bulunmuştur. Yürümeye başlama zamanı ise kızlarda 12 ± 2.3 ay, erkeklerde 12.1 ± 2.7 ay olarak bulunmuştur. Okul çağı çocuklarında gelişimsel öykünün araştırıldığı bir çalışmada 2998 çocuk incelenmiş, konuşmaya ve yürümeye başlama ayları bizim sonuçlarımızla tutarlılık göstermektedir (119). Sağlıklı örnekleme tarama çalışması yapıldığı için veriler çocukların gelişim dönemine göre beklenen düzeydedir. Yürümeye ve konuşmaya başlama zamanı psikiyatrik tanı alan ve almayan çocuklarda karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Düşük sosyoekonomik düzeye sahip olan ailelerde çocukların gelişimlerinin, yüksek sosyoekonomik düzeye sahip ailelerle yetişen çocuklara göre daha geriden geldiği gösterilmiştir (119). Çalışmamızda gelir durumuna göre konuşma zamanı ve yürüme zamanı dağılımlarına bakıldığında; düşük gelir grubundaki 347 çocukta konuşma zamanı ortalaması 14.6 ± 6.8 ay iken, medyan değer 12 ay (min. 2 ay ve max. 42 ay) olarak bulunmuştur. Yine düşük gelir grubundaki 356 çocuk için yürüme zamanı ortalaması 12.1 ± 2.7 ay iken medyan değer 12 ay (min. 6 ay ve max. 30 ay) olarak bulunmuştur. Yüksek gelir grubu içinde olan çocuklarda yapılan analiz sonuçlarına göre ise; 128 sayıdaki çocuk için konuşma zamanı ortalaması 14.4 ± 6.2 ay iken medyan değer 12 ay (min. 8 ay ve max. 48 ay) olarak bulunmuştur. Yine yüksek gelir grubu içinde olan 136 çocuğun yürüme zamanı ortalaması 11.8 ± 1.9 ay iken medyan değer 12 ay (min. 7 ay ve max. 18 ay) olarak bulunmuştur. Yüksek gelir grubunda olan çocukların düşük gelir grubuna göre konuşma ve yürüme zamanlarının ortalama değerleri daha düşüktür.

Annenin ekonomik özgürlüğünün olması, sosyal hayata dahil olması ruh sağlığını etkiler. Annede ruhsal bozukluk belirtilerinin ya da tanısının olması, çocuğun ruhsal durumuyla yakından ilişkilidir. Yapılan bir araştırmada, çalışmayan kadınlarda anksiyete, fobi, paranoid ve psikotik belirtilerin çalışan kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Obsesif belirtileri olan annelerin çocuklarına karşı kural koyucu, aşırı denetleyici, eleştirici ve daha kontrolcü oldukları bulunmuştur. Bu çalışmada, yaşamın monotonluğunun, çocuk ve evle ilgili sorumlulukların en fazla yakınma nedenleri olduğu görülmüştür. (120). Aslında psikopatoloji düzeyi yüksek annelerin çocuklarında mı daha çok psikopatoloji saptanıyor, yoksa psikiyatrik problemi olan çocukların annelerinin mi ruhsal belirtileri artıyor sorusu tartışmalıdır. Hayvan deneylerinde annedeki stresin, fetüsün hipotalamus hipofiz adrenal aksını (HPA) etkileyerek çocuktaki davranışsal bozukluklara yol açtığı bulunmuştur (121). 2002 yılında yapılan bir çalışmada, antenatal anksiyete bulguları olan annelerin çocukları doğum sonrasında 4 yıl boyunca izlenmiş, bu çocuklarda 4 yaşında davranışsal ve duygusal problem görülme oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu çalışmadaki bir başka ilginç bulgu da, hamileliğin geç dönemlerindeki yüksek anksiyete düzeyinin; erkek çocuklarda DEHB, kız ve erkek çocuklardaki davranım bozukluklarıyla anlamlı olarak ilişkili bulunmasıdır (122). Yine bu bulguları destekleyen başka bir çalışmada Barry ve arkadaşları, maternal stresin erkek çocuklardaki yıkıcı davranış bozuklukları üzerine etkisini araştırmışlardır. Sonuç olarak, annenin depresyonunun, somatizasyon ve anksiyete belirtilerinin çocukta dikkat eksikliğine yol açtığı, sadece somatizasyon ve anksiyete belirtilerinin ise çocuklardaki agresyonla ilişkili

olduğu gösterilmiştir (123). Çalışmamızda ölçeğe göre psikiyatrik tanı alanların %4.2'inde, almayanların %2'sinde annede psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Sonuçlar karşılaştırıldığında, annede psikiyatrik bozukluk varlığının ölçeğe göre çocuklardaki tanı ile ilişkisi bakılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır.

Gadow ve arkadaşlarının 3-6 yaş çocuklarını DSM-4 semptomlarına göre değerlendirdikleri çalışmada klinik, özel eğitim ve toplum olmak üzere üç alandan örneklem seçilmiştir. DEHB'nin dikkat eksikliği alt tipi için fark saptanmazken, erkek çocuklarda hiperaktivitenin ön planda olduğu tip ve kombine tip anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. DB tanısı da erkek çocuklarda kızlara oranla daha fazla bulunmuştur ancak diğer tanıları arasında fark olmadığı bildirilmiştir (82). Davranışsal ve duygusal sorunların yaygınlığı, klinik görünüşleri ve sınıflamalarının araştırıldığı bir çalışmada 2-5 yaş arası çocuklar değerlendirilmiş, psikiyatrik bozuklukların okul öncesi dönemde erkek çocuklarda daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Özellikle de KOKGB için cinsiyet farkının daha belirgin olduğu bildirilmiştir. Yalnızca KOKGB tanısı erkeklerde kızlardan iki kat fazla görülmesine rağmen, eş tanı olarak KOKGB'nun cinsiyet farkı gözetmeksizin erkek ve kızlarda aynı sıklıkta görüldüğü belirtilmiştir. Davranış bozukluklarında görülen bu fark, duygusal bozukluklarda saptanmamıştır (104). Yıkıcı davranışlar için yaş faktörüne bakıldığında ise; 2-3 yaş arası çocuklarda bu bozuklukların daha yüksek sıklıkta görüldüğü, 4 yaştan 5 yaşa kadar azaldıkları görülmüştür. KOKGB sıklığı 3 yaşında %22.5 oranında bulunurken 5 yaşında %15 oranında bulunmuştur. Küçük yaş çocuklarının, yakınmalarını ve istemedikleri durumları anlatırken daha çok dışa yönelim davranışlarını gösterdikleri belirtilmektedir (104). Anselmi ve arkadaşları küçük yaş çocuğunun, sorunlarını anlatma yolu olarak kullandıkları dışa yönelim davranışlarını döneme özgü bir durum olduğunu belirtmişlerdir. Sembolizasyon, dürtü kontrolü, çatışmaları çözümü alanlarında gelişimini henüz tamamlamamış çocuk; korku, üzüntü gibi duygularını bile agresyonla dışa vurabilir (124). Çalışmamızda ölçeğe göre DEHB tanısı alanların %83.3'ü erkek, %16.7'si kızdır. DB tanısı alanların %66.7'si erkek, %33.3'ü kızdır. KOKGB tanısı alanların %71.4'ü erkek, %28.6'sı kızdır. Bu üç tanıyı alanların çoğunluğunun erkek cinsiyette olduğu görülmektedir. Ancak yıkıcı davranış bozuklukları için ayrı ayrı 3 tanıda cinsiyet farklılığı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Toplum örneklemindeki ruhsal bozuklukların öngörücü etkisini saptamak için çocukluk çağından erişkinlik yaşına kadar süren 18 yıllık bir izlem çalışması yapılmış, depresif semptomların duygudurum bozuklukları ve madde kötüye kullanımı için, çocukluk çağı fobilerinin anksiyete bozuklukları için, AAB ve YAB'nun ise MDB için öngörücü oldukları

bulunmuştur (125). Çalışmamızda ölçeğe göre MDB tanısı alan 7 çocuk, özgül fobi tanısı alan 42 çocuk, AAB tanısı alan 38 çocuk, YAB tanısı alan 2 çocuk bulunmaktadır. Bu çocukların erken tanıları ve sağaltımlarının oluşturulması, ileriye yönelik yüksek risk içeren psikiyatrik bozuklukların engellenmesi için önem taşımaktadır.

Depresyonun temel fenomolojisinin küçük yaşlarda da aynı olduğu bildirilmiştir. Luby ve arkadaşları depresyonun, daha büyük yaş okul öncesi dönem çocuklarında daha fazla görüldüğünü bulmuşlardır. Ancak cinsiyetler arasında depresyon tanısı açısından anlamlı farklılık bulmamışlardır (126). Yapılan bir çalışmada, okul öncesi dönem depresyonda kız ve erkek çocuklarda yüksek eş tanı bildirilmiştir. Bu çalışmada depresyona en sık anksiyete bozukluklarının eşlik etmesi beklenirken, en yüksek eş tanının KOKGB olduğu bulunmuştur (127). Başka bir çalışmada da, okul öncesi dönemdeki anksiyete bozukluklarında her iki cinsiyet arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır (74). Çalışmamızda ölçeğe göre depresyon tanısı alanların %42.9'u erkek, %57.1'i kızdır. Anksiyete bozukluklarında ise bu oran %51.2 erkek, %48.8 kız şeklindedir. İki bozukluk için cinsiyet değişkeninin etkisine bakıldığında, çalışmamızda literatürle uyumlu olarak depresyon ve anksiyete bozuklukları için cinsiyetler açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Depresyon için belirti şiddeti ile cinsiyet karşılaştırması yapılmış, kız ve erkekler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

İzmir'de anaokuluna giden çocukların annelerinin değerlendirildiği bir çalışmada, annelerin çocuğa olan tutumlarının eğitim durumuna göre değiştiği görülmüştür. İlkokul mezunu olanlar, aşırı koruyuculuk ve sıkı disiplin alt kategorilerinden anlamlı ölçüde daha yüksek puan almışlardır. Eğitim düzeyinin artmasıyla, annelerin klasik geleneksel yetiştirme tutumlarından uzaklaştıkları görülmektedir (128). Karakoç ve arkadaşlarının, annelerin çocuk yetiştirme tutumlarının okul öncesi dönem çocuklarındaki davranış sorunlarına etkisini inceledikleri bir çalışmada, uyku bozukluğu dışında tüm ÇDDÖ alt kategorilerinde lise altı eğitim alan annelerle lise ve üzeri eğitim alan annelerin tutumları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. İçe yönelim, dışa yönelim ve toplam problem puanları, lise altı eğitim düzeyi olan annelerin çocuklarında daha yüksek bulunmuştur. Annelerin eğitim düzeyi arttıkça çocuklardaki davranış sorunlarının azaldığı gözlenmiştir. Eğitim düzeyiyle birlikte annede problem çözme, çocuğa uygun yaklaşım, tedaviye uyum konusunda daha bilinçli bir davranış sergilendiği belirtilmektedir (5). Çalışmamızda ölçeğe göre psikiyatrik bozukluk tanısı alanların %32.3'ünün, lise altı anne eğitim düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Bu bulgu literatürü destekler niteliktedir.

Yıkıcı davranış bozuklukları belirtileri iç içe geçmiş üç ayrı tanıyı kapsar. Bunlar DSM-4'e göre DEHB, KOKGB ve DB'dir. Connor ve arkadaşları düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerin çocuklarında daha çok yıkıcı davranış bozukluğu tanısı görüldüğünü belirtmişlerdir (129). Düşük sosyoekonomik düzeyli ailelerde yetişen çocukların, okul çağında DEHB görülme sıklığında artış olduğu, ergenlikte zayıf akademik performans ve ciddi disiplin sorunları gösterdikleri belirtilmiştir. (130). Çalışmamızda ölçeğe göre DEHB tanısı alan 6 çocuktan 5'inin, DB tanısı alan 3 çocuktan 2'sinin, KOKGB tanısı almış 14 çocuktan 11'inin düşük sosyoekonomik düzeyli ailelerden geldiği bulunmuştur. Ancak sayı değerlerinin düşüklüğü nedeni ile yapılan karşılaştırma istatistiksel anlamda yorumlanamamıştır.

Nörogelişimsel bozukluklardan klinikte en sık görülen bozukluğun DEHB ve gelişim özelliklerindeki geriliğin en belirgin olduğu bozukluğun OSB olduğu belirtilmektedir (131). RBB olan çocukların da özellikle kişisel sosyal alan ve dil gelişimi geri düzeydedir. Bu üç bozuklukta da kişisel sosyal gelişim, dil gelişimi, ince ve kaba motor alanlarındaki gelişimin yaşıtlarına göre geride olmasını beklenir. Çalışmamızda ölçeğe göre YGB tanısı almış çocukların %66.7'sinde en az bir alanda gelişim geriliği saptanmıştır. Yapılan testlerle YGB ve gelişimsel gerilik açısından istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Ölçeğe göre DEHB tanılı çocukların %50'sinde, en az bir alanda gelişim geriliği saptanmıştır. DEHB ve gelişimsel gerilik açısından istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunamamıştır. Ölçeğe göre RBB tanısı alan çocukların %42.3'ünde, en az bir alanda gelişim geriliği saptanmıştır. RBB ve gelişimsel gerilik açısından anlamlı bir sonuç bulunmamıştır.

Uyku sorunları DEHB'li çocuklarda sıklıkla görülür. DEHB'nin sık görülmesi, bu bozuklukta uyku sorunlarının önemini artırır. DEHB'li çocukların yarısında uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede sorun olduğu belirtilmiştir (132). DEHB tanısı almış 330 çocukla yapılan bir çalışmada %73.3 uyku sorunları tanımlanmıştır. Bunların %28.5'i orta ya da hafif, %44.8'inin ise ciddi şiddette uyku sorunlarının olduğu belirlenmiştir. Ciddi uyku sorunu olan çocukların yaşam kalitesi ölçek sonuçları anlamlı derecede düşük bulunmuştur (133). Çalışmamızda ölçeğe göre DEHB tanısı almış çocukların %2.8'i, ölçeğe göre uyku bozukluğu tanı kriterlerini karşılamıştır. DEHB ve uyku bozukluğu tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak tanı kriterlerini karşılamayan eşik altı pek çok uyku problemi olabileceği göz ardı edilmemelidir.

Yoksulluk; çocuğun gelişim düzeyini, anne babanın davranışlarını ve ruhsal durumunu etkileyerek psikiyatrik sorunlar için risk faktörü oluşturmaktadır. Yoksul yaşam deneyimi olan

çocuklar daha fazla olumsuz yaşam deneyimine maruz kalırlar. Ekonomik zorluklar ve yaşam zorlukları, aile içi huzursuzluğu da arttırarak çocuğun güvenli ortamını ve ebeveyn çocuk ilişkisini bozmaktadır. Çok düşük gelirli ailelerin ebeveyn tutumlarının, daha az destekleyici, daha çok cezalandırıcı, tutarsız oldukları gösterilmiştir. Bir çalışmada, yoksul bölgede yaşayan dezavantajlı çocukların, yaşlarına göre anlamlı ölçüde daha yüksek sosyal ve duygusal problemlere sahip oldukları gösterilmiştir (134). Çalışmamızda dört gelişim alanında, dezavantajlı okullarda okuyan çocuklarda diğer okullarda okuyan çocuklardan daha yüksek oranda gelişim geriliği saptanmıştır. KSG alanında gerilik %57.1, DG alanında gerilik %57.1, İMG alanda gerilik %14.3, KMG alanda gerilik görülme oranı %7.1 olarak bulunmuştur. Yine bu çocuklarda ölçekte değerlendirilen bozukluklardan en sık görüleni %35.7 oranı ile anksiyete bozuklukları, bunların içinden de %28.6 oranı ile özgül fobi olmuştur. DAB da %28.6 oranında bulunmuştur. Bunları her biri %21.4 oranı ile selektif mutizm, obsesyon ve uyku bozukluğu tanıları izlemektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın kısıtlılıkları, çalışmanın kesitsel olması ve ölçeğin bakım verenlerin öz bildirimlerine bağlı olmasıdır. Çocuklardaki belirtiler zaman içerisinde değişebilir ve dönüşebilir. Ölçeğin öğretmen formu, Türkçe geçerlik güvenirliği olmadığı için uygulanamamıştır. Ancak çocukla ilgili bilginin, sadece ev ortamından değil en önemli sosyal alanı olan okuldaki davranışlarıyla ilgili öğretmenden de alınması çok önemli ve gereklidir. Anasınıfı öğrencileri hedef örneklem olduğu için, çoğunlukla 5 yaş grubu çocuklar değerlendirilmiştir. Daha fazla sayıda 4 yaş ve 3 yaşındaki çocukları da değerlendirmek, okul öncesi dönemle ilgili daha fazla fikir sahibi olmamızı sağlayacaktır. Kapsamlı veriler elde edebilmek için, daha geniş yaş aralığında, çocuğun birden fazla ortamda değerlendirildiği, izlem çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

SONUÇLAR

Bu çalışmada Edirne il merkezindeki okul öncesi çocuklarda ruhsal ve davranışsal bozukluklar değerlendirilmiştir. Çalışmamızdan elde edilen bulgulardan aşağıdaki sonuçlar çıkarılmıştır:

1. Ölçeğe göre en az bir morbidite görülme oranı %41.7 olarak bulunmuştur.
2. Tarama sonucunda en sık görülen tanı %21.4 ile uyku bozukluğu olmuştur. Uyku bozukluğunu %19.8 ile kompulsiyon ve %16.8 ile anksiyete bozuklukları izlemektedir.
3. Çocukların %36.8'inde en az bir alanda gelişim geriliği saptanmıştır. Ayrıntılı bakıldığında DG geriliği %7.8, KSG geriliği %33.4, KMG geriliği %0.4 ve İMG geriliği %1.2 olarak dağılmaktadır.
4. Anne eğitim düzeyi ile çocuklarda ölçeğe göre psikiyatrik tanı alma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Düşük eğitim düzeyine sahip annelerin çocuklarının daha çok psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı görülmüştür.
5. Baba eğitim düzeyi ile çocuklarda ölçeğe göre psikiyatrik tanı alma arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Düşük eğitim düzeyine sahip babaların çocuklarının daha çok psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı görülmüştür.
6. Anne yaşı ile çocuklarda ölçeğe göre psikiyatrik tanı alma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Psikiyatrik tanı alan çocukların annelerinin yaşları tanı almayan çocukların annelerinin yaşlarından anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.
7. Dezavantajlı okullarda ölçeğe göre en sık görülen tanı %35.7 ile anksiyete bozukluklarıdır. Bu bozuklukların içinden de en sık görülen %28.6 oranı ile özgül fobi

olmuştur. DAB, %28.6 oranında bulunmuştur. Bunları, her biri %21.4 oranı ile selektif mutizm, obsesyon ve uyku bozukluğu tanıları izlemektedir.

ÖZET

Çalışmamızda Edirne il merkezindeki okul öncesi çocuklarda ruhsal ve davranışsal bozukluklar değerlendirilmiştir.

Çalışmamızın örneklemini, Edirne il merkezinde bulunan, İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı, her bölgeyi temsil edecek özellikte olan 16 okulda anasınıfına devam eden 500 öğrenci oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılan çocukların aileleri tarafından sosyodemografik veri formu ve Erken Çocukluk Envanteri-4 Ebeveyn Formu doldurulmuştur.

Çalışmamızda ölçeğe göre en sık görülen tanı %21.4 ile uyku bozukluğu olmuştur. Uyku bozukluğunu %19.8 ile kompulsiyon ve %16.8 ile anksiyete bozuklukları izlemektedir. Çocukların %36.8'inde en az bir alanda gelişim geriliği saptanmıştır. Gelişim geriliği olanlarda en fazla, %33.4 oranı ile KSG alanında gerilik saptanmıştır. Anne ve baba eğitim düzeyi ve anne yaşı ile çocuklarda ölçeğe göre psikiyatrik tanı alma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Cinsiyet, kardeş sayısı, tek ebeveynle yaşama, doğum zamanı, anne sütü alım süresi, annede psikiyatrik bozukluk varlığı, yürümeye başlama zamanı, konuşmaya başlama zamanı değişkenleriyle ölçeğe göre psikiyatri tanı alma arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. DEHB, DB, KOKGB, anksiyete bozukluğu, MDB tanılarıyla cinsiyet değişkeni arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ölçeğe göre YGB, DEHB, RBB tanılarıyla çocukta gelişme geriliği varlığı arasında, DEHB ile uyku bozukluğu tanısı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Dezavantajlı okullarda ölçeğe göre en sık görülen tanı %35.7 ile anksiyete bozuklukları olmuştur.

Çalışmamız çocuk gelişimindeki en önemli dönemlerden olan okul öncesi dönemde psikiyatrik bozukluklar için bir nevi 'elek' görevi görebilecek olan EÇE-4 ile, tanı alabilecek

olan çocukların değerlendirilmesini sağlamıştır. Sonrasında yapılacak klinik görüşmeler ile, ölçeğe göre tanı alan ya da yüksek risk altında olan çocukların gerektiğinde tedavi altına alınmasına olanak sağlayacaktır. Daha sonra oluşabilecek psikiyatrik bozukluklar ya da çocuğun işlevselliğini bozan eşik altı belirtiler engellenebilecektir. Literatürde okul öncesi dönemde yapılan çalışmaların kısıtlı olması nedeniyle bu konuda daha ileri çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Erken çocukluk, psikiyatrik bozukluk, semptom dağılımı

PSYCHIATRIC AND BEHAVIORAL ASSESMENT OF PRESCHOOL CHILDREN IN EDİRNE CITY CENTER SUMMARY

In our study, mental and behavioral disorders were evaluated in preschool children in Edirne city center.

The sample is composed of 500 students who are in kindergarden in 16 schools in the city center of Edirne, which are connected to the Provincial Directorate of National Education and which are representative of each region.

The socio-demographic data form and the Early Childhood Inventory-4 Parents Form were completed by the families of the children participating in the study.

The most common diagnosis in our study was sleep disorder with 21.4%. Sleep disorder was followed by compulsions (19.8%) and anxiety disorders (16.8%). At least one field developmental retardation was detected in 184 (36.8%) children. In developmental retardation diagnosed patients, most (33.4%) were found to have a disability in the field of personal social development. There was a significant relationship between mother and father education level and mother age and psychiatric diagnosis in children. There was no significant relationship between gender, number of siblings, life with single parent, time of birth, duration of breastfeeding, presence of psychiatric illness in mother, time to start walking, time to talk, and psychiatric diagnosis. There was no significant relationship between attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), conduct disorder, Oppositional defiant disorder, anxiety disorder, Major depressive disorder diagnoses and gender variables. There was no significant relationship between reactive attachment disorder eating disorder. There was no significant relationship between maternal

education level, maternal psychiatric disease presence and maternal age and separation anxiety disorder. There was no significant relationship between ADHD, pervasive developmental disorder, reactive attachment disorder and child development retardation; as well as between the duration of breastfeeding and elimination disorders, and between ADHD and sleep disorder. The most common diagnosis in disadvantaged schools was anxiety disorders with 35.7%.

Our study provided the assessment of children diagnosed with screening using the Early Childhood Inventory-4 (ECI-4), which could be a sort of 'sieve' task for psychiatric disorders in the pre-school period, one of the most important periods in child development. Clinical interviews to be performed at a later stage will provide treatment for children diagnosed or at high risk. Subsequent psychiatric illnesses or subthreshold symptoms that impair the child's functioning can be prevented at this point. Due to the limited work done in the pre-school period in the literature, more studies are needed in this regard.

Key words: Early childhood, psychiatric disorder, symptom distribution

KAYNAKLAR

1. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B, et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. The lancet. 2007;369(9555):60-70.
2. Chazan M, Laing AF, Jackson S. Just before school: JSTOR; 1971.
3. Wickelgren I. Nurture helps mold able minds. Science. 1999;283(5409):1832-4.
4. Bertan M, Haznedaroğlu D, Yurdakök K, Güçüz BD. Ülkemizde erken çocukluk gelişimine ilişkin yapılan çalışmaların derlenmesi (2000-2007). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Derg 2009;52(1).
5. Demİrkaya SK, Abali O. Annelerin çocuk yetiştirme tutumlarının okul öncesi dönem davranış sorunları ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg 2012;13(1).
6. Ebrinç S. Psikiyatrik derecelendirme ölçekleri ve klinik çalışmalarda kullanımı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2000;10(2):109-16.
7. Verhulst FC. The epidemiology of child and adolescent psychopathology: strengths and limitations: Oxford University Press; 1995.
8. Başgöl Ş, Etiler N, Coşkun A, Karakaya I, Ağaoğlu B. Erken Çocukluk Envanteri-4 Ebeveyn Formu (EÇE-4: EF): Türkçe uyarlanmasının geçerlik ve güvenirlik çalışması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg 2009;16:83-92.
9. Piaget J. Çocukta Zihinsel Gelişim. Cem Yayınevi, 2004.
10. Dereli İman E. Değerler eğitimi programının 5-6 yaş çocukların sosyal gelişimine etkisi: Sosyal beceri, psiko-sosyal gelişim ve sosyal problem çözme becerisi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri 2014;14(1):249-68.
11. Behrman, Kliegman, Saunders. Nelson Textbook of Pediatrics. U.S.A: Elsevier; 2015.

12. Özmert EN. Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi-III: Aile. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Derg 2006;49(3):256-73.
13. Soykan Aysev A, Işık Taner Y. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Asimetrik Paralel Yayınevi; 2007.
14. Özdemir O, Özdemir PG, Kadak MT, Nasıroğlu S. Kişilik gelişimi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2012;4(4).
15. Erdoğan S, Şimşek Bekir H, Aras Erdoğan S. Alt sosyoekonomik bölgelerde ana sınıfına devam eden 5 6 Yaş grubundaki çocukların dil gelişim düzeylerine bazı faktörlerin etkisinin incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Derg 2005;14(1):231-46.
16. Sheridan M. From Birth to Five Years. 3 ed. New York: Routledge; 2008.
17. Rudolph CD, Rudolph AM, Hostetter MK, Lister G, Siegel NJ. Rudolph's Pediatrics. U.S.A: McGraw-Hill Education 2011.
18. Metin N. 0–6 yaş grubundaki çocukların gelişim özellikleri. 2008.
19. Arslan E. Bağlanma stilleri açısından ergenlerde Erikson'un psikososyal gelişim dönemleri ve ego kimlik süreçlerinin incelenmesi: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2008.
20. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version for ;2016 [Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/V>].
21. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.
22. Türkbay T. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 9. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2016.
23. Topbas S. A Turkish perspective on communication disorders. Logop Phoniatr Vocol 2006;31(2):76-88.
24. Nelson HD, Nygren P, Walker M, Panoscha R. Screening for speech and language delay in preschool children: systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. Pediatr 2006;117(2):298-319.
25. Craig A, Hancock K, Tran Y, Craig M, Peters K. Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. J Speech Language Hearing Res 2002;45(6):1097-105.
26. Özkaya BT. Yaygın gelişimsel bozukluklardan otizm spektrum bozukluğuna geçiş: DSM-V'de karşımıza çıkacak değişiklikler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2013;5(2):127-39.
27. Charman T, Baird G. Practitioner review: Diagnosis of autism spectrum disorder in 2-and 3-year-old children. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2002;43(3):289-305.

28. Motavalli Mukaddes N. Otizm Spektrum Bozuklukları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2017.
29. Autism spectrum disorders 4ed. New York: Routledge; 2017.
30. Gadow KD, Nolan EE. Differences between preschool children with ODD, ADHD, and ODD+ ADHD symptoms. J Child Psychol Psychiatr 2002;43(2):191-201.
31. Doğanğün B, Yavuz M. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Türk Pediatri Arşivi 2011;46(11).
32. Martin A, Volkmar F. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. U.S.A: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
33. Ercan ES, Motavalli Mukaddes N, Yazgan Y, Akay A, Gündoğdu Ö. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları; 2016. p. 33-56.
34. Gordon Millichap J. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Handbook. London Springer; 2010.
35. Adesman AR. The diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder in pediatric patients. J Clin Psychiatr 2001;3(2):66.
36. Yazgan Y, Bulut G. Tik Bozuklukları. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç psikiyatrisi Derneği Yayınları; 2016.
37. Hesapçioğlu S, Tural MK, Kandil S. Kronik tik bozukluklarında sosyodemografik, klinik özellikler ve risk etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2013;24(3):158-67.
38. Özyurt G, Baykara B. Erken Başlangıçlı Şizofreni. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları 2016. p. 192-209.
39. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. 6 ed. UK: Wiley Blackwell; 2015.
40. Copeland WE, Shanahan L, Egger H, Angold A, Costello EJ. Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder. Am J Psychiatr 2014;171(6):668-74.
41. Copeland WE, Angold A, Costello EJ, Egger H. Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. Am J Psychiatr 2013;170(2):173-9.
42. Handbook of Depression in Children and Adolescents. London The Guildford Press; 2008.
43. Emiroğlu N. Çocuk ve Ergenlerde Duygudurum Bozukluklarının Tedavisi. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Yayınları; 2014.
44. Toros F. Çocuk ve Ergenlerde Depresif Bozukluk. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2016. p. 150-7.

45. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1996;35(11):1427-39.
46. Connolly SD, Bernstein GA. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2007;46(2):267-83.
47. Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. London: American Psychiatric Publishing; 2009.
48. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2009.
49. Gürkan K. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu ve Okul Reddi. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları; 2016. p. 250-7.
50. Spence SH, Rapee R, McDonald C, Ingram M. The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behav Res Therap* 2001;39(11):1293-316.
51. Dow SP, Sonies BC, Scheib D, Moss SE, Leonard HL. Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1995;34(7):836-46.
52. Perçinel İ, Yazıcı K. Özgül Fobi. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları; 2016. p. 219-32.
53. Muris P, Merckelbach H, Gadet B, Moulaert V. Fears, worries, and scary dreams in 4-to 12-year-old children: Their content, developmental pattern, and origins. *J Clin child Psychol* 2000;29(1):43-52.
54. Graziano AM, DeGiovanni IS, Garcia KA. Behavioral treatment of children's fears: A review. *Psychol Bull* 1979;86(4):804.
55. Ollendick TH, Matson JL, Helsel WJ. Fears in children and adolescents: Normative data. *Behav Res Therap* 1985;23(4):465-7.
56. Schniering CA, Hudson JL, Rapee RM. Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. *Clin Psychol Rev* 2000;20(4):453-78.
57. Perçinel İ, Yazıcı K. Yaygın Anksiyete Bozukluğu. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları; 2016. p. 232-50.
58. Bernstein GA, Borchardt CM, Perwien AR. Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1996;35(9):1110-9.
59. Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA. DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Arch General Psychiatr* 1987;44(1):69-76.

60. Whitaker A, Johnson J, Shaffer D, Rapoport JL, Kalikow K, Walsh BT, et al. Uncommon Troubles in Young People:: Prevalence Estimates of Selected Psychiatric Disorders in a Nonreferred Adolescent Population. *Arch General Psychiatr* 1990;47(5):487-96.
61. Öner P, Aysev A. Çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluk. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*. 2001;10(11):409-11.
62. Scheeringa MS, Peebles CD, Cook CA, Zeanah CH. Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2001;40(1):52-60.
63. İşeri E, Bodur Ş. Bağlanma Bozuklukları. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları; 2016. p. 441-50.
64. Zeanah CH, Gleason MM. Annual research review: attachment disorders in early childhood—clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *J Child Psychol Psychiatr* 2015;56(3):207-22.
65. Hergüner S. Çocuk ve Ergenlerde Beslenme ve Yeme Bozuklukları. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları; 2016. p. 386-409.
66. Alantar Z, Maner F. Bağlanma kuramı açısından yeme bozuklukları. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2008;9:97-104.
67. Hilt LM, Armstrong JM, Essex MJ. Early family context and development of adolescent ruminative style: Moderation by temperament. *Cognition Emotion* 2012;26(5):916-26.
68. Kılıç B. Yeme ve Yedirme Bozuklukları. In: Karabekiroğlu K, editor. *Bebek Ruh Sağlığı Temel Kitabı*. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları; 2012. p. 448-59.
69. Kılınçaslan A, Perdahlı Fiş N. Çocuklarda Uyku ve Uyanıklık Bozuklukları. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları; 2016. p. 418-41.
70. Fiş NP, Arman A, Ay P, Topuzoğlu A, Güler AS, Gökçe İmren S, et al. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketinin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2010;11:151-60.
71. Zuckerman B, Stevenson J, Bailey V. Sleep problems in early childhood: continuities, predictive factors, and behavioral correlates. *Pediatrics* 1987;80(5):664-71.
72. Tremblay RE. The development of aggressive behaviour during childhood: What have we learned in the past century? *Int J Behav Develop* 2000;24(2):129-41.
73. Ardıç Ü, Ercan ES, Durak S. Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları; 2016. p. 81-7.
74. Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *J Child Psychol Psychiatr* 2006;47(3-4):313-37.

75. Gul N, Tiryaki A, Kultur SEC, Topbas M, Ak I. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon. Clin Psychopharmacol Bull 2010;20(1):50-6.
76. Tolan PH. Implications of age of onset for delinquency risk. J Abnormal Child Psychol 1987;15(1):47-65.
77. Lahey BB, Loeber R, Quay HC, Applegate B, Shaffer D, Waldman I, et al. Validity of DSM-IV subtypes of conduct disorder based on age of onset. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr 1998;37(4):435-42.
78. Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. Sci Mental Health 2001;90:1-7.
79. Ünal F. Dışa atım bozuklukları. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları; 2016. p. 409-18.
80. Bozlu M, Çayan S, Doruk E, Canpolat B, Akbay E. Çocukluk çağı ve adolesan yaş grubunda noktürnal ve diurnal enürezis epidemiyolojisi. Türk Üroloji Derg 2002;28(1):70-5.
81. Görker I, Korkmazlar Ü, Durukan M, Aydoğdu A. Çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ergenlerde belirti ve tanı dağılımı. Klinik Psikiyatri Derg 2004;7(2):103-10.
82. Gadow KD, Sprafkin J, Nolan EE. DSM-IV symptoms in community and clinic preschool children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40(12):1383-92.
83. Akçakın M. Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği'nin tanıtımı ve güvenirlik çalışması. Türk Psikoloji Dergisi. 1985;5:3-6.
84. Erol N, Arslan B, Akçakın M. The adaptation and standardization of the Child Behavior Checklist among 6-18 year-old Turkish children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005; 44(1): 80–87.
85. Conners CK, Sitarenios G, Parker JD, Epstein JN. The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. J Abnormal Child Psychol 1998;26(4):257-68.
86. Dereboy Ç, Şener Ş, Dereboy İ, Sertcan Y. Conners öğretmen derecelendirme ölçeği Türkçe uyarlaması-2. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg 1997;4:10-8.
87. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg 2004.
88. Birmaher B, Ehmann M, Axelson DA, Goldstein BI, Monk K, Kalas C, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS-PL) for the assessment of preschool children—a preliminary psychometric study. J Psychiatric Res 2009;43(7):680-6.
89. Boggs SR, Eyberg S, Reynolds LA. Concurrent validity of the Eyberg child behavior inventory. J Clin Child Psychol 1990;19(1):75-8.

90. Funderburk B, Eyberg S. Psychometric characteristics of the Sutter Eyberg Student Behavior Inventory-a school behavior rating-scale for use with preschool-children. *Behavioral Assessment* 1989;11(3):297-313.
91. Altepeter TS, Breen MJ. The Home Situations Questionnaire (HSQ) and the School Situations Questionnaire (SSQ): Normative data and an evaluation of psychometric properties. *J Psychoeducational Assessment* 1989;7(4):312-22.
92. Lerner JA, Inui TS, Trupin EW, Douglas E. Preschool behavior can predict future psychiatric disorders. *J Am Acad Child Psychiatr* 1985;24(1):42-8.
93. Kroes M, Kalff AC, Steyaert J, Kessels AG, Feron FJ, Hendriksen JG, et al. A longitudinal community study: do psychosocial risk factors and child behavior checklist scores at 5 years of age predict psychiatric diagnoses at a later age? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(8):955-63.
94. Karabekiroğlu K, Babadağı Z, Yüce M, Say G, Karabekiroğlu A. Factors that Influence Admission in Early Childhood: A Study with 669 Cases within A Community and Clinical Sample. *Turkish J Child and Adolescent Mental Health* 2016;23(1):5-16.
95. Alisinanoğlu F, Kesicioğlu OS. Okul öncesi dönem çocuklarının davranış sorunlarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi (Giresun ili örneği). *Kuramsal Eğitimbilim Dergisi*. 2010.
96. Kargı E, Erkan S. Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Sorun Davranışlarının İncelenmesi. 2004.
97. Karabekiroğlu K, Uslu R, Kapci-Seyitoglu EG, Özbaran B, Öztop DB, Özel-Özcan Ö, et al. A nationwide study of social-emotional problems in young children in Turkey. *Infant Behav Develop* 2013;36(1):162-70.
98. Ayaz M, Ayaz AB, Başgül ŞS, Karakaya I, Şişmanlar ŞG, Yar A, et al. 3-5 yaş grubu kurum bakımındaki çocuklarda ruhsal hastalık sıklığı ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012;23(2):82-8.
99. Gadow K, Sprafkin J. Early childhood inventory-4 screening and norms manual Stony Brook NY Checkmate Plus. 2000.
100. Gadow K, Sprafkin J. Early childhood inventory-4 norms manual. Stony Brook, NY: Checkmate Plus. 1997.
101. Wilens TE, Biederman J, Brown S, Monuteaux M, Prince J, Spencer TJ. Patterns of psychopathology and dysfunction in clinically referred preschoolers. *J Develop Behav Pediatr* 2002;23:S31-S6.
102. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch General Psychiatr* 2003;60(8):837-44.
103. Abalı O, Durukan SM, Mukaddes NM, Polvan Ö. Çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özelliklerine göre değerlendirilmesi. *Haseki Tıp Bülteni*. 2006.

- 104.Lavigne JV, Gibbons RD, Christoffel KK, Arend R, Rosenbaum D, Binns H, et al. Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(2):204-14.
- 105.Byars KC, Yolton K, Rausch J, Lanphear B, Beebe DW. Prevalence, patterns, and persistence of sleep problems in the first 3 years of life. *Pediatrics* 2012;129(2):e276-e84.
- 106.Anders TF, Eiben LA. Pediatric sleep disorders: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(1):9-20.
- 107.Seven S. Ailesel faktörlerin altı yaş çocuklarının sosyal davranış problemlerine etkisi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi* 2007;51(51):477-99.
- 108.Mesman J, Stoel R, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F, Koot HM, et al. Predicting growth curves of early childhood externalizing problems: Differential susceptibility of children with difficult temperament. *J Abnormal Child Psychol* 2009;37(5):625.
- 109.Fox RA, Platz DL, Bentley KS. Maternal factors related to parenting practices, developmental expectations, and perceptions of child behavior problems. *J Genet Psychol Res Theory Human Develop* 2010;156(4).
- 110.Fletcher AC, Darling NE, Steinberg L, Dornbusch S. The company they keep: Relation of adolescents' adjustment and behavior to their friends' perceptions of authoritative parenting in the social network. *Develop Psychol* 1995;31(2):300.
- 111.Ford T, Collishaw S, Meltzer H, Goodman R. A prospective study of childhood psychopathology: independent predictors of change over three years. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2007;42(12):953.
- 112.Amato PR. Children of divorce in the 1990s: an update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. American Psychological Association; 2001.
- 113.Alyanak B. Boşanma ve Çocuk. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Ankara: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları; 2008. p. 763-70.
- 114.Montgomery SM, Ehlin A, Sacker A. Breast feeding and resilience against psychosocial stress. *Arch dis in Childhood* 2006;91(12):990-4.
- 115.Karakoç Demirkaya S. Okul öncesi (2-6 yaş) çocuklarda psikopatolojik belirtiler ve alt gruplardaki risk faktörlerinin sağlıklı kontrol ile karşılaştırılması. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2010.
- 116.Pitzer M, Esser G, Schmidt MH, Laucht M. Temperamental predictors of externalizing problems among boys and girls: a longitudinal study in a high-risk sample from ages 3 months to 15 years. *Euro Arch Psychiatr Clin Neurosci* 2009;259(8):445.
- 117.Egger HL, Erkanli A, Keeler G, Potts E, Walter BK, Angold A. Test-retest reliability of the preschool age psychiatric assessment (PAPA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45(5):538-49.

- 118.Keenan K, Loeber R, Green S. Conduct disorder in girls: A review of the literature. Clin Child Family Psychol Rev 1999;2(1):3-19.
- 119.Abalı O, Onur M. Developmental Characteristics of Turkish Children. Ulusal Sosyal Pediatri Kongresi(ESSOP); Spain 2003.
- 120.Çilli AS, Kaya N, Bodur S, Özkan İ, Kucur R. Ev kadınlarında ve çalışan evli kadınlarda psikolojik belirtilerin karşılaştırılması. Genel Tıp Derg 2004;14(1):1-5.
- 121.Griffin W, Skinner H, Salm A, Birkle D. Mild prenatal stress in rats is associated with enhanced conditioned fear. Physiol Behav 2003;79(2):209-15.
- 122.O'connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. British J Psychiatr 2002;180(6):502-8.
- 123.Barry T, Dunlap S, Cotten SJ, Lochman JE, Wells KC. The influence of maternal stress and distress on disruptive behavior problems in boys. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr 2005;44(3):265-73.
- 124.Anselmi L, Barros FC, Teodoro ML, Piccinini CA, Menezes AMB, Araujo CL, et al. Continuity of behavioral and emotional problems from pre-school years to pre-adolescence in a developing country. J Child Psychol Psychiatr 2008;49(5):499-507.
- 125.Fichter MM, Kohlboeck G, Quadflieg N, Wyschkon A, Esser G. From childhood to adult age: 18-year longitudinal results and prediction of the course of mental disorders in the community. Soc Psychiatr Epidemiol 2009;44(9):792-803.
- 126.Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakotsky C, Brown KM, Hessler MJ, Wallis JM, et al. The clinical picture of depression in preschool children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42(3):340-8.
- 127.Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. J Child Psychol Psychiatr 1999;40(1):57-87.
- 128.Öztürk C, Şanlı D. Annelerin eğitim durumunun çocuk yetiştirme tutumlarına etkisinin incelenmesi. Ege Pediatri Bülteni 2007;14:145-50.
- 129.Connor DF. Aggression and antisocial behavior in children and adolescents: Research and treatment: Guilford Press; 2012.
- 130.Ellis BH, Fisher PA, Zaharie S. Predictors of disruptive behavior, developmental delays, anxiety, and affective symptomatology among institutionally reared Romanian children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004;43(10):1283-92.
- 131.Blackman JA. Attention-deficit/hyperactivity disorder in preschoolers: does it exist and should we treat it? Pediatric Clin North Am 1999;46(5):1011-25.
- 132.Bartholomew K, Owens J. Sleep and ADHD: a review. Medicine and Health Rhode Island. 2006;89(3):91.

- 133.Sung V, Hiscock H, Sciberras E, Efron D. Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence and the effect on the child and family. Arch Pediatr Adolescent Med 2008;162(4):336-42.
- 134.McLoyd VC. The impact of economic hardship on Black families and children: Psychological distress, parenting, and socioemotional development. Child Develop 1990;61(2):311-46.

EKLER

Ek 1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2016/251	
	PROTOKOL ADI	Edirne İl Merkezi Okul Öncesi Çocuklarda Ruhsal ve Davranışsal Değerlendirme	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. Işık GÖRKER	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 18/11		
	Tarih: 09.11.2016		
Fakültemiz Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Işık GÖRKER'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Ceren DİREK'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.			
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Öğretim. Gör. Uzm. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOÇAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Gülizar Füsün VAROL Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	k	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Mustafa İNAN
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

Ek 2



T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 56569733-44-E.11650587
Konu : Anket İzni

20/10/2016

VALİLİK MAKAMINA

İlgi : a) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü'nün 2012/13 sayılı Genelgesi
b) Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı İdari İşler Birimi'nin
11/10/2016 tarihli ve 40228 sayılı yazısı.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Araştırma Görevlisi Dr. **Ceren DİREK SÖĞÜT** ün Edirne İl merkezinde bulunan okul öncesi öğrencilerin ebeveynlerine uygulamak istediği "**Edirne İl Merkezi Okul Öncesi Çocuklarda Ruhsal ve Davranışsal Değerlendirme**" konulu tez çalışması kapsamında yer alan veri toplama araçları Anket Değerlendirme Komisyonu'na incelenmiş olup; "**öğrencinin adı soyadı ile telefon numarası kısmının doldurulmasında "gönüllük esasına bağlıdır"**" ifadesine yer verilmesi kaydıyla uygun görülmüştür.

Makamınızca uygun görüldüğü takdirde, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Araştırma Görevlisi Dr. **Ceren DİREK SÖĞÜT** e ait anket çalışmasının 2016-2017 eğitim öğretim yılında Edirne İl merkezinde bulunan okul öncesi öğrencilerin ebeveynlerine eğitim öğretimi aksatmamak kaydı ile okul müdürlükleri gözetim ve sorumluluğunda uygulanmasını olurlarınıza arz ederim.

Hüseyin ÖZCAN
İl Millî Eğitim Müdürü

OLUR
20/10/2016

Mustafa ERGÜN
Vali a.
Vali Yardımcısı

<http://edirne.meb.gov.tr>
bilgiislemegitek22@meb.gov.tr

Tel : (0 284) 212 61 22
Faks: (0 284) 212 61 26

Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Bölümü
Bilgi için: VHKİ: H.ÇAKIRLARDAN Dahili : (2302)

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 238b-8990-35ee-9651-8c22 kodu ile teyit edilebilir.

T.C.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME FORMU

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Ceren DİREK SÖĞÜT
Kurumu / Üniversitesi	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Yapılacak İl	Edirne
Araştırma Yapılacak Eğitim Kurumu ve Kademesi	Edirne İl merkezinde bulunan okul öncesi öğrencilerin ebeveynleri
Araştırmanın Konusu	Okul Öncesi Çocuklarda Ruhsal ve Davranışsal Değerlendirme
Üniversite / Kurum Onayı	Var (X) / Yok ()
Araştırma/Proje/Ödev /Tez önerisi	Tez Çalışması
Veri Toplama Araçları	-Sosyodemografik Veriler (2 sayfa) (Toplam 31 soru) -Erken Çocukluk Envanteri-4 Ebeveyn Formu (3-6 yaş çocuklar için) (13 sayfa) (Toplam 108 soru)
Görüş İstenilecek Birim/Birimler	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
KOMİSYON GÖRÜŞÜ	
Anketin 2016- 2017 eğitim öğretim yılında uygulanması ve öğrencinin adı soyadı ile telefon numarası kısmının doldurulmasında "gönüllük esasına bağlıdır" ifadesine yer verilmesi kaydıyla uygun görülmüştür.	
Komisyon kararı	Oybirliği / Oyçokluğu ile alınmıştır.
Muhalif Üyenin Adı ve Soyadı:	Gerekçesi;

K O M İ S Y O N

19/10/2016
Başkan
Müzekke BAYRAK
İl Millî Eğitim Şube Müdürü

19/10/2016
Üye
Ali ÇELİK
1.Murat And. Lisesi Md. Yard.

19/10/2016
Üye
Ayla DİKMEN
Selimiye İmam-Hatip Ort.Ok.Öğrt.

Ek 3

Sosyodemografik Veriler:

Çocuğun Adı Soyadı:

Tel: numaranız:

1. Çocuğun cinsiyeti: Erkek (....) Kız (....)
2. Çocuğun doğum tarihi (yıl):
3. Çocuğun doğum yeri:
4. Çocuğun yaşadığı yer:
5. Kaç kardeş
6. Kaçınıcı çocuk
7. Evde birlikte yaşayan kişi sayısı.
8. Ailenin gelir durumu: 1.414 TL'nin altında (....)
1.414– 3.905 TL arası (....)
3.905 TL'den yüksek (....)
9. Çocuğunuz daha önce psikiyatrik tanı(ruhsal hastalık tanısı) aldı mı:
Evet (....) Hayır (....)
Evet ise açıklayınız:
10. Çocuğunuz daha önce psikiyatrik ilaç kullandı mı: Evet (....) Hayır (....)
Evet ise açıklayınız:
11. Çocuğunuzun daha önce tıbbi bir sorun/hastalık geçirdi mi: Evet (....) Hayır (....)
Evet ise açıklayınız:
12. Doğum şekli: Normal (....) Sezeryan (....)
13. Kaç ay anne sütü aldı:.....
14. Kaç aylıkken tutunmadan yürüdü:.....
15. Kaç aylıkken konuştu:.....

ANNE

16. Anne : Öz (....) Üvey (....)
17. Anne : Sağ (....) Ölü (....)
Anne ölüm nedeni:.....
18. Anne Yaşı :
19. Anne Eğitim: Yok (....) Okur-yazar (....) İlkokul (....)
Ortaokul (....) Lise (....) Yüksekokul-Üniversite(....)
20. Anne Meslek: Öğrenci (....) İşçi (....) Memur (....) Çiftçi (....)
Serbest meslek (....) Esnaf (....) Diğer (....) Ev kadını (....)
21. Annede sağlık sorunu : Evet (....) Hayır (....)
Evet ise açıklayınız:
22. Doğum zamanı: Erken doğum (....) Zamanında doğum (....) Geç doğum (....)

BABA

23. Baba : Öz (....) Üvey (....)
24. Baba : Sağ (....) Ölü (....)
Baba ölüm nedeni:.....
25. Baba Yaşı :
26. Babada sağlık sorunu : Evet (....) Hayır (....)
Evet ise açıklayınız:
27. Baba Eğitim: Yok (....) Okur-yazar (....) İlkokul (....) Ortaokul (....)
Lise (....) Yüksekokul-Üniversite (....)
28. Baba Meslek: Öğrenci (....) İşçi (....) Memur (....)
Çiftçi (....) Serbest meslek (....) Esnaf (....)
Diğer (....) Meslek sahibi değil (....)
29. Anne Baba arasında akrabalık var mı : Evet (....) Hayır (....)
Akrabalık varsa belirtiniz:
30. Anne-babanın medeni durumu: Evli (....) Boşanmış (....) Ayrı yaşıyor (....)
31. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü: Evet (....) Hayır (....)
Evet ise açıklayınız:

Ek 4

Erken Çocukluk Envanteri – 4: Ebeveyn Formu

Çocuğun Adı -Soyadı	Cinsiyeti	Doğum Tarihi	Yaşı
Formu Dolduran Kişinin Adı	Çocuğa Yakınlığı	Tarih	

3- 6 Yaş Çocukları

Çocuğunuz herhangi bir bakım kurumuna, yuvaya, ya da okul öncesi bir eğitim programına devam ediyor mu? (lütfe yuvarlak içine alınız)
evet hayır

Yanıt “evet” ise, ne tür bir program? _____

Çocuğunuz herhangi bir özel eğitim alıyor mu? (lütfe yuvarlak içine alınız)
evet hayır

Yanıt “evet” ise, ne tür bir özel eğitim hizmeti (konuşma terapisi, fiziksel terapi, danışmanlık, vs.):

Çocuğunuzun davranışları ile ilgili kaygılarınız var mı? (yanıt “evet” ise lütfe açıklayınız): _____

Daha önce bu sorunlar için herhangi bir yardım aldınız mı? (yanıt “evet” ise lütfe açıklayınız): _____

Çocuğunuz davranış sorunları için şu anda ilaç tedavisi alıyorsa lütfe ilaçların adını yazınız:

Yönergeler: bu değerlendirmeyi çocuğunuzun davranışlarını en iyi tanımlayacak şekilde yanıtlayınız. Her bir madde için uygun kutuya (x) işareti koyunuz.

AYNI YAŞTAKİ DİĞER ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILDIĞINDA, ÇOCUĞUNUZ AŞAĞIDAKİLERİ NE SIKLIKLA YAPAR?	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
1. İHTİYAÇLARINI ANLATMAK İÇİN SÖZCÜKLER KULLANIR	☐	☐	☐	☐
2. BAŞKALARININ ONA NE DEDİĞİNİ ANLAR	☐	☐	☐	☐
3. SİZİNLE OLAYLAR VE ETKİNLİKLER HAKKINDA KONUŞUR	☐	☐	☐	☐
4. SÖZCÜKLERİ BAŞKALARININ ANLAYABİLECEĞİ ŞEKİLDE TELAFFUZ EDER	☐	☐	☐	☐
5. SAKAR VE “ELİ AYAĞI BİRBİRİNE KARIŞIR” HALDEDİR	☐	☐	☐	☐
6. MAKAS, KALEM, VEYA KÜP YA DA KÜÇÜK CİSİMLERİ KULLANIRKEN ELLERİNİ BECERİKSİZCE KULLANIR.	☐	☐	☐	☐
7. ÖZBAKIMDA GÜÇLÜKLER YAŞAR (YIKANMA, YEMEK YEME, GİYİNME, TUVALETE GİTME, VS.)	☐	☐	☐	☐
8. DİĞER ÇOCUKLARLA OYUN OYNARKEN EĞLENİR	☐	☐	☐	☐
9. KENDİ KENDİNE OYNARKEN EĞLENİR	☐	☐	☐	☐
10. AYNI YAŞTAKİ BAŞKA ÇOCUKLARLA OYNAR	☐	☐	☐	☐
11. CANI ACIDIĞINDA, İNCİNDİĞİNDE YARDIM İSTER	☐	☐	☐	☐
12. ERİŞKİNLERİ MEMNUN ETMEK İSTER	☐	☐	☐	☐

A KATEGORİSİ: AYNI YAŞTAKİ DİĞER ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILDIĞINDA	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
1. BELLİ İŞLERİ VE ETKİNLİKLERİ YAPARKEN ACELE EDER VE AYRINTILARA DİKKATİNİ AZ VERİR	☐	☐	☐	☐
2. OYUNDA KURALLARA, GÖREVLERE DİKKAT ETMEDE ZORLUKLARI VARDIR (RESİMLİ KİTAPLARA BAKARKEN, VS.)	☐	☐	☐	☐
3. DOĞRUDAN ONUNLA KONUŞULDUĞUNDA DİNLEMİYORMUŞ GİBİ GÖRÜNÜR	☐	☐	☐	☐
4. BİR ETKİNLİĞİ BİTİRMEDEN DİĞERİNE GEÇER	☐	☐	☐	☐
5. ETKİNLİKLERİ, BELLİ İŞLERİ DÜZENLEMEKTE ZORLUKLAR YAŞAR	☐	☐	☐	☐
6. ZİHİNSEL UĞRAŞ GEREKTİREN İŞLERİ YAPMAKTAN KAÇINIR (YAP-BOZ, SANATSAL ETKİNLİKLER, VS.)	☐	☐	☐	☐
7. ETKİNLİKLERDE GEREKLİ OLAN EŞYALARI KAYBEDER	☐	☐	☐	☐
8. BAŞKA ŞEYLER KOLAYLIKLA DİKKATİNİ DAĞITIR	☐	☐	☐	☐
9. GÜNLÜK İŞLERDE UNUTKANDIR	☐	☐	☐	☐
10. ELİ AYAĞI KIPIR KIPIRDIR, YERİNDE SÜREKLİ HAREKET EDER	☐	☐	☐	☐
11. OTURMASI İSTENDİĞİNDE YERİNDE KALMAKTA ZORLANIR	☐	☐	☐	☐
12. YAPMA DENMESİNE RAĞMEN KOŞAR, EŞYALARIN ÜZERİNE TIRMANIR	☐	☐	☐	☐
13. SESSİZCE OYUN OYNAMAKTA ZORLANIR	☐	☐	☐	☐
14. MOTOR TAKILMIŞ GİBİ HER AN HAREKET HALİNDEDİR	☐	☐	☐	☐
15. ÇOK FAZLA KONUŞUR	☐	☐	☐	☐
16. SORULAN SORU TAMAMLANMADAN YANIT VERİR	☐	☐	☐	☐
17. GRUP ETKİNLİKLERİNDE SIRASINI BEKLEMEKTE ZORLANIR	☐	☐	☐	☐
18. BAŞKALARININ SÖZÜNÜ KESER YA DA DİĞER ÇOCUKLARIN ETKİNLİKLERİNİ BOZAR, ARAYA GİRER	☐	☐	☐	☐
19. BİR İŞTEN DİĞERİNE GEÇMESİ İSTENDİĞİNDE, YENİ İŞE KATILMAKTA ZORLUK ÇEKER	☐	☐	☐	☐
20. ÖNÜNDEKİ İŞİ BIRAKIP HAYALE DALIP GİDER	☐	☐	☐	☐

B KATEGORİSİ: AYNI YAŞTAKİ DİĞER ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILDIĞINDA	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
21. ÖFKE NÖBETİ YAŞAR	☐	☐	☐	☐
22. ERİŞKİNLERLE TARTIŞIR	☐	☐	☐	☐
23. YAPMASI İSTENİLEN ŞEYİ REDDEDER	☐	☐	☐	☐
24. KASTEN BAŞKALARINI RAHATSIZ EDECEK ŞEYLER YAPAR	☐	☐	☐	☐
25. KENDİ HATALARI VEYA DAVRANIŞLARI İÇİN BAŞKALARINI SUÇLAR	☐	☐	☐	☐
26. ALINGANDIR YA DA BAŞKALARININ DAVRANIŞLARINDAN KOLAYCA RAHATSIZ OLUR	☐	☐	☐	☐
27. KIZGIN VE ÖFKELİDİR	☐	☐	☐	☐
28. ÖFKESİNİ BAŞKALARINDAN ÇIKARIR YA DA ÖÇ ALMAYA ÇALIŞIR	☐	☐	☐	☐

C KATEGORİSİ: AYNI YAŞTAKİ DİĞER ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILDIĞINDA	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
29. ÖNEMLİ YALANLAR SÖYLER	☐	☐	☐	☐
30. BAŞKALARINI TEHDİT EDER, KABADAYILIK YAPAR VE KORKUTUR	☐	☐	☐	☐
31. FİZİKSEL KAVGALARI BAŞLATIR	☐	☐	☐	☐
32. EŞYA, PARA ÇALAR	☐	☐	☐	☐
33. BAŞKALARININ EŞYALARINA BİLEREK ZARAR VERİR	☐	☐	☐	☐
34. BİLEREK YANGIN ÇIKARIR	☐	☐	☐	☐
35. KAVGA SIRASINDA SİLAH KULLANIR (MAKAS, TAŞ, SOPA, VS.)	☐	☐	☐	☐
36. HAYVANLARA FİZİKSEL OLARAK ACIMASIZCA DAVRANIR	☐	☐	☐	☐
37. İNSANLARA FİZİKSEL OLARAK ACIMASIZCA DAVRANIR	☐	☐	☐	☐
38. CİNSEL AKTİVİTELERDE BULUNUR YA DA BU AKTİVİTELERİ AKLINDAN ÇIKARAMAZ	☐	☐	☐	☐
39. DİĞER ÇOCUKLARIN EŞYALARINI ZORLA ALIR	☐	☐	☐	☐
40. DİĞER ÇOCUKLARA BİR ŞEYLER FIRLATIR	☐	☐	☐	☐
41. EŞYALARI PARÇALAR, ONLARA ZARAR VERİR	☐	☐	☐	☐
42. DİĞER ÇOCUKLARI, BAKIŞLARI VE VÜCUT HAREKETLERİ İLE KORKUTUR YA DA TEHDİT EDER	☐	☐	☐	☐
43. KAVGA ÇIKARMAK İÇİN DİĞER ÇOCUKLARA KÜFREDER, ONLARLA ALAY EDER	☐	☐	☐	☐
44. DİĞER ÇOCUKLARIN EŞYALARINA ZARAR VERİR	☐	☐	☐	☐
45. DİĞER ÇOCUKLARA VURUR, İTİP KAKAR	☐	☐	☐	☐
46. DİĞER ÇOCUKLARI, ZARAR VERMEKLE TEHDİT EDER	☐	☐	☐	☐
47. DİĞER ÇOCUKLARLA FİZİKSEL KAVGALARA KARIŞIR	☐	☐	☐	☐
48. DİĞER ÇOCUKLARI KIŞKIRTMAK İÇİN ONLARI RAHATSIZ EDER	☐	☐	☐	☐

D KATEGORİSİ: AYNI YAŞTAKİ DİĞER ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILDIĞINDA	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
49. EVDEN YA DA ANNE BABASINDAN AYRILMASI SÖZ KONUSU OLDUĞUNDA ÇOK FAZLA ENDİŞELENİR	☐	☐	☐	☐
50. ANNE BABASINA ZARAR GELECEĞİ, ONLARIN EVDEN GİDİP GERİ GELMEYECEĞİ ŞEKLİNDE ENDİŞELERİ VARDIR	☐	☐	☐	☐
51. KÖTÜ BİR OLAYIN (KAYBOLMA, KAÇIRILMA, VS.) KENDİSİNİ ANNE BABASINDAN AYIRACAĞINDAN ENDİŞE EDER	☐	☐	☐	☐
52. EVDE ANNE BABASI İLE KALMAK İÇİN OKULA GİTMEMENİN YOLLARINI ARAR	☐	☐	☐	☐
53. EVDE TEK BAŞINA KALACAĞI VEYA BİR BAKICI İLE BIRAKILACAĞI ENDİŞELERİ VARDIR	☐	☐	☐	☐
54. ANNE BABASI YANINDA OLMAKSIZIN YATAĞA GİTMekten KORKAR	☐	☐	☐	☐
55. ANNE BABASINDAN AYRILACAĞIYLA İLGİLİ KABUSLAR GÖRÜR	☐	☐	☐	☐
56. EVDEN YA DA ANNE BABASINDAN AYRILMASI SÖZ KONUSU OLDUĞUNDA KENDİNİ HASTA HİSSEDER	☐	☐	☐	☐

E KATEGORİSİ: AYNI YAŞTAKİ ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILDIĞINDA	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
57. BELLİ NESNELER VEYA DURUMLARDAN AŞIRI KORKAR (YA DA UZAK DURMAYA ÇALIŞIR)	☐	☐	☐	☐
58. KENDİSİNE SIKINTI VEREN DÜŞÜNCELERİ AKLINDAN ÇIKARAMAZ (MİKROPLAR YA DA BAZI İŞLERİ MÜKEMMEL OLARAK YAPMAYLA İLGİLİ KAYGILAR, VS.)	☐	☐	☐	☐
59. BAZI İŞLERİ BİR DÜZEN İÇİNDE, KURALLI BİR ŞEKİLDE YAPMAK KONUSUNDA KENDİSİNİ ZORUNLU HİSSEDER (OYUNCAKLARI BİR SIRAYA DİZEREK OYNAMA, VS.)	☐	☐	☐	☐
60. BELLİ BİR NEDENİ OLMAKSIZIN ALIŞILMADIK HAREKETLER YAPAR (GÖZ KIRPMA, DUDAK ISIRMA, BAŞINI SALLAMA, VS.)	☐	☐	☐	☐
61. GÖRÜNEN BİR NEDENİ OLMAKSIZIN BAZI SESLER ÇIKARIR (ÖKSÜRME, BOĞAZ TEMİZLEME, BURUN ÇEKME, HOMURDANMA VS.)	☐	☐	☐	☐
62. BAŞKA ÇOCUKLARIN BELLİ ŞEYLERİ KENDİNDEN DAHA İYİ YAPTIĞI İLE İLGİLİ ENDİŞELERİ VARDIR	☐	☐	☐	☐
63. DİĞER ÇOCUKLARDAN DAHA FAZLA ENDİŞELİDİR	☐	☐	☐	☐
64. BELİRGİN BİR NEDENİ OLMAYAN BEDENSEL YAKINMALARI VARDIR (AĞRILAR, SIZILAR, VS.)	☐	☐	☐	☐
65. AİLE BİREYLERİ DIŞINDAKİ KİŞİLERLE KONUŞMAYI REDDEDER	☐	☐	☐	☐

F KATEGORİSİ: AYNI YAŞTAKİ ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILDIĞINDA	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
66. GÜNÜN BÜYÜK BİR BÖLÜMÜNDE ÜZÜNTÜLÜDÜR	☐	☐	☐	☐
67. GÜNÜN BÜYÜK BİR BÖLÜMÜNDE GERGİNDİR	☐	☐	☐	☐
68. EĞLENCELİ ETKİNLİKLERE YA DA DİĞER ÇOCUKLARLA OYNAMAYA KARŞI İLGİSİ AZALMIŞTIR	☐	☐	☐	☐
69. ÖLÜM YA DA İNTİHAR HAKKINDA KONUŞUR	☐	☐	☐	☐
70. KENDİSİNİN KÖTÜ OLDUĞUNU HİSSEDER (ÖR, KÖTÜ BİR ÇOCUK OLDUĞUNU SÖYLER)	☐	☐	☐	☐
71. ENERJİSİ AZDIR VE BELLİ BİR NEDENİ OLMAKSIZIN KOLAYLIKLA YORULUR	☐	☐	☐	☐

EVET YA DA HAYIRI İŞARETLEYİNİZ	HAYIR	EVET
72. NORMAL İŞTAHINDA YA DA KİLOSUNDA BİR DEĞİŞİKLİK OLMUŞTUR	☐	☐
73. NORMAL UYKU DÜZENİNDE BİR DEĞİŞİKLİK OLMUŞTUR - UYKUYA DALMA ZORLUĞU YA DA FAZLA UYUMA	☐	☐
74. NORMAL HAREKETLİLİK DÜZEYİNDE BİR DEĞİŞİKLİK OLMUŞTUR – DAHA HAREKETLİ YA DA DURGUN	☐	☐
75. KONSANTRE OLMA BECERİSİNDE YA DA KARAR VERME YETİSİNDE BİR DEĞİŞİKLİK OLMUŞTUR	☐	☐
76. ALIŞILDIĞINDAN DAHA FAZLA HASSASLAŞMIŞ, KOLAY AĞLAR OLMUŞTUR	☐	☐
77. EBEVEYNLERİNİN BOŞANMASI, BİR ARKADAŞ YA DA AKRABASININ ÖLÜMÜ, CİDDİ BİR HASTALIK GİBİ ÖNEMLİ BİR STRES FAKTÖRÜ YAŞAMIŞTIR	☐	☐

G KATEGORİSİ: AYNİ YAŞTAKİ ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILDIĞINDA	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
78. AKRANLARI İLE BİRLİKTEYKEN AŞIRI UTANGAÇTIR	☐	☐	☐	☐
79. AİLE BİREYLERİ VE TANIDIĞI ERİŞKİNLERLE GENELLİKLE SICAK BİR İLİŞKİ İÇİNDEDİR	☐	☐	☐	☐
80. RAHAT OLMAYAN BİR SOSYAL ORTAMA GİRDİĞİNDE, AĞLAMAYA BAŞLAR, DONUP KALIR YA DA TAMAMEN KABUĞUNA ÇEKİLİR	☐	☐	☐	☐

H KATEGORİSİ:	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
81. UYKUYA DALMA GÜÇLÜĞÜ ÇEKER	☐	☐	☐	☐
82. GECE YARISI AĞLAYARAK UYANIR	☐	☐	☐	☐
83. ALIŞILDIĞINDAN ÇOK DAHA ERKEN UYANIR	☐	☐	☐	☐
84. GECE YARISI ANNE BABASININ YATAĞINA GELİR	☐	☐	☐	☐

I KATEGORİSİ:	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
85. GECELERİ YATAĞINI ISLATIR	☐	☐	☐	☐
86. ŞU SIRALARDA YATAĞINI ISLATIYOR AMA DAHA ÖNCE EN AZINDAN 4 AY YATAK ISLATMADIĞI BİR DÖNEM OLMUŞTUR	☐	☐	☐	☐
87. GÜN İÇİNDE KİLODUNU ISLATIR	☐	☐	☐	☐
88. GÜN İÇİNDE KİLODUNA KAKASINI KAÇIRIR	☐	☐	☐	☐

J KATEGORİSİ: AYNİ YAŞTAKİ ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILDIĞINDA	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
89. OLAĞANDIŞI ÜZÜCÜ BİR OLAY YAŞAMIŞTIR VE BU OLAY HALEN DAHA SIKINTI VERMEKTEDİR	☐	☐	☐	☐
90. OLAĞANDIŞI ÜZÜCÜ OLAYLA İLGİLİ SIKINTI VEREN ANILAR HATIRLAMAKTA VE RÜYALAR GÖRMEKTEDİR	☐	☐	☐	☐
91. OLAĞANDIŞI ÜZÜCÜ OLAYLA İLGİLİ OYNAMAKTA VE SÜREKLİ KONUŞMAKTADIR	☐	☐	☐	☐
92. KENDİNDEN GEÇMİŞ GİBİ GÖRÜNÜR	☐	☐	☐	☐

K KATEGORİSİ:	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
93. SAĞLIKLI BİR VÜCUT İÇİN GEREKEN MİKTARDA YEMEK YEMEYİ REDDEDER	☐	☐	☐	☐
94. AŞIRI DERECEDE KATI KURALLI YEME ALIŞKANLIKLARI VARDIR (ÖR, KATI GIDA YEMEMEK, SADECE BEBEK MAMASI YEMEK GİBİ)	☐	☐	☐	☐

L KATEGORİSİ: AYNI YAŞTAKİ ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILDIĞINDA	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
95. TANIDIĞI İNSANLARIN YANINDA DAHİ KORKMUŞ VE SIKINTILI GÖRÜNÜR (İLİŞKİDEN VE YARDIMDAN KAÇINIR, KENARDAN İZLER)	☐	☐	☐	☐
96. BÜYÜKLERDEN HATTA YABANCILARDAN DAHİ SEVGİ VE İLGİ BEKLER	☐	☐	☐	☐

M KATEGORİSİ: AYNI YAŞTAKİ ÇOCUKLARLA KARŞILAŞTIRILDIĞINDA	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	HEMEN HER ZAMAN
97. BAŞKALARIYLA GARİP BİR İLİŞKİ KURMA ŞEKLİ VARDIR (GÖZ KONTAĞI KURMAZ, YÜZÜNDE FARKLI VE ALIŞILMAMIŞ İFADELER VARDIR, VS.)	☐	☐	☐	☐
98. DİĞER ÇOCUKLARLA YETERİNCE İLİŞKİ KURMAZ YA DA OYNAMAZ	☐	☐	☐	☐
99. ARKADAŞ EDİNMEYE KARŞI İLGİSİ YOKTUR	☐	☐	☐	☐
100. BAŞKA İNSANLARIN DUYGULARININ FARKINDA DEĞİLDİR YA DA BUNLARLA İLGİLENMEZ	☐	☐	☐	☐
101. ÖNEMLİ KONUŞMA PROBLEMİ VARDIR	☐	☐	☐	☐
102. SOSYAL OLARAK UYGUN BİR BİÇİMDE SÖZEL İLİŞKİ KURAMAZ	☐	☐	☐	☐
103. GARİP BİR ŞEKİLDE KONUŞUR (DİĞER İNSANLARIN SÖYLEDİKLERİNİ TEKRAR EDER, “BEN” VE “SEN” GİBİ KELİMELERİ KARIŞTIRIR, GARİP KELİME VE CÜMLELER KULLANIR, VS.)	☐	☐	☐	☐
104. HAYALİ OYUN OYNAMAZ. “-MIŞ GİBİ” OYNAMA BECERİSİ YOKTUR	☐	☐	☐	☐
105. BELLİ BİR KONUDA AŞIRI DERECEDE MEŞGULİYETİ OLUR	☐	☐	☐	☐
106. NORMAL YAŞAMINDAKİ VE ÇEVRESİNDEKİ KÜÇÜK DEĞİŞİKLİKLERDEN ÇOK RAHATSIZ OLUR	☐	☐	☐	☐
107. GARİP, TEKRARLAYICI HAREKETLER YAPAR (EL ÇIRPMA, KOLLARINI SALLAMA, VS.)	☐	☐	☐	☐
108. NESNELERİN BELİRLİ PARÇALARINA KARŞI GARİP BİR İLGİSİ VARDIR	☐	☐	☐	☐

DİĞER SORUNLAR VE YORUMLAR (GEREKLİ OLURSA SAYFA EKLEYİNİZ):

TEŞEKKÜRLER....