



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

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**EBEVEYN VE BİRİNCİL BAKIM VERENLERİ TARAFINDAN
TRAVMA YAŞADIĞI BELİRTİLEN VE BELİRTİLMİYEN
ÇOCUKLARDA TRAVMA SONRASI DUYGUSAL STRES İLE
DİKKAT EKSİKLİĞİ, HİPERAKTİVİTE, DÜRTÜSELLİK, KARŞI
GELME SORUNLARI VE DAVRANIM SORUNLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Hilal DİLMENLER

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Emel SARI GÖKTEN

İSTANBUL-2019

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

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**EBEVEYN VE BİRİNCİL BAKIM VERENLERİ TARAFINDAN
TRAVMA YAŞADIĞI BELİRTİLEN VE BELİRTİLMİYEN
ÇOCUKLARDA TRAVMA SONRASI DUYGUSAL STRES İLE
DİKKAT EKSİKLİĞİ, HİPERAKTİVİTE, DÜRTÜSELLİK, KARŞI
GELME SORUNLARI VE DAVRANIM SORUNLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Hilal DİLMENLER

134102079

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Emel SARI GÖKTEN

İSTANBUL-2019



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 134102079
Öğrenci Adı Soyadı	: Hilal DİLMENLER
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Doç. Dr. Emel SARI GÖKTEN
Tezin Başlığı	: Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres İle Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite, Dürtüsellik, Karşıt Olma Sorunları Ve Davranış Sorunları Arasındaki İlişki

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 26.07.2019	Saati	: 09.00
Öğrenci Savunmaya	: ☒ GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
☒ OY BİRLİĞİ ☐ OY ÇOKLUGU			
☒ Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
☐ Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: ☒ Değişmedi. ☐ Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	: Ebeveyn ve Birincil Bakım Verenleri Tarafından Travma Yaşadığı Belirtilen ve Belirtilmeyen Çocuklarda Travma Sonrası Duygusal Stres ile Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite, Dürtüsellik, Karşı Gelme Sorunları ve Davranım Sorunları Arasındaki İlişki		
Öğrenci Savunmaya	: ☐ GELMEDİ		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
☐ OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Doç. Dr. Emel SARI GÖKTEN	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Mahir YEŞİLDAL	
Üye	Doç. Dr. Rabia BİLİCİ	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “*Ebeveyn ve Birincil Bakım Verenleri Tarafından Travma Yaşadığı Belirtilen ve Belirtilmeyen Çocuklarda Travma Sonrası Duygusal Stres ile Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite, Dürtüsellik, Karşı Gelme Sorunları ve Davranım Sorunları Arasındaki İlişki*” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih: 26/07/2019

Hilal DİLMENLER

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez sürecimde benimle değerli zamanını, bilgisini ve görüşlerini paylaşarak yoluma ışık tutan tez danışmanım Doç. Dr. Emel SARI GÖKTEN'e saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Bana, benden daha çok inandığı, sevgisinde de bilgisinde de cömert olduğu, her şartta en çok beni düşündüğü ve desteklediği için dostum Kln. Psk. İmren YILMAZ'a sonsuz teşekkür ederim.

Zor günlerimde dostluğun bana ne olduğunu öğrettikleri, güzel günlerimi daha da güzelleştirdikleri ve bana teyzeliği tattırdıkları için dostlarım Psk. Nazan KOÇ, Kln. Psk. Fatmanur YENİGÜN'e ve minik yavrularına çok teşekkür ederim.

Çalışma hayatımın bana kazandırdığı en özel kişi olan, her zaman beraber yürümeyi isteyeceğim, can arkadaşım Psk. Zeynep KARADAĞ'a desteğini, bana olan inancını her zaman hissettirdiği ve tezime yabancı dil konusunda katkıları için çok teşekkür ederim.

Tezimin istatistiksel değerlendirme kısmında yardımlarını esirgemeyen Kln. Psk. Elif KURTUŞLUŞ'a çok teşekkür ederim.

Maddi ve manevi tüm gücünü bizim için harcayan, hayattaki güven kaynağım, fedakâr babam Abidin DİLMENLER'e

Kızı olmaktan gurur duyduğum, anneliğine hayran olduğum, hayattaki huzur kaynağım, fedakâr annem Şefiye DİLMENLER'e,

Aldığım her kararda sorgusuz sualsiz beni destekleyen, varlığına her an şükrettiğim, cesaret kaynağım, süper kahraman abim İsmail DİLMENLER'e, verdikleri tüm emek ve sevgi için minnettarım.

ÖNSÖZ

“Kumun kum fırtınasında yaptığı gibi,

Hırçınlık kişinin içindeki fırtınayı görünür kılar...”

Robbinson JEFFERSON

*“Çocukluğunu tam yapmamış insan,
kolay kolay tam bir insan olamaz.”*

Hölderlin

Tüm dünya çocuklarının sağlıklı, mutlu ve doyasıya bir çocukluk yaşaması temennisi ile...

ÖZET

(DİLMENLER, Hilal, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019)

Ebeveyn ve Birincil Bakım Verenleri Tarafından Travma Yaşadığı Belirtilen ve Belirtilmeyen Çocuklarda Travma Sonrası Duygusal Stres ile Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite, Dürtüsellik, Karşı Gelme Sorunları ve Davranım Sorunları Arasındaki İlişki

Özet: Bu çalışma, ebeveyn ve birincil bakım verenleri tarafından travma yaşadığı belirtilen ve belirtilmeyen çocuklarda travma sonrası duygusal stres ile dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları arasındaki ilişkiyi ve demografik değişkenlerin ilişkiye olan etkisini incelemeyi amaçlamıştır.

Çalışma, Nisan-Mayıs 2019'da Bursa'da yaşayan, aileleri tarafından travmatik bir olay yaşadığı belirtilen ve belirtilmeyen, 6-10 yaş grubu 114 öğrenciden oluşmaktadır. Araştırma kapsamında 57 kız, 57 erkek öğrencinin bilgileri değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılım sağlayan anne-baba ve birincil bakım verenlerden 56'sı çocuğun bilinen bir travması olduğunu belirtirken, 58'i ise çocuğunun bilinen bir travması olmadığını bildirmiştir.

Araştırmada değişkenlerin ölçülmesi için “Demografik Bilgi Formu”, “Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği” nin Türkiye versiyonu (PEDS)”, “Conner’s Aile Değerlendirme Ölçeği (CADÖ-48)”, “Conner’s Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CÖDÖ-28), “Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay)” kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre, psikolojik travması olan çocukların, dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik ve karşı gelme sorunları travmatik öyküsü olmayanlara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca, psikolojik travma öyküsü olan çocuklarda anne-baba birliktelik durumunun travma sonrası duygusal stres

belirtileri ve kiminle yaşadığı değişkeninin davranış problemleri boyutları bakımından anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Psikolojik travması olan çocukların travma sonrası duygusal stres belirtileriyle davranış sorunları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki saptanmıştır.

Araştırmada elde edilen bulguların, çocuklardaki davranış problemlerinin travmaya maruz kalma açısından risk faktörü oluşturabildiğini göstermektedir. Sonuçların ilerleyen dönemlerde yapılacak çalışmalara katkı sunabileceği ve uygulayıcıların çocukluk dönemi davranış sorunları ve psikolojik travma durumlarına ilişkin geliştirebilecekleri yöntemlere yönelik güncel bilgiler sağladığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk Çağı, Travma, Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite, Dürtüsellik, Karşı Gelme Sorunları, Davranış Sorunları,

ABSTRACT

(DİLMENLER, Hilal, Master's Thesis, İstanbul, 2019)

The relation of post-trauma emotional stress with symptoms of attention deficit, impulsivity, hyperactivity, oppositional defiant and conduct problems in children who exposed or do not exposed to trauma according to their caregivers' statement

Abstract: The aim of this study was to investigate the relation of childhood post-trauma emotional stress with attention deficit disorder, impulsivity, hyperactivity, opposing-defiant behavior problems and behavioral problems. In addition, it aimed to examine the effect of demographic variables on the relationship.

Study consists of 6-10 age-group 114 students, living in Bursa in April-May 2019, in children whose parents and primary caregivers say they experience trauma and do not say trauma is experienced. In this study, information about 57 girls and 57 boys students were evaluated. While 56 of the parents and primary caregivers who participated in the study stated that they had a known trauma, 58 reported that their child had no known trauma.

“Demographic Information Form”, “Pediatric Emotional Distress Scale”, “Conners' Teacher Rating Scale”, “Conners Parent Rating Scale” and “DSM-IV Based Child and Adolescent Behavior Disorders Screening and Rating Scale” were used to measure the variables.

According to the findings of the study, children with psychological trauma had significantly higher attention deficit disorder, hyperactivity, impulsivity, opposing-defiant behavior problems and behavioral problems than those without psychological traumatic history. In addition, significant differences were found in the dimensions of the behavioral problems of the variables of emotional stress symptoms and who lived

with the traumatic relationship of the parents with children with a history of psychological trauma.

The findings of the study indicated that behavioral problems in children may constitute a risk factor for trauma victimization. It can be considered that the results can contribute to the studies to be conducted in the future and provide up-to-date information on the methods that the practitioners can develop regarding to childhood behavioral problems and psychological trauma.

Keywords: Attention Deficit Disorder, Impulsivity, Hyperactivity, Opposing-Defiant Behavior Problems, Behavioral Problems

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	I
TEŞEKKÜR	II
ÖNSÖZ	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	VI
İÇİNDEKİLER.....	VIII
TABLolar LİSTESİ	XI

BÖLÜM I.....	1
GİRİŞ.....	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	2
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	3
BÖLÜM II.....	6
KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	6
1.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB).....	6
1.1.1. İlişkili Kavramların Tanımı.....	6
1.1.2. Tarihçesi.....	7
1.1.3. Tanı ve klinik özellikleri	8
1.1.4. Görülme Sıklığı-Epidemiyolojisi.....	9
1.1.5. DEHB Nedenleri-Etiyoloji	10
1.1.4.1. Genetik etkenler	10
1.1.4.2. Çevresel ve Psikososyal Etkenler	11
1.1.4.3. Nörobiyolojik Etkenler	12
1.1.6. Birlikte Görülen Psikiyatrik Sorunlar.....	13
1.1.7. Ayırıcı Tanı	15
1.1.8. Tedavi.....	16
2.1. TRAVMA.....	19
2.1.1. Tanımı	19

2.1.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	20
2.1.2.1. Tarihçesi.....	20
2.1.2.2. DSM-V'e göre Tanı ve Klinik özellikleri.....	22
1.1.2.3. TSSB Görülme Sıklığı – Epidemiyolojisi	22
2.1.2.4 TSSB Nedenleri – Etiyolojisi	23
2.1.3. Çocukluk Çağında Travma Sonrası Stres Bozukluğu	24
2.1.3.1. Doğal Afetler, Savaşlar, Kazalar ve Hastalıklar	25
2.1.3.2. Kayıp Travması.....	25
2.1.3.3. İhmal	26
2.1.3.4. İstismar.....	27
BÖLÜM III.....	34
YÖNTEM	34
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ	34
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM	34
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	35
3.3.1. Demografik Bilgi Formu	35
3.3.2. Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği 'nin Türkiye Versiyonu (PEDS)	36
3.3.3. Conner's Aile Değerlendirme Ölçeği (CADÖ-48).....	37
3.3.4. Conner's Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CÖDÖ-28).....	38
3.3.5. Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği – Turgay (T-DSM-IV).....	39
3.4. VERİLERİN ANALİZİ	40
BÖLÜM IV	41
BULGULAR.....	41
4.1. Demografik Değişkenlerin Betimsel İstatistiklerine İlişkin Bulgular	41
4.2. Ebeveyn ve Birincil Bakım Vereni Tarafından Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Travma Sonrası Duygusal Stres Ve Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite, Dürtüsellik, Karşı Gelme Sorunları Ve Davranış Sorunları Şiddetlerinin Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması.....	42
4.3. Ebeveyn ve Birincil Bakım Vereni Tarafından Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Ve Bildirilmeyen Çocukların Travma Sonrası Duygusal Stres, Dikkat	

<i>Eksikliği, Dürtüsellik Ve Kokgb Belirtilerinin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....</i>	<i>53</i>
<i>4.4. Ebeveyn ve Birincil Bakım Vereni Tarafından Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Travma Sonrası Duygusal Stres, Dikkat Eksikliği, Aşırı Hareketlilik, Dürtüsellik, KOKGB, Davranış Bozukluğu Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....</i>	<i>56</i>
BÖLÜM V	69
TARTIŞMA.....	69
BÖLÜM VI.....	75
SONUÇ VE ÖNERİLER	75
6.1. SONUÇ.....	75
6.2. KISITLILIKLAR.....	77
6.3. ÖNERİLER.....	77
6.3.1. Yapılacak Yeni Araştırmalara ve Araştırmacılara Yönelik Öneriler.....	78
6.3.2. Ruh Sağlığı Profesyonellerine Yönelik Öneriler.....	79
KAYNAKÇA.....	80
EKLER	88
ÖZGEÇMİŞ	95

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Ebeveyn ve Birincil Bakım Verenleri Tarafından Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen ve Bildirilmeyen Çocukların Demografik Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikleri	41
Tablo 2. Araştırma Değişkenleri ve İlgili Alt Boyutların Normallik Testi Değerleri	43
Tablo 3. Cinsiyet Değişkenine Göre Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Travma Sonrası Duygusal Stres Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi.....	44
Tablo 4. Cinsiyet Değişkenine Göre Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Dikkat Eksikliği, Aşırı Hareketlilik, Dürtüsellik, Karşı Gelme Sorunları Ve Davranış Sorunları Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi....	45
Tablo 5. Cinsiyet Değişkenine Göre Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Conners Aile ve Öğretmen Formlarının Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite, Karşı Gelme Sorunları ve Davranış Sorunları Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi.....	46
Tablo 6. Anne Baba Birliktelik Durumu Değişkenine Göre Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Travma Sonrası Duygusal Stres Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi	47
Tablo 7. Anne Baba Birliktelik Durumu Değişkenine Göre Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Dikkat Eksikliği, Aşırı Hareketlilik, Dürtüsellik, Karşı Gelme Sorunları ve Davranış Sorunları Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi.....	48
Tablo 8. Anne Baba Birliktelik Durumu Değişkenine Göre Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Conners Aile ve Öğretmen Formu Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite, Karşı Gelme Sorunları ve Davranış Sorunları Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi	49
Tablo 9. Çocuğun Birlikte Kaldığı Kişiler Değişkenine Göre Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Travma Sonrası Duygusal Stres Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi	50
Tablo 10. Çocuğun Birlikte Kaldığı Kişiler Değişkenine Göre Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Dikkat Eksikliği, Aşırı Hareketlilik, Karşı Gelme Sorunları ve Davranış Sorunları Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi.....	51

Tablo 11. Çocuğun Birlikte Kaldığı Kişiler Değişkenine Göre Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Connors Aile ve Öğretmen Formu Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite, Karşı Gelme Sorunları ve Davranış Sorunları Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi	52
Tablo 12. Ebeveyn ve Birincil Bakım Verenin Bildirdiği Psikolojik Travma Değişkenine Göre Çocukların Travma Sonrası Duygusal Stres Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi.....	53
Tablo 13. Ebeveyn ve Birincil Bakım Verenin Bildirdiği Psikolojik Travma Değişkenine Göre Çocukların Dikkat Eksikliği, Aşırı Hareketlilik, Dürtüsellik, Karşı Gelme Sorunları ve Davranış Sorunları Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi	54
Tablo 14. Ebeveyn ve Birincil Bakım Verenin Bildirdiği Psikolojik Travma Değişkenine Göre Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen ve Bildirilmeyen Çocuklarda Connors Aile ve Öğretmen Formlarında Dikkat Eksikliği, Aşırı Hareketlilik, Dikkat Eksikliği, Karşı Gelme Sorunları ve Davranış Sorunları Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi.....	55
Tablo 15. Ebeveyn ve Birincil Bakım Vereni Tarafından Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Travma Sonrası Duygusal Stres, Dikkat Eksikliği, Aşırı Hareketlilik, Dürtüsellik, Karşı Gelme Sorunları, Davranış Sorunları Boyutları Arasındaki Spearman Korelasyonu	57
Tablo 16. PEDS Dürtüsellik Alt Boyutunun Yordayıcılarının Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları.....	59
Tablo 17. PEDS Korku ve Endişe Alt Boyutunun Yordayıcılarının Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları.....	61
Tablo 18. PEDS Yalnızlık ve Uyku Alt Boyutunun Yordayıcılarının Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları.....	63
Tablo 19. PEDS Dikkat ve Hafıza Alt Boyutunun Yordayıcılarının Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları.....	65
Tablo 20. PEDS Somatizasyon Alt Boyutunun Yordayıcılarının Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları.....	67

BÖLÜM I

GİRİŞ

Travma; kişinin hayatında olağan düzenin dışına çıkan ve genelde beklenmedik bir anda gerçekleşen, baş etme gücünü zorlayan olaylara verilen addır (Erhan, 2013). Çocukluk çağı travmaları; çocuğun, anne-baba ve birincil bakım verenlerinin yaptığı ya da yapmayı ihmal ettiği fiil sonucu zarar görmesidir. Travmalar çocuğun zihinsel, davranışsal, fizyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Üstelik bu etkiler yetişkin hayatta da benzer ya da farklı problemlere yol açmaktadır (Demirkapı, 2013). Birleşmiş Milletler'in 2014 yılında global boyutta çocukların istismarı hakkında yayınladığı bir raporda, kız çocuklarının 10'da birinin cinsel istismara maruz bırakıldığı bildirilmektedir. Aynı rapora göre 58 ülkede çocukların %17'si fiziksel olarak istismar edildiği ve ağır fiziksel cezalara maruz bırakıldığı, bu bilgilerin yalnızca kayıt altına alınan ve ulaşılabilir vakalardan oluştu, gerçek rakamların daha fazla olabileceği ifade edilmektedir. "Kalkınma Yardım Birliği" (Bündnis Entwicklung Hilft) 2018 Kasım ayında yayınladığı Dünya Risk Raporu'nda dünya üzerinde her dört çocuktan birinin afet bölgesinde yaşadığını ve travma tehdidi altında olduğunu bildirmiştir. Doğal afetler, savaşlar, farklı toplumsal felaketler, ihmal ve istismardan etkilenen çocuk rakamlarına bakıldığında global oranlar oldukça yüksektir (Bakır, 2016, 2018). Bunlara ek olarak günümüzde toplumsal ve bireysel travmatik olayların medya ve iletişim araçları ile bilinirliği artmakta ve travmatik olayların etkisi daha geniş kitlelere yayılmaktadır. Bu sebeplerle de tüm toplumları ilgilendiren, gerekli önlemlerin alınması ve çözüm planlarının yapılması önemli bir konudur.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) erken çocukluk döneminde başlayan ve temel belirtileri erişkin dönemde de devam eden kronik gelişimsel bir psikiyatrik bozukluktur. Temel semptomları dikkati odaklama ve sürdürmede zorluk, dürtü kontrolünde güçlük ve aşırı hareketliliklerdir. Bu temel semptomlar tek başına görülebileceği gibi hepsi bir arada da bulunabilir. Bu bozukluk, hastaların çocukluk döneminde de, erişkin dönemde de psikolojik ve sosyal problemlerle karşılaşmalarına neden olur (Wender, 1995).

DEHB doğuştan gelen psikiyatrik bir bozukluktur. Bireyin kişisel iletişimini, akademik performansını ve mesleki yaşantısını etkilemesi ve toplumda %5-8 oranında görülmesi sebebi ile toplumun ve sağlık hizmetlerinin önemli sorunlarından birisidir (Tuğlu ve Şahin, 2010). Güncel araştırmalar çocukluk çağında DEHB tanısı konmuş vakaların yaklaşık %30-35'ünde erişkin yaşlarda da yetişkin DEHB'si olarak devam ettiğini göstermektedir. Uzmanlar bu oranların %40-60'lara kadar çıkabildiği yönünde görüş bildirmektedir (Baripoğlu, 2019).

DEHB bebeklik döneminde uyku problemleri, sık ağlama, ışık/ısı/gürültü gibi çevresel uyaranlara yoğun tepkilerle kendini göstermeye başlar. Oyun dönemine geldiklerinde aşırı hareketlilik, sık duygu değişimi, oyun ve oyuncaklara yaşından beklenen odaklanmayı sağlayama, bebeklikten beri devam eden uyku düzensizliğinin yanı sıra söz dinlemeyen, dikkatsiz, hareketli, yerinde duramayan çocuklar olarak ifade edilmektedir. Ancak tanı genelde okula başlama yaşı olan 6-7'de konabilmektedir (Şenol, 2005). Çocuğun okula başlamasıyla okul ve sınıf kurallarına uyması, ders saatleri boyunca yerinde oturması, derslere ve öğretmenin söylediklerine odaklanması beklenmektedir. Tüm bunları istenen biçimde ve düzeyde gerçekleştiremeyen çocukların aileleri bir uzmana başvurmaktadır. DEHB bir kısım çocukta tek başına gözükse de vakaların bir kısmında eşlik eden başka tanılar olduğu bilinmektedir (Yüce, 2006).

Yurtdışında çocukluk çağı travmaları ile DEHB'nin ilişkili olduğunu belirten çalışmalar olsa da sayıca yetersiz olduğu gözlenmiştir. Buna ek olarak ülkemizde bu konuda yapılmış bir çalışmaya rastlanamamıştır.

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Literatürde ulaşılabilen kaynaklar incelendiğinde çocukluk çağı travma sonrası duygusal stres hakkında ve DEHB hakkında farklı çok sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Ancak spesifik olarak çocukluk çağı travmaları ve DEHB arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma oldukça azdır. Ülkemizde özellikle ikisinin arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma, çocukluk çağı travma sonrası duygusal stres ile dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları

arasındaki ilişkinin incelenmesini ve demografik değişkenlerin muhtemel ilişkiye olan etkilerini incelemeyi amaçlanmıştır.

Bu açıdan araştırmanın temel konusu olan çocukluk çağı travmaları ile DEHB alt kategorileri olan dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları arasındaki ilişkiyi doğrudan incelemeyi, bu ilişkinin bu alt kategorilerin şiddetini etkileyip etkilemediği öğrenilmeye çalışılmıştır. Araştırma sırasında çocukların ebeveyn ve birincil bakım verenlerine travma kavramının tanımı yapılarak travma türleri anlatılmıştır. Bu bilgiler ışığında ebeveyn ve birincil bakım verenlere çocukların daha önce travmaya maruziyet durumları öğrenilmiştir. Bu konuda ülkemizde yapılan ilk araştırma olması ve literatüre katkıda bulunması açısından önem taşımaktadır. Bunlara ek olarak araştırma sırasında birincil bakım vereni biyolojik ebeveyni olmayan çocuklar da araştırmaya dâhil edilerek, ebeveyni ile yaşayan ve ebeveyni ile yaşamayan çocuklarda dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları şiddetleri ile ebeveyni ile yaşayıp travma yaşadığı bildirilen çocukların ve ebeveyni ile yaşamayıp travması olduğu bildirilmeyen çocukların dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları şiddetleri karşılaştırılmaya çalışılmıştır. Bu duruma ek olarak travma yaşadığı bildirilen ebeveyni ile yaşayan ve ebeveyni ile yaşamayan çocukların travma sonrası duygusal stres şiddetleri karşılaştırılmıştır. Bu araştırma doğrultusunda çocukluk çağı travmalarını önleyici, dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları ve travmanın olumsuz sonuçlarını sınırlandırabilecek önerilerde bulunmak istenmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu tezde; ebeveyn ve birincil bakım verenleri tarafından travma yaşadığı belirtilen ve belirtilmeyen çocuklarda travma sonrası duygusal stres ile dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları arasındaki ilişkiyi incelenmiştir. Araştırmanın öncelikli amacı çocukluk çağı travma sonrası duygusal stres ile dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmanın diğer amaçları 6 ile 10 yaş arasında travma sonrası duygusal stres yaşadığı bildirilen çocukların dikkat eksikliği,

hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları şiddetlerini incelemek ve travma sonrası duygusal stres yaşadığı bildirilmeyen çocukların dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları şiddetlerini incelemektir. Diğer bir amacı ise araştırmaya ebeveyni ile yaşayan travma sonrası duygusal stres yaşadığı bildirilen ve ebeveyni ile yaşamayan travma sonrası duygusal stres yaşadığı bildirilen çocuklar da dahil edilerek, iki grubun dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları şiddetlerini karşılaştırmaktır.

Bu amacı gerçekleştirmek için öncelikli olarak aşağıdaki sorulara cevap aranmaya çalışılacaktır.

1. Çocukluk çağı travma sonrası duygusal stres ile dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları arasında ilişki var mıdır?

2. Çocukluk çağı travma sonrası duygusal stres ile dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları arasında ilişki var ise; demografik değişkenler ilişkiyi etkiler mi?

3. Ebeveyn ve birincil bakım verenleri tarafından travma yaşadığı belirtilen çocukların travma sonrası duygusal stres, dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları şiddetleri ile ebeveyn ve birincil bakım verenleri tarafından travma yaşadığı belirtilmeyen çocuklukların travma sonrası duygusal stres, dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları şiddetleri arasında fark var mıdır?

4. Ebeveyn ve birincil bakım verenleri tarafından travma yaşadığı belirtilen çocukların travma sonrası duygusal stres, dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları şiddetleri ile ebeveyn ve birincil bakım verenleri tarafından travma yaşadığı belirtilmeyen çocuklukların travma sonrası duygusal stres, dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları şiddetleri arasındaki farkı demografik değişkenler etkiler mi?

7. Ebeveyni ile yaşayan ve ebeveyni tarafından travma yaşadığı bildirilen çocukların dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış

sorunları şiddetleri ile ebeveyni ile yaşamayan ve birincil bakım vereni tarafından travma yaşadığı bildirilen çocukların dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları şiddetleri arasında fark var mıdır?

8. Ebeveyni ile yaşayan ve ebeveyni ile yaşamayan çocukların travma sonrası duygusal stres şiddetleri arasında fark var mıdır?



BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

1.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB)

1.1.1. İlişkili Kavramların Tanımı

Dikkat Eksikliği: Bireyin dikkat süresi ve yoğunluğunu yaşından beklenen şekilde sağlayamamasıdır. Dikkat eksikliği olan bireyler dikkatini odaklamakta zorlanmakta ve odaklansa bile kolayca dağılmaktadır. Genelde çevresi tarafından dağınık, çabuk sıkılan, zamanı iyi kullanamayan ve unutkan kişiler olarak nitelendirilmektedirler (Ünal, 2018).

Hiperaktivite: Bireyin yaşına ve gelişim düzeyine uygun olmayacak düzeyde hareketli olmasıdır. Hiperaktivitesi olan bireyler çevrelerinde aşırı hareketli, yerinde duramayan, çok konuşan, aceleci olarak tanınmaktadırlar (Ünal, 2018).

Dürtüsellik: Bireyin istek ve davranışlarının kontrolünde zorluk yaşamasıdır. Dürtüsel olan bireyler isteklerini erteleyerek davranışlarına limit koymakta güçlük çekmektedirler. Çevrelerince ısrarcı, sıkça söz kesen ve sabırsız kişiler olarak tanımlanmaktadırlar. Çoğu zaman düşünmeden harekete geçerek riskli durumlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (Ünal, 2018).

Karşı Gelme Sorunları: Otorite figürlerine karşı gelme, kurallara uymak isteme, tartışmaya eğilim, düşmanca tavırlar ve uyumsuz davranışlardır. Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Kontrol ve Davranım Bozuklukları kategorisinde olan Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu (KOKGB)'nin temel semptomlarından biridir. Bu bireyler çabuk hiddetlenen, alıngan, olaylar karşısında başkalarını suçlayarak sorumluluk almayan ve kin güden bireylerdir (Tamam ve Döngel, 2018).

Davranış Sorunları: Bireyin, başkalarının temel haklarını ve yaşa uygun toplumsal norm ve kuralların sürekli ve tekrarlayıcı bir biçimde ihlal etmesidir. Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Kontrol ve Davranım Bozuklukları kategorisinde olan Davranım Bozukluğunun temel semptomlarındandır. Bu bireylerde insan ve hayvanlara yönelik saldırgan davranışlar, hırsızlık, mala ve cansız varlıklara zarar verme, kurallara sıklıkla uymama ve yalan söyleme gibi davranışlar gözlenmektedir (Tamam ve Döngel, 2018).

1.1.2. Tarihçesi

DEHB erken gelişimsel dönemde ortaya çıkan ruhsal bozukluklar içinde önemli bir yere sahiptir. DEHB yıllar boyunca çeşitli isimlerle anılmış, farklı hastalık sınıfları içinde yer almıştır. Bu isim değişikliklerinde bozukluğun nedenleri ya da belirgin görünüşleri ön plana çıkmıştır (Keser, 2010).

DEHB 19. yüzyılda “çılgın aptallar, dürtüsel delilik, yetersiz engellenme” şeklinde adlandırıldığı birden çok kaynaktan görülmektedir. 20. yüzyıl başlarında “Uyku Hastalığı”, “Minimal Beyin Hasarı”, “Minimal Serebral Palsi”, “Hiperkinesis”, “Atipik Ego Gelişimi” gibi isimler almıştır (Keser, 2010). Tarihsel olarak bakıldığında DEHB’in nedeninin heterojen olduğu düşünülmüş ve bozukluğun temelinde organik ve sosyal nedenlerin olduğu belirtilmiştir.

DSM-I’de (Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı) DEHB tanısından bahsedilmemiştir. İlk kez DSM-II’de DEHB’in alt tiplerinden olan Hiperaktivite belirtilerine yer verilmiş ve Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından “Çocukluk Çağının Hiperkinetik Reaksiyonu” olarak isimlendirilmiştir. 1987 yılında yayımlanan DSM-III-R’de Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olarak tanımlanmıştır (Şenol ve ark., 2006). 2000 yılında yayımlanarak ertesi yıl ülkemizde çevirisi yapılan DSM-IV-TR’de yine aynı şekilde isimlendirilmiştir. Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip, Hiperaktivite/ İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip ve Bileşik Tip olmak üzere 3 grupta incelenmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007).

Kitap 2013 yılında güncellenerek DSM-V olarak yayımlanmış ve kitapta çeşitli yenilenmeler yapılmıştır. Bu yenilenmeler içerisinde DEHB’de bulunmaktadır. Öncelikle DEHB “Genellikle İlk Kez Bebeklikte, Çocuklukta ve Ergenlikte Tanısı

Konan Bozukluklar” grubunun adı değişmiştir. Gruptaki bozuklukların nörolojik bir temeli olması ve bozuklukların gelişim evrelerinin ilk yıllarında ortaya çıkması sebebi ile adının “Nöro gelişimsel Bozukluklar” olması uygun g r lm ştir. DSM-IV’de Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tanısı alanlara DEHB eş tanısı konulamazken; DSM-V’de, DEHB ve OSB’nin eş tanı olabileceği kabul edilmiş ve DEHB, Nöro gelişimsel Bozukluklar başlığının altına alınmıştır. DSM-IV’te ayrıca DEHB tanı kriterlerinde çeşitli değişiklikler yapılmış, DEHB’in yetişkinler için de geçerli olabilmesi için eklemeler yapılmıştır. DSM-IV tanı kriterlerine göre aşırı hareketlilik ve dikkat eksikliği semptomlarının 7 yaş öncesi başlama şartı bulunurken, DSM-V’de yaş kriteri 12 yaş olarak güncellenmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

1.1.3. Tanı ve klinik  zellikleri

Alanında uzman  ocuk psikiyatristi, klinikte çok sayıda DEHB ile karşılaşır ve çoğu kez bu bozukluğu fark edebilmektedir. Fakat yine de DEHB’de tanı konma süreci oldukça karmaşıktır. Tanı konurken klinik görünüm, aileden alınan öykü ve öğretmeden alınan bilgiler birleştirilerek konması gerekmektedir. Uzmanın, DEHB tanısını kesin olarak koyabilmesi için DSM-V Tanı  l  tleri Başvuru El Kitabı’nda belirtilen bir takım kriterlerden bir kaçını araması gerekmektedir.

DSM-5’te  ocuk ve ergenlerde dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik/dürtüsellik alanlarında en az 6 belirtinin en az iki farklı sosyal ortamda yaygın şekilde gözlenmesi, en az 6 ay süre ile gelişim düzeyiyle uyumsuz şekilde devam etmesi, işlevselliği bozması ve bu belirtilerin 12 yaşından önce başlaması sonucunda tanı konulabilmektedir. 17 yaş ve sonrasındaki başvurularda ise belirti sayısının herhangi bir alanda en az 5 olması gerektiği belirtilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Araştırmalar DEHB’nin yalnızca dikkati odaklamada ve sürdürmede yaşanan g      ve aşırı hareketlilik sorunu olmadığını göstermektedir. Bunların beraberinde çocuğun istek, duygu ve davranışlarını denetleyerek düzenleyebilmesini içeren öz denetim ve zamanı verimli kullanamama sorunu olduğunu ortaya çıkarmaktadır ( zmen, 2016).

Bunların dışında Çocuk ve Ergen psikiyatristinin DEHB'den emin olması ve tedaviyi düzenleyebilmesi için Wisc-R zeka testi, dikkati ölçen testler ve EEG isteyebilmektedir. Bu tetkikler hekimin tanıdan emin olmasına ve tedaviyi düzenlemesine yardımcı olur (İşiten, 2014).

DEHB belirtilerinin şiddeti hafif, orta ve ağır şeklinde sınıflandırılmaktadır. DEHB'in şiddeti belirtilerin görülme sıklığı, psikiyatrik muayene ve çocuğun işlevselliğinin etkilenme derecesine göre belirlenmektedir (Abalı, 2009).

DEHB bebeklik döneminde aşırı hareketlilik ve enerjik olmasıyla kendini fark ettirir. Acelecidir, çabuk sıkılır, kurallara uymakta güçlük çeker, uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmekte problem yaşamaktadırlar. Sosyal hayata uyum sağlamakta güçlük çekebilirler, oyunları kendileri kurmak ve yönetmek istedikleri için kabul görmediğinde zaman zaman öfke patlamaları yaşayabilmektedirler. Okul öncesi dönemde hiperaktivite sorunları daha fazla dikkati çekmektedir. Okul çağına geldiklerinde ise derse odaklanma, uyarıları dikkate alma ve diğer dikkat gerektiren işler çocuktan beklendiğinde dikkat problemleri daha fark edilir hale gelmeye başlanmaktadır (Abalı, 2009). Ergenlik döneminde ise hareketlilik giderek azalmakta fakat dikkat eksikliği olarak bir süre daha devam etmektedir. Araştırmalara göre çocuklukta tanı DEHB tanısı almış vakaların %80'i ergenlikte, %65'lik kısımda ise yetişkin DEHB olarak devam ettiği belirtilmiştir (Tınaz, 2004).

1.1.4. Görülme Sıklığı-Epidemiyolojisi

Çalışmalar incelendiğinde DEHB'in yaygın bir bozukluk olduğu görülmüştür. Bu konuda dünya genelinde farklı çalışmalar farklı oranlar vermiştir. Örneğin APA ilkokul çağında görülen DEHB'nin %3-7 arasında olduğunu ifade etmiştir. Fakat Türkiye'de yapılan son araştırmalar DEHB'li çocukların %2-12'lik bir orana sahip olduğunu bildirmektedir (Kayaalp, 2008). Ülkedeki çocuk nüfusu dikkate alındığında her 10-20 çocuktan birinde ve her sınıfta 3-5 çocukta DEHB olduğu anlaşılmaktadır.

Cinsiyet olarak incelendiğinde ise dünya genelinde erkek çocuklarda DEHB görülme oranının daha fazla olduğu görülmektedir. 2005 yılında, psikiyatri kliniğinde, Tahiroğlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda, DEHB tanısı almış çocuklar arasında, kızlarda daha sık dikkat eksikliğinin önde olduğu tipe rastlanırken, erkeklerde

ise daha sık aşırı hareketliliğin önde olduğu tipe rastlandığı sonucuna varılmıştır (Ercan ve Türkbay, 2000 akt. Çölgeçen, 2015). DEHB tanısı konan bir çocuğun kardeşinde de DEHB ya da eşlik eden bir bozukluk görülme oranı %25-35 olduğu ve normal popülasyona göre yaklaşık üç kat fazla olduğu belirtilmiştir (Akgün ve ark., 2010). İkiz çalışmalarına bakıldığında çift yumurta ikizlerinden birinde DEHB olduğunda diğer ikizde görülme sıklığı %35 civarında olduğu ifade edilmiştir. Tek yumurta ikizlerinde ise bu oran %80 civarında bulunmuştur (Abalı, 2009).

1.1.5. DEHB Nedenleri-Etiyoloji

DEHB'in görülme nedenini tek bir sebebe bağlamak oldukça güç ve yetersiz bir açıklamadır. Araştırmaların bir kısmı genetiği, doğum sırasındaki komplikasyonları, yeni doğan döneminde viral enfeksiyonlar sonucunda beyin işlevlerinde ortaya çıkan bozuklukları işaret etmektedir. Bazı araştırmalar ise sosyo-kültürel ve ekonomik seviyesi düşük, ihmal ya da istismar olan ailelerde DEHB tanısının fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Model alma, kötü yaşam olaylarının fazlalığı, kalıtsal faktörler, tehlikeli ortamlarda bulunma, doğumsal nedenler, santral sinir sistemi enfeksiyonları, intoksikasyon (kurşun) ve beyin gelişim sürecindeki problemler genel olarak DEHB'in nedenleri arasında sayılabilir (Türkyılmaz, 2010).

Bozukluğa bağlı oluşan belirtiler ergenlikle beraber sönmesinin yanında bazen erişkin hayatında da devam edebilir. DEHB ve eşlik eden bozukluklar nedeniyle ortaya çıkan işlev kaybı en fazla ergenlik döneminde görülür (Öner ve Aysev, 2003).

1.1.4.1. Genetik etkenler

Literatür tarandığında DEHB'in en önemli nedenlerinden birinin genetik geçiş olduğu görülmektedir. Ebeveynlerinden herhangi birinde DEHB olan bir çocuğun tanı alma oranının yaşlılarına göre daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Weiss, Hechtman ve Weiss'in 2000 yılında yayınladıkları araştırmada DEHB tanısı alan çocukların %25'inin aynı tanıyı alan anne-babasının olduğu, DEHB tanısı alan anne-babaların da yüzde ellisinde fazlasının DEHB tanısı almış bir çocuğa sahip olduğunu ortaya koymuşlardır (Keser, 2010).

Faraone ve ark. 2005 yılında DEHB'in kalıtım derecesini doğrudan incelemek için araştırmada 20 ikizin sonuçlarını analiz etmişlerdir. Çalışma sonucunda DEHB'nin kalıtım ortalamasının %76'ya vardığını ve psikiyatrik bozukluklar içinde kalıtsal değerleri en yüksekler arasında olduğunu bildirmişlerdir. Faraone ve arkadaşları gibi Goodman ve Stevenson, Edelbrock ve ark. (1989) ve daha birçok araştırmacı da DEHB'nin genetik geçişini araştırmada ikiz karşılaştırmaları yaptıkları görülmüştür. Yapılan araştırmalara göre çift yumurta ikizlerinde DEHB görülme sıklığı tek yumurta ikizlerine oranla çok daha düşüktür.

Literatür taraması sırasında genetik etkenleri ortaya koyan diğer çalışmalar da evlat edinilen çocuklar ile yürütüldüğü görülmüştür. Bu çalışmalar da genetik etiyojolojiyi destekler nitelikte bulunmuştur. Evlat edinilmiş ve DEHB tanısı almış çocuklar üzerine yapılan farklı araştırmalar da biyolojik ailenin dikkat düzeyleri evlat edinen ailelerin dikkat düzeyinden daha düşük iken, hiperaktivite düzeyleri biyolojik ailelerde evlat edinen ailelere oranla daha yüksek bulunmuştur (Akgün, 2010).

1.1.4.2. Çevresel ve Psikososyal Etkenler

DEHB'nin nedenleri ile ilgili ulaşılabilen çalışmalara bakıldığında, çevresel etkenler de incelenmiş ve çeşitli çevresel etkenlerin de sorumlu olabileceği kanaatine varılmıştır. Bu çevresel etkenler doğum öncesi ve sonrası dönemde sigara, alkol, eroin, kokain maruziyeti, kurşun ve pestisit gibi çeşitli kimyasallara maruz kalmanın DEHB ile pozitif bir ilişki içerisinde olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur. Ek olarak son yıllarda daha çok yaygınlaşan paketli gıda katkı ve boyar maddeleri, yapay tatlandırıcılar ve yüksek şeker tüketiminin hiperaktif davranışlara sebep olabileceği bildirilmiştir (Türkyılmaz, 2010). Tüm bunların yanında erken doğum, düşük doğum ağırlığı, doğum sırasında yaşanan problemler, annenin yaşı, fiziksel sağlığı ve DEHB'yi birlikte inceleyen araştırmalar da aralarında pozitif anlamda ilişki olduğunu göstermektedir. Ancak bu alanda yapılan araştırmaların yetersiz olduğu ve araştırmaların kısıtlılıklarının olduğu görülmüştür (Gül ve Öncü, 2018).

Psikososyal etkenlerin DEHB gibi önemli ruh sağlığı sorunları üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Bu psikososyal etkenlere sosyoekonomik zorluk, ebeveynlerin eğitim düzeyi, tek ebeveynli aile, parçalanmış aile yapısı, ebeveynler arasında yaşanan sorunlar, ihmal ve istismara maruz kalma sayılabilir. Bazı araştırmalar psikososyal etkilerin, var olan DEHB'yi, tetikleyici, ortaya çıkışı hızlandırıcı ve bozukluğun

düzeyini yükseltici olduğunu ortaya koymaktadır. Bir kısım araştırmalar da psikososyal etkilerin tek başına bir sebep olduğunu ifade etmektedir (Keser, 2010).

1.1.4.3. Nörobiyolojik Etkenler

DEHB belirtilerini farklı çalışmalar farklı nörobiyolojik sebepler ile açıklamaya çalışmıştır. Bazı araştırmacılar "aşırı kortikal etkinlik" ile bazı araştırmacılar ise "frontal lob disfonksiyonu" tanımı ile açıklamışlardır. Semrud ve ark. 1994 yılında yaptığı bir araştırmada manyetik görüntülemelerde, DEHB'li çocukların corpus callosum'unu kontrol grubundaki çocuklarinkinden daha küçük bulmuşlardır ve DEHB semptomlarının bundan kaynaklanabileceğini öne sürmüşlerdir (Deniz ve ark, 2008).

Zametkin'in 1990 yılında yaptığı bir çalışmada DEHB tanılı çocuklarda ve tanı almış çocukların ebeveynlerinin PET taramalarında mediyal, frontal, pariyetal ve oksipital bölgelerde glukoz tüketiminin daha az olduğu görülmüştür (Öncü ve Şenol 2002).

Görüntüleme çalışmalarında DEHB tanısı almış ve almamış bireyler karşılaştırıldığında prefrontal korteks, kaudat nükleus, globus pallidus, korpus kallosum ve sebellum hacminin düşük olduğu ve kanlanmalarında farklılıklar olduğu saptanmıştır. Çalışmalar prefrontal korteksde kan akımı ve metabolizma hızının metilfenidat tedavisi sonrasında normalleştiğini göstermiştir. Beyin bölgelerinin işlevlerine bakıldığında dikkati sürdürmeden sorumlu kısmın dorsolateral prefrontal korteksin, seçici dikkatten dorsal anterior singulat korteksin, dürtüsellikten sorumlu kısmın orbitofrontal korteksin, aşırı hareketlilikten ise prefrontal motor korteksin sorumlu olduğu bilinmektedir (Doğangün ve Yavuz, 2011).

Bush ve ark.nın yürüttüğü 1999 yılına ait Stroop testi kullanılarak seçici dikkatin ölçüldüğü çalışmada sağlıklı ve DEHB tanılı bireyler karşılaştırıldığında anterior singulat korteksi etkinleştirmekte DEHB'li bireylerin daha başarısız olduğu belirtilmiştir (Doğangün ve Yavuz, 2011).

DEHB'li ve normal kontrol grubundaki çocukların EEG'leri karşılaştırıldığında anomaliler saptanmıştır. Stres verilmesinin ardından çekilen EEG'lerde prefrontal yavaş dalga aktivitesinde artış ve aşırı beta aktivitesi tespit edilmiştir (Pay ve ark., 2002 akt. Çölgeçen, 2015).

DEHB etiyolojisine nörobiyolojik açıdan bakıldığında frontal lobun, olağan dışı gelişimi ve işlevselliğinin önemli rol oynadığı düşünülmektedir. DEHB ile en yakından ilişkili nörotransmitter dopamindir. Dopamin ve dopaminden sentezlenen noradrenalinin dikkat, odaklanma, motivasyon, uyanıklık üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. DEHB tanılı çocukların serotonin, noradrenalin ve dopamin metabolizmalarında bir aksaklık olabileceği ileri sürülmüştür (Türkyılmaz, 2010). Ayrıca DEHB tedavisi için kullanılan ilaçlar etkilerini dopamin ve noradrenalin sistemleri üzerinden göstermektedirler. Bu nedenle, özellikle frontal lob dopamin ve noradrenalin nörotransmitter işlevlerindeki bozuklukların DEHB'ye neden olabileceği düşünülmektedir. DEHB'nin ortaya çıkardığı dikkat eksikliği, dürtüsellik, hiperaktivite gibi belirtilerinin bazı olgularda yaşa bağlı azalma yaşanmasının nedeni, yaş ile birlikte dopamin düzeyinin azalmasına bağlı olacağı düşünülmüştür (Deniz ve ark., 2008).

DEHB tanılı çocukların beyin omurilik sıvısı, kan ve idrarlarında serotonin ve metabolit düzeylerini ölçen çalışmalarda serotonin anormal düzeyde artmış ya da azalmış olduğu bulgularına ulaşılmıştır. Az oranda da olsa DEHB tanılı bireylerin hiperaktif ve dürtüsel davranışlarında serotonin sorumlu bulunmuştur (Deniz ve ark., 2008).

Genel olarak, DEHB ile ilgili yapılan tarama ve görüntüleme çalışmalarında spesifik bir EEG bozulması yerine santral sinir sisteminin olgunlaşmasındaki gecikmeye işaret eden bulgulardan bahsedilmiştir (Ercan ve Aydın, 2000). Vineland ölçeğine göre DEHB'si olan çocuklar sosyal ve bilişsel gelişimleri açısından değerlendirdiğinde normal çocuklardan iki yıl geri olduğu görülmüştür. Bu da gelişimsel gecikme teorisini desteklemektedir (Öner ve ark., 2003).

1.1.6. Birlikte Görülen Psikiyatrik Sorunlar

Literatürde ulaşılabilen kaynaklar tarandığında, DEHB'e eşlik eden birçok bozukluk olduğu görülmüştür. Öğrenme bozuklukları, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, mental retardasyon, yıkıcı davranış bozuklukları, madde kötüye kullanımı gibi ortak semptomlara sahip psikiyatrik bozukluklar ile karıştırılmakta ve ayırt edilmesi gerekmektedir (Kayaalp, 2008). Bunlara ek olarak tik bozuklukları, tourette sendromu, majör depresyon, gelişimsel koordinasyon bozukluğu, epilepsi, şiddetli kafa travmaları

da sıklıkla DEHB ile karıştırılabilen bozukluklar içerisinde almak mümkündür. Ayrıca DEHB'in sayılan bu bozukluklar ile komorbidite oluşturduğu, DEHB'e eşlik ettiği görülmüştür (Yüce, 2006).

DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik sorunlar hakkında yapılan ve ulaşılabilen çalışmalar incelendiğinde; DEHB tanılı çocukların %50'sinde eşlik eden başka bir bozukluk olduğu ifade edilmektedir. Eşlik eden tanılardan %33-60 kadarı karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, %25-30 kadarı anksiyete bozuklukları, %15-20 oranında davranım bozukluğu, %30 oranda depresyon, %20-30 oranda öğrenme bozuklukları bipolar bozukluk, enürezis ve konuşma bozuklukları eşlik edebilen diğer tanılardır. Literatürde farklı çalışmalara bakıldığında yaşı ilerlemesi ile birlikte depresyon ve davranım bozukluğu eş tanılarında da artış olduğu görülmüştür. Çeşitli araştırmalar DEHB tanılı çocuklarda anksiyete bozukluğu komorbidite oluşturma %13-50 olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmalar çocuklarda komorbidite oluşturan grubun komorbidite oluşturmayan gruba göre tedaviye olumlu yanıt alma oranlarının daha düşük olduğunu göstermiştir. Ayrıca komorbidite oluşturan grubun uzun dönem işlevsellik kayıpları ile farklı psikopatolojileri geliştirme risklerinin ise daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Yapılan aile çalışmalarında anksiyete eş tanısının, ailedeki DEHB'den çok anksiyete bozuklukları ile ilişkisi bulunmuştur. Anksiyete bozukluğu eş tanısı konan çocuklarla yapılan çalışmalarda DEHB'nin daha yoğun olarak akademik ve bilişsel güçlüğüne yol açtığı gösterilmiştir (Kayaalp, 2008; Tuğlu ve Şahin, 2010).

Abalı (2009), kronik kaygı durumlarında hiperaktivite belirtilerinin arttığını, hiperaktif çocuklarda da diğer çocuklara oranla daha sık kaygı bozukluğuna rastlandığını ifade etmiştir. Nedeni olarak da hiperaktif çocuğun sosyal ortamlarda yaşadığı güçlükler ve çevreden aldığı olumsuz uyarıların kaygı düzeyini yükseltmesi olarak ifade etmiştir.

DEHB'nin en sık görülen eş tanılarından biri olan karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB) özellikle erkek çocuklarda daha fazladır. KOKGB eş tanılı çocuklar hemen her şeye özellikle anne, baba ve otorite figürlerine karşı gelir tutumdadır, sürekli olumsuz ve uyumsuzdur. DEHB ve KOKGB'nin birlikte görüldüğü vakalarda okulda sorunlar daha yoğun biçimde yaşanır, ebeveyn ilişkileri ve iletişimi daha çok bozulur. DEHB ile Özel Öğrenme Güçlüğü (ÖÖG)'nün birlikte görüldüğü vakalarda derse karşı isteksizlik ve sıkılma diğer vakalara göre çok daha yüksektir.

Dikkat tedavisi yapılsa bile öğrenme güçlüğü eğitimi almadıkça tedavi sırasında aşama kaydetmek daha zordur. Hiperaktiviteye davranım bozukluğunun eşlik ettiği durumlarda akademik başarının düşmesinin kaçınılmaz olduğu, bu çocuklarda tedavilerin dikkatli yapılmadığı takdirde erişkinlikte gelişebilecek antisosyal kişilik bozukluğu söz konusudur. Depresyon ve DEHB birlikte görüldüğünde dikkat ve konsantrasyon problemleri ve hareketlilik depresyon görülmeyen çocuklara oranla çok daha fazladır ve zamanında müdahale yapılmadığında işlevsellik kaybı daha da artar. Otistik çocuklarda da otistik belirtilere sıklıkla DEHB belirtileri eşlik edebilmektedir. Tourette sendromu olarak adlandırılan ses ve hareket tiklerinin beraber görüldüğü bu bozuklukla da DEHB birlikte sık olarak görülür. Bu çocuklarda ilaç seçiminin titizlikle yapılması gerekir çünkü DEHB de kullanılan bazı ilaçlar tiklerde alevlenme yapabilir (Abalı, 2009, s.46-52).

1.1.7. Ayırıcı Tanı

Literatürde ulaşılan kaynaklara bakıldığında DEHB ile karışan birçok bozukluk olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Prof. Dr. Nevzat YÜKSEL Ruhsal Hastalıklar (2006) kitabında üç yaş öncesi dönemdeki çocuklarda, aşırı hareketlilik, dikkati odaklayamama gibi temel belirtilerin çocuğun gelişimsel dönemine ait bir özellik mi olduğu yoksa DEHB ile bağlantılı mı olduğunun titizlikle ayırt edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bazı ebeveynlerin herhangi bir bozukluğu olmayan bir çocuğun, özellikle erkek çocukların, yaşına uygun hareketliliğini, kısa odaklanma süresini ve zayıf kurallara uyma becerisini azlığını bir şikayet olarak yansıttığını ifade etmiştir. Gerçek DEHB vakalarında belirtilerin kalıcı olduğunu ve çoğunlukla öfke patlamaları, hırçınlık, saldırgan tavırlar, yaralanmaya sebebiyet verebilecek derecede risk içeren korkusuz davranışlar ve çok konuşma eşlik etmekte ve ebeveyne karşı gelme tutumlarının izlendiğini belirtmiştir.

Çocuğun maruz kaldığı psikolojik bir travma sonrası, hareketlilikte artış ve konsantrasyonu sağlamada güçlük yaşanabilir. Yani Posttravmatik Stres Bozukluğu sonrasında DEHB benzeri bir tablo oluşabilir ve DEHB ile karıştırılabilir. Bu nedenle tanı koyarken süreci gözden geçirmek önemlidir (Abalı, 2009).

Özel Öğrenme Güçlüğü'nün de DEHB ile karışması muhtemeldir. ÖÖG'nin DEHB ile birlikte görüldüğü vakalar olduğu gibi DEHB'e eşlik etmediği vakalar da

vardır. Her ikisinde de dikkat eksikliği mevcuttur ve ders başarısı olumsuz etkilenir. Ancak DEHB'nin eşlik etmediği durumlarda dikkat eksikliğinin sebebi, çocuğun özellikle öğrenme güçlüğü çektiği (okuma, yazma, matematik) alanlara dikkatini devam ettirmek istememesi, başarılı olmadığı için bu şekilde kaçış sağlamaya çalışması olabilmektedir (Abalı, 2009).

Anksiyete de ayırıcı tanı için özellikle araştırılması gereken bir bozukluktur. Anksiyete sonucunda da odaklanma sorunları, aşırı hareketlilik ve dikkat dağınıklığı görülebilmektedir. DEHB'li çocukların, ders çalışma ve öğrenme süreçlerinde yaşadıkları güçlükler sebebiyle ebeveynlerle çocuk arasında sıklıkla bir sürtüşme ve gerginlik yaşanmaktadır. Bunun neticesinde çocuk duygusal olarak hırpalanmakta, bazen aşağılanmakta ve çocuğun kendilik algısı değişerek özsaygısı düşmektedir. DEHB'ye ikincil olarak ortaya çıkan bu depresyon, hareketlerde azalma ve sosyal geri çekilmenin olduğu birincil depresyondan ayırt edilmelidir (Yüksel, 2006).

Mental retardasyonda DEHB'ye eşlikçi olarak görülebilmekte ancak mental problemi olan çocuklarda zekâ düzeyine bağlı olarak dersi anlamama ve bu sebeple dikkatini yoğunlaştıramama, kurallara uyum sağlayamama problemleri yaşanabilir ve birbirine karışabilir. Özellikle sınır zekâdaki çocuklarda dikkat problemleri ile kliniğe başvuru fazladır (Abalı, 2009).

1.1.8. Tedavi

DEHB ile ilgili ulaşılan kaynaklar tek bir tedavi yolunun olmadığı konusunda fikir birliğine varmaktadır. Tanı konan çocuğun işlevselliği birden fazla alanda etkilendiği için tedavide kapsamlı ve kombine olunması gerekmektedir. Tedavinin temel hedefi çocuğun davranışsal, bilişsel, sosyal ve ailesel alanlardaki problemleri ortadan kaldırmaktır. Bu temel hedefe ulaştıracak en kapsamlı yöntem ise ilaç, psikoterapi, psikoeğitim ve psikososyal tedavilerin birlikte kullanılmasıdır. Ek olarak aile terapisi, gevşeme teknikleri, beslenme şeklinin düzenlenmesi ile birlikte çeşitli vitamin takviyeleri ve neuro-biofeedback gibi çeşitli çalışmalarda bildirilmekte ancak etkinlikleri konusunda yeterli sistematik araştırmalar bulunmamaktadır (Kayaalp, 2008).

Tedavinin ilk ve en önemli adımını, çocuk ve ailenin bozukluk hakkında yeteri kadar bilgilendirilmesi oluşturmaktadır. Aile ve çocuğa verilen psikoeğitim sayesinde

bozukluk ve tedavi hakkında yanlış bilgileri ve önyargıları gidermek, iş birliği içinde ve tedaviye güven duymalarını sağlamak, süreci en çok etkileyen faktör olarak görülmektedir (Abalı, 2009). Bu sorunun "beyin kimyasından kaynaklı bir bozukluk" olduğunu ve ailenin ebeveynlik biçiminin sonucu ya da çocuğun istemli davranışlarının olmadığı ifade edilerek, aile ve çocuğun üzerindeki suçluluk duygusu kaldırılmalıdır. Psikoeğitim ile ebeveynlerin DEHB belirtilerini yanlış yorumlayarak, olumsuz tepkiler vermesinin ve semptomların şiddetlenmesinin önüne geçilmeye çalışılır. DEHB'nin temel semptomları üzerinde etkili olduğunu gösteren tedaviler, ilaç tedavileridir. Bu yüzden de tedavide ilaçlar önemli bir yer tutmaktadır (Kayaalp, 2008). DEHB tanısı olan bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda ve beyin görüntüleme tekniklerinde, beyinde bir şey yapmadan önce durup düşünmeyi sağlayan, davranış ve dikkat kontrolünden sorumlu olan bölgeler yeterli düzeyde işlev göstermemektedir. Bu bölgelerin çalışması için gereken nörokimyasal maddelerin salınımında ya da iletiminde aksaklık olması DEHB'ye neden olduğu düşünülmektedir. Bu durum da dışarıdan verilen ilaçlarla düzeltilmeye çalışılmaktadır (Özmen, 2016). İlacın gerekliliği, dozu ve kullanım süresi bir çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından belirlenir.

Merkezi sinir sistemi uyarıcıları, antidepresanlar, antipsikotikler, anksiyolitikler, antikonvülzanlar, lityum, klonidin ve guanfasin gibi ilaçlar DEHB'nin tedavisinde kullanılabilir. FDA (Amerika Gıda ve İlaç Birliği) DEHB'de en sık kullanılan uyarıcı iki ilacın Dekstroamfetamin ve Metilfenidat (MPH) olarak açıklamıştır. Dekstroamfetamin'in üç yaş öncesi MPH'nin ise 6 yaş öncesi kuallanımı yasal değildir.. MPH en sık kullanılan stimulan ilaç MPH'dir. Türkiye'de yalnızca MPH mevcuttur ve kontroller sonucu kırmızı reçete ile yazıldığında kullanımı mümkündür (Kayaalp, 2008). Psikostimulanlar, prefrontal bölgede dopamin yoğunluğunu arttırarak etkilerini göstermektedir (Doğangün ve Yavuz, 2011). İlaçların olası yan etkileri uyku düzeninde bozulma, iştah ve kilonu azalması, çarpıntı, sersemlik, baş ağrısı, disfori, korku hissi ve vazomotor bozukluklardır. Olası yan etkilerin büyük bir kısmı, kısa süreli ilaç dozu azaltılması ile ortadan kalkmaktadır. Gününün sonunda psikostimulan yoksunluğu yaşayan çocuklarda "Davranış Rebaundu" yani davranış geri tepmesi olarak bilinen, DEHB belirtilerinin abartılı olarak ortaya çıkması yan etkisi yaşanabilmektedir. Bu çocuklarda, en son alınan dozdan 5-15 saat sonra akşamüzeri iritabilite, gevezelik, tedaviye uyumsuzluk, eksitabilite, hiperaktivite ve uykusuzluk gibi esas yakınmaların abartılı hali görülmektedir. Çözüm olarak dozların bölünerek verilmesi ya da yavaş

salınımı olan bir forma geçilmesi yarar sağlayabilmektedir. Bazı çalışmalar iki yıl ve üzeri MPH kullanımının beklenen boy ve ağırlık artışını yavaşlattığı, erişkinlikte ulaşacağı en son boy ve ağırlık düzeylerini etkilemediği belirtilmiştir (Kayaalp, 2008).

DEHB tedavisinde seçici noradrenalin geri alım inhibitörü olan atomoksetin de kullanılabilir. Yan etkileri açısından karşılaştırıldığında uyku problemlerinin daha az görülmesi, etki süresinin tüm gün devam etmesi, geri tepme (rebound) oluşmaması, tikler üzerinde artış oluşturmaması, kaygı bozukluğu ve depresyon gibi eş tanımlı durumlarda da etkinliğinin olması gibi çeşitli artılara sahip olduğu ifade edilmektedir. Ancak psikostimulan ilaçlara oranla daha uzun süreli kullanımlar sonucu etkilerini göstermektedir (Doğangün ve Yavuz, 2011).

DEHB’de ilaç tedavisine eş zamanlı olarak psikoterapinin eklenmesinin daha olumlu sonuçlar verdiği düşünülmektedir. En sık kullanılan psikoterapi yöntemi olan Bilişsel-Davranışçı terapi, çoğunlukla edimsel koşullama ve sosyal öğrenme ilkelerini esas alan davranışçı teknikler ile olumlu davranışın pekiştirilmesi ve sıklığının artırılması, olumsuz davranışların da söndürülmesini amaçlamaktadır. Tedavi ile beraber dürtü kontrolünün artması, dur-düşün-harekete geç mekanizmasının geliştirilmesi hedeflenmektedir. Bireysel psikoterapi, Yönlendirilmemiş Oyun Terapisi Teknikleri, Theraplay gibi psikoterapi yaklaşımları kötümserlik, içe kapanma, kaygı, depresyon, düşük benlik saygısı gibi ikincil semptomları önleme ve bu olası semptomları tedavi etmede faydalı olabileceği düşünülmektedir (Doğangün ve Yavuz, 2011). Oyun terapisi teknikleri, Amerikan Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Örgütü gibi kurumların DEHB tedavi önerilerinde yer almamaktadır ve bazı araştırmacılar oyun terapisinin DEHB tanımlı çocuklar üzerinde etkin rol oynamayacağı görüşündedirler (Robinson, 2015; ve Schottelkorb, 2007’den akt. Zorlu, 2016). Fakat 2016 yılında İstanbul Üniversitesi doktora öğrencisi Aziz Zorlu’nun yaptığı araştırmada deney grubundaki öğrencilerin DEHB’ye bağlı davranışsal ve duygusal problemlerde pozitif anlamda gelişme olduğu, kontrol grubu öğrencilerinde ise herhangi bir gelişme olmadığı sonucuna varmıştır. 2000 yılı Theraplay Enstitüsü Bülteni’nde Theraplay yaklaşımının da DEHB tanımlı çocuklarda duygu ve davranışlar üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu ifade etmektedir (Myrow, 2000).

DEHB’nin tedavisinde psikososyal tedavi yöntemi olarak kullanılan, davranışları geliştirme, akademik yaşantıdaki davranışları düzenleme, akademik

kazanımlar elde etme ve akademik organizasyon becerilerini arttırma müdahaleleridir. Bu müdahalelerde ana-baba ve akademik yaşantıda çocuğa temas eden kişilerin katılımı gerekmektedir. Bunun içinde ebeveyn ve öğretmenlere davranış yönetimi yöntemleri öğretilmektedir. Örneğin; istenen davranışı arttırabilmek için pozitif farketme ya da gözardı etme yöntemi, mola yöntemi gibi yöntemler çocuğa temas eden bireylere öğretilerek iş birliği sağlanmaktadır. Programların içeriği çocuğa, sınıf ve okul sistemine odaklanmaktadır (Keser, 2010).

2.1. TRAVMA

2.1.1. Tanımı

Travma terimi temelde tıp biliminde kullanılmakta olan bir kelimedir. Köken olarak Yunanca bir kelime olan travma Fransızcadan dilimize girmiş olup, Türk Dil Kurumu tıptaki karşılığını, “bir doku veya organın yapısını, biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yerel yara, örselenme” olarak açıklamaktadır (Tdk, 2019).

Psikoloji bilimi ile ilgili çalışmalar arttıkça, travma kelimesini de sözcük literatürüne katmıştır (Çolak ve ark., 2010). Psikolojik açıdan travma ise “canlı üzerinde fiziksel ve duygusal olarak önemli ve etkili yaralanma belirtileri bırakan yaşantı, sarsıntı” olarak ifade edilmektedir (Tdk, 2019). 1994’de Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından, travmatik olaylar, “kişinin yaşadığı ya da tanık olduğu, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi içeren, ağır yaralanmaya neden olan veya fiziksel bütünlüğü tehdit eden olaylar” olarak tanımlanmıştır (Karasapan, 2014).

Travma kavramı bireyin ruhsal ve bedensel varlığını çok değişik biçimlerde sarsan, inciten, yaralayan, tehdit eden her türlü olayı adlandırmak için kullanılmaktadır. 19. yy ve 20. yy ilk yarısında fiziksel travma dışında “travma” kavramının kullanımı sınırlı olmuştur (Jones, 2007 akt. Özen, 2017).

Günümüzde travma, gündelik hayatta sık kullanılan sözcükler içerisine girmeye başlamış ve kişiyi sıkıntıya sokan, gerginlik yaratan, stres seviyesini yükselten olayları

tanımlamak için kullanılmaktadır. Buna karşın psikiyatri terimi olarak travma, günlük rutini bozarak olağan düzenin dışına çıkan, ansızın ve umulmadık bir biçimde gelişen, dehşet, kaygı ve panik yaratan, kişinin anlamlandırma süreçlerini bozan, baş etme gücünü zorlayan olaylar, travmatik yaşantılar olarak tanımlanabilmektedir (www.dbe.com.tr, 2019).

Genellikle travmatik olay, bireylerin kendi ya da yakından tanıdıkları kişilerin hayatlarına karşı bir tehdit oluşturmaktadır. Bu tehdit ne kadar yakından ve ne kadar büyükse travmanın boyutu da o kadar büyük olmaktadır (Erhan, 2013).

Travmalar Büyük T ve Küçük t Travmalar olarak ikiye ayrılmaktadır. Büyük T Travmalar ani ölümler, doğal afetler, taciz ve tecavüz vakaları, trafik kazaları gibi hayatı tehdit eden ve kişilerin hayatlarını bir anda değiştiren büyük olaylar olarak sınıflandırılmaktadır. Büyük T Travmaların bazıları, insanlar tarafından meydana getirilmekte bazıları ise doğal sebepler sonucunda ortaya çıkmaktadır. Aşağılanma, başarısızlık, mobbing, duygusal ihmal, ayrılma ve boşanma gibi psikolojik tehdit içeren olaylar ise Küçük t Travmalar olarak adlandırılmaktadır (Erhan, 2013).

2.1.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

2.1.2.1. Tarihçesi

18. yüzyıl ve öncesinde travmanın psikolojik etkisi göz ardı edilmiş ve travmatik yaşantının ardından psikolojik problemleri ortaya çıkan kişilerin, zihinsel bir hastalığı olduğuna inanılmıştır. Bu durum iki ihtimal çerçevesinde değerlendirilmiştir. Birinci ihtimal olarak, bu sorunu yaşayan kişinin bir kişilik sorunu olduğu ve ego gücünün zayıf olduğu düşünülmüştür. İkinci ihtimal olarak da kişinin biyolojik temelli bir rahatsızlığının ya da yatkınlığının olduğu savunulmuştur (Jones ve Wessley, 2005 akt. Özen, 2017). 1870 yılı Fransa-Prusya savaşına kadar stresli yaşam olaylarının kalıcı bir psikiyatrik rahatsızlığa yol açabileceği gerçeği reddedilmiştir. Ancak bu savaş öncesi sağlıklı olduğu bilinen askerlerin, savaş sonrası geri döndüklerinde tepkilerinde azalma, cephe de yaşanan olayları tekrar yaşantılama, keyif aldığı durumlardan uzaklaşma gibi ruhsal sorunlar yaşamaları psikiyatristlerin ilgisini çekmiştir. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ölçütlerine benzer olan bu bozukluğa ilk olarak “travmatik nevroz” tanısı önerilmiştir (Özen, 2017).

Birinci Dünya Savaşı sonrasında ise askerlerde oluşan duygusal semptomların kişide oluşan fiziksel hasar sonucu meydana geldiği düşünülmüş ve “Bomba Şoku” (shell shock) olarak isimlendirilmiştir. Fakat fiziksel hasar oluşmayan askerlerde de birçok duygusal semptomların görülmesi, bu açıklamanın yetersizliği gerçeğini göstermiş ve semptomların, psikolojik travmaya bağlı olduğu kabul edilmek zorunda kalmıştır. Bu tanımlar travmanın kişiler üzerinde olumsuz duygusal etkileri olduğunu ifade etmeye çalışsa travmaya sebebiyet veren olaylar üzerine dikkat çekilememiştir. Travmaya, ortaya çıkmamış bozuklukları etkin hale getiren, tetikleyen bir faktör gözü ile bakılmıştır (Özen, 2017).

Travmaya DSM’ler ışığında baktığımızda DSM-I’de “Büyük Stres Reakasyonu” isimli bir tanıya yer verilmiştir. Travma “Ciddi bir fiziksel eksikliğe veya çok yüksek emosyonel strese sebep olan bir olay” olarak tanımlanmıştır. Stres oluşturan olayın “savaş veya sivil bir felaket” olması beklenmiştir. Semptomların belirli bir zamanın ardından ortadan kalkması gerektiği ve tanının “geçici” bir nitelik taşıdığı, şayet semptomlar görülmeye devam ediyorsa, tanının değiştirilerek yeni bir tanı konması gerektiği belirtilmiştir. DSM-II’de psikolojik travma hakkında farklı bir söylemde bulunulmamıştır (Çolak ve ark., 2010).

İlk defa DSM-III’de travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve buna bağlı “travma” kavramı “hemen herkeste belirgin düzeyde sıkıntı yaratan olay” olarak anksiyete bozuklukları ana kategorisi altında tanımlanmıştır. 1970’den önce, travmatik olaydan sonra oluşan psikiyatrik tablodan kişi sorumlu tutularak, psikolojik ve biyolojik yapısı ile ilgili olduğu düşünülmüş ve olay yalnızca tetikleyici olarak görülmüştür. TSSB tanı kategorisinin tanımlanması ile sebep kişi merkezli olmaktan çıkmış ve olay (travma) merkezli hale gelmiştir (Özen, 2017). Kriterlerin ayrıntılı belirtilmemesi beraberinde objektiflik tartışmalarını da gündeme getirdiği için DSM-III-R’de “Normal insan deneyiminin ötesinde, herkes için sıkıntı yaratan bir olay” olarak revize edilmiş ve örneklendirilmiştir (Çolak ve ark., 2010).

DSM-IV’te travmanın tanımında eksiklikler olduğu düşünülmüş ve “Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelme” olarak tanımlanmıştır (Özen, 2017). Bu tanım sayesinde DSM-IV’de ikincil travmatizasyon kabul edilmiştir. DSM-III’te örnekler ile ikincil

travmatizasyona değinilseyse de net bir biçimde belirtilmemiştir. DSM-IV’de tanı kriterleri arasında ikincil travmatizasyon yer alarak meşru hale gelmiştir. Ayrıca tek kriterli olan travma tanımına “kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır” eklenerek iki kriterli hale gelmiştir (Çolak ve ark., 2010).

2.1.2.2. DSM-V’e göre Tanı ve Klinik özellikleri

DSM-V’te TSSB ile ilgili gelişmeler olmuş ve TSSB kaygı bozukluklarından ayrı bir kısım olarak “Örselenme (Travma) ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) ilişkili Bozukluklar” içerisinde yer almıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

DSM-IV’te belirti kümeleri 3 kategori halindedir. DSM-V’te ise belirti kümeleri 4 kategoriye ayrılmıştır. DSM-IV’te tek küme halinde ifade edilen kaçınma/küntleşme belirtileri DSM-V’te 2 kümeye ayrılarak ifade edilmiştir. Bu iki kümeden birincisi kaçınma belirtileri, ikincisi ise bilişlerde ve duygu durumunda oluşan kalıcı negatif değişimlerdir. Kullanılan dile farklılaştırılarak “Aşırı korku, çaresizlik, dehşet” sözcükleri kullanılmamıştır. Bu ölçütün TSSB’nin ortaya çıkışını öngörmede işe yarar olmadığı düşünülmüştür. Davranışsal semptomlar daha fazla dikkate alınmıştır. DSM-IV’te kullanılan akut ve kronik ayrımı DSM-V’te kullanılmamıştır. TSSB semptomlarının travmatik olayın üzerinden 6 ay veya fazla süre geçmesinin ardından ortaya çıkması durumunda Gecikmiş TSSB tanısı önerilmiştir. Dissosiyatif alt tip eklenmiştir. 6 yaş ve daha küçük yaşlardaki çocuklarda görülen semptomlara “olayın hikaye ve oyun ile ifade edilerek tekrardan deneyimleme” gibi yeni kriterler eklenmiştir. Bu sayede TSSB’de yetişkin ve küçük çocuk arasında görülen değişikliklere dikkat çekilmiştir. Böylece gelişimsel süreçlere daha duyarlı bir şekilde tanı konulması amaçlanmıştır (Kupfer 2013; Göklop 2013 akt. Göktepe).

1.1.2.3. TSSB Görülme Sıklığı – Epidemiyolojisi

Literatürde ulaşılabilen kaynaklara bakıldığında, travmatik deneyimlerin oldukça yaygın olduğu görülmüştür. İnsanların hayatları boyunca travmatik bir olaya maruz kalması neredeyse kaçınılmazdır. Farklı çalışmacılar tarafından yapılan farklı araştırma sonuçlarına göre TSSB’nin yaşam boyu görülme sıklığı %1-9 arasında bulunmuştur (Ertürk, 2014). 2012 Dünya Afet Raporu’na göre 2002-2011 yılları arasında 6,925 afet (doğal afetler, taşıma kazaları, iş kazaları, çeşitli kazalar) yaşandığı ve bu afetlerde etkilenen insan sayısının 2.684.329.000 olduğu belirtilmiştir (Norris, 1992, akt.

Sağaltıcı, 2013). Bireyin hayatı boyunca en az bir travmatik olay karşılaşma olasılığı erkeklerde %43-81.3, kadınlarda ise %36.7-74.2 arasında değiştiği saptanmıştır (Kessler, 1995, Davidson, 1991, Helzer, 1987 akt. Ertürk, 2014). Erkekler kaza, yangın, fiziksel saldırı, tehdit, kaçırılma, savaş vb. travmalara daha sık maruz kalırken, kadınlar cinsel istismar başta olmak üzere istismar ve ihmal çeşitlerine daha fazla maruz kalmaktadırlar (Sağaltıcı, 2013). Ulaşılabilen kaynaklar incelendiğinde, TSSB'nin yaygınlığı konusunda toplumlar arasında belirgin farklılıklar olduğu görülmektedir. Bir çok kaynakta bu farklılığa, toplumların coğrafi konumlarına göre doğal afetlerin çeşidi ve sıklığı, savaş yaşama oranları vb. konuların neden olabileceği düşünülmektedir.

2.1.2.4 TSSB Nedenleri – Etiyolojisi

Tehlike algıladığımızda ya da tehdit altında olduğumuzu hissettiğimizde savaş ya da kaç mekanizması hayatta kalma tepkilerimize enerji gönderir ve uyarılırız. Eğer bu enerjiyi söz konusu tehdide karşı kullanarak, organizma kendini aktif ve etkili bir şekilde savunabilirse enerji boşaltılarak sinir sistemi normal fonksiyonuna geri dönmektedir. Tehdit ile başarılı bir biçimde başa çıkılamadığı takdirde ise enerji bedende kalmaktadır. Bu durumda da organizma sürekli bir biçimde tehlikenin devam etmekte olduğu sonucuna vararak sürekli uyarılış halde bulunur (Levine ve Frederick, 2013).

Porges, kişinin çevresindeki göreceli tehlike ve güvenliği değerlendirme kapasitesini tanımlamak için “nöro-algi” kelimesini kullanmıştır. Travmanın ardından, dünyanın, risk ve güvenlik için değişmiş farklı bir sinir sistemi ile algılandığı belirtilmiştir (Van der Kolk, 2018). Bunda vagus sinirinin çok yönlü ve merkezi bir rolü olduğu ifade edilmiştir. Bireyin güvenliği tehdit edildiğinde öncelikle sosyal katılım sistemi devreye girmekte, ses tonu, bakış ve ifadeler ile etrafa yardım çağrısı gönderilmektedir. Yardım çağrısına kimse karşılık vermediğinde, tehdit artmakta ve daha eski limbik sistem devreye girmekte ve sempatik sinir sistemi savaş ya da kaç durumuna hazırlanmak için bedenın yönetimini ele geçirmektedir. Son olarak kurtuluş için bir yol bulunamadığında acil durum sistemi ,dorsal vagal kompleks, harekete geçirilmektedir. Bu sistem diyaframdan, mideye, böbreklere ve bağırsaklara dek uzanmakta ve sert bir şekilde metabolizmayı zayıflatmaktadır. Kişinin kalp atışları zayıflar, nefes alamaz hale gelir, bağırsaklar çalışmaz ya da boşalır ve beden çöküş/donma anını yaşar (Van der Kolk, 2018, s.82). Acil durum sistemi bir kere

yönetimi ele geçirdiğinde kişi için, kendi ve diğer insanların önemini yitirdiği, farkındalığın kapandığı ve artık fiziksel bir acı hissedilmeyeceği bildirilmektedir. Solomon, beynin strese tepki vermek için salgıladığı endorfinlerin morfin benzeri kimyasal olduğunu ifade etmiştir. 1946 yılında İtalya cephelelerinde ciddi şekilde yaralanan askerlerin %75'inin morfine gerek duymadığı belirtilmiştir ve Henry K. Becheer “güçlü duygularına fiziksel acıyı bloke edebildiğini” söylemiştir (Van der Kolk, 2018, s.32-33). Van der Kolk ve arkadaşları Vietnam gazileri ile bir deney ve gözlem çalışması yaparak bu bilgiyi doğrulamıştır (Van der Kolk, 2018).

Travmatik bir yaşantının ardından hangi bireylerde TSSB gelişeceğini net bir şekilde tahmin etmenin çok mümkün olmadığı ifade edilmektedir. Ancak TSSB için risk faktörleri; *travma öncesi risk faktörleri* (cinsiyet, kişilik özelliği, düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim seviyesi, daha önce travmatik yaşantısı olması, ırk, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olması), *peritravmatik risk faktörleri* (travmanın şiddeti, algılanan hayati tehlike, peritravmatik emosyon, peritravmatik dissosiyasyon), *travma sonrası risk faktörleri* (sosyal desteğin düşük olması, travma sonrası yaşam stresörleri) şeklinde sınıflandırılıp değerlendirilebilmektedir (Sağaltıcı, 2013).

2.1.3. Çocukluk Çağında Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Çocuk çağı travmalarına ilk dikkat çeken kişiler Kempe ve Helfer (1972), “ebeveynlerin veya birincil bakım verenlerin gerçekleştirdiği ya da gerçekleştirmediği ihmal ettiği eylemler sonucunda çocukların kaza dışı zarar görmeleri” olarak tanımlamışlardır. Çocukluk çağı travmalarını; fiziksel/duygusal/cinsel istismar ve fiziksel/duygusal/cinsel/egitimsel ihmaller olarak sınıflamışlardır. Her birinin ayrıntılı olarak tanımlamalarını yapmışlardır (Çelik, 2017).

Erken gelişimsel dönemde kazanılan bağlanma, duygulanımı düzenleme, özerklik gelişimi ve özgüven duyguları, bu dönemde yaşanan travmalar ve ve travma sonrası yeterli desteğin verilememesi nedeniyle sekteye uğramaktadır. Özellikle de bu gelişimsel dönemde meydana gelen psikolojik problemler yaşamın ilerleyen zamanlarında da devam ederek yetişkinlik hayatını olumsuz etkileyebilmektedir (Hergüner, 2011, akt. Göktepe, 2014).

2.1.3.1. Doğal Afetler, Savaşlar, Kazalar ve Hastalıklar

Travmaya neden olabilecek faktörlerden bazısı doğal afetler, savaşlar, kazalar ve hastalıklar olarak değerlendirilmektedir. Doğal afet ve savaş gibi olaylar büyük insan kitlelerini olumsuz etkilemekte, büyük çapta yıkıma, maddi hasara, fiziksel yaralanmaya, can kaybına neden olmakta ve toplumsal boyutlarda sıkıntı yaratmaktadır. Belter ve Shannon (1993), savaş vb. gibi insanın neden olduğu felaketlerde olay için suçlanacak biri bulunduğu ve duyguların daha kolay dışsallaştırılabildiğini ifade etmişlerdir. Fakat doğal afetler ve hastalıkta kişi, neden olarak somut bir açıklamada zorlandığı, bu durumda duygularını içe döndürerek sorumluluğu kendilerinde bulabileceklerini, sadece bir kısmının “kader”, “tanrı’nın işi” diyerek kendilerini rahatlatabileceklerini ifade etmişlerdir (Özgentürk, 2004).

Doğal afet, savaş, kaza ve hastalıkların çocuğu etkilemesinde ve travmaya sebep olmasında, çocuğun olay sırasında hayatından şüphe etmesi, ölü/yaralı insanları görmesi, yakınlarını kaybetmesi, olayın ani olması ve yaşamı tehdit etme derecesi ile yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir. Buna ek olarak toplum, bireyin fiziksel ve duygusal destek sistemini oluşturmaktadır. Toplumun büyük bir kısmını etkileyen, insanların iş kaynaklarını yok eden felaketlerin çocuklar üzerinde de da çok etki göstereceği bildirilmektedir (Koç ve ark., 2012).

2.1.3.2. Kayıp Travması

Ruppert (2011) bir insanın, istemediği halde temel ve çok önemli bir duygusal ve ruhsal bağın kaybindan dolayı acı çektiği ve çözümü için yapacak bir şey bulamadığı durumlara “*kayıp travması*” denebileceğini belirtmiştir. Travmatik deneyim olarak nitelendirebilmek için kaybedilen şeyin, kişiye kendini çaresiz ve güçsüz hissettirmesi, kaybedilen şeyin hayati önemde olması ve kaybedilen şey ile yakın bir duygusal bağ kurmuş olması gerekmektedir (Ruppert, 2011). Bu yüzden çocuğun evlatlık veya bakım altına verilmesi, devlet tarafından koruma altına alınması sebepleri ile biyolojik ebeveynlerinden ayrılması da kayıp travması olarak nitelendirilebilmektedir. Evlatlık verilen çocukların kaybettiği şey sadece ebeveyni olmamakta, bütün bir aile sistemini, aileye üyeliklerini ve kardeşleriyle bağlandıkları ilişkilerini de kaybetmektedirler (Ruppert, 2011).

Kayıp travmaları hakkında yayımlanan bir araştırmada, 14 kayıp travması yaşayan ve 45 farklı türlerde travma yaşayan çocukların TSSB semptom seviyeleri karşılaştırılmış ve aralarında anlamlı bir fark görülememiştir (Taylor ve ark., 2009, akt. Göktepe, 2014).

Ebeveynler ile olan bağı, bir çocuğun yaşamını sürdürmesinde önemli bir faktör olarak görülmektedir. Bu yüzden de biyolojik anneden ayrılmak çok büyük etkileri olan, acı verici, sarsıcı bir deneyim ve bir kayıp travması olarak adlandırılmaktadır (Ruppert, 2011).

2.1.3.3. İhmal

İhmal, çocuğun birincil bakım verenleri tarafından beslenme, barınma, giyim, hijyen, oyun, eğitim, güvenlik ve sağlık hizmeti sağlama görevinin reddedilmesi ya da yerine getirilmemesidir. Fiziksel ve duygusal sağlığa bilinçli ve isteyerek zarar verildiği takdirde aktif çocuk ihmalinden; bilgi eksikliği, yetersiz imkanlar ve umursamazlık gibi nedenlerle oluştuğunda ise pasif çocuk ihmalinden söz edilmektedir (İşiten, 2014).

Çocuğun fiziksel ve ruhsal gelişimi için fizyolojik ihtiyaçlarının yanında mutlaka duygusal ihtiyaçlarının da karşılanması gerekmektedir. Yalnız bırakılmak ve ebeveynin fiziksel ya da duygusal olarak ulaşılmaz olması, bir çocuğun terk edilme anksiyetesi yaşamasına, çaresizlik hissi ile yoğun stres altına girmesine sebep olmaktadır. İhmal başlı başına travmatik olarak görülme bile, çocuğun o bunu yaşama sıklığı ve deneyimleme şekli travmatik olabilmektedir (Milot, 2010 akt. Göktepe, 2014).

Milot ve ark. (2010) Sherbrooke Üniversitesi'nde, 33 ihmal edilmiş ve 72 ihmal edilmemiş okul öncesi çocuklar ile yaptıkları bir çalışmada, ihmale uğrayan grubun ihmale uğramayan gruba göre daha fazla TSSB ve dissosiasyon belirtisi gösterdiğini belirtmişlerdir.

Çocuğun fiziksel olarak sağlıklı büyümesini olumsuz yönde etkileyen beslenme, hijyen, tıbbi gereksinimlerinin karşılanmaması fiziksel ihmal olarak değerlendirilmektedir. Çocuğun en iyi biçimde gelişmesini sağlayacak duygusal paylaşımın olmaması duygusal ihmal, çocuğun kabiliyet ve kapasitesine uygun eğitim olanaklarından yararlanamaması eğitim ihmali, kurum ve kuruluşların sorumlu oldukları alanlarda duyarsız davranmaları sonucu oluşan durumlar sosyal ihmal olarak adlandırılmaktadır. İhmal farklı şekillerde kategorize edilse de genelde beraber ve iç içe

geçmiş olarak görülmektedir. Örneğin; çocuk fiziksel olarak ihmal edildiğinde çoğunlukla duygusal ihmal de beraberinde gelmektedir. İhmal, özellikle gelişim geriliği gösteren, ciddi hijyen problemleri olan, psiko-sosyal uyumda zorluk yaşayan ve eğitim gereksinimleri karşılanmayan çocuklarda akla gelmelidir (Kara ve ark., 2004).

2.1.3.4. İstismar

Dünya Sağlık Örgütü, çocuğun sağlığını, fiziksel gelişimini olumsuz yönde etkileyen, bir yetişkin veya toplum tarafından bilinçli veya bilinçsizce gerçekleştirilen eylemleri çocuk istismarı olarak tanımlamaktadır (Korkmazlar ve ark., 2010). 18 yaşın altında olan bireylerin; erişkinler tarafından fiziksel, zihinsel, ekonomik, cinsel, duygusal olarak zarar görmesine neden olan, çocuğun bedensel ve ruhsal sağlığını zarara uğratan, bilerek ya da bilmeyerek yapılmış her türlü davranışı içermektedir (Ziyalar ve Yetiş, 2013).

Ebeveyn ya da birincil bakım verenin, çocuğa zarar verici bir olay yaşatması ya da buna sebep olması istismarı “*aktif*” bir olgu/eylem yaparken, ebeveyn ya da birincil bakım verenin, çocuğa bakma ve koruma yükümlülüklerini gereğince yerine getirmemesi ise ihmali “*pasif*” bir olgu/eylem haline getirmektedir (İşiten, 2014).

İhmal ve istismarın farklı çeşitleri olmasına karşın, sonucunda benzer tepkilere yol açmaktadırlar. 2008’de gerçekleştirilen bir araştırmada 4-11 yaş arasında, koruma ve bakım altına alınmış istismar (fiziksel, cinsel ve çoklu) ve ihmal mağduru çocukların TSSB semptomlarında anlamlı herhangi bir fark görülmemiştir (Milot, 2010).

Çocuk istismarı, farklı ve karmaşık sebepleri olan, trajik sonuçlar ortaya çıkaran, tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psiko-sosyal yönleri olan ciddi bir halk sağlığı problemidir (Kara ve ark., 2004).

2.1.3.4.1. Fiziksel İstismar

UNICEF “istenmeyen bir kaza kaza sonucu olmayan, çocuğa acı veren, gelişimine ve işlevselliğinde kısa süreli ya da kalıcı zarara sebep olabilecek şiddet içeren hareketleri” fiziksel istismar olarak tanımlamaktadır. Fiziksel istismarın sebeplerine bakıldığında yetişkinin itaati sağlamaya çalışması, çocuğu cezalandırma

yöntemi ya da yetişkinin öfke boşaltma amacı ile gerçekleştirdiği görülmektedir. İstismar elle veya aletle gerçekleştirilebilir. İstismar sonucu oluşan fiziksel problemler; ekimozlar, yanık, çatlak ve kırıklar, kafa içi travması, göz lezyonları ve görme kayıpları, karın ve göğüs içi organlarda hasar şeklinde olabileceği belirtilmektedir. Çocuklarda ikinci en sık ölüm nedeni fiziksel istismar olduğu bildirilmekte ve şiddete bağlı çocuk ölümlerinin %40'ının aile içi şiddetten kaynaklandığı ifade edilmektedir (İşiten, 2014). Literatürde fiziksel istismar ile ilgili ilk tanımlama Tardieu tarafından (1860) yapılmıştır. Kempe ve arkadaşları (1962) ilk kez “Hırpalanmış Çocuk Sendromu” ifadesini kullanmış ve yaptıkları yayın tarihsel açıdan önemli bir yer tutmaktadır (Geçkil, 2017). Etkisi günümüze kadar devam eden en önemli gelişme 1989’da Birleşmiş Milletler’ce kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi’dir (Kara ve ark., 2004).

Bu konu ile ilgili ulaşılabilen kaynaklara bakıldığında, dünyadaki verilerin farklılık gösterdiği dikkati çekmektedir. Birleşmiş Milletler Çocuk Koruma Ofisi 2007 yılında yayımladığı bir raporda 794000 çocuk istismarı vakası belirlemiş ve bunların %26,4’ünü fiziksel istismarın oluşturduğu ifade edilmiştir. Bununla birlikte 1760 çocuğun maruz kaldığı fiziksel istismar nedeniyle yaşamını kaybettiği ve bu rakamların gerçek rakamların altında olduğu tahmin edilmektedir. 2012 yılında İngiltere’de 0-12 ay aralığı dönemde çocuklarda koruma altına alınma oranının %13 olduğu, bunların %16’sını fiziksel istismarın oluşturduğu bildirilmiştir. İran’da yapılan bir sistemli bir şekilde yapılan bir çalışmada fiziksel istismar oranının %43,59 olduğu bildirilmiştir. ABD ve Şili’de bu istismar oranı %4-85, Filipinler’de %21-82, Mısır’da %26-72 ve Hindistan’da %36-70 arasında değiştiği belirtilmektedir. Kolombiya, Hindistan, Rusya ve İzlanda’da toplam 459 çocukla yapılan uluslararası bir çalışmada son bir yıl içerisinde fiziksel istismara maruz kalan çocuk oranı %55 olduğu belirtilmekte ve bu çocukların %51’inin evde şiddete maruz kaldığı görülmektedir (Geçkil, 2017; Çelik ve ark., 2018).

Türkiye’de ise ulaşılabilen kaynaklara bakıldığında istismar ile ilgili ilk çalışmaların 1980’li yıllar da olduğu görülmektedir. Bilir ve arkadaşlarının (1986) Türkiye’de sekiz ilde, 4-12 yaş aralığında 16100 çocuğun katıldığı bir araştırma yapılmıştır. Fiziksel istismar oranlarını belirleyebilmek amacıyla yaptıkları araştırma, ilk araştırma niteliği taşıyan çalışmalardan birisi olmuştur. Daha sonra Bilir ve arkadaşları (1991) çalışmayı 16 ilde 50.473 çocuk üzerinde yaparak genişletmişlerdir. Çalışmanın

sonuçlarına bakıldığında 4-12 yaş kız örnekleminin %62.4'ünün, 4-12 yaş erkek örnekleminin ise %62-9'unun fiziksel istismara uğradıkları belirtilmiştir. Fiziksel istismar oranının en yüksek olduğu yaş grubunun %67.3 oranıyla; yedi yaş grubu, en düşük olduğu yaş grubunun ise %48.7 ile oniki yaş grubu olduğu belirtilmiştir (Bilir ve ark., 1991).

Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalar, çocuk fiziksel istismarı oranlarının %13,9 ile %87 arasında farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır (Geçkil, 2017). T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) 2008 yılında UNICEF ile birlikte, 235 katılımcının bulunduğu “Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması” yaparak bir rapor yayınlamıştır. Bu rapora göre; çocukların %25’nin ihmale maruz kaldığı görülmektedir. 7-18 yaşlar arasındaki çocukların %56’sının fiziksel istismara tanık olduğu belirtilmiştir. Fiziksel istismara maruz kaldığını belirtenlerin oranı %45 olmuştur (Korkmazlar ve ark., 2008; Demirkapı, 2013; Çelik ve ark., 2018).

Araştırmalar, fiziksel istismarın tekrarlanma olasılığının %50, ölümle sonuçlanma olasılığının ise %10 olduğunu göstermektedir (Şenkal, 2013). Fiziksel istismar vakalarında uygun psikiyatrik, tıbbi ve hukuki müdahalelerin eş zamanlı yapılması gerekmektedir. Fiziksel istismar tespit edilen çocukların kardeşlerinde aynı istismarın görülme oranının %20 olduğu belirtilmektedir. Bu sebeple vakaların kardeşlerinin mümkün olan en kısa sürede muayene edilmeleri gerekmektedir. Gerekirse ebeveyn ya da birincil bakım verenlerin psikiyatrik değerlendirmeleri yapılmalıdır. Çocuk ve aileye uygun gerekli müdahalelerin yapılamadığı durumlarda eve gönderilen vakaların %5’i öldürülmekte, %25’i yeniden ağır fiziksel travmaya uğramaktadır (İşiten, 2014). Belirtilen tüm bu oranlar konunun ciddiyetini bize göstermektedir.

Çocuklar kendileri fiziksel istismara uğramasalar bile, ebeveyn, kardeş ya da yakınlarının fiziksel istismara uğradığına şahit olduklarında psikolojik sorunlar gösterdiğini kanıtlayan çok sayıda araştırma bulunmaktadır (Pelcovitz, 2000; Güler ve ark., 2002; Taner ve Gökler 2004; Şendil ve Kızıldağ, 2005; SHÇEK, 2008; Milot, 2010).

Fiziksel istismar ile ilgili ulaşılabilen kaynaklara bakıldığında, fiziksel istismar sonucu akademik başarısızlık, düşük benlik saygısı, gelişim geriliği, davranış

problemleri, alt ıslatma, tik bozuklukları, madde kötüye kullanımı, kişilik bozuklukları, depresyon, kaygı bozuklukları, suça eğilim ve ağır fiziksel istismar olgularında da TSSB'ye rastlandığı görülmüştür (Taner ve Gökler 2004; Şendil ve Kızıldağ, 2005; Demirkapı, 2013).

2.1.3.4.2. Cinsel İstismar

Dünya Sağlık Örgütü, cinsel istismarı “Toplumun değer yargılarına ve kanunlara uymayan veya çocuğun ruhsal, biyolojik ve duygusal anlamda cevap veremeyeceği cinsel içerikli davranışlara maruz kalması” şeklinde tanımlamıştır. Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi (NCCAN), çocuk ve yetişkin arasındaki temas ve ilişkinin, o erişkin veya başka bir kişinin cinsel uyarım için kullanılmasını cinsel istismar olarak tanımlamaktadır. Çocuğun kendisinden en az 4 yaş büyük bir kişi tarafından cinsel haz amacı ile zorla ya da ikna edilerek cinsel etkileşime maruz bırakılmasıdır (Koç, 2007). Cinsel oyun ve cinsel istismar birbiri ile karıştırılmamalıdır. Aynı gelişimsel dönemdeki çocukların merak duygusu ile birbirlerinin cinsel organlarına bakması veya ellemesi, herhangi bir penetrasyon olmadıkça normal kabul edilmektedir. Cinsel istismar, temaslı (okşama, sexüel penetrasyon vb.) olabileceği gibi temas içermeyen teşhircilik yapma, röntgencilik, gibi eylemler de cinsel istismar kapsamındadır (Kara ve ark., 2004).

Çocuk cinsel istismarı dünya çapında yaygın, tıbbi, sosyal, hukuki, ahlaki yönleri olan ciddi bir sorundur. Dünya’da cinsel istismarın sıklığını bildiren çalışmaların sonuçlarında anlamlı farklar görülmektedir. Cinsel istismar vakalarının yalnızca %10’unun bilindiği tahmin edilmektedir. Özdemir’e (2010) göre, cinsel istismara maruz kalmış çocuk ya da ergenler çeşitli sebepler ile bunu açıkça ifade edemezler. Bu sebepler şu şekilde ifade edilebilmektedir; kendilerine yapılan eylemi tam olarak anlamlandıramaması, istismarcının muhtemel tehditlerinden korkmaları, özellikle aile içi ve tanıdık olan istismarcıyı koruma istekleri, kendilerine inanılmayacağı düşünceleri, utanmaları. Çocuğun istismarı ifade edememesine ek olarak ne yazık ki benzer sebepler ile aileler de çocuğa yapılan istismarı saklayarak çocuğu kendisi de istismar etmektedir (Şenkal, 2013). Bu ve benzeri sebeplerden dolayı cinsel istismar vakalarının büyük bir kısmı gizli kalmakta ve gerçek veriler ulaşması zor bir hal almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 2002’de, dünya genelinde 150 milyondan fazla kız

çocuğun ve 73 milyondan fazla erkek çocuğun 18 yaşından önce zorla cinsel ilişki yaşadığını ya da fiziksel temas içeren diğer cinsel şiddet türlerini yaşamış olduğunu bildirmiştir. UNICEF ise farklı ülkelerde yaptığı çalışmalar sonucunda, bazı ülkelerde genç kızların yaklaşık yarısı ilk cinsel deneyiminin zorla olduğunu bildirmiştir. Dünya genelinde cinsel istismara maruz çocuk ve ergenlerin %71'inin kız, %29'unun erkek olduğu ve vakaların %50'sinde yineleyici cinsel istismarın olduğu ve cinsel istismar vakalarının %20-25'ni enstest vakalarının oluşturduğu bildirilmektedir. Ulaşılabilen kaynaklar incelendiğinde, cinsel istismar oranlarının kızlarda %4-62, erkeklerde %2-35 arasında olduğu görülmektedir (Peters, 1986; Putnam, 2003 akt. Şimşek, 2010).

Shcek (2008), 7-18 yaşlar arasındaki çocukların son bir yıl içinde çocukların %10'unun cinsel istismara tanık olduğu, son bir yıl içinde çocukların maruz kaldığı cinsel istismar sıklığının %3 olduğunu bildirmektedir (unicef.com.tr, 2008).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 verilerinde, 122 binden fazla çocuğun çeşitli suçlardan etkilenecek mağdur olduğunu, bunların %10'unu cinsel suç mağduru çocukların oluşturduğunu bildirilmektedir (tuik.gov.tr, 2016). Türkiye'de aile içi yaşanan cinsel istismarın kız çocuklarda 6 yaşından önce başladığı, istismarın 4-6 yıl boyunca devam ettiği ve mağdur çocukların birçoğunun şiddete de maruz kaldığı belirtilmiştir (Orakçı, 2013). Burgess ve Holmstrom (1975), cinsel istismar vakalarının büyük bir çoğunluğunda istismarcının çocuğun önceden tanıdığı bir kişi (aile içinden biri, yakın akraba, komşu) olduğunu bildirmiştir (Akt. Orakçı, 2013).

Çocuklarda cinsel istismar maruziyeti sonucu meydana gelen psikolojik hasarın boyutunu etkileyen bir takım faktörler ifade edilmektedir. Çocuğun istismara maruz kaldığı dönemin erkenliği, istismarın sayısı, istismarın süresi, cinsel temasın yoğunluğu, istismarcının çocuğa yakınlık derecesi istismar sonuçlarının o kadar örtük ve sonuçlarının o derece ciddi olduğu belirtilmektedir (Ruppert, 2011, akt. Göktepe, 2014).

Cinsel istismarın sonuçlarını inceleyen çalışmalara bakıldığında spesifik bir sendrom belirtmenin oldukça güç olduğu, istismarın farklı psikiyatrik bozukluğa neden olduğu görülmüştür. Cinsel istismarın sonucunda erken dönemde; enürezis, enkoprezis, gece terörü, TSSB, depresyon, disosiasyon, kaygı bozuklukları, reaktif bağlanma bozukluğu, düşük benlik saygısı, yıkıcı davranış bozuklukları, akademik problemler, gelişimsel gerilik, öfke patlamaları, fobi, uyku bozuklukları, cinsel içerikli konuşmalar

ve aşırı cinsel merak, mastürbasyon görülebilmektedir (Demir, 2008; Demirkapı, Orakçı, 2013; Çelik, 2017). Cinsel istismarın çocukluk yaşantısının dışında, yetişkinlik yaşantısı üzerinde de olumsuz etkileri bulunmaktadır. Cinsel istismar sonucunda ileri dönemde; kişilik bozuklukları, madde bağımlılığı, yeme bozuklukları, self-mutilasyon, majör depresyon, kompulsif bozukluklar, cinsel kimlik bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları görülebilmektedir (Orakçı, 2013; Demirkapı, 2013; Göktepe, 2014; İşiten, 2014; Nurcombe, 2000 akt. Çelik, 2017).

Literatür araştırması sırasında rastlanan farklı araştırmalarda borderline kişilik bozukluğu saptanan kişilerin %85-95'inde çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü pozitif bulunmuştur. Ayrıca cinsel istismarda bulunan kişilerin %60-95'i çocukluğunda cinsel istismar öyküsü vardır (Nurcombe, 2000 akt. Çelik, 2017).

2.1.3.4.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, erişkinler tarafından gerçekleştirilen, çocuğun kişiliğini zedeleyici ve psiko-sosyal gelişimini engelleyici eylemler olarak tanımlanmaktadır (Arslan, 2016). Aşağılama, dalga geçme, değersiz olduğunu hissettirme, tehdit etme, bağırma, duygusal olarak çocuğu reddetme, rencide ederek eleştirme eylem ve eylemsizlikleri ile çocuğun iç görüşü ve duygu bütünlüğünü bozmaktır. Özetle, çocuğa yapılan psikolojik şiddet olarak nitelendirilebilmektedir.

İki özellik duygusal istismarı diğer istismar türlerinden farklı kılmaktadır. İlk olarak, duygusal istismarın, fiziksel ve cinsel istismarda olduğu gibi somut delilleri bulunmamaktadır. İkinci olarak ise çocuk yalnızca duygusal istismara maruz kalacağı gibi fiziksel ve cinsel istismarın bir uzantısı olarak da duygusal istismara maruz kalabilmektedir (Çelik, 2017). Wright ve arkadaşları (2009) çocukluk dönemi duygusal istismarın diğer istismar çeşitlerine oranla tanımlanmasının ve tespit edilmesinin daha karmaşık olduğu, en çok gizlenebilir olduğu, en az fark edilen ve en az çalışılan fakat en sık rastlanan istismar türü olduğunu ifade etmişlerdir (Arslan, 2016).

Turhan, ve arkadaşları (2006) Türkiye’de çocuklara yönelik duygusal istismarın %78 olduğunu ifade etmişlerdir. SHÇEK ise 2008’de yayımladığı raporda 7-18 yaşlar arasındaki çocukların %49’unun duygusal istismara tanık olduğu, %51’nin duygusal istismara maruz kaldığı belirtilmektedir.

Duygusal ihmal ve istismar mağduru çocuklarda parmak emme, tırnak yeme, sallanma, saldırganlık, akran zorbalığı, uyku bozuklukları, kaygı bozukluğu, düşük benlik saygısı, pasif agresif davranışlar görülebilmektedir (Kulaksızozoğlu, 2001; Bilir ve ark., 1991).



BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Kullanılan veri toplama teknikleri bakımından yapılan araştırma, tarama modeline dayalı bir araştırmadır. Verilerin toplanmasında katılımcılara hiçbir müdahalede bulunulmamış, veriler var olduğu şekliyle yansız gözlemler yapılarak toplanmaya çalışılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini, 2019 yılı Nisan-Mayıs aylarında Bursa ilinde yaşayan 6-10 yaşları arasında olan, okula giden, ebeveyn ve birincil bakım verenleri tarafından travması olduğu belirtilen ve belirtilmeyen çocuklar oluşturmaktadır. Araştırmanın evrenini oluşturan tüm çocuklara ulaşılması mümkün görülmediğinden verilerin seçilecek bir örneklem grubundan toplanmasına karar verilmiştir.

Araştırmanın örneklemini oluşturması için 120 çocuğun birincil bakım verenlerine veri toplama araçları dağıtılmıştır. 4 çocuğun veri toplama aracındaki demografik bilgilerin eksikliği, 2 çocuğun ise öğretmeninden doldurulması beklenen veri araçlarının ulaşmaması nedeni ile 6 çocuk çalışmaya dâhil edilmemiştir. Bu sebeple, araştırmanın örneklemini 2019 yılı Nisan-Mayıs aylarında Bursa ilinde yaşayan 6-10 yaşları arasında olan, okula giden, bilinen bir travması olan ve olmayan 114 çocuk oluşturmaktadır. Çalışmaya katılım sağlayan anne-baba ve birincil bakım verenlere travma kavramının tanımı yapılarak travma türleri anlatılmış ve bu travma türlerinden birini yaşıyıp yaşamadığı bilgisi alınmıştır. Aile ve birincil bakım verenlerden 56'sı çocuğun bilinen bir travması olduğunu belirtmiş, 58'i ise çocuğunun bilinen bir travması olmadığını bildirmiştir. Araştırma örneklemini oluşturan çocukların, daha

önceden bir uzman tarafından DEHB tanı konma durumu bilinmemektedir. Araştırmada, bilinen bir travması bulunan kız n=(26) bilinen bir travması bulunan erkek n=(30), bilinen bir travması bulunmayan kız n=(31) ve bilinen bir travması bulunmayan erkek n=(27) çocuk ile çalışılmıştır.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada, veri toplama araçlarından bazıları anne-baba ya da birincil bakım verenler ile görüşmeler yapılarak, ailerden alınan yanıtlar doğrultusunda, araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Kullanılan veri toplama araçları; araştırmacı tarafından hazırlanan ve “*Demografik Bilgi Formu*”, “*Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği’nin Türkiye versiyonu (PEDS)*”, “*Conner’s Aile Değerlendirme Formu*”, “*Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay)*” kullanılmıştır. Çocukların okuldaki davranışlarını da değerlendirebilmek, bilgilerin tek yanlı olmaması ve verilerin karşılaştırılabilmesi için çocukların öğretmenleri tarafından doldurulması istenen veri toplama araçları ise; “*Conner’s Öğretmen Dercelendirme Formu*” ve “*Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay)*” ‘dir.

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik Bilgi Formu, ebeveyn ve birincil bakım verenlerden alınan yanıtlar doğrultusunda araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Literatür bilgileri göz önüne alınarak araştırmacı tarafından hazırlanan form, örnekleme dahil edilen çocukların cinsiyeti, yaşı, doğum sırası, kaç kardeşi olduğu, aile ile ilgili anne babanın birlikte olup olmadığı, ailenin sosyoekonomik düzeyi gibi bilgileri içermektedir. Ayrıca çocuğun bilinen bir travması olup olmadığı sorusuna cevap beklenmiştir. Bu doğrultuda ebeveyn ve birincil bakım verenlere travma kavramının tanımı yapılarak travma türleri anlatılmıştır. Bunun sonucunda travma var/yok kutucuklarından biri işaretlenmiştir. Var ise; çocuğun travmaya maruz kaldığı yaş, sayısı, süresi, travmanın cinsi sorularına da yanıt aranmıştır.

Araştırma için kullanılan Demografik Bilgi Formunun bir örneği Ek 1’de yer almaktadır.

3.3.2. Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği’nin Türkiye

Versiyonu (PEDS)

Araştırmada çocukların travma sonrası duygusal stres şiddetini ölçmek amacı ile Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği (PEDS) kullanılmıştır. Formdaki 4 madde boşluk doldurulması beklenmesi ve travma hakkında açık uçlu soru içermesinin bilgilerin yeterlilik derecesini etkileyebileceği düşüncesi ile ebeveyn ve birincil bakım verenlerden alınan yanıtlar doğrultusunda araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Pediatric Emotional Distress Scale (Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği) 1999 yılında F. Conway Saylor tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 2 ila 10 yaşları arasındaki çocuklarda TSSB’na bağlı olarak oluşan davranışsal belirtileri değerlendirmektedir (Göktepe, 2014).

Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği’nin (PEDS) Türkçe uyarlamasının güvenirlik ve geçerliği yüksek lisans tezinin bir parçası olarak 2014 yılında Klinik Psikolog Kübra Göktepe tarafından sonuçlandırılmıştır.

21 maddeden oluşan 4’lü Likert tipi bir ölçektir. Maddeler, anne-baba ya da çocuğa çocuğun birincil bakım verenleri tarafından yanıtlanır. Maddeler; neredeyse hiç (1), bazen (2), sıkça (3), ve çok sık (4) olarak puanlanır (Göktepe, 2014). Toplam puan 0 ila 84 arasındadır. Toplam puanın yanı sıra ölçekteki 3 farklı faktörün puanları da hesaplanabilir. Bu faktörler şunlardır; eyleme dönük davranış (acting out), kaygı/içe çekilme (anxious/withdrawn) ve korku (fearful). Ölçek puanlaması manuel olarak yapılabilmektedir (Göktepe, 2014).

PEDS ölçeğinin güvenirliği 0,85 olarak bulunması sebebi ile yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu ifade edilmektedir. Travma alanında daha önce geliştirilmiş ölçek olan ÇDDÖ ile yeni geliştirilen PEDS ölçeğinin alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (0,88). PEDS ölçeğinin test-tekrar test güvenirlik katsayısı 0,82 olarak hesaplanmıştır. Gözlemciler arası güvenirlik katsayısı 0,67 olarak bulunmuştur. Türkçe uyarlama sürecinde eklenen maddelerden oluşan Dikkat/Hafıza

Faktörünün ayırt edici geçerliliği bulunan tek faktör olduğu saptanmıştır. Ölçeğin cinsel istismar konusunda ayırt edici geçerliliğinin olduğu bilinmektedir (Göktepe, 2014).

Türkçe'ye uyarlama çalışmasının örneklemini 190'ı travmatik olay yaşamış, devlet koruması altında olarak çocuk evlerinde yaşamakta olan çocuklardan, 35'i ise bilinen bir travması olmayan ebeveynleriyle bir hayat sürdüren toplam 225 çocuk oluşmuştur (Göktepe, 2014).

Araştırma için kullanılan Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği'nin bir örneği Ek 2'de yer almaktadır.

3.3.3. Conner's Aile Değerlendirme Ölçeği (CADÖ-48)

Araştırmada çocukların ev içerisindeki tutum ve davranışlarını değerlendirmek, dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme ve davranış sorunlarını taramak ve şiddetlerini ölçmek amacı ile Conner's Aile Derecelendirme Ölçeği (CADÖ-48) kullanılmıştır. Ölçeğin yeterince açık anlaşılır olması ve açık uçlu soru içermemesi sebebi ile ebeveyn ve birincil bakım verenler tarafından doldurulmuştur.

Conner's Aile Derecelendirme Ölçeği (CADÖ-48) 6-13 yaş grubundaki çocukların DEHB ve diğer yıkıcı davranış bozuklukları belirti düzeylerini belirlemeye yönelik kullanılmaktadır. 1978 yılında Conners, Goyette, ve Ulrich tarafından geliştirilmiştir (Dereboy ve ark., 2007).

48 maddeden oluşan 4'lü Likert tipi bir ölçektir. Maddeler anne-baba ya da çocuğun birincil bakım verenleri tarafından yanıtlanır. Maddeler; hiç yok, biraz, oldukça fazla, çok fazla olarak puanlanır. Davranım problemleri, dürtüsellik/hiperaktivite, öğrenme sorunları, psikosomatik ve kaygı olmak üzere beş alt faktörden oluşmaktadır (Dereboy ve ark., 2007).

Türkiye uyarlama çalışmalarını Türkçe 2007 yılında Dereboy, Şenol, Şener tarafından yapılmıştır. 1989 yılında çeviri ve geçerlik çalışmalarına başlanmış, 1989 ve 1998 yılları içinde iki normal örneklem ve bir klinik örneklem çalışması yapılmıştır. CADÖ-48 normal örneklemini, 1992 yılında Ankara'nın çeşitli ilkokullarından alınan 954 öğrenci oluşturmuştur. Klinik örneklemini ise Gazi Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi

polikliniğinde Dikkat Eksikliği Yıkıcı Davranış Bozuklukları tanılarıyla tedavi almakta olan 270 çocuk oluşturmıştır. Testin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerde ise dikkat ve öğrenme sorunu için .67; ataklık/hiperaktivite için .82; karşı gelme için .79 ve davranım sorunu için .92 bulunmuş, öğrenme sorunu dışındaki alt ölçeklerin yeterli güvenilirlikleri olduğu görülmüştür (Dereboy ve ark., 2007).

Uyarlanmış alt ölçeklerden Davranım Sorunu için kesme puanı minimum 18, Dikkat ve Öğrenme Sorunu için kesme puanı minimum 5, Ataklık/ Hiperaktivite için kesme puanı minimum 6, Karşı Gelme için kesme puanı minimum 7 puan olarak belirlenmiştir. Alt ölçeklerden minimum puan değerleri ve üstünü alan deneklerin sorumlu alanda yer aldıkları kabul edilmiştir (Dereboy ve ark., 2007).

Araştırma için kullanılan Conner's Aile Derecelendirme Ölçeği (CADÖ-48)'nin bir örneği Ek 3'de yer almaktadır.

3.3.4. Conner's Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CÖDÖ-28)

Araştırmada çocukların davranış durumlarının öğretmen açısından değerlendirmek, öğretmen açısından dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, ve davranış sorunlarını taramak ve şiddetlerini ölçmek amacı ile Conner's Öğretmen Derecelendirme Formu (CÖDÖ-28) kullanılmıştır. Ölçek çocukların öğretmenleri tarafından doldurulmuştur.

Conners tarafından 1969'da 39 madde olarak geliştirilen Conner's Öğretmen Derecelendirme Ölçeği, 1973'de Conners ölçeği tekrardan düzenleyerek 28 maddeden oluşan kısa form haline getirilmiştir. CÖDÖ-28'in Türkiye uyarlaması 2007 yılında Dereboy ve arkadaşları tarafından tamamlanmış ve iç tutarlılık katsayıları tüm CÖDÖ-28 için .95 olarak bulunmuştur (Dereboy ve ark., 2007).

28 sorudan oluşan 4'lü Likert tipi bir ölçektir. Maddeler hiçbir zaman:0, nadiren:1 sıklıkla:2, her zaman:3 olarak puanlanır. Dereboy ve arkadaşlarının (2007) yaptığı uyarlama çalışmasında 3 faktörün ölçeğin ana çatısını oluşturduğu görülmektedir. Bunlar, Dikkat Eksikliği (DE), Hiperaktivite/Ataklık (H/A) ve Davranım Bozukluğu (DB) olmak üzere 3 temel boyuta ek olarak diğer maddeleri içeren “ Diğer

Sorunlar” dır. Ölçekten alınan yüksek puanlar yıkıcı bozukluklara özgü belirtilerin yoğunluğunu göstermektedir (Dereboy ve ark., 2007).

Araştırma için kullanılan Conner’s Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CÖDÖ-28)’nin bir örneği Ek 4’de yer almaktadır.

3.3.5. Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği – Turgay (T-DSM-IV)

Araştırmada çocukların davranış durumlarını hem anne-baba ve birincil bakım verenleri hem de öğretmenleri tarafından aynı ölçekle değerlendirebilmek amacı ile Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV’e Dayalı Tarama Ve Değerlendirme Ölçeği – Turgay (T-DSM-IV) kullanılmıştır. Ölçekler ebeveyn ya da birincil bakım verenler ve öğretmenler tarafından doldurulmuştur.

Ölçekte 9 adet dikkat eksikliği alanını tarayan, 6 adet hiperaktiviteyi tarayan , 3 adet impulsiviteyi tarayan, 8 adet karşı gelme sorunları ve KOKGB’yi tarayan ve 15 adet davranış sorunlarını ve davranım bozukluğunu tarayan madde olacak şekilde toplamda 41 madde yer almaktadır. Ölçekteki maddeler 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin Türk örnekleminde geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Ercan ve ark., 2001).

4’lü Likert tipi bir ölçektir. Maddeler; yok:0, biraz:1, fazla:2, çok fazla:3 olarak puanlanır. Dikkat eksikliğini 9, hiperaktivite ve impulsiviteyi 9, karşıt olma karşıt gelme bozukluğunu 8, davranım bozukluğunu sorgulayan 25 madde bulunmaktadır (Pekcanlar ve ark., 2000).

DEHB tanısı için; 9 adet dikkat eksikliğini sorgulayan maddenin en az 6’sından 2 veya 3 alarak minimum 12 puanı, 9 adet hiperaktivite ve impulsiviteyi sorgulayan maddenin en az 6’sından 2 veya 3 puan olarak minimum 12 puanı karşılanması gerekmektedir. KOKGB tanısı için 8 maddenin en az 4’ünden 2 veya 3 alarak minimum 8 puanı karşılanması gerekmektedir. DB tanısı için ise, 15 maddenin en az 3’ünden 2 veya 3 puan alarak minimum 6 puanı karşılaması ve bu maddeleri 6 ay veya 1 yıl süredir karşılaması gerekmektedir (Pekcanlar ve ark., 2000).

Araştırma için kullanılan Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama Ve Değerlendirme Ölçeği – Turgay (T-DSM-IV)'nin bir örneği Ek 5'de yer almaktadır.

3.4. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada, psikolojik travması olduğu bildirilen ve bildirilmeyen çocukların, aile ve öğretmenlerinden elde edilen verilerin SPSS 24 üzerinde girişleri yapılarak analize dahil edilmiştir. Kullanılan veri analiz yöntemleri olarak, demografik değişkenler bakımından travma sonrası duygusal stres Aşırı Hareketlilik, Dürtüsellik, Dikkat Eksikliği, KOKGB ve davranış bozukluğu değişkenler için ikili gruplarda Bağımsız Örneklem t Testi ve ikiden fazla grup içeren ve homojen dağılım göstermeyen değişkenler için ise Kruskal Wallis Homojenlik Testi uygulanmıştır. Ayrıca, ölçeklerin toplam puan ve alt boyutlarının korelasyonunu incelemek için Pearson Korelasyon Analizi; ilişkili saptanan araştırma değişkenlerinin değerlendirilmesi için Doğrusal Regresyon Analizi uygulanmıştır. Araştırmada anlamlılık değeri 0,05, 0,01 ve 0,001 olarak alınmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. Demografik Değişkenlerin Betimsel İstatistiklerine İlişkin Bulgular

Psikolojik travması olan ve olmayan çocukların demografik değişkenlerine ilişkin betimleyici istatistikler frekans dağılımı olarak Tablo 1’de verilmiştir:

Tablo 1. Ebeveyn ve Birincil Bakım Verenleri Tarafından Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen ve Bildirilmeyen Çocukların Demografik Değişkenlerinin Betimleyici İstatistikleri

Demografik Değişkenler (n=114)		Çocukta Psikolojik Travma Sorusuna			
		Evet		Hayır	
		N	%	N	%
Cinsiyet	Kız	26	46,4	31	53,4
	Erkek	30	53,6	27	46,6
	Toplam	56	100,0	58	100,0
Doğum Sırası	İlk Çocuk	24	42,9	33	56,9
	Ortanca Çocuk/ Ortancalardan biri	11	19,6	9	15,5
	Son Çocuk	21	37,5	16	27,6
	Toplam	56	100,0	58	100,0
Kardeş Sayısı	Kardeş Yok	7	12,5	10	17,9
	1	24	42,9	35	60,3
	2	10	17,9	11	19,0
	3	15	26,8	2	3,4
	Toplam	56	100,0	58	100,0
Anne-Baba	Evli ve Birlikte	11	19,6	41	70,7
	Evli ve Ayrı	16	28,6	6	10,3
	Boşanmış	25	44,6	11	19,0
	Vefat	4	5,4	0	0,0
	Toplam	56	100,0	58	100,0
Çocuk Kiminle Yaşıyor	Ebeveyn	11	19,6	41	70,7
	Yalnızca Anne	11	19,6	8	13,8
	Yalnızca Baba	5	8,9	3	5,2
	Diğer	29	51,8	6	10,3
	Toplam	56	100,0	58	100,0
Gelir Düzeyi	Düşük	29	51,8	16	27,6
	Orta	23	41,1	35	60,3
	Yüksek	4	7,1	7	12,1
	Toplam	56	100,0	58	100,0
DEHB Tanısı	Tanı kriterlerini karşılamıyor	28	50,0	53	91,4
	Tanı kriterlerini karşılıyor	28	50,0	5	8,6
		56	100,0	58	100,0
Yaş (ort±ss)		8,12±1,42		8,18±1,49	
Travma Yaşı		6,16±2,13			

Tablo 1’de demografik değişkenler, ebeveyn ve birincil bakım verenleri tarafından psikolojik travması olduğu bildirilen ve bildirilmeyen çocuklar gruplara ayrılarak çapraz tablo ile verilmiştir. Psikolojik travması olduğu bildirilen grupta kız çocukların oranı %46,4 ve erkek çocukların oranı %53,6’dır. Doğum sırası değişkenine göre ilk çocuk olanlar %42,9, ortanca çocuk ya da ortancalardan biri olan çocuklar %19,6 ve son çocuk olanlar %37,5 oranındadır. Kardeş sayısı değişkenine göre %12,5 kardeşi yok, %42,9 bir kardeş, %17,9 iki kardeş, %26,8 üç kardeş ve üzeri yanıtını vermiştir. Anne baba birliktelik durumuna göre, evli ve birlikte olanlar %19,6, evli ve ayrı olanlar %28,6, boşanmış olanlar %44,6 ve vefat eden %5,4 oranındadır. Çocuğun birlikte yaşadığı kişi değişkenine göre %19,6 ebeveyn, %19,6 yalnızca anne, %8,9 yalnızca baba ve %51,8 diğer olarak belirtilmiştir. Gelir düzeyi değişkenine göre düşük gelir seviyesi %51,8, orta gelir seviyesi %41,1 ve yüksek gelir seviyesi %7,1’dir. Psikolojik travması olan çocukların yaş ortalamaları 8,1 (ss=1,42) ve travma yaşi ortalaması 6,1 (ss=2,13)’dir.

Psikolojik travması olduğu bildirilmeyen çocukların bulunduğu grubun demografik değişkenleri incelendiğinde, kız çocukların oranı %53,4 ve erkek çocukların oranı %46,6’dır. Doğum sırası değişkenine göre ilk çocuk olanlar %56,9, ortanca çocuk ya da ortancalardan biri olan çocuklar %15,5 ve son çocuk olanlar %27,6 oranındadır. Kardeş sayısı değişkenine göre %17,9 kardeşi yok, %60,9 bir kardeş, %19,0 iki kardeş, %3,4 üç kardeş ve üzeri yanıtını vermiştir. Anne baba birliktelik durumuna göre, evli ve birlikte olanlar %70,7, evli ve ayrı olanlar %10,3, boşanmış olanlar %19,0 oranındadır. Çocuğun birlikte yaşadığı kişi değişkenine göre %70,7 ebeveyn, %13,8 yalnızca anne, %5,2 yalnızca baba ve %10,3 diğer olarak belirtilmiştir. Gelir düzeyi değişkenine göre düşük gelir seviyesi %27,6, orta gelir seviyesi %60,3 ve yüksek gelir seviyesi %12,1’dir. Psikolojik travması olan çocukların yaş ortalamaları 8,2 (ss=1,49)’dir.

4.2. Ebeveyn ve Birincil Bakım Vereni Tarafından Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen ocukların Travma Sonrası Duygusal Stres Ve Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite, Dürtüsellik, Karşı Gelme Sorunları Ve Davranış Sorunları şiddetlerinin Demografik Değişkenlerle Karşılaştırılması

Araştırmada, ebeveyn ve birincil bakım vereni tarafından psikolojik travma geçirdiği bildirilen ve örneklemin %49,1’ini (n=56) oluşturan çocukların dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları

şiddetleri, travma sonrası duygusal stres düzeylerini incelemek için cinsiyet, anne-baba birliktelik durumu ve çocuğun kiminle yaşadığı ve travma türü değişkenlerine göre karşılaştırma yapılmıştır. Karşılaştırma analizleri için, ikili bağımsız gruplar için Mann Whitney U testi; ikiden fazla bağımsız grup içeren değişkenlerin karşılaştırılması için Kruskal Wallis H Testi uygulanmıştır. Analizlerin belirlenmesi amacıyla yapılan normallik testi Tablo 7’de verilmiştir:

Tablo 2. Araştırma Değişkenleri ve İlgili Alt Boyutların Normallik Testi Değerleri

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	sd	p	Statistic	sd	p
PEDS Dürtüsellik	,144	56	,005	,894	56	,000
PEDS Korku endişe	,243	56	,000	,756	56	,000
PEDS Yalnızlık/uyku	,156	56	,002	,923	56	,002
PEDS Dikkat/hafıza	,168	56	,000	,852	56	,000
PEDS Somatizasyon	,287	56	,000	,777	56	,000
Dikkat Eksikliği	,189	56	,000	,809	56	,000
Aşırı Hareketlilik	,283	56	,000	,774	56	,000
Dürtüsellik	,338	56	,000	,700	56	,000
KOKGB	,171	56	,000	,848	56	,000
Davranış Bozukluğu	,207	56	,000	,812	56	,000
Conners Aile Dikkat Eksikliği	,162	56	,001	,928	56	,002
Conners Aile KOKGB	,170	56	,000	,860	56	,000
Conners Aile Hiperaktivite	,199	56	,000	,841	56	,000
Conners Aile Davranış Bozukluğu	,188	56	,000	,844	56	,000
Conners Öğretmen Dikkat Eksikliği	,117	56	,053	,943	56	,011
Conners Öğretmen Hiperaktivite	,190	56	,000	,862	56	,000

Tablo 2’de araştırma değişkenleri ve ilgili alt boyutların normallik testi incelendiğinde Kolmogorov-Smirnov ve Shaphiro-Wilk değerlerinin 0,05’in altında olması sebebiyle dağılımın tüm alt boyutlarda normal olmadığı ve analizlerde parametrik olmayan ölçümlerin yapılması gerektiği sonucu elde edilmiştir.

Tablo 3. Cinsiyet Değişkenine Göre Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Travma Sonrası Duygusal Stres Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi

PEDS Alt Boyutları	Cinsiyet	N	$\bar{X}$ Sırası	Sıralar Toplamı	U	p
PEDS Dürtüsellik	Kız	26	26,21	681,50	330,500	0,324
	Erkek	30	30,48	914,50		
	Toplam	56				
PEDS Korku Endişe	Kız	26	30,81	801,00	330,000	0,297
	Erkek	30	26,50	795,00		
	Toplam	56				
PEDS Yalnızlık/uyku	Kız	26	32,33	840,50	290,500	0,099
	Erkek	30	25,18	755,50		
	Toplam	56				
PEDS Dikkat/hafıza	Kız	26	26,27	683,00	332,000	0,329
	Erkek	30	30,43	913,00		
	Toplam	56				
PEDS Somatizasyon	Kız	26	30,71	798,50	332,500	0,310
	Erkek	30	26,58	797,50		
	Toplam	56				

PEDS: Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres

Tablo 3’te cinsiyet değişkenine göre ebeveyn ve birincil bakım vereni tarafından psikolojik travması olduğu bildirilen çocukların travma sonrası duygusal stres şiddet alt boyutlarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testi bulgularına göre cinsiyete göre alt boyut puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. Cinsiyet Değişkenine Göre Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Dikkat Eksikliği, Aşırı Hareketlilik, Dürtüsellik, Karşı Gelme Sorunları Ve Davranış Sorunları Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi

DSM'e Dayalı Tarama Ölçeği Boyutları	Cinsiyet	N	$\bar{X}$ Sırası	Sıralar Toplamı	U	P
Dikkat Eksikliği	Kız	26	26,88	699,00	348,000	0,482
	Erkek	30	29,90	897,00		
	Toplam	56				
Aşırı Hareketlilik	Kız	26	25,56	664,50	313,500	0,187
	Erkek	30	31,05	931,50		
	Toplam	56				
Dürtüsellik	Kız	26	26,83	697,50	346,500	0,427
	Erkek	30	29,95	898,50		
	Toplam	56				
Karşı Gelme Sorunları	Kız	26	28,46	740,00	389,000	0,987
	Erkek	30	28,53	856,00		
	Toplam	56				
Davranış Sorunları	Kız	26	27,62	718,00	367,000	0,695
	Erkek	30	29,27	878,00		
	Toplam	56				

Tablo 4'te ebeveyn ve birincil bakım vereni tarafından psikolojik travması olduğu bildirilen çocukların cinsiyet değişkeni bakımından dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları alt boyutlarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testi bulgularına göre puan ortalamalarının farklılığı istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 5. Cinsiyet Değişkenine Göre Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Connors Aile ve Öğretmen Formlarının Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite, Karşı Gelme Sorunları ve Davranış Sorunları Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi

Connors Alt Boyutları	Cinsiyet	N	$\bar{X}$ Sırası	Sıralar Toplamı	U	p
Dikkat Eksikliği Aile Formu	Kız	26	26,48	688,50	337,500	0,385
	Erkek	30	30,25	907,50		
	Toplam	56				
Karşı Gelme Sorunları Aile Formu	Kız	26	27,44	713,50	362,500	0,648
	Erkek	30	29,42	882,50		
	Toplam	56				
Hiperaktivite Aile Formu	Kız	26	26,73	695,00	344,000	0,443
	Erkek	30	30,03	901,00		
	Toplam	56				
Davranış Sorunları Aile Formu	Kız	26	27,38	712,00	361,000	0,631
	Erkek	30	29,47	884,00		
	Toplam	56				
Dikkat Eksikliği Öğretmen Formu	Kız	26	28,40	738,50	387,500	0,967
	Erkek	30	28,58	857,50		
	Toplam	56				
Hiperaktivite Öğretmen Formu	Kız	26	27,25	708,50	357,500	0,590
	Erkek	30	29,58	887,50		
	Toplam	56				

Tablo 5’te ebeveyn ve birincil bakım vereni tarafından psikolojik travması olduğu bildirilen çocukların cinsiyet değişkeni bakımından aile ve öğretmenin bildirdiği dikkat eksikliği, hiperaktivite, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları alt boyutlarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testi bulgularına göre puan ortalamalarının farklılığı istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6. Anne Baba Birliktelik Durumu Değişkenine Göre Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Travma Sonrası Duygusal Stres Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi

PEDS Alt Boyutları	Anne Baba Birliktelik Durumu	N	$\bar{X}$ Sırası	Sıralar Toplamı	U	p
PEDS Dürtüsellik	Evli ve birlikte	11	23,36	257,00	191,000	0,240
	Parçalanmış aile	45	29,76	1339,00		
	Toplam	56				
PEDS Korku Endişe	Evli ve birlikte	11	37,64	414,00	147,000	0,028*
	Parçalanmış aile	45	26,27	1182,00		
	Toplam	56				
PEDS Yalnızlık/uyku	Evli ve birlikte	11	35,86	394,50	166,500	0,092
	Parçalanmış aile	45	26,70	1201,50		
	Toplam	56				
PEDS Dikkat/hafıza	Evli ve birlikte	11	24,27	267,00	201,000	0,326
	Parçalanmış aile	45	29,53	1329,00		
	Toplam	56				
PEDS Somatizasyon	Evli ve birlikte	11	32,59	358,50	202,500	0,319
	Parçalanmış aile	45	27,50	1237,50		
	Toplam	56				

PEDS: Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres

*p<0,05

Tablo 6’da ebeveyn ve birincil bakım vereni tarafından psikolojik travması olduğu bildirilen çocukların anne baba birliktelik durumu değişkeni bakımından travma sonrası duygusal stres alt boyutlarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testi bulgularına göre korku ve endişe alt boyutu (U=147,000; p<0,04) anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Sonuçlara göre, anne babasıyla birlikte yaşayan ve psikolojik travması olduğu bildirilen çocukların korku ve endişe puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 7. Anne Baba Birliktelik Durumu Değişkenine Göre Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Dikkat Eksikliği, Aşırı Hareketlilik, Dürtüsellik, Karşı Gelme Sorunları ve Davranış Sorunları Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi

DSM'e Dayalı Tarama Ölçeği Boyutları	Anne Baba Birliktelik Durumu	N	$\bar{X}$ Sırası	Sıralar Toplamı	U	p
Dikkat Eksikliği	Evli ve birlikte	11	26,73	294,00	228,000	0,682
	Parçalanmış aile	45	28,93	1302,00		
	Toplam	56				
Aşırı Hareketlilik	Evli ve birlikte	11	27,09	298,00	232,000	0,737
	Parçalanmış aile	45	28,84	1298,00		
	Toplam	56				
Dürtüsellik	Evli ve birlikte	11	22,45	247,00	181,000	0,127
	Parçalanmış aile	45	29,98	1349,00		
	Toplam	56				
Karşı Gelme Sorunları	Evli ve birlikte	11	22,77	250,50	184,500	0,192
	Parçalanmış aile	45	29,90	1345,50		
	Toplam	56				
Davranış Sorunları	Evli ve birlikte	11	23,23	255,50	189,500	0,215
	Parçalanmış aile	45	29,79	1340,50		
	Toplam	56				

Tablo 7'de ebeveyn ve birincil bakım vereni tarafından psikolojik travması olduğu bildirilen çocukların anne baba birliktelik durumu değişkeni bakımından dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları alt boyutlarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testi bulgularına göre puan ortalamalarının farklılığı istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 8. Anne Baba Birliktelik Durumu Değişkenine Göre Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Conners Aile ve Öğretmen Formu Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite, Karşı Gelme Sorunları ve Davranış Sorunları Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi

Conners Alt Boyutları	Anne Baba Birliktelik Durumu	N	$\bar{X}$ Sırası	Sıralar Toplamı	U	p
Dikkat Eksikliği Aile Formu	Evli ve birlikte	11	26,00	286,00	220,000	0,568
	Parçalanmış aile	45	29,11	1310,00		
	Toplam	56				
KOKGB Aile Formu	Evli ve birlikte	11	21,73	239,00	173,000	0,121
	Parçalanmış aile	45	30,16	1357,00		
	Toplam	56				
Hiperaktivite Aile Formu	Evli ve birlikte	11	25,91	285,00	219,000	0,551
	Parçalanmış aile	45	29,13	1311,00		
	Toplam	56				
Davranış Bozukluğu Aile Formu	Evli ve birlikte	11	22,14	243,50	177,500	0,146
	Parçalanmış aile	45	30,06	1352,50		
	Toplam	56				
Dikkat Eksikliği Öğretmen Formu	Evli ve birlikte	11	24,23	266,50	200,500	0,332
	Parçalanmış aile	45	29,54	1329,50		
	Toplam	56				
Hiperaktivite Öğretmen Formu	Evli ve birlikte	11	25,14	276,50	210,500	0,441
	Parçalanmış aile	45	29,32	1319,50		
	Toplam	56				

Tablo 8’de ebeveyn ve birincil bakım vereni tarafından psikolojik travması olduğu bildirilen çocukların anne baba birliktelik durumu değişkeni bakımından aile ve öğretmenin bildirdiği dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları alt boyutlarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testi bulgularına göre puan ortalamalarının farklılığı istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9. Çocuğun Birlikte Kaldığı Kişiler Değişkenine Göre Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Travma Sonrası Duygusal Stres Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi

PEDS Alt Boyutları	Çocuğun Birlikte Kaldığı Kişiler	N	$\bar{X}$ Sırası	Sıralar Toplamı	U	p
PEDS Dürtüsellik	Anne-baba	11	20,09	221,00	155,00	0,065
	Diğer	45	29,98	1319,00		
	Toplam	56				
PEDS Korku Endişe	Anne-baba	11	29,50	324,50	225,500	0,714
	Diğer	45	27,63	1215,50		
	Toplam	56				
PEDS Yalnızlık/uyku	Anne-baba	11	28,05	308,50	241,500	0,992
	Diğer	45	27,99	1231,50		
	Toplam	56				
PEDS Dikkat/hafıza	Anne-baba	11	20,45	225,00	159,000	0,074
	Diğer	45	29,89	1315,00		
	Toplam	56				
PEDS Somatizasyon	Anne-baba	11	27,41	301,50	235,500	0,833
	Diğer	45	28,15	1238,50		
	Toplam	56				

PEDS: Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres

Tablo 9’da ebeveyn ve birincil bakım vereni tarafından psikolojik travması olduğu bildirilen çocukların birlikte kaldığı kişi değişkeni bakımından travma sonrası duygusal stres alt boyutlarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testi bulgularına göre puan ortalamalarının farklılığı istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10. Çocuğun Birlikte Kaldığı Kişiler Değişkenine Göre Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Dikkat Eksikliği, Aşırı Hareketlilik, Karşı Gelme Sorunları ve Davranış Sorunları Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi

DSM'e Dayalı Tarama Ölçeği Boyutları	Çocuğun Birlikte Kaldığı Kişiler	N	$\bar{X}$ Sırası	Sıralar Toplamı	U	p
Dikkat Eksikliği	Anne-baba	11	23,18	255,00	189,000	0,257
	Diğer	45	29,20	1285,00		
	Toplam	56				
Aşırı Hareketlilik	Anne-baba	11	24,82	273,00	207,000	0,441
	Diğer	45	28,80	1267,00		
	Toplam	56				
Dürtüsellik	Anne-baba	11	20,68	227,50	161,500	0,061
	Diğer	45	29,83	1312,50		
	Toplam	56				
Karşı Gelme Sorunları	Anne-baba	11	19,18	211,00	145,000	0,040*
	Diğer	45	30,20	1329,00		
	Toplam	56				
Davranış Sorunları	Anne-baba	11	20,09	221,00	155,000	0,058
	Diğer	45	29,98	1319,00		
	Toplam	56				

* $p < 0,05$

Tablo 10'da ebeveyn ve birincil bakım vereni tarafından psikolojik travması olduğu bildirilen çocukların birlikte kaldığı kişi değişkeni bakımından dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları alt boyutlarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testi bulgularına göre karşı gelme sorunları ($U=145,000$; $p < 0,05$) puanları anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Sonuçlara göre anne babasının yanında kalmayan çocukların karşı gelme sorunları puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 11. Çocuğun Birlikte Kaldığı Kişiler Değişkenine Göre Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Connors Aile ve Öğretmen Formu Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite, Karşı Gelme Sorunları ve Davranış Sorunları Alt Boyutlarının Mann Whitney U Testi

Connors Alt Boyutları	Çocuğun Birlikte Kaldığı Kişiler	N	$\bar{X}$ Sırası	Sıralar Toplamı	U	p
Dikkat Eksikliği Aile Formu	Anne-baba	11	22,95	252,50	186,500	0,240
	Diğer	45	29,26	1287,50		
	Toplam	56				
Karşı Gelme Sorunları Aile Formu	Anne-baba	11	19,50	214,50	148,500	0,047
	Diğer	45	30,13	1325,50		
	Toplam	56				
Hiperaktivite Aile Formu	Anne-baba	11	21,23	233,50	167,500	0,112
	Diğer	45	29,69	1306,50		
	Toplam	56				
Davranış Sorunları Aile Formu	Anne-baba	11	19,77	217,50	151,500	0,055
	Diğer	45	30,06	1322,50		
	Toplam	56				
Dikkat Eksikliği Öğretmen Formu	Anne-baba	11	22,27	245,00	179,000	0,185
	Diğer	45	29,43	1295,00		
	Toplam	56				
Hiperaktivite Öğretmen Formu	Anne-baba	11	21,55	237,00	171,000	0,131
	Diğer	45	29,61	1303,00		
	Toplam	56				

Tablo 11’de ebeveyn ve birincil bakım vereni tarafından psikolojik travması olduğu bildirilen çocukların birlikte kaldığı kişi değişkeni bakımından aile ve öğretmenin bildirdiği dikkat eksikliği, hiperaktivite, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları boyutlarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testi bulgularına göre puan ortalamalarının farklılığı istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.3. Ebeveyn ve Birincil Bakım Vereni Tarafından Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Ve Bildirilmeyen Çocukların Travma Sonrası Duygusal Stres, Dikkat Eksikliği, Dürtüsellik Ve Kokgb Belirtilerinin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Ebeveyn ve birincil bakım vereni tarafından psikolojik travması olduğu bildirilen çocukların travma sonrası duygusal stres ve dikkat eksikliği, dürtüsellik ve karşı gelme sorunları belirtilerinin incelenmesi için ikili gruplarla Bağımsız Örneklem t Testi, ikiden fazla grup içeren sosyodemografik değişkenlerin karşılaştırılmasında, grupların homojen dağılmaması sebebiyle Kruskal Wallis Homojenlik Testi uygulanmıştır. Analizlerde anlamlılık değeri 0,01, 0,001 ve 0,05 düzeylerinde alınmıştır.

Tablo 12. Ebeveyn ve Birincil Bakım Verenin Bildirdiği Psikolojik Travma Değişkenine Göre Çocukların Travma Sonrası Duygusal Stres Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi

PEDS Alt Boyutları	Psikolojik Travma	N	$\bar{X}$	SS	t	p
PEDS Dürtüsellik	Evet	56	9,26	4,27	5,500	0,000***
	Hayır	58	5,56	2,76		
PEDS Korku Endişe	Evet	56	5,10	2,74	5,349	0,000***
	Hayır	58	3,15	,410		
PEDS Yalnızlık/uyku	Evet	56	6,75	2,82	7,876	0,000***
	Hayır	58	3,67	,925		
PEDS Dikkat/hafıza	Evet	56	5,01	2,35	5,314	0,000***
	Hayır	58	2,98	1,69		
PEDS Somatizasyon	Evet	56	3,51	1,90	3,914	0,000***
	Hayır	58	2,39	1,04		

***p<0,001

Tablo 12’de ebeveyn ve birincil bakım verenin bildirdiği psikolojik travma değişkenine göre travma sonrası duygusal stres (PEDS) alt boyutlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi bulgularına göre, dürtüsellik (t=5,500; p<0,001), korku/endişe (t=5,349; p<0,001), yalnızlık/uyku (t=7,876; p<0,001), dikkat/hafıza (t=5,314; p<0,001) ve somatizasyon (t=3,914; p<0,001) alt boyutlarının puan

ortalamalarının gruptaki farklılığı istatistiksel olarak anlamlıdır. Sonuçlara göre ebeveyn ve birincil bakım vereni tarafından psikolojik travması olduğu bildirilen çocukların travma sonrası duygusal stres alt boyutlarının tümünde puanları daha yüksektir.

Tablo 13. Ebeveyn ve Birincil Bakım Vereninin Bildirdiği Psikolojik Travma Değişkenine Göre Çocukların Dikkat Eksikliği, Aşırı Hareketlilik, Dürtüsellik, Karşı Gelme Sorunları ve Davranış Sorunları Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi

DSM'e Dayalı Tarama Ölçeği Boyutları	Psikolojik Travma	N	$\bar{X}$	SS	t	p
Dikkat Eksikliği	Evet	56	13,07	11,40	5,316	0,000***
	Hayır	58	3,60	7,22		
Aşırı Hareketlilik	Evet	56	6,82	7,45	3,900	0,000***
	Hayır	58	2,32	4,55		
Dürtüsellik	Evet	56	2,64	3,62	1,797	0,075
	Hayır	58	1,62	2,33		
Karşı Gelme Sorunları	Evet	56	11,82	9,44	6,145	0,000***
	Hayır	58	2,87	5,70		
Davranış Sorunları	Evet	56	7,75	9,34	4,799	0,000***
	Hayır	58	1,31	4,05		

***p<0,001

Tablo 13'te ebeveyn ve birincil bakım vereninin bildirdiği psikolojik travma değişkenine göre DEHB alt boyutlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi bulgularına göre, dikkat eksikliği(t=5,316; p<0,001), aşırı hareketlilik (t=3,900; p<0,001), karşı gelme sorunları (t=6,145; p<0,001) ve davranış sorunları (t=4,799; p<0,001) alt boyutlarının puan ortalamalarının gruptaki farklılığı istatistiksel olarak anlamlıdır. Sonuçlara göre ebeveyn ve birincil bakım vereni tarafından psikolojik travması olduğu bildirilen çocukların dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları puanları daha yüksektir.

Tablo 14. Ebeveyn ve Birincil Bakım Verenin Bildirdiği Psikolojik Travma Değişkenine Göre Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen ve Bildirilmeyen Çocuklarda Conners Aile ve Öğretmen Formlarında Dikkat Eksikliği, Aşırı Hareketlilik, Dikkat Eksikliği, Karşı Gelme Sorunları ve Davranış Sorunları Boyutlarının Bağımsız Örneklem t Testi

Conners Alt Boyutları	Psikolojik Travma	N	$\bar{X}$	SS	t	p
Dikkat Eksikliği Aile Formu	Evet	56	10,30	4,14	6,518	0,000***
	Hayır	58	6,46	1,67		
Karşı Gelme Sorunları Aile Formu	Evet	56	11,46	5,72	5,716	0,000***
	Hayır	58	6,56	3,07		
Hiperaktivite Aile Formu	Evet	56	8,83	4,53	4,068	0,000***
	Hayır	58	5,87	3,12		
Davranış Bozukluğu Aile Formu	Evet	56	24,03	12,40	5,555	0,000***
	Hayır	58	13,86	6,27		
Dikkat Eksikliği Öğretmen Formu	Evet	56	24,53	9,56	5,860	0,000***
	Hayır	58	15,44	6,80		
Hiperaktivite Öğretmen Formu	Evet	56	24,71	11,66	5,437	0,000***
	Hayır	58	14,84	7,29		

***p<0,001

Tablo 14'te ebeveyn ve birincil bakım verenin bildirdiği psikolojik travma değişkenine göre aile ve öğretmenlerin bildirdiği dikkat eksikliği, hiperaktivite, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları boyutlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız örneklem t testi bulgularına göre, ailenin bildirdiği dikkat eksikliği (t=6,518; p<0,001), hiperaktivite (t=4,068; p<0,001), karşı gelme sorunları (t=5,716; p<0,001), ve davranış sorunları (t=5,555; p<0,001) ile öğretmenin bildirdiği dikkat eksikliği (t=5,860; p<0,001) ve hiperaktivite (t=5,437; p<0,001) alt boyutlarının puan ortalamalarının gruplardaki farklılığı istatistiksel olarak anlamlıdır. Sonuçlara göre psikolojik travması olduğu bildirilen çocukların, aile ve öğretmenlerinin bildirdiği

dikkat eksikliği, hiperaktivite, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları boyutlarından aldıkları puanlar daha yüksektir.

4.4. Ebeveyn ve Birincil Bakım Vereni Tarafından Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Travma Sonrası Duygusal Stres, Dikkat Eksikliği, Aşırı Hareketlilik, Dürtüsellik, KOKGB, Davranış Bozukluğu Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ebeveyn ve birincil bakım vereni tarafından psikolojik travması olduğu bildirilen çocukların aile ve öğretmenlerine uygulanan anketlerden elde edilen veriler doğrultusunda, araştırma değişkenleri arasındaki ilişki incelenmiştir. İlişkisel analiz için Pearson Korelasyonu uygulanmıştır. Korelasyonu saptanan değişkenlerin yordayıcılığını incelemek için doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analizlerde anlamlılık değeri 0,01 ve 0,05 düzeyinde alınmıştır.

Tablo 15. Ebeveyn ve Birincil Bakım Vereni Tarafından Psikolojik Travması Olduğu Bildirilen Çocukların Travma Sonrası Duygusal Stres, Dikkat Eksikliği, Aşırı Hareketlilik, Dürtüsellik, Karşı Gelme Sorunları, Davranış Sorunları Boyutları Arasındaki Spearman Korelasyonu

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Çocukluk Çağı	PEDS Dürtüsellik	1,000															
Travma Sonrası	PEDS Korku Endişe	,146	1,000														
Duygusal Stres	PEDS Yalnızlık/uyku	,289*	,702**	1,000													
Ölçeği	PEDS Dikkat/hafıza	,872**	,287*	,404**	1,000												
	PEDS Somatizasyon	,260	,448**	,570**	,314*	1,000											
DSM'e Dayalı	Dikkat Eksikliği	,838**	,239	,371**	,931**	,266*	1,000										
Tarama Ölçeği	Aşırı Hareketlilik	,725**	,115	,297*	,782**	,076	,854**	1,000									
	Dürtüsellik	,709**	-,029	,244	,675**	,215	,702**	,805**	1,000								
	Karşı Gelme Sorunları	,836**	,164	,381**	,796**	,216	,819**	,693**	,600**	1,000							
	Davranış Sorunları	,802**	,136	,259	,770**	,007	,787**	,691**	,579**	,885**	1,000						
Conners Aile	Dikkat Eksikliği	,745**	,445**	,541**	,790**	,612**	,768**	,626**	,572**	,722**	,595**	1,000					
Değerlendirme	Karşı Gelme Sorunları	,847**	,091	,254	,817**	,047	,828**	,724**	,598**	,926**	,934**	,604**	1,000				
Formu	Hiperaktivite	,795**	,124	,332*	,818**	,106	,818**	,919**	,833**	,748**	,743**	,652**	,757**	1,000			
	Davranış Sorunları	,856**	,090	,253	,820**	,052	,848**	,744**	,618**	,925**	,937**	,635**	,977**	,766**	1,000		
Conners Öğretmen	Dikkat Eksikliği	,784**	,299*	,436**	,858**	,305*	,835**	,693**	,542**	,853**	,790**	,777**	,817**	,693**	,843**	1,000	
Derecelendirme	Hiperaktivite	,845**	,188	,371**	,874**	,104	,884**	,849**	,699**	,910**	,896**	,688**	,930**	,855**	,940**	,865**	1,000
Formu																	

*p<0,05

**p<0,01

*p<0,05

Tablo 15'te korelasyon bulgularına göre,

PEDS dürtüsellik ile dikkat eksikliği ($r=,838$; $p<0,001$), aşırı hareketlilik ($r=,725$; $p<0,001$), dürtüsellik ($r=,709$; $p<0,001$), karşı gelme sorunları ($r=,836$; $p<0,001$), davranış sorunları ($r=,802$; $p<0,001$), ailenin bildirdiği dikkat eksikliği ($r=,745$; $p<0,001$), karşı gelme sorunları ($r=,847$; $p<0,001$), hiperaktivite ($r=,795$; $p<0,001$), davranış sorunları ($r=,856$; $p<0,001$), öğretmenin bildirdiği dikkat eksikliği ($r=,784$; $p<0,001$) ve hiperaktivite ($r=,845$; $p<0,001$) güçlü ve pozitif yönlü anlamlı ilişkili bulunmuştur.

PEDS korku/endişe ile ailenin bildirdiği dikkat eksikliği ($r=,445$; $p<0,001$) ve öğretmenin bildirdiği dikkat eksikliği ($r=,299$; $p<0,05$) zayıf ve pozitif yönlü anlamlı ilişkili bulunmuştur.

PEDS yalnızlık/uyku ile dikkat eksikliği ($r=,371$; $p<0,001$), aşırı hareketlilik ($r=,297$; $p<0,001$), dürtüsellik ($r=,244$; $p<0,001$), karşı gelme sorunları ($r=,381$; $p<0,001$), ailenin bildirdiği dikkat eksikliği ($r=,541$; $p<0,001$), hiperaktivite ($r=,332$; $p<0,05$), öğretmenin bildirdiği dikkat eksikliği ($r=,436$; $p<0,001$) ve hiperaktivite ($r=,371$; $p<0,001$) orta düzey ve pozitif yönlü anlamlı ilişkili bulunmuştur.

PEDS dikkat/hafıza ile dikkat eksikliği ($r=,931$; $p<0,001$), aşırı hareketlilik ($r=,782$; $p<0,001$), dürtüsellik ($r=,675$; $p<0,001$), karşı gelme sorunları ($r=,796$; $p<0,001$), davranış sorunları ($r=,770$; $p<0,001$), ailenin bildirdiği dikkat eksikliği ($r=,790$; $p<0,001$), karşı gelme sorunları ($r=,817$; $p<0,001$), hiperaktivite ($r=,818$; $p<0,001$), davranış sorunları ($r=,820$; $p<0,001$), öğretmenin bildirdiği dikkat eksikliği ($r=,858$; $p<0,001$) ve hiperaktivite ($r=,874$; $p<0,001$) güçlü ve pozitif yönlü anlamlı ilişkili bulunmuştur.

PEDS somatizasyon ile dikkat eksikliği ($r=,266$; $p<0,05$) ailenin bildirdiği dikkat eksikliği ($r=,612$; $p<0,001$), öğretmenin bildirdiği dikkat eksikliği ($r=,305$; $p<0,001$) orta düzey ve pozitif yönlü anlamlı ilişkili bulunmuştur.

Tablo 16. PEDS Dürtüsellik Alt Boyutunun Yordayıcılarının Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları

Model	B (b)	Sh	Beta (β)	t	F	p	R²
1 Sabit (α)	10.689	3.238		3.301	1,119	.002	0,10
Çocuk Cinsiyet	-1.206	1.164	-.142	-1.036		.305	
Çocuk Yaş	-.047	.390	-.016	-.120		.905	
Anne-Baba Birliktelik Durumu	.825	2.291	.077	.360		.720	
Çocuğun Kiminle Kaldığı	-3.254	2.279	-.305	-1.428		.159	
2 Model							
Sabit (α)	6.063	1.733		3.498	20,069***	.001	0,75
Çocuk Cinsiyet	-.680	.602	-.080	-1.129		.265	
Çocuk Yaş	-.138	.206	-.048	-.669		.507	
Anne-Baba Birliktelik Durumu	-.205	1.140	-.019	-.180		.858	
Çocuğun Kiminle Kaldığı	-.028	1.183	-.003	-.024		.981	
Dikkat Eksikliği	.211	.069	.563	3.045		.004**	
Hiperaktivite	-.180	.113	-.314	-1.595		.118	
Dürtüsellik	.269	.141	.228	1.909		.062	
Karşı Gelme Sorunları	.188	.074	.414	2.524		.015*	
Davranış Sorunları	.030	.060	.066	.503		.617	

Bağımlı Değişken: PEDS Dürtüsellik Alt Boyutu

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

Tablo 16’da PEDS Dürtüsellik alt boyutunun yordayıcı değişkenleri incelemek için yapılan hiyerarşik regresyon analizinde ilk modelde demografik değişkenlerin PEDS Dürtüsellik alt boyutunu yordayıcılığı incelenmiştir. Bulgulara göre, ilk model istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($F_{(4,51)}=1,119$ $p > 0,05$). İkinci modelde, demografik değişkenlerle davranış sorunları alt boyutlarının yordayıcı regresyon analizine göre model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F_{(4,51)}=20,069$ $p < 0,001$). Sonuçlara göre, Dikkat eksikliği ($\beta=0,56$; $p < 0,01$) ve KOKGB ($\beta=0,41$; $p < 0,05$) boyutları Dürtüsellik boyutunu anlamlı düzeyde yordamaktadır. Dikkat eksikliği ve karşı gelme alt boyutlarının yüksek oluşu travma sonrası duygusal stres Dürtüsellik boyutunun yüksek oluşunu %75 oranında açıklayabilmektedir (ayarlanmış (adjusted) $R^2=,075$).

Tablo 17. PEDS Korku ve Endişe Alt Boyutunun Yordayıcılarının Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları

Model	B (b)	Sh	Beta (β)	t	F	p	R²
1 Sabit (α)	5.180	1.879		2.757	4,243*	.008	0,19
Çocuk Cinsiyet	.326	.675	.060	.482		.632	
Çocuk Yaş	-.066	.226	-.036	-.291		.772	
Anne-Baba Birliktelik Durumu	5.206	1.329	.759	3.916		.000***	
Çocuğun Kiminle Kaldığı	-3.599	1.322	-.525	-2.722		.009**	
2 Model							
Sabit (α)	5.033	1.921		2.620	3,342**	.012	0,27
Çocuk Cinsiyet	.352	.668	.065	.528		.600	
Çocuk Yaş	-.187	.228	-.101	-.820		.417	
Anne-Baba Birliktelik Durumu	5.132	1.264	.749	4.060		.000***	
Çocuğun Kiminle Kaldığı	-3.400	1.311	-.496	-2.593		.013*	
Dikkat Eksikliği	.143	.077	.595	1.863		.069	
Hiperaktivite	-.067	.125	-.182	-.534		.596	
Dürtüsellik	-.261	.156	-.344	-1.673		.101	
Karşı Gelme Sorunları	.081	.082	.278	.982		.331	
Davranış Sorunları	-.075	.066	-.256	-1.134		.263	

Bağımlı Değişken: PEDS Korku ve Endişe Alt Boyutu

Tablo 17’de PEDS Korku ve Endişe alt boyutunun yordayıcı değişkenleri incelemek için yapılan hiyerarşik regresyon analizinde ilk modelde demografik değişkenlerin PEDS Korku ve Endişe alt boyutunu yordayıcılığı incelenmiştir. Bulgulara göre, ilk model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F_{(4,51)}=4,243$ $p<0,05$). İlk modeldeki bulgulara göre, anne-baba birliktelik durumu ($\beta=0,75$; $p<0,001$) ve çocuğun kiminle kaldığı ($\beta=-0,52$; $p<0,01$) değişkenlerinin PEDS Korku ve endişe alt boyutlarını anlamlı düzeyde yordadığı saptanmıştır. Anne babasının birlikte yaşıyor olması ve ebeveyn dışındaki kişiler tarafından bakılma durumu, PEDS Korku ve endişe alt boyutunun yüksek oluşunu açıklamaktadır. İkinci modelde, demografik değişkenlerle davranış sorunları alt boyutlarının yordayıcı regresyon analizine göre model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F_{(4,51)}=3,342$ $p<0,01$). Sonuçlara göre, anne-baba birliktelik durumu ($\beta=0,74$; $p<0,001$), çocuğun kiminle kaldığı ($\beta=-0,50$; $p<0,05$) Korku ve Endişe boyutunu anlamlı düzeyde yordamaktadır. İkinci modeldeki sonuçlar PEDS Korku ve Endişe puanlarının yüksek oluşunu %27 oranında etkilemektedir (ayarlanmış (adjusted) $R^2=,027$). Bununla birlikte, davranış sorunları alt boyutlarının PEDS Korku ve Endişe alt boyutunu anlamlı düzeyde açıklamadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 18. PEDS Yalnızlık ve Uyku Alt Boyutunun Yordayıcılarının Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları

Model	B (b)	Sh	Beta (β)	t	F	p	R²
1 Sabit (α)	7.997	2.038		3.923	2,494	.000	0,10
Çocuk Cinsiyet	1.112	.733	.198	1.518		.135	
Çocuk Yaş	-.239	.245	-.126	-.972		.336	
Anne-Baba Birliktelik Durumu	3.388	1.442	.481	2.350		.053	
Çocuğun Kiminle Kaldığı	-2.436	1.434	-.346	-1.698		.096	
2 Model							
Sabit (α)	6.280	2.020		3.109	2,963*	.003	0,24
Çocuk Cinsiyet	1.064	.702	.190	1.516		.136	
Çocuk Yaş	-.262	.240	-.138	-1.093		.280	
Anne-Baba Birliktelik Durumu	3.018	1.329	.428	2.271		.028*	
Çocuğun Kiminle Kaldığı	-1.269	1.379	-.180	-.921		.362	
Dikkat Eksikliği	.057	.081	.231	.708		.482	
Hiperaktivite	-.002	.132	-.005	-.014		.989	
Dürtüsellik	-.034	.164	-.044	-.207		.837	
Karşı Gelme Sorunları	.171	.087	.571	1.971		.055	
Davranış Sorunları	-.114	.070	-.379	-1.638		.108	

Bağımlı Değişken: PEDS Yalnızlık ve Uyku Alt Boyutu

**p<0,05*

Tablo 18’de PEDS Yalnızlık ve Uyku alt boyutunun yordayıcı değişkenleri incelemek için yapılan hiyerarşik regresyon analizinde ilk modelde demografik değişkenlerin PEDS Yalnızlık ve Uyku alt boyutunu yordayıcılığı incelenmiştir. Bulgulara göre, ilk model istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($F_{(4,51)}=2,494$; $p>0,05$). İkinci modelde, demografik değişkenlerle davranış sorunları alt boyutlarının yordayıcı regresyon analizine göre model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F_{(4,51)}=2,963$ $p<0,05$). Sonuçlara göre, anne-baba birliktelik durumu ($\beta=0,42$; $p<0,05$), dikkat ve hafıza alt boyutunu anlamlı düzeyde yordamaktadır. Parçalanmış ailede olmama durumu PEDS Yalnızlık ve Uyku alt boyutunun yüksek oluşunu anlamlı düzeyde açıklamaktadır. İkinci modeldeki sonuçlar PEDS Yalnızlık ve Uyku puanlarının yüksek oluşunu %24 oranında etkilemektedir (ayarlanmış (adjusted) $R^2=,027$). Bununla birlikte, davranış sorunları alt boyutlarının Yalnızlık ve Uyku alt boyutunu anlamlı düzeyde açıklamadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 19. PEDS Dikkat ve Hafıza Alt Boyutunun Yordayıcılarının Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları

Model	B (b)	Sh	Beta (β)	t	F	p	R²
1 Sabit (α)	5.365	1.778		3.018	1,189	.004	0,01
Çocuk Cinsiyet	-.761	.639	-.163	-1.191		.239	
Çocuk Yaş	.029	.214	.019	.138		.891	
Anne-Baba Birliktelik Durumu	.851	1.258	.145	.677		.502	
Çocuğun Kiminle Kaldığı	-2.044	1.251	-.348	-1.634		.108	
2 Model							
Sabit (α)	2.374	.705		3.367	40,951***	.002	0,86
Çocuk Cinsiyet	-.288	.245	-.061	-1.174		.246	
Çocuk Yaş	.019	.084	.012	.228		.820	
Anne-Baba Birliktelik Durumu	.395	.464	.067	.852		.399	
Çocuğun Kiminle Kaldığı	-.692	.481	-.118	-1.438		.157	
Dikkat Eksikliği	.194	.028	.941	6.886		.000***	
Hiperaktivite	-.052	.046	-.164	-1.125		.266	
Dürtüsellik	.001	.057	.001	.016		.987	
Karşı Gelme Sorunları	.058	.030	.234	1.933		.059	
Davranış Sorunları	-.026	.024	-.103	-1.068		.291	

Bağımlı Değişken: PEDS Dikkat ve Hafıza Alt Boyutu

***** $p < 0,001$**

Tablo 19’da PEDS Dikkat ve Hafıza alt boyutunun yordayıcı değişkenleri incelemek için yapılan doğrusal regresyon analizi bulgularına göre, model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F_{(4,51)} = 1,189$; $p < 0,001$). Sonuçlara göre, dikkat eksikliği ($\beta = 0,94$; $p < 0,01$) ve karşı gelme sorunları ($\beta = 0,24$; $p < 0,05$) boyutları dikkat ve hafıza alt boyutunu anlamlı düzeyde yordamaktadır. Dikkat eksikliği ve karşı gelme sorunları alt boyutlarının yüksek oluşu travma sonrası duygusal stres Dikkat ve Hafıza boyutunun yüksek oluşunu %86 oranında açıklayabilmektedir.

Tablo 20. PEDS Somatizasyon Alt Boyutunun Yordayıcılarının Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Model	B (b)	Sh	Beta (β)	t	F	p	R²
1 Sabit (α)	5.147	1.392		3.699	2,166	.001	0,08
Çocuk Cinsiyet	.718	.500	.190	1.436		.157	
Çocuk Yaş	-.245	.168	-.192	-1.463		.150	
Anne-Baba Birliktelik Durumu	1.865	.985	.392	1.894		.064	
Çocuğun Kiminle Kaldığı	-1.653	.979	-.348	-1.688		.098	
2 Model							
Sabit (α)	4.933	1.143		4.316	6,387***	.000	0,47
Çocuk Cinsiyet	.384	.397	.101	.968		.338	
Çocuk Yaş	-.347	.136	-.272	-2.560		.014*	
Anne-Baba Birliktelik Durumu	1.847	.752	.388	2.455		.018*	
Çocuğun Kiminle Kaldığı	-.972	.780	-.204	-1.246		.219	
Dikkat Eksikliği	.187	.046	1.118	4.085		.000***	
Hiperaktivite	-.292	.075	-1.141	-3.915		.000***	
Dürtüsellik	.132	.093	.252	1.427		.160	
Karşı Gelme Sorunları	.106	.049	.524	2.161		.036*	
Davranış Sorunları	-.126	.040	-.618	-3.187		.003**	

Bağımlı Değişken: PEDS Somatizasyon Alt Boyutu

* $p < 0,05$

** $p < 0,0$

*** $p < 0,001$

Tablo 20’de PEDS Somatizasyon alt boyutunun yordayıcı değişkenleri incelemek için yapılan hiyerarşik regresyon analizinde ilk modelde demografik değişkenlerin PEDS Dürtüsellik alt boyutunu yordayıcılığı incelenmiştir. Bulgulara göre, ilk model istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($F_{(4,51)}=2,166$; $p > 0,05$). İkinci modelde, demografik değişkenlerle davranış sorunları alt boyutlarının yordayıcı regresyon analizine göre model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F_{(4,51)}=6,387$ $p < 0,001$). Sonuçlara göre, anne-baba birliktelik durumu ($\beta=0,38$; $p < 0,05$), çocuğun kiminle yaşadığı ($\beta=-0,20$; $p < 0,05$), dikkat eksikliği ($\beta=1,11$; $p < 0,001$), hiperaktivite ($\beta=-1,14$; $p < 0,001$), karşı gelme sorunları ($\beta=0,52$; $p < 0,05$) ve davranış sorunları ($\beta=-0,61$; $p < 0,01$) Somatizasyon alt boyutunu anlamlı düzeyde yordamaktadır. Ebeveynlerin evli ve birlikte olma durumu, çocuğun ebeveyn dışındaki kişilerle yaşaması durumu, dikkat eksikliği düzeyinin yüksek oluşu, hiperaktivite düzeyinin düşük oluşu, karşı gelme sorunları düzeyinin yüksek oluşu ve davranış sorunları düzeyinin düşük oluşu PEDS Somatizasyon alt boyutunun yüksek oluşunu anlamlı düzeyde açıklamaktadır. İkinci modeldeki sonuçlar PEDS Somatizasyon puanlarının yüksek oluşunu %47 oranında etkilemektedir (ayarlanmış (adjusted) $R^2=,027$).

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Bu çalışma, ebeveyn ve birincil bakım vereni tarafından psikolojik travması olduğu bildirilen ve bildirilmeyen çocukların travma sonrası duygusal stres ve dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme ve davranış sorunlarını düzeylerini karşılaştırmayı amaçlamıştır. Çalışma kapsamında 114 öğrencinin davranış sorunları ve travma sonrası duygusal stres düzeyine ilişkin anket formları ebeveyn yada birincil bakım verenler ve öğretmenler tarafından yanıtlanmıştır. İlk olarak, psikolojik travması olduğu bildirilen ve bildirilmeyen şeklinde gruplara ayrılan öğrencilerin demografik değişkenleri incelendiğinde, örnekleme erkek öğrencilerin sayısının daha fazla olduğu görülmekle birlikte; ebeveyn ve birincil bakım verenler tarafından psikolojik travması olduğu bildirilen çocuklar arasında erkeklerin sayısının daha fazla olduğu fakat travma sonrası duygusal stres şiddetlerinin cinsiyete göre bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Ebeveyn ve birincil bakım vereni tarafından travmaya uğradığı belirtilen çocukların travma sonrası duygusal stres alt boyutları olan dürtüsellik, dikkat/hafıza, korku/endişe, yalnızlık/uyku ve somatisasyon puanları travmaya uğradığı belirtilmeyen çocuklara oranla daha yüksek olduğu fark edilmiştir. Ebeveyn ve birincil bakım vereni tarafından travmaya uğradığı belirtilen çocuklarda dikkat eksikliği, hiperaktivite, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları puanları, travmaya uğradığı belirtilmeyen gruba oranla daha yüksek bulunmuştur.

Daha önce yapılan araştırmalarda kız çocukların erkeklere göre travmatik stres belirtilerini ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) geliştirme durumu üç kat daha fazla olarak belirlenmiştir. Travmaya yatkınlık, risk grubunda olmak ve travmatik olayların türü bakımından kız çocuklarının ve ergenlik ve erişkinlik dönemindeki kadınların travmatik belirtileri geliştirme durumunun daha fazla olduğu belirtilmiştir (McLaughlin ve ark, 2013; Breslau ve ark, 2004; Kilpatrick ve ark, 2003). Bu araştırmalar, yapılan çalışmanın bulgularını desteklememektedir.

Demografik değişkenler arasında yer alan ve psikolojik travma geçirdiği belirtilen çocukların travma türleri incelendiğinde, duygusal, fiziksel ihmal ve istismar ile cinsel istismar psikolojik travma geçiren çocuklarda en fazla görülen travma türleri

olduğu görülmüştür. Kız çocuklarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) semptomları geliştirme riskinin erkeklere göre daha fazla olduğunu belirten çalışmalarda, maruz kaldıkları travmatik olaylar arasında cinsel istismar ve tecavüzün daha yaygın olarak görülmesi gerekçe gösterilmiştir. Kız çocuklarının psikolojik travma geliştirmeye yönelik risk grubunda olması, travmatik olayın türü ile ilişkilendirilmiştir (McLaughlin ve ark, 2013). Bununla birlikte, çocukların fiziksel ve duygusal istismara maruz kalması veya tanıklık etmesi psikolojik travma tanımına uymakta ve TSSB için risk faktörü oluşturmaktadır (Breslau ve ark, 2004; McLaughlin ve ark, 2013). Psikolojik travma ile ilişkilendirilen diğer bir değişken olan anne-baba birliktelik durumu parçalanmış aile olanların sayısı psikolojik travması olan çocuklarda daha fazladır. Katılımcıların yanıtları doğrultusunda, parçalanmış aile tanımına uyan durumların, anne-babanın boşanması, ayrı yaşıyor olması ya da ebeveynlerden birinin ölümü olarak belirtilmiştir. Yapılan araştırmalarda, aile işlevlerinin bozulması çocuklarda psikolojik travma ve travma sonrası duygusal stres için risk faktörü oluşturmaktadır (Vernberg ve ark, 1996; Pynoos ve ark, 1987; Nader ve ark, 1990). Ayrıca, çocukların algıladıkları sosyal desteğin düşük olması travma sonrası duygusal stresin riskini arttırmaktadır (Nader ve ark, 1990).

Araştırmada ebeveyn ve birincil bakım verenlerin yanıtları doğrultusunda psikolojik travma yaşamış olma durumuna göre gruplara ayrılan çocukların davranış sorunları bakımından karşılaştırılmasında, ebeveyn ve öğretmen tarafından bildirilen davranışsal sorunları ve dikkat eksikliği semptomları bakımından anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Psikolojik travması olmayan çocuklarda ise davranışsal sorunlar alt boyutlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır. Elde edilen sonuçlar, psikolojik travması olduğu bildirilen çocukların davranış problemleri geliştirme yatkınlığını öne süren çalışmalarla tutarlılık gösterdiği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar arasında, Bishry ve meslektaşları (2013) ergenlerde hem fiziksel hem de psikolojik travmanın DEHB için risk faktörü oluşturduğunu öne sürmüşlerdir. Ayrıca, ailede işlev sorunlarının çocuklarda DEHB semptom şiddeti ile ilişkili olduğu bu çalışmada elde edilen bulgular olarak belirtilmiştir.

Araştırmada, travma sonrası duygusal stres düzeyi ve davranış sorunları alt boyutları incelendiğinde, duygusal stres alt boyutları olan dürtüsellik, korku ve endişe, yalnızlık ve uyku, dikkat ve hafıza ile somatizasyon alt boyutlarının davranış sorunları,

çocuk yaşı, ebeveyn birliktelik durumu ve çocuğun kiminle yaşadığı değişkenleri ile birlikte davranış sorunları alt boyutlarının yordayıcılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Elde edilen bulgular doğrultusunda, çocukların anne babalarının birliktelik durumu, yaşı ve kiminle yaşadığı değişkenleri travma sonrası duygusal stres alt boyutlarındaki puanların yüksek oluşunu yordamaktadır. Ebeveynleri evli ve birlikte olan çocuklar, ebeveynleri dışında farklı kişiler tarafından bakım sağlanan çocuklar ve küçük yaştaki çocukların travma sonrası duygusal stres belirtileri geliştirme açısından riskli gruplar olduğu düşünülmektedir. Öte yandan, dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunlarının çocuklarda travma sonrası duygusal stres belirtileri geliştirme açısından risk faktörü oluşturduğu yapılan analizler sonucunda saptanmıştır. Araştırmada elde edilen bulguların davranış sorunları olan çocukların travmatik stres belirtileri geliştirme yatkınlığına ilişkin yapılan diğer çalışmalarla tutarlılık gösterdiği sonucu elde edilmiştir (Erinç ve ark, 2014; Ford ve ark, 1999; Grasso ve ark, 2013; Pynoos ve ark, 1987; Nader ve ark, 1990; Vernberg ve ark, 1996).

Evinç ve meslektaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada ise DEHB tanısı alan çocuklarda kötü muamele durumu incelenmiştir. Davranışsal sorunları olan ve DEHB tanısı alan çocukların, psikiyatrik tanısı olmayan çocuklara göre daha fazla istismar edici düzeyde disipline maruz kaldıkları görülmektedir. Evinç ve ark (2014) DEHB semptomları olan çocukların ebeveynleri tarafından sergilenen tutumları ele almıştır; ancak farklı olarak bu çalışmada ise çocuğun maruz kaldığı travmatik olayın davranışsal ve duygusal problemlerle ilişkili olup olmadığı incelenmiştir. Bu doğrultuda, DEHB semptomları ve ebeveynlerin sergilediği istismar boyutundaki disiplin stratejileri arasındaki ilişkinin iki yönlü olabileceği düşünülmektedir. Çocukların DEHB veya KOKGB, dikkat eksikliği, hiperaktivite veya dürtüsellik gibi davranışsal ve psikiyatrik semptomlarının artmasıyla ebeveynlerin tutumunun daha disiplin etmeye yönelik olabileceği; çocuklar ise maruz kaldıkları tutuma karşı semptomlarını şiddetlendirebileceği düşünülmektedir.

Grasso ve ark (2013), çocuklarda psikolojik travma etkisine maruz kalma ve stres tepkisine karşı verdiği yanıtları incelediği çalışmasında, çocuklarda içselleştirici veya dışsallaştırıcı tutum ve davranışlarda artış olduğu, sosyal beceriler ve ilişkilerde bozulma olduğunu ifade etmişlerdir. Milot ve meslektaşları (2010) benzer bir biçimde

psikolojik travma ve TSSB semptomlarının çocuklarda duygusal ve davranışsal sorunları beraberinde getirdiğini savunmaktadır.

Famularo ve meslektaşları (1996) tarafından belirtildiği üzere çocukluk dönemi TSSB ile komorbid olarak görülen psikiyatrik rahatsızlıklar arasında DEHB yer almaktadır. Ayrıca, ailesinden ayrı kalan çocukların maruz kaldıkları psikolojik travmaya bağlı olarak semptom şiddetinin arttığı ifade edilmiştir. Ayrıca, yaş ve gelir düzeyi gibi demografik değişkenler bakımından ise çocukların psikolojik travma öyküsü ve eşanı durumunun farklılık göstermediği bulunmuştur. Elde edilen sonuçların çalışma bulguları ile tutarlı olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada ise anne babasının yanında olmayan ve başkalarıyla yaşayan çocukların karşı gelme sorunları düzeyinin daha fazla olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu durumun, çocukların ailelerinden ayrı kalmaları sebebiyle yaşadıkları travmaya bağlı olarak dışallaştırıcı tepkiler sebebiyle KOKGB semptomlarının şiddetlenmiş olabileceği düşünülmektedir.

Ford ve meslektaşları (1999), KOKGB ve DEHB tanısı almış çocuklarda travma maruziyetini inceledikleri çalışmalarında, her iki psikiyatrik rahatsızlık tanısına sahip olan çocuklarda viktimizasyon riskinin olduğu travmaya maruz kalma durumunun daha fazla olduğu belirtilmiştir. Çalışmada elde edilen sonucun bu araştırmada elde edilen bulgularla tutarlı olduğu düşünülmektedir; çünkü dikkat eksikliği, hiperaktivite ve karşı gelme sorunları düzeyleri yüksek olan çocukların travma sonrası duygusal stres düzeylerinin anlamlı ölçüde daha fazla olduğu bulunmuştur. Pediatrik duygusal travma tepkileri alt boyutları arasındaki korku ve endişe alt boyutu dışındaki tüm alt boyutların anlamlı düzeyde daha fazla görüldüğü bulunmuştur.

Gonzales ve meslektaşları (2019) tarafından yapılan diğer bir çalışmada, erken dönem kötü muamelenin çocukluk ve ergenlik dönemi DEHB belirtileriyle birlikte görülme durumu incelenmiştir. 2480 çocuk ve ergenle yapılan çalışmada, ihmal, fiziksel, duygusal ve cinsel istismara maruz kalma, ailesinden alınıp korumaya alınma gibi travmatik deneyimlerle birlikte DEHB belirtileri incelenmiştir. Araştırmada elde edilen bulgulara göre, kız çocuklarında fiziksel istismara maruz kalma durumu ile DEHB tanısı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Erkekler içinse DEHB tanısı ve duygusal istismar arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Elde edilen bulgulara göre, farklı travmatik deneyimlerin kız ve erkek çocuklarında DEHB tanısını farklı düzeylerde etkilediği saptanmıştır. Bu çalışmada ise, travma sonrası duygusal stres ve

dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik durumlarının cinsiyete göre farklılık göstermediği; psikolojik travmaya bağlı olarak söz konusu davranışsal problemlerin daha fazla olduğu sonucu elde edilmiştir.

Gül ve Gürkan (2018) tarafından yapılan çalışmada, çocukluk döneminde kötü muameleye maruz kalma durumu ve DEHB tanısı almış çocuklarda ebeveynlerle ilgili faktörlerin incelendiği çalışmada, DEHB tanısı almış 100 çocuk ve 100 ebeveyn araştırmaya dahil edilmiştir. Yaşları 6 ile 11 arasında değişen çocukların travmaya maruz kalma durumu, ebeveyn psikopatolojisi ve çocuk DEHB semptomları arasındaki ilişki incelenmiştir. Bulgulara göre, erkek çocuklarda, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik olan anne tarafından duygusal istismar düzeyi daha fazla saptanmıştır. Bulgulara göre, ebeveynlerin DEHB düzeyinin çocuklardaki kötü muameleye maruz kalma durumunu çocukların DEHB tanısından daha fazla etkilediği sonucu elde edilmiştir.

Isaksson ve meslektaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada, erken dönem psikososyal olumsuz deneyimlerin DEHB tanısı almış çocuklarda incelemeleri yapılmıştır. 221 çocuğun incelendiği çalışmada, DEHB semptomları bulunan ve psikososyal açıdan olumsuz deneyimleri olan çocukların hormon düzeylerinin psikososyal olumsuz deneyimleri olmayan ve DEHB tanısı olmayan çocuklara kıyasla daha düşük olduğu saptanmıştır. Sonuçlar, çocukların erken dönem olumsuz yaşam deneyimlerinin hormonal işlevselliği değiştirerek DEHB semptomlarının şiddetini etkileyebileceği görülmektedir.

Ivanov ve meslektaşları (2011) travmaya duygusal tepkilerin çocuk ve gençlerde saldırganlık ve davranış sorunlarıyla ilişkisinin olduğunu belirtmiştir. Araştırmada, travmaya maruz kalan çocukların saldırganlık düzeylerini ve fizyolojik tepkileri incelenmiştir. Travmaya maruz kalan çocuklarda daha fazla kortisol yanıtı olduğu ve strese karşı fizyolojik belirtilerinin daha fazla olduğu saptanmıştır.

Retz-Junginger ve meslektaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada, DEHB tanısı almış bireylerde travma deneyimi ve çocukluk döneminde istismara maruz kalma durumları incelenmiştir. Bu çalışmada, çocukluk döneminde DEHB tanısı almış 125 erişkin birey ve kontrol grubu incelenmiştir. Bulgulara göre çocukluk döneminde DEHB tanısı almış bireylerde cinsel istismar öyküsü olanların anksiyete ve depresyon belirtilerinin kontrol grubuna göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Elde edilen

bulguların DEHB tanısının çocukluk dönemi cinsel istismara maruz kalma durumu açısından risk faktörü oluşturabileceğini göstermektedir.

Richard-Lepouriel ve meslektaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada, DEHB, bipolar bozukluk ve borderline kişilik bozukluğu tanısında dürtüsellik ve çocukluk dönemi travmatik deneyimler arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmada borderline kişilik bozukluğu ve bipolar bozukluğun da incelendiği ve toplam 744 kişinin katıldığı çalışmada elde edilen bulgulara göre, dürtüsellik kontrol grubunda ve bipolar bozukluk tanısı almış bireylerde çocukluk travmaları ile ilişkili saptanmıştır. DEHB ve borderline kişilik bozukluğunda ise dürtüsellik ve çocukluk çağı travmaları anlamlı ilişkili saptanmamıştır.

Schilpzand ve meslektaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada, DEHB tanısı olan ve olmayan çocuklarda travmaya maruz kalma durumu incelenmiştir. 6-8 yaş arası çocuklarla yapılan incelemede 179 klinik grup ve 212 sağlıklı kontrol grubu dahil edilmiştir. Sonuçlara göre, DEHB tanısı alan çocuklar kontrol grubuna kıyasla travmaya maruz kalma yaygınlığı daha fazla bulunmuştur. Bulguların bu çalışmayla tutarlı olduğu görülmektedir. Bu çalışmada da dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik düzeylerinin ebeveyn ve birincil bakım vereni tarafından psikolojik travma yaşadığı belirtilen çocuklarda daha fazla olduğu görülmüştür.

Wozniak ve meslektaşları (1999), DEHB tanısı almış erkek çocuklarında travma öyküsünü incelemişlerdir. Yapılan boylamsal çalışmada 260 çocuk DEHB semptomları ve travma öyküsü bakımından değerlendirilmiştir. Bu çalışmada DEHB travma maruziyeti için risk faktörü olarak saptanmamış; fakat travma öyküsünün DEHB semptomlarından farklı olarak unipolar depresyon ve bipolar bozukluk için risk faktörü oluşturabileceği sonucu elde edilmiştir.

Vila (2007), travmaya maruz kalan çocuklarda DEHB, KOKGB ve antisosyal kişilik bozukluğu yaygınlığı fazla olsa bile yapılan çalışmaların kısıtlı olduğunu öne sürmüştür. Çocukluk dönemi davranışsal sorunların TSSB için risk faktörü oluşturmasının yaygın olduğu; buna karşın çalışmaların genişletilmesi gerektiği ifade edilmiştir.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Araştırmada elde edilen bulgulara göre,

- Araştırmaya 114 kişi katılmıştır.
- Araştırmaya katılan ebeveyn ve birincil bakım verenlerin yaklaşık %50'si çocukları psikolojik travmaya maruz kalmadığını bildirmiştir.
- Çocuk doğum sırasına göre ebeveyn ve birincil bakım verenleri tarafından travmaya maruz kaldığı bildirilen ve bildirilmeyen çocuklar arasında ilk çocuk olanların sayısı en fazladır.
- Ebeveyn ve birincil bakım verenleri tarafından travma yaşadığı belirtilen ve belirtilmeyen çocuklar arasında bir kardeşi olanların sayısı en fazladır.
- Ebeveyn ve birincil bakım verenleri tarafından travma yaşadığı belirtilen çocuklar arasında ebeveynleri ayrı ve boşanmış olanların sayısı travmatik olmayan çocukların ebeveynlerinden daha fazladır.
- Çocuğun kiminle kaldığı değişkenine göre, psikolojik travma yaşadığı belirtilen çocuklar arasında anne babasının yanında olmayan ve başkaları tarafından bakımı üstlenilen çocukların sayısı travma yaşadığı belirtilmeyen çocuklara kıyasla daha fazladır.
- Dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik şiddetleri yüksek olan çocuklar arasında psikolojik travma yaşadığı belirtilen çocukların sayısı daha fazladır.
- Çocukların yaş ortalamaları psikolojik travma yaşadığı belirtilen çocuklarda 8,1 psikolojik travma yaşadığı belirtilmeyen çocuklarda ise 8,2'dir.
- Travma yaşadığı belirtilen çocukların travmaya maruz kaldıkları yaş ortalaması ise 6,2 olarak bulunmuştur.
- Ebeveyn ve birincil bakım verenleri tarafından travma yaşadığı belirtilen çocukların travma sonrası duygusal stres belirtileri daha yüksektir.
- Ebeveyn ve birincil bakım verenleri tarafından travma yaşadığı belirtilen

çocukların, travma yaşadığı belirtilmeyen çocuklara kıyasla dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları puanları daha yüksektir.

- Ebeveyn ve öğretmenler tarafından bildirilen davranışsal değerlendirmelerin psikolojik travması olduğu bildirilen çocuklarda dikkat eksikliği ve davranış sorunları belirtilerini daha fazla karşıladığı saptanmıştır.

- Ebeveyn ve birincil bakım verenleri tarafından travma yaşadığı belirtilen çocukların cinsiyetine göre travma sonrası duygusal stres ve davranış bozuklukları düzeyleri bakımından anlamlı farklılık saptanmamıştır.

- Travma sonrası duygusal stres korku ve endişe alt boyutu, psikolojik travma yaşadığı belirtilen ve anne-babası ile birlikte kalan çocuklarda daha yüksektir.

- Anne babasının dışında başka kişilerle yaşayan ve psikolojik travması olduğu bildirilen çocuklarda karşı gelme sorunları puanları anlamlı ölçüde daha yüksektir.

- Travma sonrası duygusal stres yalnızlık/uyku tanı kriterlerini karşılamayanlarda daha yüksektir.

- Travma sonrası duygusal stres dikkat/hafıza ve dürtüsellik boyutları DEHB bulgularını destekleyen çocuklarda daha yüksektir.

- Travma sonrası duygusal stres dürtüsellik alt boyutunu, çocukların dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik ve karşı gelme belirtileri anlamlı düzeyde yordamaktadır.

- Travma sonrası duygusal stres yalnızlık/uyku alt boyutunu, çocukların karşı gelme belirtileri anlamlı düzeyde yordamaktadır.

- Travma sonrası duygusal stres dikkat ve hafıza alt boyutunu, çocukların dikkat eksikliği ve karşı gelme belirtileri anlamlı düzeyde yordamaktadır.

- Travma sonrası duygusal stres somatizasyon alt boyutunu, çocukların dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, karşı gelme ve davranış sorunları belirtileri anlamlı düzeyde yordamaktadır.

6.2. KISITLILIKLAR

Araştırmanın uygulanma sürecinde bazı kısıtlılıklar oluşmuştur. Öncelikle elde edilen bulgular, yöntem ve örneklem bakımından kısıtlılıkları bulunmaktadır.

1. İlk olarak çocukların travmaya maruziyet durumları güvenilirlik ve geçerliği olan bir ölçekle belirlenmemiştir. Çalışmacı tarafından katılımcılara travmanın tanımı yapılmış, türleri anlatılmış ve travmayı anladıkları var sayılarak travmaya maruziyet sorusunu yanıtlamışlardır. Bunun, araştırma açısından önemli bir kısıtlılık olduğu düşünülmektedir.

2. İkinci olarak, çalışmada örneklem sayısının evreni temsil edebilirliği açısından sınırlı olabileceği düşünülmektedir.

3. Araştırmaya dahil edilen çocukların, bir uzman tarafından konulmuş DEHB tanısı olup olmadığı sorgulanmamıştır ve araştırma açısından önemli bir kısıtlılık olduğu düşünülmektedir.

4. Travma türleri bakımından grupta homojenlik sağlanamadığı için travma türlerinin söz konusu davranışsal sorunlara olan etkilerine bakılamamıştır.

5. Araştırmaya katılan tüm çocukların birincil bakım verenlerinin ebeveynleri olmaması ve doğru bilgiye ulaşmada problem yaşanabileceği için ebeveynlerin psikiyatrik öyküleri sorgulanmamıştır.

6. Araştırmada veri toplama araçlarını dolduran birincil bakım verenlerin ve öğretmenlerin, veri toplama araçlarını içtenlik ile doldurduğu varsayılmıştır.

7. Ölçek sayısı ve ölçeklerin uzun olması, katılımı kısıtlayabileceği, katılımcıları sıkabileceği ve olası yanlış cevapların bulguları kısıtlayabileceği göz önüne alınmalıdır.

Söz konusu kısıtlılıklar göz önünde bulundurularak yeni çalışmalar ile bulguların desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir.

6.3. ÖNERİLER

Bu çalışmada, ebeveyn ve birincil bakım verenler tarafından travma yaşadığı belirtilen ve belirtilmeyen çocuklarda davranışsal problemler dikkat eksikliği, dürtüsellik, hiperaktivite, karşı gelme sorunları ve davranış sorunları boyutlarıyla ele

alınmıştır. Tanı kriterlerinin saptanmasına ek olarak, ebeveyn ve öğretmenlerin değerlendirilmesini ayrıca içeren çalışmada, çocuklardaki davranış sorunlarının psikolojik travma için risk faktörü oluşturabileceği sonucu elde edilmiştir. Elde edilen bulguların ileri çalışmalara katkı sağlayabileceği ön görülmektedir. Bulguların, DEHB bulgularını destekleyen çocuklar ve bakım verenleriyle yürütülecek çalışmalara yön verebileceği düşünülmektedir.

6.3.1. Yapılacak Yeni Araştırmalara ve Araştırmacılara Yönelik Öneriler

Öncelikle ileride yapılacak benzer araştırmalara ve araştırmacılara yönelik önerilerin bilgilerin güvenilirliğini arttıracak kanısına varılmıştır.

1. İlk olarak, çocukların travmaya maruziyet durumları, “Çocukluk Çağı Travmaları Soru Listesi”, “Travma Değerlendirme Formu”, “Yaşam Olayları Kontrol Listesi”, “Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği Türkçe Formu (ACE-TR)” vb. gibi güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmış bir ölçekle belirlenmesinin daha sağlıklı ve güvenilir sonuçlar ortaya koyacağı düşünülmektedir.
2. Araştırmanın örnekleminin genişletilmesinin sonuçların genellenebilir olmasını mümkün kılacağı ve ileri çalışmalarda bu durumun gözetilmesi gerektiği düşünülmektedir.
3. Araştırma sırasında, klinik görüşme ile bir uzman tarafından DEHB tanısı olup olmadığı sorusunun araştırmaya dâhil edilmesinin araştırma sonuçlarının güvenilirliğini arttıracak ön görülmektedir.
4. DEHB tanısı konulma zamanı/yaşı demografik bilgilere eklenerek travma ve DEHB’nin birbirleri açısından risk faktörü oluşturma durumları karşılaştırılabilir hale geleceği düşünülmektedir.
5. Tüm bunlara ek olarak, çocukların davranışsal sorunlarının dışında ebeveynlerin psikiyatrik öykülerinin alınacağı soru ya da psikopatolojik durumu değerlendirebilecek ölçek çalışmalarının dahil edilmesinin karşılaştırılabilir sonuçlar sağlayabileceği düşünülmektedir.
6. Araştırmacı ve çalışmaların boylamsal olarak ilerletilmesinin ve takip edilmesinin başarıyı sağlayabileceği öngörülmektedir.

6.3.2. Ruh Sağlığı Profesyonellerine Yönelik Öneriler

1. DEHB bulgularını destekleyen çocuklarla yapılacak önleyici ve koruyucu çalışmalarda çocukluk çağı olumsuz yaşantıların etkisinin göz önünde bulundurulması ve yöntemlerin bu doğrultuda yapılandırılması gerektiği düşünülmektedir.

2. Aile, birincil bakım verenler, öğretmenler ve çocuğa temas eden her alandaki yetişkinlerin çeşitli seminer, film gibi etkinliklerle çocukluk çağı travmaları, olumsuz sonuçları, önleme ve tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirilmenin toplum sağlığını olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

3. Çalışmadaki çocukluk çağı travma türlerine bakıldığında aile içi ihmal ve istismar çeşitlerinin öne çıktığı görülmektedir. Bu sebeple ailenin bilgilendirilmesi dışında, ailelere yönelik psikolojik desteğin sağlanması ve ebeveynler için psikolojik tedavinin ulaşılabilir olmasının çocukluk çağı travmalarını yüksek oranda önleyici çalışmalardan biri olacağı düşünülmektedir.

4. Çocukluk çağı travmalarına tüm toplumunun dikkati çekilerek travmayı önleyici daha farklı çalışmaların arttırılmasının olumlu sonuçlar doğuracağı öngörülmektedir.

5. Çocuklar için travma sonrası etkin tedavi ve destek yöntemleri olan EMDR, Oyun Terapisi Teknikleri, Gelişimsel Temas Terapisi, Theraplay, Hipnoterapi gibi yöntemlerin profesyoneller tarafından kullanımının yaygınlaşması ve travma mağduru çocukların özelde veya devlet kurumlarında tedavilere ulaşılabilirliğinin kolaylaştırılması ve arttırılmasının sağlıklı nesillerin yetişmesinde önemli rol oynadığı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Abalı, O. (2009). *Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği*. İstanbul: Adeda Yayıncılık.
- Akgün, G. T. (2010, Eylül 06). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Genetik Boyutu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, s. 15-36.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2007). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hyb Basım Yayın.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-V), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev.Köroğlu E.* Ankara: Hyb.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM-V Çeviren*. (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: HYB.
- Arslan, R. (2016). Çocukluk Dönemi Duygusal İstismarı ile Depresyon Arasındaki İlişkide Erken Dönemde Uyumsuz Şemaların Aracı Rolüne İlişkin Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri*, 19, 202-210.
- Bakır, Z. (2016, Ağustos 10). *İnsani Sosyal Araştırmalar Merkezi*. İNSAMER, Dünyanın Çocuk Karnesi: https://insamer.com/tr/dunyanin-cocuk-karnesi_337.html adresinden alınmıştır
- Bakır, Z. (2018, Mayıs 21). *İnsani ve Sosyal Araştırmalar Merkezi*. İNSAMER 2018 Dünyanın Çocuk Karnesi: https://insamer.com/tr/2018-dunyanin-cocuk-karnesi_1490.html adresinden alınmıştır
- Bilir, Ş. A. (1991, Mart). Türkiye'nin 16 İlinde 4 - 12 Yaşlar Arasındaki 50.473 Çocuğa Fiziksel Ceza Verme Sıklığı ve Buna ilişkin Problem Durumlarının İncelenmesi. *Aile ve Toplum*, 1(1).
- Bishry, Z., Ramy, H. A., El-Sheikh, M. M., El-Missiry, A. A., & El-Missiry, M. A. (2013). Risk factors for attention deficit hyperactivity disorder in a sample of Egyptian adolescents: A case-control study. *Middle East Current Psychiatry*, 20(3), 131-139. <https://doi.org/10.1097/01.XME.0000430425.13729.e6>
- Breslau N, Wilcox H.C., & Storr C.L. ve ark (2004). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder: a study of youths in urban America. *J Urban Health*, 81:530.
- Çelik H., G. F. (2018). Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*. dergipark.org. adresinden alınmıştır

- Çelik, M. (2017). *Deneyimsel Oyun Terapisinin Çocuk Evlerinde kalmakta olan 3-10 yaş grubu koruma altındaki çocukların çocukluk çağı travma sonrası duygusal stres düzeyine etkisinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Bilim Dalı.
- Çolak, B. . (2010). DSM' ler Boyunca Travma Kavramının Seyri. *Kriz Dergisi*, 18(3), 19-25.
- Çölgeçen, H. (2015). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Neurofeedback Tedavisi ile Medacal Tedavi Yöntemlerinin Araştırılması, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi- Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Demir, M. (2008). *Çocuk ve Ergenlerin Cinsel İstismarı Sonrasında Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Özelliklerinin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi*. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa.
- Demirkapı, E. (2013). *Çocukluk Çağı Travmalarının Duygu Düzenleme ve Kimlik Gelişimine Etkisi ve Bunların Psikopatolojiler ile İlişkisi, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi*. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Aydın.
- Deniz E., Ö. D. (2008). Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 207-212.
- Doğangün, B. Y. (2011). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Türk Pediatri Arşivi*, 25-28.
- Ercan, E. A. (2000). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri-Tedavisi, Çocuklarda ve Erişkinlerde Belirtileri (Üçüncü Baskı b.)*. İstanbul: Gendaş.
- Erhan, C. (2013). Travma ve Çocuk. *Mutlu Çocuk Mutlu Yetişkin - Okul Döneminde Karşılaşılabilecek Problem Alanları ve Başa Çıkma Yöntemleri* (s. 124-148). içinde İstanbul: Davranış Bilimleri Enstitüsü.
- Ertürk, A. (2014). *Çocukluk Çağı Travmaları, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Depresyon ve Dissosiyatif Yaşantıların Şizofreninin Klinik Özellikleri Üzerindeki Etkileri, Uzmanlık Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Evinç, Ş. G., Gençöz, T., Foto-Özdemir, D., Akdemir, D., Karadağ, F., & Ünal, F. (2014). Child maltreatment and associated factors among children with ADHD: A comparative study. *Turkish Journal of Pediatrics*, 56(1), 11-22. Geliş tarihi gönderen Scopus.
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., & Augustyn, M. (1996). Psychiatric

- comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse and Neglect*, 20(10), 953-961. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(96\)00084-1](https://doi.org/10.1016/0145-2134(96)00084-1)
- Ford, J. D., Thomas, J., Racusin, R., Daviss, W. B., Ellis, C. G., Rogers, K., ... Sengupta, A. (1999). Trauma exposure among children with oppositional defiant disorder and attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 786-789. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.5.786>
- Geçkil, E. (2017). Çocuklarda Fiziksel İstismar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 129-139.
- González, R. A., Vélez-Pastrana, M. C., McCrory, E., Kallis, C., Aguila, J., Canino, G., & Bird, H. (2019). Evidence of concurrent and prospective associations between early maltreatment and ADHD through childhood and adolescence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01659-0>
- Göktepe, K. (2014). *Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği'nin Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı.
- Grasso, D. J., Ford, J. D., & Briggs-Gowan, M. J. (2013). Early life trauma exposure and stress sensitivity in young children. *Journal of pediatric psychology*, 38(1), 94–103. doi:10.1093/jpepsy/jss101
- Gul, H., & Gurkan, C. K. (2018). Child Maltreatment and Associated Parental Factors Among Children With ADHD: A Comparative Study. *Journal of Attention Disorders*, 22(13), 1278-1288. <https://doi.org/10.1177/1087054716658123>
- Gül, H. Ö. (2018). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etyolojisinde Çevresel Etkenler. *Psikiyatri Gündem Yaklaşımlar*, 138-175.
- Güler N., U. S. (2002). Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24(3), 128-134.
- Isaksson, J., Nilsson, K. W., & Lindblad, F. (2013). Early psychosocial adversity and cortisol levels in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22(7), 425-432.

- Ivanov, I., Yehuda, R., Greenblatt, E., Davidow, J., Makotkine, I., Alfi, L., & Newcorn, J. H. (2011). The effect of trauma on stress reactivity in aggressive youth. *Psychiatry Research*, 189(3), 396-402.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.046>
- İşiten, N. (2014). İleri Psikopatoloji Ders Notları. *Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı*. İstanbul.
- K.Baripoğlu, S. (2019, Mart 12). *Erişkin Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)*. e-psikiyatri Portalı: <https://www.e-psikiyatri.com/eriskin-hiperaktivite-bozuklugu-dehb-22877> adresinden alınmıştır
- Kara, B. Ü. (2004). Çocuk İstismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*.(47), 140-151.
- Karasapan, D. (2014). *Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Kullanılan Bilişsel ve Davranışçı Terapi Protokollerinin Terapötik Bileşenlerinin Etkisine Yönelik Bir Meta-Analiz, Yüksek Lisans Tezi*. Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.
- Kayaalp, L. (2008). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi* (s. 147-152). İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etlinlikleri.
- Keser, N. (2010). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış ve Almamış Çocukların Duygu Ayarlama, Anne Baba Tutumları, Annenin Dehb Belirti ve Bilgi Düzeyinin İncelenmesi*. Ankara: Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi - Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Kilpatrick D.G., Ruggiero K.J., & Acerno R. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol*, 71:692.
- Koç, M. (2007). Şiddetin ortaya çıkardığı Psikolojik Travmayla Baş Etmede Sporun İşlevselliği. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(2), 167-187.
- Koç, M. Ç. (2012). Söylenme Zamanı ve Şekline Göre Travmaya Verilen Bilişsel, Duyuşsal ve Davranışsal Tepkiler (7-12 Yaş). *İlköğretim Online*, 11(1), 75-84.
- Korkmazlar, Ü. E. (2010). *Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Rapor*. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu. unicef.org.tr.
- Kulaksızoğlu, A. (2001). *Ergenlik Psikolojisi*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

- Levine, P. P. (2013). *Kaplanı Uyandırmak Travmayı İyileştirmek*. Butik.
- McLaughlin K.A., Koenen K.C., & Hill E.D., (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 52:815.
- Milot, T. S.-L. (2010). Trauma-Related Symptoms in Neglected Preschoolers and Affective Quality of Mother-Child Communication. *Child Maltreatment*, 15(4), 293-304.
- Milot T, Ethier L S, St-Laurent D, & Provost M A. (2010). The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. [Research Support, Non-U.S. Gov't] *Child Abuse & Neglect*. 34:225–234.
- Myrow, D. (2000). *Theraplay for Children with ADHD*. The Thearplay Institute: <https://www.theraplay.org/articles-about-theraplay/82-theraplay-with-special-populations/75-article-theraplay-for-children-with-adhd> adresinden alınmıştır
- Nader K., Pynoos R., Fairbanks L., & Frederick C. (1990). Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. *Am J Psychiatry*, 147:1526.
- Orakçı, G. (2013). *İstismar Mağduru 13-18 yaş arası kız çocukları: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Suçluluk ve Utanç Duygusu, Psikolojik Değerlendirme, Yüksek Lisans Tezi*. Psikoloji Anabilim Dalı. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Öncü, B. Ş. (2002). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül yaklaşım. *Klinik Psikiyatri*, 111-119.
- Öner, P. Ö. (2003, Sayı:12 Cilt:3). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı*, s. 97.
- Özen, Y. (2017). Psikolojik Travmanın İnsanlık Kadar Eski Tarihi. *The Journal of Social Science*, 1(2), 104-117.
- Özgentürk, D. (2004). *1999 Gölcük Depremi Sonrası Çocuk ve Ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Sürekli Kaygı ve Depresyon Düzeylerini Yordayan Değişkenler, Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.
- Özmen, A. S. (2016). "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocukların Annelerinde Tükenmişlik Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi" Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, Türkiye.

- Pelcovitz D., K. S. (2000). Adolescent Physical Abuse: Age at Time of Abuse and Adolescent Perception of Family Functioning. *Journal of Family Violence*, 15(4), 375-389.
- Pynoos R.S., Frederick C., & Nader K, (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Arch Gen Psychiatry*, 44:1057.
- Retz-Junginger, P., Arweiler, A., & Retz, W. (2014). Trauma experience and child abuse in ADHD patients. *Zeitschrift fur Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 63(1), 47-52. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000219>
- Richard-Lepouriel, H., Kung, A.-L., Hasler, R., Bellivier, F., Prada, P., Gard, S., ... Etain, B. (2019). Impulsivity and its association with childhood trauma experiences across bipolar disorder, attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 244, 33-41. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.060>
- Ruppert, F. (2011). *Travma, Bağlanma ve Aile Konstelasyonları*. (F.Zengin, Çev.) İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Sağaltıcı, E. (2013). *Suriyeli Mültecilerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Taraması*. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Schilpzand, E. J., Sciberras, E., Alisic, E., Efron, D., Hazell, P., Jongeling, B., ... Nicholson, J. M. (2018). Trauma exposure in children with and without ADHD: prevalence and functional impairment in a community-based study of 6–8-year-old Australian children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 27(6), 811-819. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1067-y>
- Şendil, G. v. (2005). *Evlilik çatışması ve çocuk, 'Çatışmalı evde çocuk büyütmek'*. İstanbul: Morpa Kültür Yayınları.
- Şenkal, İ. (2013). *Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma Biçiminin Depresyon ve Kaygı Belirtileri ile İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolünün İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi*. Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Şenol, S., İşeri, E., & Kaçkar, A. (2006). *Dikkay Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. Ankara: Hyb.

- Şimşek, Ş. (2010). *Cinsel İstismara Uğramış Çocuklarda ve Ebeveynlerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Uzmanlık Tezi*. Çocuk ve Ergen Ruhsağılığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Tamam, L., Döngel B. (2018). Temel Klinik Psikiyatri Dergisi.
<https://docplayer.biz.tr/48109794-Yikici-bozukluklar-durtu-kontrol-ve-davranim-bozukluklari.html>
- Taner, Y. G. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 82-86.
- Tdk. (2019). *tdk.gov.tr Genel Türkçe Sözlük*. Türk Dil Kurumu:
<http://www.sozluk.gov.tr/> adresinden alınmıştır
- Tınaz, D. (2004). Ergen ve Yetişkinlikte ADHD-Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. *Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi* , 195-206.
- Trickey D., Siddaway A.P., & Meiser-Stedman R., (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clin Psychol Rev*, 32:122.
- Tuğlu, C. Ş. (2010). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*(2(1)), 75-116.
- tuik.gov.tr. (2016, Ağustos 02). *Türkiye İstatistik Kurumu, Haber Bülteni*.
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21544> adresinden alınmıştır
- Turhan, E. S. (2006). Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 15(9), 153-157.
- Türkyılmaz, C. (2010). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Farklı Oral Hijyen Eğitimi Tekniklerinin Etkinliğinin Karşılaştırılması*. Ankara: Ankara Başkent Üniversitesi.
- Ünal, Ü. (2018) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (Dehb).
<http://engelsiz.deu.edu.tr/duyurular/dikkat-eksikligi-ve-hiperaktivite-bozuklugu-dehb/>
- Ünal, Y. (2014). *Afetlerde Yardım Çalışanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Benlik Saygısı, Algıladıkları Sosyal Destek Ve Yardım Arama Davranışları Açısından Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi*. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Van der Kolk, B. (2018). *Beden Kayıt Tutar, Travmanın İyileşmesinde Beyin, Zihin ve Beden*. (N. Maral, Çev.) Ankara: Nobel Yaşam.
- Vernberg E.M., Silverman W.K., La Greca A.M., & Prinstein M.J. (1996). Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after hurricane Andrew. *J Abnorm*

Psychol, 105:237.

Vila, G. (2007). Trauma and behavioral problems in children and adolescents. *Neuro-Psy News*, 6(4), 161-164. Geliş tarihi gönderen Scopus.

Weiss, M. H. (2000). ADHD in Parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1059-1061.

Wozniak, J., Crawford, M. H., Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Taylor, A., & Blier, H. K. (1999). Antecedents and complications of trauma in boys with ADHD: Findings from a longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(1), 48-55.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199901000-00019>

www.dbe.com.tr. (2019). *Travma Nedir? Davranış Bilimleri Enstitüsü*. Davranış Bilimleri Enstitüsü: <https://www.dbe.com.tr/Yetiskineveaile/tr/psikolojik-travma-ve-emdr/travma-nedir/> adresinden alınmıştır

Yüce, M. (2006). *Bir Üniversite Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Bulunan Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik Komorbidite. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi*. Gaziantep Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

Yüksel, N. (2006). *Ruhsal Hastalıklar*. (Üçüncü Baskı b.). Ankara: Medikal & Nobel Yayıncılık,.

Ziyalar, N. O. (2013). Çocuk İstismarı ve İhmalinin Bildirimine Yönelik Öğretmen Tutumları. *Türkiye Klinikleri*, 10-23.

Zorlu, A. (2016). *Yönlendirici Olmayan Oyun Terapisinin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtili Çocukların Duygu ve Davranışları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Doktora Tezi.

EKLER

EK-1

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Çocuğunuz ve sizinle ilgili sorulardan oluşan bir “Demografik Bilgi Formu” verilmiştir. Cevaplarınız bilimsel bir çalışma için kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Soruları içten ve gerçeğe uygun olarak yanıtlamanız, araştırmanın sonucu açısından önemlidir.

1.Çocuğunuzun cinsiyeti nedir?

Kız () Erkek ()

2.Çocuğunuzun yaşı kaçtır?

.....

3. Çocuğunuzun doğum sırası nedir?

İlk çocuk () Ortanca Çocuk/Ortancalardan biri () Son çocuk()

4. Çocuğunuzun kardeş sayısı (kendi hariç):

0() 1() 2() 3() 4 ve üstü()

5. Anne-babanın şuan ki durumu nedir?

Evli birlikte yaşamaktalar() Evli ayrı yaşamaktalar() Boşandılar() Vefat etmiş ()

6. Çocuk kiminle birlikte yaşıyor?

Anne ve babayla () Anneyle() Babayla () Diğer.....

7.Aileniz ekonomik düzey bakımından hangi gruba girer?

Düşük () Orta () Yüksek ()

8. Çocuğunuzun yaşadığı bilinen psikolojik bir travması var mı?

Var () Yok ()

Var ise; Lütfen aşağıdaki soruların yanıtlarını altındaki boşluklara yazınız.

9. Travmanın türü

.....

10. Çocuğun travmaya maruz kaldığı yaş

.....

11. Çocuğun travmaya kaç kez maruz kaldığı ve ne kadar sürdüğü

..... kez maruz kaldı vekadar sürdü.

EK-2

Çocukluk Çağı Travma Sonrası Duygusal Stres Ölçeği

2 ila 10 yaşları arasında çocuğunuz varsa: Çocuğunuzun **SON BİR AY İÇİNDE** hangi davranışı ne kadar sık sergilediğini belirten her bir madde için numaralardan birini işaretleyiniz.

Çocuğun Adı Soyadı:
 Çocuğun Doğum Tarihi:
 Cinsiyeti:

	Neredeyse hiç (1)	Bazen (2)	Sıkça (3)	Çok sık (4)
1. Mızırmız davranır				
2. İsteklerinin hemen yerine getirilmesini ister.				
3. Tek başına uyumayı reddeder.				
4. Yatmakta/uykuya dalmakta sıkıntısı vardır.				
5. Kötü rüyalar görür.				
6. Geçerli bir neden olmaksızın korkmuş görünür.				
7. Endişeli görünür.				
8. Geçerli bir sebep olmaksızın ağlar.				
9. Üzgün ve içine kapanık görünür.				
10. Yetişkinlere yapışır/ yalnız olmak istemez.				
11. Aşırı hareketli görünür.				
12. Öfke nöbetleri vardır.				
13. Çok kolaylıkla hayal kırıklığına uğrar.				
14. Ağrılardan, sızılardan şikayet eder.				
15. Yaşından beklenenden daha çocukça davranır (örnek: alt ıslatma, bebekçe konuşma, parmak emme).				
16. Çok kolay ürker.				
17. Saldırganca davranır.				
18. Yemek zamanı yemek yemeği reddeder.				
19. Dikkatini toplamakta zorlanır.				
20. Eşyalarını bir yerlerde unuttur.				
21.hakkında oyunlar, hikayeler veya resimler oluşturur.				
22. Konuşurken 'den bahseder.				
23. Soru sorulduğunda bile hakkında konuşmaktan kaçınır.				
24. hatırlatan şeylerden korkar.				

Çocuğunuz son bir yıl içinde ağır bir travma veya sıkıntı yaşadıysa, lütfen verilen boşluk üzerinde onu yazınız (örnek: sevdiği birinin savaşta olması, hastalık, ölüm veya kayıp, kaza, doğal afet). Daha sonra davranışını travma/sıkıntı ile alakalı olarak derecelendiriniz. (Travmayı/sıkıntıyı anlatınız).

.....

CONNER'S AİLE DEĞERLENDİRME FORMU**Tarih:****Çocuğun Adı Soyadı :****Doğum Tarihi:**

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

	Hiç yok	Biraz	Oldukça fazla	Çok fazla
1. Cildinin, vücudunun veya eşyalarının bazı kısımlarıyla oynar veya yolar (ör: tırnaklar, parmaklar, saçlar veya kıyafetler)				
2. Kendinden yaşça büyüklere karşı küstahça davranır.				
3. Arkadaş edinmekte veya arkadaşlığı devam ettirmekte sorunları vardır.				
4. Kolayca heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.				
5. Faaliyetlerde hep başı çekmek ister.				
6. Parmağını, kıyafetinin veya battaniyesinin bir kenarını emer veya çiğner.				
7. Sık sık veya kolayca ağlar.				
8. Kavgaya hazırdır, öfkesi burnundadır.				
9. Hayale dalıp gider, hayal kurar.				
10. Öğrenme güçlüğü çeker.				
11. Yerinde rahat duramaz, kıpır kıpırdır.				
12. Yeni durumlara ve ortamlara girmekten, yeni kişilerle karşılaşmaktan, okula gitmekten korkar.				
13. Yerinde duramaz, her an hareket halindedir.				
14. Zarar vericidir (eşyalara).				
15. Gerçekle ilgisi olmayan hikayeler uydurur veya yalan söyler.				
16. Utangaçtır.				
17. Yaşıtlarına göre başı daha çok derde girer.				
18. Yaşıtlarına göre konuşması farklıdır (ör: bebeksi konuşma, kekeleme; anlaşılması güç konuşma)				
19. Hatalarını inkar eder veya başkalarını suçlar.				
20. Kavgacıdır.				

EK-3 (Devamı)

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

CONNERS ÖĞRETMEN DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

Tarih:

Öğrencinin Adı Soyadı:

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

	Hiçbir zaman	Nadiren	Sıklıkla	Her zaman
1.Kıpır kıpırdır yerinde duramaz				
2.Zamansız ve uyumsuz sesler çıkarır				
3.İstekleri hemen yerine getirilmelidir				
4.Bilgiçlik taslar				
5.Aniden parlar ne yapacağı belli olmaz				
6.Eleştiriye kaldıramaz				
7.Dikkati dağınıktır				
8.Diğer çocukları rahatsız eder				
9.Hayallere dalar				
10.Somurtur surat asar				
11.Bir anı bir anını tutmaz duyguları çabuk değişir				
12.Kavgacıdır				
13.Büyüklerin sözünden çıkmaz				
14.Hareketlidir durmak oturmak bilmez				
15.Heyecana kapılıp düşünmeden hareket eder				
16.Öğretmenin ilgisi hep onun üstünde olsun ister				
17.Göründüğü kadarıyla arkadaş grubuna alınmıyor				
18.Göründüğü kadarıyla başka çocuklar tarafından kolayca yönlendiriliyor				
19.Oyun kurallarına uymaz mızıkçıdır				
20.Göründüğü kadarıyla liderlik özgürlüğünden yoksundur				
21.Başladığı işin sonunu getiremez				
22.Olduğundan daha küçükmüş gibi davranır				
23.Hatalarını kabul etmez suçu başkasına atar				
24.Diğer çocuklarla iyi geçinemez				
25.Sınıf arkadaşlarıyla yardımlaşmaz				
26.Zorluklardan hemen yılar				
27.Öğretmenle iş birliğine girmez				
28.Zor öğrenir				

EK-5

Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği – Turgay

		I.BÖLÜM			
Sorun		Sorun Derecesi			
A	DİKKATSİZLİK	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1	Dikkatini ayrıntılara vermez ya da okul ödevlerinde, işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
2	Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker.	0	1	2	3
3	Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
4	Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz .	0	1	2	3
5	Görev ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.	0	1	2	3
6	Uzun süreli dikkat gerektiren (okul ödevi- ev ödevi gibi) kaçınır.	0	1	2	3
7	Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan eşyaları(kalem, kitap, oyuncak, araç-gereç gibi) kaybeder.	0	1	2	3
8	Dikkatı kolayca dağılır.	0	1	2	3
9	Günlük etkinliklerde unutkanlır.	0	1	2	3
		IA bölümünde karşılanan ölçüt sayısı/9 IA bölümünde alınan toplam puan/27			
B	AŞIRI HAREKETLİLİK	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
10	Elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır.	0	1	2	3
11	Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturamaz.	0	1	2	3
12	Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
13	Sakince oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
14	Hep hareket halindedir ya da sanki motor takılmış gibi davranır.	0	1	2	3
15	Çok konuşur.	0	1	2	3
	DÜRTÜSELLİK	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
16	Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir.	0	1	2	3
17	Sırasını beklemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
18	Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (başkalarının konuşmaları ya da oyunlarına burnunu sokar).	0	1	2	3
		IB Bölümünde karşılanan ölçüt sayısı/9 IB Bölümünde alınan toplam puan/27 IA ve IB bölümlerinde karşılanan toplam ölçüt sayısı/18 Bölüm IA ve IB'nin toplam puanı/54			

EK-5 (Devamı)

		II.BÖLÜM			
Sorun		Sorun Derecesi			
		Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
19	Kontrolünü kaybeder.	0	1	2	3
20	Erişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
21	Kurallara ve isteklere karşı çıkar ya da reddeder.	0	1	2	3
22	Başkalarını isteyerek rahatsız eder.	0	1	2	3
23	Hataları ya da yanlış davranışları için başkalarını suçlar.	0	1	2	3
24	Alıngandır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır.	0	1	2	3
25	Kızgın ve güceniktir.	0	1	2	3
26	Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.	0	1	2	3
		0	1	2	3
		II. bölümünde karşılanan ölçüt sayısı II. bölümünde alınan toplam puan			
		III.BÖLÜM			
Sorun		Sorun Derecesi			
A		Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
27	Kabadayılık eder, tehdit eder, gözdağı verir	0	1	2	3
28	Kavga döğüş başlatır.	0	1	2	3
29	Eşyalarına ciddi biçimde fiziksel zarar verecek silah (sopa, taş, kırık şişe, bıçak, tabaca vb) kullanır	0	1	2	3
30	İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
31	Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır	0	1	2	3
32	Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırarak soygun, çanta kapıp kaçma, tehditle soyma) yapar.	0	1	2	3
33	Başka birisini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
34	Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.	0	1	2	3
35	Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir. (yangın çıkarma dışında)	0	1	2	3
36	Başkalarının evine binasına ya da aracına zorla girer.	0	1	2	3
37	Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklarından kaçmak için yalan söyler (başkalarını aldatır .)	0	1	2	3
38	Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar (mağazalardan çalma, sahtekarlık)	0	1	2	3
39	13 yaşından öncesinden başlayarak ailesinin yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirir	0	1	2	3
40	Anne babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçtı (ya da uzun süreli dönmemişse bir kez).	0	1	2	3
41	13 yaşından öncesinden başlayarak okuldan kaçır.	0	1	2	3
		III. Bölümünde karşılanan ölçüt sayısı III. Bölümünden alınan toplam puan I. II. III. Bölümlerde karşılanan toplam ölçüt sayısı Her üç bölümde alınan toplam puan			

...../18
...../24

...../15
...../45
...../41
...../123

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı-Soyadı: Hilal DİLMENLER

Doğum Yeri ve Tarihi: Yıldırım/BURSA – 10.07.1989

E mail Adresi: hilaldilmenler@gmail.com

Eğitim Durumu

2013-2019: Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisansı

2009-2012: İstanbul Kültür Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Yönetimi Organizasyonu Yandal Programı

2008-2012: İstanbul Kültür Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü (%70 Başarı Bursu)

2003-2007: Bursa Gazi Anadolu Lisesi

İş Deneyimi

2014-2018: Bursa Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği

Gönüllü Çalışmaları

2018- :Bursa Mutlu Yuva Mutlu Yaşam Derneği

Bilimsel Yayınlar ve Çalışmalar

Lisans Bitirme Projesi Konusu; Yaşlıların Kır Ya Da Kentte Yaşamalarının İşlevsellik Düzeyleri Üzerine Etkisi