

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**ANNE BABALARIN TANIMLADIĞI SORUNLAR, PSİKİYATRİK TANILAR VE
ÇADÖ-Y PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
FATMA BETÜL YILMAZ

GAZİANTEP-2021

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**ANNE BABALARIN TANIMLADIĞI SORUNLAR, PSİKİYATRİK TANILAR VE
ÇADÖ-Y PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
FATMA BETÜL YILMAZ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ.DR. ŞAZİYE SENEM BAŞGÜL

GAZİANTEP-2021

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Anne Babaların Tanımladığı Sorunlar ile Çocuk ve Ergenlerin Aldığı Psikiyatrik Tanılar Arasındaki İlişki**” başlıklı çalışmanın tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla doğrularım.

Fatma Betül YILMAZ

ÖNSÖZ

Bu çalışmayı yürütmemde değerli görüşleri ve katkılarından dolayı danışmanım Doç. Dr. Şaziye Senem Başgöl Hocama teşekkür ederim. Değerli vaktini ve tecrübesini hiç esirgemediği için ayrıca minnettarım. Ayrıca yöntem konusunda her zaman yardımcı olan Dr. Akif Avcu Hocam'a teşekkürü borç bilirim.

Aileme de hep yanımda olduklarını hissettirdikleri için teşekkür ederim.



ÖZET

Bu çalışmada özel bir psikiyatri kliniğine başvuran çocukların ebeveynlerinin belirttikleri sorunlar ile bu çocukların aldıkları tanılar arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Buna ek olarak çocukların doldurduğu Çocuk Ergen Anksiyete Depresyon Ölçeğinin kesme noktasının üstünde kalan tanılar ile ebeveynlerin bildirdikleri sorunlar ve çocuk psikiyatristinin çocuğa koyduğu tanılar arasındaki ilişkiye de bakılmıştır. Çalışmaya toplam 36 kız ve 42 erkek çocuk dahil edilmiştir. Mann Whitney U testi, Bağımsız gruplar t testi ve Ki-kare analizi yöntemiyle istatistiksel analiz yapılmıştır. Çalışmanın bulguları şu şekildedir: Ailelerin ilettiği sorunlardan kaygı ile YAB tanısı arasında, dikkat dağınıklığı ile DEHB arasında, aşırı hareketlilik ile Tik ve Tourette Bozukluğu arasında, takıntı ile OKB tanısı arasında ilişki bulunmuştur. ÇADÖ-Y puanları açısından değerlendirildiğinde, sadece ailelerin ilettiği mutsuzluk sorunu ile ÇADÖ-Y depresyon puanı arasında ilişki saptanmıştır. ÇADÖ-Y puanları ile psikiyatrik tanılar karşılaştırıldığında; YAB tanısı ile ÇADÖ-Y ayrılık anksiyetesi, yaygın anksiyete, OKB ve anksiyete toplam puanı arasında, MDB ve distimi tanıları ile ÇADÖ-Y depresyon puanı arasında, sosyal fobi tanısı ile ÇADÖ-Y yaygın anksiyete puanı arasında, ayrılık anksiyetesi bozukluğu tanısı ile ÇADÖ-Y ayrılık anksiyetesi, sosyal fobi ve anksiyete toplam puanı arasında ilişki bulunmuştur. ÇADÖ-Y'ye göre düşünülen tanılar ile psikiyatrik tanılar karşılaştırıldığında; depresyon ile MDB ve distimi tanıları arasında, ayrılık anksiyetesi ve sosyal fobi ile ayrılık anksiyetesi bozukluğu arasında ilişki görülmüştür. ÇADÖ-Y'ye göre düşünülen tanılarla ebeveynlerin ilettiği sorunlar karşılaştırıldığında; OKB ile takıntı ve ilişki sorunları arasında ve depresyon tanısı ile mutsuzluk sorunu arasında ilişki saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, psikiyatrik tanı, ebeveyn şikayetleri, anksiyete, depresyon, ÇADÖ-Y

ABSTRACT

In this study, it was aimed to examine relationship between parental complaints and psychiatric diagnosis of children and adolescents who came to a private psychiatric outpatient clinic. Besides that, it was investigated the relationship between the scores and diagnosis that Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS-CV) gives and diagnosis of psychiatrist and parental chief complaints of their children. 36 girls and 42 boys were included to the research. Statistical analysis done with Mann Whitney-U test, Chi-square test and independent group t test. The findings show that there are relationship between some complaints and diagnosis which are; worry and generalized anxiety disorder, hyperactivity and attention deficit hyperactivity disorder, hyperactivity and tic and Tourette disorder, obsession and obsession compulsion disorder. When considering the relationship between RCADS-CV points and complaints, there is a relationship between depression point and unhappiness. There is a relationship between GAD diagnosis and RCADS-CV separation anxiety point, OCD diagnosis and total anxiety point, MDD/ distimi and depression point, social anxiety disorder diagnosis and generalized anxiety point; separation anxiety diagnosis and RCADS-CV separation anxiety, social phobia and total anxiety score. When RCADS-CV diagnosis and psychiatric diagnosis are compared there is a relationship between depression and MDD/distimi, between RCADS-CV separation anxiety and RCADS-CV social phobia and separation anxiety disorder. Besides, there is a relationship between RCADS-CV OCD diagnosis and obsession and relationship problems, and RCADS-CV depression and unhappiness.

Key words: Child, psychiatric diagnosis, parental complaints, anxiety, depression, RCADS-CV

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
BİRİNCİ BÖLÜM.....	1
GİRİŞ.....	1
1.1.Araştırmanın Problemi.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	2
1.3.Araştırmanın Soruları.....	2
1.4.Araştırmanın Varsayımları.....	2
1.5.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	2
İKİNCİ BÖLÜM.....	4
KURAMSAL ÇERÇEVE.....	4
2.1.Çocuklarda Görülen Ruhsal Bozukluklar.....	4
2.1.1.Nörogelişimsel Bozukluklar.....	4
2.1.2.Depresyon Bozuklukları.....	6
2.1.3.Anksiyete Bozuklukları.....	6
2.1.4.Takıntı Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar.....	8
2.1.5.Yıkıcı Bozukluklar, Denetim ve Davranım Bozuklukları.....	8

2.2.Çocukların öz değerlendirme ölçekleri ve Ebeveynlerinin çocuklarını değerlendirmeleri arasındaki farklar.....	9
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	12
YÖNTEM.....	12
3.1.Araştırma Modeli.....	12
3.2.Çalışma Grubu.....	12
3.3Veri Toplama Süreci.....	15
3.4.Veritoplama Araçları.....	15
3.4.1.Sosyodemografik Bilgi Formu.....	15
3.4.2.Yenilenmiş Çocuk Ergen Anksiyete Depresyon Ölçeği.....	15
3.4.3.Çocuk Belirtileri Tarama Envanteri –Anne Baba Formu.....	16
3.4.4.Ergen Belirtileri Tarama Envanteri-Ebeveyn Formu.....	16
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	18
BULGULAR VE YORUM.....	18
4.1.ÇADÖ-Y puanları çocukların aldıkları tanılara göre farklılaşmakta mıdır?.....	23
4.2.Psikiyatrik tanılar ile ÇADÖ-Y’ye göre düşünülen tanılar arasında bir ilişki var mıdır?.....	31
4.3.Ebeveynlerin bildirdiği sorunlar ile ÇADÖ-Y’ye göre düşünülen tanılar arasında bir ilişki var mıdır?.....	32
4.4.Ebeveynlerin bildirdiği sorunlar ile psikiyatrik tanılar arasında bir ilişki var mıdır?.....	35
4.5.ÇADÖ-Y puanları ile ebeveynlerin bildirdiği sorunlar arasında bir ilişki var mıdır?.....	39
BEŞİNCİ BÖLÜM.....	49
TARTIŞMA.....	49
5.1.Ebeveynlerin bildirdiği sorunlar ve psikiyatristin koyduğu tanılar arasındaki ilişki.....	49
5.2.ÇADÖ-Y puanları ve ebeveynlerin bildirdiği sorunlar arasındaki ilişki.....	50
5.3.ÇADÖ-Y puanları ve psikiyatrik tanılar arasındaki ilişki.....	51

5.4.Psikiyatrstin koyduğu tanılar ile ÇADÖ-Y'ye göre düşünölen tanılar arasındaki ilişki...	52
5.5.Ebeveynlerin bildirdiği sorunlar ve ÇADÖ-Y tanıları arasındaki ilişki.....	52
5.6.Sınırlılıklar.....	53
KAYNAKÇA.....	54



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların demografik özelliklerine ait bulgular.....	12
Tablo 2. Katılımcıların tanı durumlarına ilişkin frekans dağılımı.....	19
Tablo 3. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş Formu (ÇADÖ-Y) puanlarına göre tanı durumlarına ilişkin frekans dağılımı.....	19
Tablo 4. Ailelerin belirttiği sorunlara ilişkin frekans dağılımı.....	20
Tablo 5. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş Formu (ÇADÖ-Y) puanları için betimleyici istatistik değerleri.....	22
Tablo 6. ÇADÖ-Y puanlarının DEHB tanı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları.....	23
Tablo 7. ÇADÖ-Y puanlarının OKB tanı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U sonuçları.....	23
Tablo 8. ÇADÖ-Y puanlarının YAB tanı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U sonuçları.....	24
Tablo 9. ÇADÖ-Y puanlarının MDB veya Distimik Bozukluk tanı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U testi sonuçları.....	25
Tablo 10. ÇADÖ-Y puanlarının sosyal fobi tanı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U testi sonuçları.....	26
Tablo 11. ÇADÖ-Y puanlarının ayrılık anksiyetesi tanı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U testi sonuçları.....	26
Tablo 12. ÇADÖ-Y puanlarının ÖÖG tanı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U testi sonuçları.....	27
Tablo 13. ÇADÖ-Y puanlarının Tik veya Tourette bozukluğu tanı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U testi sonuçları.....	28

Tablo 14. ÇADÖ-Y puanlarının otizm tanı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U testi sonuçları.....	29
Tablo 15. ÇADÖ-Y ‘e göre düşünülen tanılar ile çocukların aldığı psikiyatrik tanılar arasındaki ilişkiye dair Ki-Kare analizi sonuçları.....	30
Tablo 16. ÇADÖ-Y ‘e göre düşünülen tanılar ile ebeveynlerin belirttiği sorunlar arasındaki ilişkiye dair Ki-Kare analizi sonuçları.....	32
Tablo 17. Psikiyatristin koyduğu tanılar ile ebeveynlerin belirttiği sorunlar arasındaki ilişkiyi belirleme üzerine yapılan Ki-kare analizi sonuçları.....	35
Tablo 18. ÇADÖ-Y puanlarının kaygı sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzerine yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları.....	38
Tablo 19. ÇADÖ-Y puanlarının dikkat sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzerine yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları.....	39
Tablo 20. ÇADÖ-Y puanlarının aşırı hareketlilik sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzerine yapılan Mann Whitney-U testi sonuçları.....	40
Tablo 21. ÇADÖ-Y puanlarının takıntı sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzerine yapılan Mann Whitney-U testi sonuçları.....	40
Tablo 22. ÇADÖ-Y puanlarının ilişki sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzerine yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları.....	41
Tablo 23. ÇADÖ-Y puanlarının davranış sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzerine yapılan Mann Whitney-U testi sonuçları.....	42
Tablo 24. ÇADÖ-Y puanlarının mutsuzluk sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzerine yapılan Mann Whitney-U testi sonuçları.....	43
Tablo 25. ÇADÖ-Y puanlarının öfke sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzerine yapılan Mann Whitney-U testi sonuçları.....	43

Tablo 26. ÇADÖ-Y puanlarının sosyal kaygı sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzerine yapılan Mann Whitney-U testi sonuçları.....	44
Tablo 27. ÇADÖ-Y puanlarının anneden ayrılamama sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzerine yapılan Mann Whitney-U testi sonuçları.....	45
Tablo 28. ÇADÖ-Y puanlarının korku sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzerine yapılan Mann Whitney-U testi sonuçları.....	46
Tablo 29. ÇADÖ-Y puanlarının insanlarla iletişim sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzerine yapılan Mann Whitney-U testi sonuçları.....	47



KISALTMALAR LİSTESİ

ÇADÖ-Y	:	Çocuk Ergen Anksiyete Depresyon Ölçeği Yenilenmiş Formu
DEHB	:	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
KOKGB	:	Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu
MDB	:	Majör Depresif Bozukluk
NGB	:	Nörogelişimsel Bozukluk
TSSB	:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
OKB	:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
YAB	:	Yaygın Anksiyete Bozukluğu

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1.Araştırmanın Problemi

Çocuklar ebeveynleri tarafından birçok farklı nedenle çocuk ve ergen psikiyatristine getirilirler. Psikiyatristler klinik muayenenin yanı sıra çocuklara ve ebeveynlerine ölçekler doldurturlar ve tüm verileri birlikte değerlendirerek bir tanıya varırlar. Çocukları psikiyatrik açıdan değerlendirirken çok yönlü ele almak çocuğa uygulanacak tedavi hizmetini belirlemek adına çok kıymetlidir. Ebeveynlerin çocuklarını psikiyatriste götürme nedenleri, hekimin koyduğu tanı ve ölçeklerden elde edilen veriler birbirini desteklerken bazen bu veriler arasında farklılıklar olabilir.

Çocuklarda, erişkinlerde görülebilen tüm psikiyatrik bozuklukları görebiliriz. Ancak bazı tanılar çocukluk döneminde daha sık görülürken bazı tanılar nadir görülmektedir. Bu çalışmada psikiyatrik tanı olarak anksiyete bozuklukları ve depresyon ele alınmıştır.

Anksiyete bozuklukları tüm hastalıklar içerisinde, hastalıkla yaşanan süre düşünüldüğünde engelliliğe sebep olan altıncı hastalıktır (Baxter vd.,2014). Rahatsızlıkları sebebiyle kliniğe başvuran ve afektif veya anksiyete bozukluğu tanısı alan kişilerde hayat kalitesinde önemli düzeyde azalma vardır (Rapaport vd.,2005). Kessler ve arkadaşlarının 2005’de Amerika Birleşik Devletlerinde yaptığı çalışmada anksiyete bozukluklarının toplumda görülme sıklığı %28’dir ve başlangıç yaşı ise 11’dir (Kessler vd.,2005). Anksiyete bozuklukları çoğu durumda kroniktir (Yonkers vd.,2003). Ergenlik döneminde görülen anksiyete bozuklukları yetişkinlikte anksiyete ve depresyon görülme ihtimalini 2-3 kat artırır (Pine vd.,1998). Regier ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ise anksiyete bozuklukları özellikle de özgül fobi ve sosyal kaygı bozukluğu, ergenlerde yaşamın erken döneminde görüldüğü ve ilerde majör depresif bozukluk ve madde kullanımına yatkın hale getirdiğini göstermiştir (Regier vd.,1998).

Depresyon yaygın bir rahatsızlıktır ve dünyada toplamda 120 milyon insanı etkilemektedir (Lepine ve Briley,2011).Depresyon hayatın her alanında (aile, iş, arkadaşlık) negatif sonuçlara neden olan bir bozukluktur ve ciddi bir halk sağlığı problemidir. Aynı zamanda yüksek sağlık harcamalarına da neden olur (Garaigordobil vd.,2017). Erken depresyon özellikle de sürekli çocukluk/ergenlik dönemi depresif semptomları, yetişkinlikte işlevselliği dirençli olarak etkiler (Copeland vd.,2020).

Bu çalışmada, ailelerin çocukları hakkında ilettikleri şikayetler, hekimin koyduğu tanı ve çocukların doldurduğu Çocuk Ergen Anksiyete Depresyon Ölçeği Yenilenmiş Formu (ÇADÖ-Y) arasındaki ilişkiye bakılmıştır.

1.2. Araştırmanın amacı ve önemi

Bu araştırmanın amacı, ebeveynlerin çocuklarıyla ilgili şikayetleri ve çocukların aldıkları psikiyatrik tanılar arasındaki ilişkiye bakmaktır. Buna ilaveten, ÇADÖ-Y'den alınan puanlar ile bu iki değişken arasındaki ilişkiye irdelenmiştir.

Ulaşılabilen literatürde, ebeveynlerin tanımladığı sorunlarla psikiyatrik tanıyı karşılaştıran sadece bir araştırmaya rastlanılmıştır. Çalışmamız bu açıdan literatüre katkı sağlayacaktır. Bunun yanı sıra ÇADÖ-Y ile ebeveyn şikayetlerini karşılaştıran bir çalışma da alan yazında bulunamamıştır. Elde ettiğimiz verilerin bu anlamda da literatürü destekleyeceği düşünülmektedir.

1.3.Araştırmanın Soruları

- 1)Ebeveynlerin bildirdikleri sorunlar ile ÇADÖ-Y puanları arasında ilişki var mıdır?
- 2)Ebeveynlerin bildirdikleri sorunlar ile ÇADÖ-Y'ye göre düşünülen tanılar arasında bir ilişki var mıdır?
- 3)Ebeveynlerin bildirdikleri sorunlar ile psikiyatrik tanılar arasında bir ilişki var mıdır?
- 4) ÇADÖ-Y'ye göre düşünülen tanılar ile psikiyatristin koyduğu tanılar arasında bir ilişki var mıdır?
- 5)ÇADÖ-Y puanları ile psikiyatristin koyduğu tanılar arasında bir ilişki var mıdır?

1.4.Araştırmanın Varsayımları

Araştırmaya dahil olan çocuk ve ebeveynlerin cevaplarını samimiyetle verdikleri varsayılmıştır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

- 1)Araştırma özel bir klinikten alınan veriyle sınırlıdır.
- 2)Araştırmanın verileri sadece 2019 ve 2020 yıllarıyla sınırlıdır.
- 3)Araştırma 3.sınıf ile 12. sınıf arası öğrencilerin verileriyle sınırlıdır.



İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1.Çocuklarda Görülen Ruhsal Bozukluklar

2.1.1.Nörogelişimsel Bozukluklar

Nörogelişimsel Bozukluklar (NGB), nörolojik sistem ve beyindeki bozukluklarla karakterize yeti yitimleridir. Dil gelişimi ve konuşma, motor yetenekler, hafıza ve öğrenme gibi fonksiyonlarda bozukluğa neden olurlar (Posthuma and Polderman,2013). Gelişimdeki bu aksaklıklar öğrenme veya yürütücü işlevlerdeki spesifik kısıtlılıklardan tutun da sosyal beceri veya zekadaki genel bozukluklara kadar geniş aralıklarda olabilir. Bu bozukluklar sıklıkla beraber bulunurlar, örneğin otizm spektrum bozukluğundaki pek çok çocukta aynı zamanda anlıksal yetiyitimi (mental retardasyon), Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan pek çok çocukta da özgül öğrenme güçlüğü vardır (American Psychiatric Association,2013).

Nörogelişimsel bozuklukların ana özelliklerinden biri çocuklukta, ergenlikten önce başlamalarıdır. Ayrıca diğer nöropsikiyatrik rahatsızlıklardan klinik seyirleri dolayısıyla farklıdırlar. Her ne kadar gelişimsel dönemlere özgü farklılıklar barındırsalar da Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) , Öğrenme ve İletişim Bozuklukları gibi bozukluklar sabit seyir izlerler. Duygu durum bozuklukları ve şizofreni gibi tekrarlayıcı ve yineleme örüntüleri yoktur (Thapar and Cooper, 2016). Buna ek olarak bazı NGB’ler tek bir spesifik genetik faktöre bağlı olsa da (anlıksal entellektüel yeti yitimi) çoğu genetik, çevresel ve psikososyal risk faktörlerinden etkilenirler (Posthuma and Polderman, 2013).

Anlıksal Yetiyitimi (Anlıksal Gelişimsel Bozukluk), muhakeme, problem çözme, plan yapma, soyut düşünme, yargıda bulunmak, akademik öğrenme ve tecrübeyle öğrenme gibi zihinsel aktivitelerde bozulma ile karakterize bir bozukluktur. Birey, iletişim, sosyal katılım, akademik veya iş işlevselliği gibi hayatın birden çok alanında kişisel özgürlükten ve sosyal sorumluluktan mahrumdur. Evde ve toplumsal alanda diğerlerine bağımlıdır. Genel Gelişimsel Gecikme, isminden de anlaşılacağı üzere bireyin beklenen zihinsel gelişim basamaklarını karşılamamasıdır (American Psychiatric Association,2013).

İletişim Bozuklukları, dil bozukluğu, konuşma sesi bozukluğu, toplumsal iletişim bozukluğu ve çocuklukta başlayan akıcılık bozukluğu (kekeleme) kapsar. İlk üç bozukluk dil konuşma ve sosyal iletişimdeki gelişim problemleriyle ilgiliyken kekemelik; akıcılık ve tekrarlayıcı sesler çıkarmak, sessiz veya sesli harfleri uzatma ve duraksama, sözcükleri söylerken aşırı fiziksel gerginlik gibi motor problemler ile ilgilidir. Diğer tüm bozukluklar gibi erken çocuklukta başlar ve hayat boyu işlevselliği etkiler (American Psychiatric Association,2013).

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) ya da çokça bilinen adıyla otizm; yaygın, kalıtsallığı yüksek ve heterojen nörogelişimsel bir bozukluktur (Lord vd.,2020). Sosyal iletişim ve sosyal etkileşimde farklı alanlarda süregelen bozulmaya yol açar. Bu bozulmalar sosyal karşılıklı, sözel olmayan iletişim davranışlarında, ilişkileri anlama, geliştirme ve devam ettirmede görülür. İletişimle ilgili bu problemlere ek olarak otizm tanısı, kısıtlı ve tekrarlayan hareketler, ilgi alanları ve aktiviteler gerektirir (American Psychiatric Association,2013).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, dikkat eksikliği, organizasyon eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik/dürtüsellikle kendini gösteren nörogelişimsel bir bozukluktur. Dikkat eksikliği ve organizasyon eksikliği, çocuğun gelişimsel düzeyine uygun olmayacak şekilde bir görevi yerine getirme yetisinden yoksunluk, dinlemiyor gibi görünme ve eşyalarını kaybetmeyi kapsar. Hiperaktivite ve dürtüsellik ise aşırı hareketlilik, kıpırdanmak, yerinde oturmada zorlanma, başkalarının aktivitelerine zorla girmek ve sırasını beklememekle tanımlanabilir ve yine çocuğun gelişimsel dönemine uygun değildir (American Psychiatric Association,2013).

Nörogelişimsel devinsel (motor) bozukluklar, gelişimsel eşgüdüm bozukluğu, basmakalıp devinim bozukluğu ve istençdışı devinim (tik) bozukluklarını kapsar. Gelişimsel eşgüdüm bozukluğunda, koordine motor becerileri kazanma ve yürütmede eksiklikler vardır ve kendini motor becerilerde sakarlık, yavaşlık ve hata ile gösterir. Bu durum bireyin günlük hayatını oldukça etkiler. Basmakalıp devinim bozukluğunda ise el çırpma, vücudu sallama, kafa sallama, kendini ısırma veya vurma gibi tekrarlayan, bir amacı varmış gibi görünen ama aslında açıkça anlamsız hareketler vardır. Bu hareketler sosyal, akademik yaşam ve diğer aktiviteleri etkiler. Tik bozukluklarında, ani, hızlı, tekrarlayan, ritmik olmayan, basmakalıp motor veya sözlü tikler vardır. Tik bozukluğunun türünü belirleyen; süresi, etiyolojisi ve klinik özellikleridir (American Psychiatric Association,2013).

Özgül Öğrenme Güçlüğü, adından da anlaşılacağı üzere bireylerde bilgiyi algılamada ve öğrenmede zorluk varsa konan bir tanıdır. Bu nörogelişimsel bozukluk ilk defa okulun ilk

yıllarında ortaya çıkar ve belirtileri sürekli'dir. Çocuklar okuldaki okuma, yazma ve/veya matematik gibi temel öğrenme alanlarında zorluklar yaşarlar. Öğrencinin performansı sınıf düzeyinin altındadır ve beklenen düzeye sadece ekstra çaba ile ulaşabilirler (American Psychiatric Association,2013). Burada bahsedilen “beklenen” terimi önemlidir. Öğrencinin yaşadığı mücadele mental retardasyon, bedensel rahatsızlıklar (görme veya işitme güçlükleri), diğerleriyle aynı eğitim fırsatlarına sahip olamamak veya diğer mantıklı açıklamalarla açıklanamaz (Mc Dowell,2018). Özgül öğrenme güçlüğünün türleri Okuma Bozukluğu (Disleksi), Matematik Bozukluğu (Diskalkuli), Yazılı Anlatım Bozukluğu (Disgrafi)’dur(Asfuroğlu ve Fidan, 2016).

2.1.2.Depresyon Bozuklukları

Depresyon Bozuklukları arasında Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu, Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi) ve diğer bazı bozukluklar vardır. Majör Depresyon Bozukluğu bu bozukluklar arasında tipik durumu açıklar, en az “2 hafta” (çoğunlukla daha uzun sürer) süren ve duygularda, bilişte, kolayca fark edilen değişiklikler olur. Tanıyı koymak için bir epizot yeterliyken genellikle birden çok epizot olur. Majör Depresif Bozukluğu (MDB) normal yas ve mutsuzluktan ayırmak için tanıma dikkat edilmelidir. Depresyonun kronik formu olan Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi) tanısı konması için duygu durum sıkıntılarının yetişkinlerde 2 yıl çocuklarda ise 1 yıldır devam etmesi gerekir (American Psychiatric Association,2013).

Bundan yaklaşık 30 yıl öncesine kadar depresyon, ağırlıklı olarak yetişkin bozukluğu olarak görülüyordu. Çocukların depresif semptomları gösterecek kadar gelişmedikleri ve ergenlerin düşük duygu durumları ise “normal” ergen duygu çalkantıları olarak algılanıyordu (Maughan vd.,2012). Oysaki çocuk ve ergenler tüm duygu durum bozukluklarını yaşamakla kalmıyor aynı zamanda depresyonun sebep olduğu ciddi hastalık ve ölüm riskleriyle de karşı karşıya kalıyorlar (Son ve Kirchner, 2000). Depresyon, Ergenlerin sosyal yaşamını eğitimlerini sekteye uğrattığı gibi yaşamın ilerleyen dönemlerinde fiziksel ve zihinsel sağlık problemlerine sebep olabiliyor (Thapar vd.,2012). Ayrıca, intihar için de ciddi oranda risk faktörü oluşturuyor (Prager,2009).

2.1.3.Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozuklukları, aşırı korku ve kaygı ve bunların sebep olduğu davranış sorunlarını içeren bozukluklardır. Korku gerçek veya algılanan olması an meselesi tehditlere karşı gelişen duygusal bir tepkidir, kaygı ise gelecekte beklenen tehditlere karşıdır. Tabii ki bu iki durum birbiriyle örtüşebilir ama aynı zamanda birbirleriyle farklı yönleri de vardır. Korku savaş ya da kaç için gerekli uyarılmayı sağlama, hazır bulunan tehlike düşünceleri ve kaçma davranışlarıyla ilgiliyken anksiyete ise gelecek tehlike için kas gerginliği ve kaçınma hareketleri ile ilgilidir. Bazen anksiyete veya korku seviyesi, süregelen kaçınma davranışları ile azaltılır (American Psychiatric Association,2013).

Anksiyete Bozuklukları, birebirlerinden korku veya anksiyete nesneleri veya kaçınma davranışları ve bunlarla ilgili düşünceleri itibariyle ayrılır. Bu yüzden anksiyete bozuklukları arasında eş tanı fazla olmakla birlikte, onlarda korku veya kaçınma uyandıran durumlar ve bu durumlarla ilgili düşünce ve inançlar yakından incelendiğinde ayırım yapılabilir (American Psychiatric Association,2013).

Ayrılma Kaygısı Bozukluğunda birey, bağlandığı başlıca kişilerden ayrılırken gelişim düzeyine uygun olmayacak şekilde korku veya kaygı yaşar. Bağlanma nesnelere zarar geleceğine veya onlardan ayrılmasına sebep olacak bir olayla karşılaşacağına dair süregelen bir korku vardır bu yüzden onlardan ayrılmaya karşı bir direnç vardır. Bunların yanında kabuslar ve stres belirtileri de gözlenir. Belirtiler çocuklukta başlasa da yetişkinliğe kadar devam edebilir (American Psychiatric Association,2013).

Seçici Konuşmazlık, bireylerin konuşması beklenen bazı sosyal ortamlarda (okul gibi) sürekli olarak konuşamamasıdır. Bu bazı sosyal durumlar dışında ise konuşmada sorun yoktur. Bu durum akademik ve işle ilgili ciddi sonuçlar doğurur ve bireyin normal sosyal yaşamını sekteye uğratar (American Psychiatric Association,2013).

Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi), insanlar tarafından incelenme olasılığı taşıyan sosyal ortamlardan korkmak, kaygı duymak veya kaçınmaktır. Bu ortamlar yeni insanlarla tanışmak, başkalarının yanında yemek yemek veya içmek ya da diğerlerinin önünde performans sergilemeyi kapsar. Kişinin zihnindekiler diğerlerinin olumsuz değerlendireceği, utanacağı, reddedileceği, aşağılanacağı veya rencide olacağıdır (American Psychiatric Association,2013).

Panik Bozuklukta birey tekrarlayan ve zamanı belli olmayan panik ataklar yaşar ve sürekli olarak yeni ataklar yaşayacağı ve bunların kötü sonuçlar doğuracağı ile ilgili endişe taşır. Bu yüzden spor yapmaktan ve yabancı olduğu yerlere gitmekten kaçınabilir. Panik ataklar

fiziksel ve bilişsel semptomlar gösteren dakikalar içinde zirveye ulaşan ani korku ve rahatsızlık içeren durumlardır. Bazı durumlarda panik atakların ne zaman geleceği bilinebilir örneğin korkulan bir objeyle karşılaşıldığında, ama bazı durumlarda panik ataklar hiçbir neden yokken de oluşabilir. (American Psychiatric Association,2013).

Yaygın anksiyete bozukluğunda birey iş, okul gibi kontrol etmeyi zor bulduğu birden çok ortamda sürekli olarak aşırı endişe ve kaygı yaşar. Bunların yanında fiziksel semptomlarda görülür: huzursuzluk, kolayca yorulma, odaklanamama veya zihnin boşalması, uyku bozuklukları, kaslarda gerginlik (American Psychiatric Association,2013).

2.1.4.Takıntı Zorlantı Bozukluğu (Obsesif Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar

Takıntı Zorlantı Bozukluğu (OKB) takıntı (obsesyon) ve/veya zorlantı (kompülsiyon) ile karakterizedir. Takıntılar, tekrarlayan ve ısrarcı çoğu zaman istenmeden ve zorla gelen düşünce, dürtü ve zihinde beliren görüntülerdir. Zorlantılar ise takıntılar veya kurallar karşısında bireyin yapmaya güdülendiği tekrarlayıcı hareket veya zihinsel eylemlerdir. Diğer takıntı zorlantı bozukluğuyla ilgili bozukluklarda da zihinsel meşguliyet ve bununla ilgili davranış ve zihinsel eylemler vardır (American Psychiatric Association,2013).

Trikotillomani ya da saç yolma bozukluğu, kişinin yineleyici şekilde saçlarında azalmaya yol açacak kadar saç yolması ve bunu engellemeye veya azaltmaya çalışan tekrarlayan girişimlerinin olduğu bir bozukluktur (American Psychiatric Association,2013).

2.1.5.Yıkıcı Bozukluklar, Denetim ve Davranım Bozuklukları

Bu bozukluklarda duygu ve davranışları kontrol etmede problem yaşanır. Diğer ruhsal problemlerde de duygu ve davranışları düzenlemede sorun yaşansa da bu bozukluklarda diğerlerinin hakkına saldırı ve otorite figürleri veya sosyal normlarla çatışma vardır.

Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB) bu gruba giren bir bozukluktur ve öfkeli/asabi ruh hali, tartışmacı/karşı gelen davranış ya da kin besleyen tutumların en az altı ay süresiyle görülmesiyle karakterizedir (American Psychiatric Association,2013). Bu davranışlar genellikle okul öncesi dönemde de görülür fakat bunları gelişimsel açıdan uygun ama yine de sıkıntılı davranışlardan ayırmak zor olabilir. Bu davranışları sürekli olarak sergileyen çocukların okula başlayınca KOKGB geliştirmeleri olasıdır. KOKGB'li çocukların aileleri,

öğretmenleri ve arkadaşlarıyla gergin bir ilişkileri olması ve aynı zamanda dikkat eksikliği ve hiperaktivite ve duygu durum bozukluğu geliştirme ihtimalleri yüksektir (Hamilton vd.,2008).

KOKGB çocukluk döneminde başlamasına ve bir çocukluk dönemi bozukluğu olarak görülmesine karşın yetişkinlikte de devam eder ve kişinin hayatını sadece bir alanda değil pek çok alanda etkiler. Akademik hayatını ve iş yaşamını sekteye uğratar ve aile, arkadaş ilişkilerini bozar (Burke ve Romano-Vertelyi,2018).

2.2.Çocukların öz değerlendirme ölçekleri ve Ebeveynlerinin çocuklarını değerlendirmeleri arasındaki farklar

Gelişimsel psikopatolojideki en büyük meselelerden biri, çocukların duygusal veya davranışsal problemlerine kimin puan vereceğini seçmektir. Yetişkinlerde, tanıya karar vermek için araştırmacı veya klinisyen, danışan veya öznenin raporuna göre karar verir. Ayrıca yetişkinler terapiye kendileri başvururlar. Aksine çocuklar kendileri başvuramazlar ve bu karar genellikle ebeveynleri tarafından alınır. Başkalarının açıklamasına dayanan çocuk psikopatoloji değerlendirmeleri bu yönüyle yetişkinlerden temel bir farkla ayrılır (Stranger and Lewis).

Çocuk veya ergen psikopatolojisinin klinik değerlendirilmesinde çocuğun öz-değerlendirmesine ek olarak ebeveyn genellikle anne ve öğretmenlerin de bilgisine başvurulması yaygın bir uygulamadır. Riley bu konuya biraz daha farklı yaklaşır. Çocuk değerlendirmelerinde sadece anne-babadan fikir alınması artık kabul görmeyen bir görüştür fakat çocuğun öz bildirimine başvurmak her zaman için bu kadar direkt olmayabilir. Burada dikkate alınması gerekenler hangi patolojinin değerlendirilmeye alındığı, uygun öz-bildirim ölçeği olup olmadığı, değerlendiricinin çocuğun doldurduğu ölçeğe verdiği değerdir (Riley, 2004).

Terapinin gündemi genellikle büyük ölçüde ebeveynlerin bildirdiği problemlere dayanır. Eğer çocuk veya ergen ile ebeveyn bu konuda hemfikir ise süreç daha kolay ilerler ve ortak hedeflere daha rahat ulaşılır. Eğer böyle bir uzlaşma yoksa hedefe ulaşmadaki süreç baltalanabilir (Yeh and Wiesz,2001).

Bir çok çalışma çocuklardaki semptom veya tanıyı anlamak için çocuklardan ve ebeveynlerden alınan değerlendirmelerin genellikle farklı, nadiren örtüşen bilgiler verdiğini göstermiştir (Jensen vd.,1999).Bu farklılığın sebeplerinden biri, bilgi verenlerin farklı fakat eşit derecede geçerli bilgiler vermesinden kaynaklanıyor olabilir. Örneğin çocuk okulda olağandışı

davranıp evde normal davranıyor olabilir (Cantwell vd.,1996). Ebeveyn, çocuk veya öğretmen gibi farklı bilgi verenler arasında korelasyon düşük de olsa birden farklı kaynaktan bilgi almak gereklidir çünkü bunlar değişik durumlar hakkında geçerli bilgiler veriyor olabilirler (Achenbach,1987). Bu farklılıklar yüzünden ve çocukların gelişimsel olarak kendi psikiyatrik işlevselliklerinin farkında olamayacaklarından değişik kaynaklardan bilgi almak gereklidir (McConoughey and Achenbach,1989). Buna ek olarak çocuklar toplum tarafından kabul edilmeyen davranışlarını yok sayabilir veya küçümseyebilir, ebeveynler disfori, obsesyon ve fobi gibi ruhsal durumların farkında olmayabilir, ebeveynler ile çocukların bir davranışı problematik saymaları için farklı eşik değerleri olabilir veya çocuk veya ergenler semptomlarını ve davranışları değişik ortamlarda değişik biçimde sergiliyor olabilirler (Cantwell vd.,1996).

Çocuklar duygularını ve iç durumlarını doğrudan tecrübe ettikleri için içselleştirici bozukluklarda çocukların kendileri daha iyi bir bilgi kaynağı olabilir. Buna karşılık ebeveynler uygun davranışların çocukta oluşmasında rol aldıkları için dışsallaştırıcı bozukluklar için onlardan değerlendirmeye yardımcı olmalarını istemek daha iyi olabilir çünkü bu davranışlar gözlemlenebilir ve standarttır (Jensen vd.,1999). Choudhury ve arkadaşlarının 2003’de yaptığı araştırma da bunu kanıtlar niteliktedir. Bu araştırmada araştırmacılar çocukluk çağı anksiyetesinde çocuklarla ve ebeveynlerle yapılandırılmış görüşmeler yapmışlar ve majör anksiyete bozukluklarında ebeveyn ve çocuk arasında zayıf oranda anlaşma bulmuşlardır (Choudhury vd.,2003). Cantwell ve arkadaşlarının 1997’de yaptığı araştırma da benzer sonuçlar bulmuştur. Çocuk ve ergenler ayrılma anksiyetesi hariç diğer anksiyete bozukluklarında daha çok semptom bildirmişlerdir. Buna karşılık dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranış bozukluğunda ebeveynlerin verdikleri raporda daha yüksektir fakat aradaki fark anlamlı değildir (Cantwell,1996).Başka bir çalışmada ise afektif semptom gösteren çocukların doldurduğu ölçekler ve ebeveynlerinin çocuklar hakkında doldurdukları ölçeklerin korelasyonuna bakılmıştır ve sadece orta düzeyli bir korelasyon bulunmuştur. Bu da ebeveynlerin çocuklarının duygularının farkında olmadıkları anlamını çıkarabilir. Çocuklarında majör depresyon bulunan ebeveynlerin çocuklarındaki depresyonu küçümseyici yanıtlar verdikleri fakat çocuklarında davranış bozukluğu veya distimi olan ebeveynlerin ise çocuklarındaki depresyonu büyüttükleri görülmüştür (Moriatti vd.,1985).

Bu sonuçlardan çok farklı sonuçlar bulan araştırmacılar da olmuştur. Jensen ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada çocuk ve ebeveynleri arasındaki anlaşmanın nadiren olduğunu gördüler. Bu sonuç çocuğun tanı alıp almamasına veya bozukluğun içselleştirici veya dışsallaştırıcı bir bozukluk olup olmamasına göre değişmiyordu (Jensen vd.,1999).

Ulaşılabilen literatürde ailelerin bildirdiği şikayetlerle ÇADÖ-Y puanlarının karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1.Araştırma Modeli

Araştırma İlişkisel Tarama Modeli ile yapılmıştır. İlişkisel araştırmalarda iki veya daha fazla değişkenin birbiriyle ilişkisi saptanır (Gliner vd.,2015). Burada ilişkisi taranan değişkenler ailelerin belirttiği sorunlar, çocukların aldığı psikiyatrik tanılar, ÇADÖ-Y puanları ve ÇADÖ-Y'nin düşündürdüğü tanılardır. Bu dört değişkenin kendi aralarındaki ilişkiye bakılmıştır.

3.2. Çalışma Grubu

Çalışmanın örneklemini özel bir çocuk ergen psikiyatri kliniğine başvuran 3-12. Sınıf arası çocuk ve ergenler oluşturmuştur. Örneklem türü olarak uygun örnekleme kullanılmıştır. Uygun örnekleme yönteminde, örneklem araştırmacının ulaşabildiği, çevresinde bulunan tanıdık çevreden seçilir (Aziz,2017:54).

Çalışmaya 36'sı.kız, 42'si erkek olmak üzere toplam 78 çocuk dahil edilmiştir. Çocukların hem kendileri hem de ebeveynlerinin doldurduğu ölçeklerden alınan veriler kullanılmıştır.

Değişkenler	Gruplar	f	%
Cinsiyet	Kız	36	46,2
	Erkek	42	53,8
	Toplam	78	100
Anne eğitim düzeyi	İlköğretim	5	6,4
	Lise	20	25,6
	Ön lisans veya Lisans	45	57,7
	Lisansüstü	8	10,3
	Toplam	78	100
Baba eğitim düzeyi	İlköğretim	7	9
	Lise	13	16,7
	Ön lisans veya lisans	46	59
	Lisansüstü	12	15,4
	Toplam	78	100
Anne-Baba Birliktelik durumu	Birlikte	66	84,6
	Boşanmış	12	15,4
	Toplam	78	100
Akraba evliliği	Var	4	5,1
	Yok	74	94,9
	Toplam	78	100
Kaçınıcı çocuk	Birinci	51	65,4
	İkinci	18	23,1

	Üçüncü	9	11,5
	Toplam	78	100
Kardeş sayısı	Tek Kardeş	14	17,9
	İki Kardeş	40	51,3
	Üç ve Üzeri	24	30,8
	Toplam	78	100
Bedensel hastalık	Var	23	29,5
	Yok	55	70,5
	Toplam	78	100
Kaza	Var	7	9
	Yok	71	91
	Toplam	78	100
Ameliyat	Var	11	14,1
	Yok	67	85,9
	Toplam	78	100

Tablo 1. Katılımcıların demografik özelliklerine ait bulgular

Tabloda özetlendiği üzere araştırmanın çalışma grubu 36'sı (%46,2) kız ve 42'si (%53,8) erkek olmak üzere toplam 78 çocuktan oluşmaktadır. Katılımcıların ebeveynlerinin eğitim düzeyi incelendiğinde 5'inin (%6,4) annesi ilköğretim mezunu, 20'sinin (%25,6) lise mezunu, 45'inin (%57,7) ön lisans veya lisans mezunu, 8'inin (%10,3) lisansüstü mezunu olduğu; 7'sinin (%9,0) babası ilköğretim mezunu, 13'ünün (%16,7) lise mezunu, 46'sının (%59,0) ön lisans veya lisans mezunu ve 12'sinin (%15,4) lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların 66'sının (%84,6) sının anne babası birlikte ve 12'sinin (%15,4) anne babası boşanmış durumdadır. Anne ve baba arasında akrabalık bağı 4 katılımcının (5,1) ebeveyninde bulunmaktadır. Katılımcıların 14'ü (%17,9) tek kardeş, 40'ı (%51,3) iki kardeş 24'ü (%30,8) üç ve üzeri kardeşler. Doğum sırasına bakıldığında katılımcıların 51'inin (%65,4) birinci, 18'inin (%23,1)

ikinci ve 9'unun (%11,5) üçüncü çocuk olduğu görülmektedir. Katılımcıların 23'ünün (%29,5) bedensel bir hastalığı mevcutken 55'inin (%70,5) herhangi bir bedensel hastalığı bulunmamaktadır. Son olarak katılımcıların 7'si (%9,0) daha önce kaza geçirmiş ve 11'i (%14,1) daha önce cerrahi operasyon geçirmiştir.

3.3. Veri Toplama Süreci

Veriler İstanbul'da özel bir çocuk ergen psikiyatri kliniğinden toplanmıştır. 2019-2020 yıllarında açılan dosyalardan elde edilen veriler kullanılmıştır. Çocukların doldurduğu Çocuk Ergen Anksiyete Depresyon Ölçeği, ebeveynlerin doldurduğu Çocuk Belirtilerini Tarama Envanteri ve Ergen Belirtilerinin Tarama Envanteri verileri eksiksiz olan dosyalar seçilmiştir. Veriler geriye dönük olarak toplanmıştır. ÇADÖ-Y tanıları ve puanları, psikiyatristin dosyaya not ettiği tanı ve Çocuk ve Ergen Belirti Tarama envanterinin ilk kısmında ailelere sorulan “çocuklarınızda gözlemlediğiniz sorunlar” bölümüne yazdıkları şikayetler değerlendirmeye alınmıştır. Bu ölçeğin maddeleri çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada Sosyodemografik Bilgi Formu, Çocuk Belirti Envanteri, Ergen Belirti Envanteri ve Yenilenmiş Çocuk Ergen Anksiyete Depresyon Ölçeği Kullanılmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda çocuk ve ergenlerin ölçek doldurdıkları yaşları, cinsiyetleri, anne baba yaşları, anne ve babanın eğitim düzeyi, sağ olup olmadıkları ve beraber olup olmadıkları sorulmuştur. Çocuk veya ergenin kaç kardeşi olduğu ve kaçınıcı çocuk olduğu da sorulmuştur. Bunlara ek olarak daha önce hastalık, kaza, ameliyat ve havale geçirip geçirmedikleri de sorulan sorular arasındadır.

3.4.2. Yenilenmiş Çocuk Ergen Anksiyete Depresyon Ölçeği

Yenilenmiş Çocuk Ergen Anksiyete Depresyon Ölçeği, gençlerde depresyon ve anksiyete bozuklukları için DSM-IV baz alınarak oluşturulmuş klinik semptomları tarama ölçeğidir. 2000 yılında araştırmacı Chorpita ve arkadaşları tarafından geliştirilmekte olup, Spence Çocuk Anksiyete Ölçeğinin adapte edilmiş halidir. Toplam 47 maddeden ve 6 alt boyuttan oluşur. Bu boyutlar Ayrılma Anksiyetesi, Sosyal Fobi, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk, Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Majör Depresif Bozukluktur. Ölçek

tamamlandığında sekiz adet puan hesaplanabilir. Bunlar bu altı alt boyut ve anksiyete toplam puanı ve anksiyete-depresyon toplam puanı yani ölçeğin toplam puanıdır.

Alt boyutların Cronbach alfa katsayıları şöyledir: Sosyal fobi .82, Panik Bozukluk .79, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu .76, Majör Depresif Bozukluk .76 Obsesif Kompulsif Bozukluk .73 ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu içinse .77 (Chorpita vd.,2000).

Ölçek, Görmez ve arkadaşları tarafından 2017’de Türkçe ’ye uyarlanmış olup geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin Türkçesi de 47 maddeden oluşup dörtlü Likert yapıdadır. Ölçeği dolduranlar asla (0), bazen (1), sık sık (2) ve her zaman (3) seçeneklerine puan verirler. Doğrulayıcı faktör analizi, orijinal 6 faktörlü yapıyı doğrulamıştır. Ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılığı Cronbach alfa .95 puanıyla güçlü/mükemmel düzeydedir. Alt boyutlar ise .75 ile .86 arasında değişmektedir. Bu haliyle ölçeğin iç tutarlılığı iyi düzeydedir. Sonuç olarak ölçeğin, Türk çocuk ve ergenlerde kullanılmak üzere geçerli bir ölçek olduğuna dair yeterli kanıt vardır (Görmez vd.,2017).

3.4.3.Çocuk Belirtileri Tarama Envanteri-Anne Baba Formu

Toplam 97 maddeden oluşur ve Gadow ve Sprafkin tarafından 1994’te geliştirilmiştir. DEHB, KOKGB, Davranım Bozukluğu, YAB, OKB, Şizofreni, Depresyon ve Distimi, Yeme Bozuklukları, Otizm Spektrum Bozukluğu, Sosyal Fobi, Enürezis, Enkoprezis, Sesli ve Motor tikleri araştıran sorular bulunur. Bahsi geçen duygusal ve davranışsal problemleri DSM-IV çerçevesinde tarar. 5-12 yaş arası çocuklar için Envanter ebeveynlerin çocuklarında gördüğü belirtilerin sıklığına puan vermesiyle doldurulur. Ölçek 4’lü Likert yapıdadır (Hiçbir zaman, Bazen, Sıklıkla, Çok sık). 2002’de Sprafkin ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ölçeğin yeterli düzeyde iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenirliği gösterdiğini bulmuştur (Sprafkin vd.,2002).

Ailelerin sorun olarak tanımladığı ifadeler belli başlı gruplara ayrılmıştır ve bu şekilde çalışmaya dahil edilmiştir. Bu gruplar; kaygı, dürtüsellik, dikkat dağınıklığı, aşırı hareketlilik, takıntı, ilişki sorunları, davranış problemleri, mutsuzluk, sosyal kaygı, anneden ayrılamama, çiş ve/veya kaka kaçırma, korku, insanlarla iletişimden kaçınma, kendine zarar verme, ölüm düşünceleri ve iştahsızlıktır. İlişki sorunları tanımı altına, çocuğun hem aile içinde hem de okulda öğretmenleri ve arkadaşları ile yaşadığı anlaşmazlık benzeri ifadeler toparlanmıştır.

3.4.4. Ergen Belirtileri Tarama Envanteri-Ebeveyn Formu

Toplam 120 maddeden oluşur. Ebeveynlerin çocuklarında gözlemlediği davranışsal ve duygusal semptomların sıklığını belirtmesi için oluşturulmuştur. Gadow ve Sprafkin tarafından 12-18 yaş arası çocuklar için geliştirilmiştir. İçerdiği psikopatolojiler DEHB, KOKGB, Davranım Bozukluğu, YAB, OKB, Panik Bozukluk, Sosyal Fobi, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, MDD, Distimik Bozukluk, Bipolar Bozukluk, Şizofreni, Anoreksiya Nervoza, Bulimia Nervoza, Şizoid Kişilik Bozukluğudur. Benzer bir ölçek olan ve Achenbach tarafından 1991’de geliştirilen Child Behavior Checklist ile birleşim ve ayrışım geçerliğine bakıldığında anlamlı bir ilişki vardır (Gadow vd.,2002).

Ailelerin sorun olarak tanımladığı ifadeler belli başlı gruplara ayrılmıştır ve bu şekilde çalışmaya dahil edilmiştir. Bu gruplar; kaygı, dürtüsellik, dikkat dağınıklığı, aşırı hareketlilik, takıntı, ilişki sorunları, davranış problemleri, mutsuzluk, sosyal kaygı, anneden ayrılamama, çiş ve/veya kaka kaçırma, korku, insanlarla iletişimden kaçınma, kendine zarar verme, ölüm düşünceleri ve iştahsızlıktır. İlişki sorunları tanımı altına, çocuğun hem aile içinde hem de okulda öğretmenleri ve arkadaşları ile yaşadığı anlaşmazlık benzeri ifadeler toparlanmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR VE YORUM

Tablo 2. Katılımcıların tanı durumlarına ilişkin frekans dağılımı

Tanı	Tanı durumu	f	%
DEHB	Var	44	56,4
	Yok	34	43,6
	Toplam	78	100
KOKGB	Var	4	5,1
	Yok	74	94,9
	Toplam	78	100
OKB	Var	10	12,8
	Yok	68	87,2
	Toplam	78	100
YAB	Var	26	33,3
	Yok	52	66,7
	Toplam	78	100
Sosyal fobi	Var	4	5,1
	Yok	74	94,9
	Toplam	78	100
Ayrılık anksiyetesi Bozukluğu	Var	3	3,8
	Yok	75	96,2
	Toplam	78	100
MDB veya Distimik Bozukluk	Var	13	16,7
	Yok	65	83,3
	Toplam	78	100
ÖÖG	Var	6	7,7

	Yok	72	92,3
	Toplam	78	100
	Var	5	6,4
Tik veya tourette bozukluğu	Yok	73	93,6
	Toplam	78	100
	Var	1	1,3
Enürezis	Yok	77	98,7
	Toplam	78	100
	Var	1	1,3
Enkoprezis	Yok	77	98,7
	Toplam	78	100
	Var	5	6,4
Otizm Spektrum Bozukluğu	Yok	73	93,6
	Toplam	78	100
	Var	1	1,3
TSSB	Yok	77	98,7
	Toplam	78	100
	Var	3	3,8
Cinsel Yönelim Bozukluğu	Yok	75	96,2
	Toplam	78	100
	Var	1	1,3
Trikotillomani	Yok	77	98,7
	Toplam	78	100
	Var	1	1,3
Selektif Mutizm	Yok	77	98,7
	Toplam	78	100

Tabloda görüldüğü üzere katılımcıların tanı durumları incelendiğinde 44 katılımcının (%56,4) DEHB tanısı; 4'ünün (%5,1) KOKGB; 10'nun (%12,8) OKB; 26'sının (%33,3) YAB; 4'ünün (%5,1) sosyal fobi; 3'nün (%3,8) ayrılık anksiyetesi bozukluğu; 13'ünün (%16,7) MDB veya distimik bozukluk; 6'sının (%7,7) ÖÖG; 5'inin (%6,4) tik veya Tourette bozukluğu; 1 katılımcının (%1,3) enürezis ve enkoprezis;

5'inin (%6,4) otizm spektrum bozukluğu; 1 katılımcının (%1,3) Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB); 3'ünün (%3,8) cinsel yönelim bozukluğu; 1 katılımcının (%1,3) trikotillomani tanısı ve 1 katılımcının (%1,3) selektif mutizm tanısı aldığı görülmektedir.

Tablo 3.Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon-Yenilenmiş Ölçeği (ÇADÖ-Y) puanlarına göre tanı durumlarına ilişkin frekans dağılımı

ÇADÖ-Y tanı	Tanı durumu	f	%
Ayrılık anksiyetesi	Var	18	23,1
	Yok	60	76,9
	Toplam	78	100
Yaygın anksiyete	Var	8	10,3
	Yok	70	89,7
	Toplam	78	100
Panik bozukluk	Var	19	24,4
	Yok	59	75,6
	Toplam	78	100
Sosyal fobi	Var	9	11,5
	Yok	69	88,5
	Toplam	78	100
Obsesif kompulsif bozukluk	Var	9	11,5
	Yok	69	88,5
	Toplam	78	100
Depresyon	Var	13	16,7
	Yok	65	83,3
	Toplam	78	100

ÇADÖ-Y puanlarına göre katılımcıların 18'i (%23,1) ayrılık anksiyetesi tanısı; 8'i (%10,3) yaygın ünsiyete tanısı; 19'u (%24,4) panik bozukluk tanısı; 9'u (%11,5) sosyal fobi tanısı; 9'u (%11,5) obsesif kompulsif bozukluk tanısı ve 13'ü (%16,7) depresyon tanısı aldıkları görülmektedir.

Tablo 4. Ailelerin belirttiği sorunlara ilişkin frekans dağılımı

Sorun listesi	Sorun durumu	f	%
Kaygı sorunu var mı?	Var	30	38,5
	Yok	48	61,5
	Toplam	78	100
Dürtüsellik sorunu var mı?	Var	4	5,1
	Yok	74	94,9
	Toplam	78	100
Dikkat dağınıklığı sorunu var mı?	Var	35	44,9
	Yok	43	55,1
	Toplam	78	100
Aşırı hareketlilik sorunu var mı?	Var	5	6,4
	Yok	73	93,6
	Toplam	78	100
Takıntı sorunu var mı?	Var	16	20,5
	Yok	62	79,5
	Toplam	78	100
İlişki sorunu var mı?	Var	45	57,7
	Yok	33	42,3
	Toplam	78	100
Davranış problemleri var mı?	Var	18	23,1
	Yok	60	76,9
	Toplam	78	100
Mutsuzluk sorunu var mı?	Var	18	23,1
	Yok	60	76,9

	Toplam	78	100
	Var	10	12,8
Öfke sorunu var mı?	Yok	68	87,2
	Toplam	78	100
	Var	6	7,7
Sosyal kaygı sorunu var mı?	Yok	72	92,3
	Toplam	78	100
	Var	6	7,7
Anneden ayrılamama sorunu var mı?	Yok	72	92,3
	Toplam	78	100
	Var	2	2,6
Çiş ve/veya kaka kaçıрма sorunu var mı?	Yok	76	97,4
	Toplam	78	100
	Var	6	7,7
Korku sorunu var mı?	Yok	72	92,3
	Toplam	78	100
	Var	6	7,7
İnsanlarla iletişimden kaçınma sorunu var mı?	Yok	72	92,3
	Toplam	78	100
	Var	1	1,3
Kendine zarar verme sorunu var mı?	Yok	77	98,7
	Toplam	78	100
	Var	1	1,3
Ölüm düşünceleri var mı?	Yok	77	98,7
	Toplam	78	100
	Var	2	2,6
İştahsızlığı var mı?	Yok	76	97,4
	Toplam	78	100

Tablo incelendiğinde ailelerin çoğunlukla ilişki sorunu (45 katılımcı) dikkat sorunu (35 katılımcı) ve kaygı sorununu (30) belirttikleri; en az sıklıkla ise kendine zarar verme ve ölüm düşüncesi (birer katılımcı), iştahsızlık ve dışa atım sorunlarını (ikişer katılımcı) belirttikleri görülmektedir.

Tablo 5. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon-Yenilenmiş Ölçeği (ÇADÖ-Y) puanları için betimleyici istatistik değerleri

Boyutlar	n	Min	Maks.	$\bar{x}$	Sh_x	ss	Çarpık.	Basık.
ayrılık anksiyetesi	78	0,00	15,00	4,64	0,45	3,94	0,894	0,285
yaygın anksiyete	78	1,00	19,00	7,44	0,45	3,94	0,562	-0,257
panik bozukluk	78	0,00	27,00	7,49	0,71	6,30	0,995	0,694
sosyal fobi	78	0,00	27,00	11,62	0,73	6,41	0,334	-0,501
obsesif kompulsif bozukluk	78	0,00	15,00	6,41	0,42	3,73	0,191	-0,625
depresyon	78	0,00	25,00	9,17	0,69	6,07	0,873	0,372
anksiyete toplam	78	5,00	82,00	37,96	2,18	19,28	0,479	-0,382

Tabloda da yer aldığı üzere ÇADÖ-Y alt boyut puanlarına bakıldığında ayrılık anksiyetesi alt boyutu puanlarının aritmetik ortalaması $4,64 \pm 3,94$; yaygın anksiyete alt boyutu puanlarının aritmetik ortalaması $7,44 \pm 3,94$; panik bozukluk alt boyutu puanlarının aritmetik ortalaması $7,49 \pm 6,30$; sosyal fobi alt boyutu puanlarının aritmetik ortalaması $11,62 \pm 6,41$; obsesif kompulsif alt boyutu puanlarının aritmetik ortalaması $6,41 \pm 3,73$; anksiyete toplam puanın aritmetik ortalaması $37,96 \pm 19,28$ ve majör depresyon alt boyutu puanlarının aritmetik ortalaması $9,17 \pm 6,07$ olarak hesaplanmıştır. Çarpıklık ve basıklık değerlerine baktığımızda ölçek alt boyutlarından alınan puanların çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 1 aralığında olduğu görülmektedir ve bu doğrultuda normal bir dağılım gösterdiği söylenebilmektedir.

4.1. ÇADÖ-Y puanları çocukların aldıkları tanılara göre farklılaşmakta mıdır?

Tablo 6. ÇADÖ-Y puanlarının DEHB tanı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları

ÇADÖ_Y	DEHB	n	$\bar{x}$	ss	Sh _x	t testi		
						t	sd	p
ayrılık anksiyetesi	VAR	44	4,61	3,93	0,59	-0,069	76	0,945
	YOK	34	4,68	4,02	0,69			
yaygın anksiyete	VAR	44	7,07	3,71	0,56	-0,938	76	0,351
	YOK	34	7,91	4,22	0,72			
panik bozukluk	VAR	44	7,43	6,50	0,98	-0,088	76	0,930
	YOK	34	7,56	6,14	1,05			
sosyal fobi	VAR	44	11,48	5,81	0,88	-0,215	76	0,830
	YOK	34	11,79	7,19	1,23			
obsesif kompulsif bozukluk	VAR	44	6,00	3,48	0,52	-1,106	76	0,272
	YOK	34	6,94	4,03	0,69			
Majör depresyon	VAR	44	8,98	6,20	0,94	-0,311	76	0,756
	YOK	34	9,41	5,99	1,03			
anksiyete toplam	VAR	44	36,82	18,36	2,77			
	YOK	34	39,44	20,59	3,53	-0,593	76	0,555

Tabloda görüleceği üzere ÇADÖ-Y alt boyut puanlarının DEHB tanı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçlarına göre alt boyutu puanlarının DEHB tanısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>.05$).

Tablo 7. ÇADÖ-Y puanlarının OKB tanı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U sonuçları

ÇADÖ-Y	OKB tanı	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum sıra$	U	z	p
ayrılık anksiyetesi	VAR	10	33,7	337	282,0	-0,871	0,384
	YOK	68	40,35	2744			
yaygın anksiyete	VAR	10	40,7	407	328,0	-0,180	0,857
	YOK	68	39,32	2674			
panik bozukluk	VAR	10	39,4	394	339,0	-0,015	0,988

	YOK	68	39,51	2687			
sosyal fobi	VAR	10	35,75	357,5	302,5	-0,562	0,574
	YOK	68	40,05	2723,5			
obsesif kompulsif bozukluk	VAR	10	43,3	433	302,0	-0,570	0,569
	YOK	68	38,94	2648			
depresyon	VAR	10	36,05	360,5	305,5	-0,517	0,605
	YOK	68	40,01	2720,5			
anksiyete toplam	VAR	10	37,05	370,5	315,5	-0,366	0,714
	YOK	68	39,86	2710,5			

Tabloda görüldüğü gibi, ÇADÖ-y alt boyut puanlarının OKB tanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann Whitney-U testi sonucunda, ölçekten elde edilen puanlar OKB tanı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>.05$).

Tablo 8. ÇADÖ-Y puanlarının YAB tanı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U sonuçları

ÇADÖ-Y	YAB tanı	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum sıra$	U	z	p
ayrılık anksiyetesi	VAR	26	46,87	1218,5	484,5	-2,040	0,041
	YOK	52	35,82	1862,5			
yaygın anksiyete	VAR	26	47,52	1235,5	467,5	-2,220	0,026
	VAR	26	45,65	1187			
panik bozukluk	YOK	52	36,42	1894	516,0	-1,700	0,089
	VAR	26	41,4	1076,5			
sosyal fobi	YOK	52	38,55	2004,5	626,5	-0,526	0,599
	VAR	26	48,13	1251,5			
obsesif kompulsif bozukluk	YOK	52	35,18	1829,5	451,5	-2,388	0,017
	VAR	26	40,27	1047			
Depresyon	YOK	52	39,12	2034	656,0	-0,212	0,832
	VAR	26	47,58	1237			
	YOK	52	35,46	1844	466,0	-2,227	0,026

anksiyete toplam	VAR	26	46,87	1218,5
---------------------	-----	----	-------	--------

Tabloda görüldüğü gibi, ÇADÖ-Y alt boyut puanlarının YAB tanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann Whitney-U testi sonucunda, ayrılık anksiyetesi alt boyutu, yaygın anksiyete alt boyutu, OKB alt boyutu ve anksiyete toplam puanların YAB tanısı olanların lehine anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<.05$).

Tablo 9. ÇADÖ-Y puanlarının MDB veya distimik bozukluk tanı değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U sonuçları

ÇADÖ-Y	MDB veya distimik bozukluk	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum sıra$	U	z	p
ayrılık anksiyete	VAR	13	41,77	543	393,0	-0,398	0,691
	YOK	65	39,05	2538			
yaygın anksiyete	VAR	13	34,12	443,5	352,5	-0,943	0,346
	YOK	65	40,58	2637,5			
panik bozukluk	VAR	13	37,65	489,5	398,5	-0,323	0,747
	YOK	65	39,87	2591,5			
sosyal fobi	VAR	13	46,38	603	333,0	-1,202	0,229
	YOK	65	38,12	2478			
obsesif kompulsif bozukluk	VAR	13	38,62	502	411,0	-0,502	0,877
	YOK	65	39,68	2579			
depresyon	VAR	13	51,73	672,5	263,5	-2,136	0,033
	YOK	65	37,05	2408,5			
anksiyete toplam	VAR	13	41,88	544,5	315,5	-0,416	0,678
	YOK	65	39,02	2536,5			

Tabloda görüldüğü gibi, ÇADÖ-y alt boyut puanlarının MDB veya distimik tanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann Whitney-U testi sonucunda, sadece depresyon alt boyutu puanlarının MDB veya distimik tanısı olanların lehine anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<.05$).

Tablo 10. ÇADÖ-Y puanlarının sosyal fobi tanı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U sonuçları

ÇADÖ-Y	Sosyal fobi	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum sıra$	U	z	p
Ayrılık anksiyetesi	VAR	4	51,38	205,5	100,5	-1,082	0,279
	YOK	74	38,86	2875,5			
Yaygın anksiyete	VAR	4	62,5	250	560,0	-2,094	0,036
	YOK	74	38,26	2831			
Panik bozukluk	VAR	4	48,88	195,5	110,5	-0,852	0,394
	YOK	74	38,99	2885,5			
Sosyal fobi	VAR	4	58,75	235	71,0	-1,748	0,080
	YOK	74	38,46	2846			
Obsesif kompulsif bozukluk	VAR	4	51,88	207,5	98,5	-1,125	0,261
	YOK	74	38,83	2873,5			
Depresyon	VAR	4	39,63	158,5	147,5	-1,011	0,991
	YOK	74	39,49	2922,5			
Anksiyete toplam	VAR	4	56,25	225	81,0	-1,518	0,129
	YOK	74	38,59	2856			

Tabloda görüldüğü gibi, ÇADÖ-Y alt boyut puanlarının sosyal fobi tanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann Whitney-U testi sonucunda, sadece yaygın anksiyete alt boyutu puanlarının sosyal fobi tanısı olanların lehine anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p < .05$).

Tablo 11. ÇADÖ-Y puanlarının ayrılık anksiyete tanısı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U sonuçları

ÇADÖ-Y	Ayrılık anksiyete	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum sıra$	U	z	p
	VAR	3	69,83	209,5	21,5	-2,377	0,017

Ayrılık anksiyete	YOK	75	38,29	2871,5			
Yaygın anksiyete	VAR	3	58	174	57,0	-1,449	0,147
	YOK	75	38,76	2907			
	VAR	3	53,33	160	71,0	-1,081	0,280
Panik bozukluk	YOK	75	38,95	2921			
Sosyal fobi	VAR	3	68	204	27,0	-2,226	0,026
	YOK	75	38,36	2877			
Obsesif kompulsif bozukluk	VAR	3	57,83	173,5	57,5	-1,434	0,152
	YOK	75	38,77	2907,5			
Depresyon	VAR	3	28	84	78,0	-0,898	0,369
	YOK	75	39,96	2997			
Anksiyete toplam	VAR	3	65,5	196,5	34,5	-2,027	0,043
	YOK	75	38,46	2884,5			

Tabloda görüldüğü gibi, ÇADÖ-Y alt boyut puanlarının ayrılık anksiyetesi tanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann Whitney-U testi sonucunda, ayrılık anksiyete alt boyutu, sosyal fobi alt boyutu ve anksiyete toplam puanlarının ayrılık anksiyetesi tanısı olanların lehine anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<.05$).

Tablo 12. ÇADÖ-Y puanlarının ÖÖG tanı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U sonuçları

ÇADÖ-Y	ÖÖG tanı	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
ayrılık anksiyetesi	VAR	10	33,7	337	111,0	-1,979	0,051
	YOK	68	40,35	2744			
yaygın anksiyete	VAR	10	40,7	407	188,0	-0,527	0,598
	YOK	68	39,32	2674			
panik bozukluk	VAR	10	39,4	394	172,0	-0,827	0,408
	YOK	68	39,51	2687			
sosyal fobi	VAR	10	35,75	357,5	212,0	-0,075	0,940

	YOK	68	40,05	2723,5			
obsesif	VAR	10	43,3	433			
kompulsif					178,5	-0,706	0,480
bozukluk	YOK	68	38,94	2648			
depresyon	VAR	10	36,05	360,5			
	YOK	68	40,01	2720,5	206,5	-0,178	0,858
anksiyete	VAR	10	37,05	370,5			
toplam	YOK	68	39,86	2710,5	204,5	-0,216	0,829

Tabloda görüldüğü gibi, ÇADÖ-Y alt boyut puanlarının ÖÖG tanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann Whitney-U testi sonucunda, ölçekten elde edilen puanlar ÖÖG tanı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>.05$).

Tablo 13. ÇADÖ-Y puanlarının tik veya Tourette bozukluğu tanı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U sonuçları

ÇADÖ-Y	Tik veya Tourette	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum sıra$	U	z	p
ayrılık	VAR	5	32,3	161,5	146,5	-0,738	0,460
anksiyetesi	YOK	73	39,99	2919,5			
yaygın	VAR	5	41,8	209	171,0	-0,236	0,814
anksiyete	YOK	73	39,34	2872			
panik bozukluk	VAR	5	42,4	212	168,0	-0,297	0,767
	YOK	73	39,3	2869			
sosyal fobi	VAR	5	31	155	140,0	-0,869	0,385
	YOK	73	40,08	2926			
obsesif	VAR	5	40,3	201,5			
kompulsif					178,5	-0,082	0,935
bozukluk	YOK	73	39,45	2879,5			
depresyon	VAR	5	27,6	138			
	YOK	73	40,32	2943	123,0	-1,216	0,224
anksiyete	VAR	5	36,2	181			
toplam	YOK	73	39,73	2900	166,0	-0,337	0,736

Tabloda görüldüğü gibi, ÇADÖ-Y alt boyut puanlarının tik veya Tourette bozukluğu tanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann Whitney-U testi sonucunda, ölçekten elde edilen puanlar tik veya Tourette bozukluğu tanı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>.05$).

Tablo 14. ÇADÖ-Y puanlarının otizm tanı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U sonuçları

ÇADÖ-Y	Otizm	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
ayrılık anksiyetesi	VAR	5	22,7	113,5	98,5	-1,722	0,085
	YOK	73	40,65	2967,5			
yaygın anksiyete	VAR	5	25,9	129,5	114,5	-1,394	0,163
	YOK	73	40,43	2951,5			
panik bozukluk	VAR	5	34,9	174,5	159,5	-0,470	0,638
	YOK	73	39,82	2906,5			
sosyal fobi	VAR	5	43,2	216	164,0	-0,378	0,705
	YOK	73	39,25	2865			
obsesif kompulsif	VAR	5	24,2	121	106,0	-1,566	0,117
	YOK	73	40,55	2960			
depresyon	VAR	5	35,3	176,5	161,5	-0,429	0,668
	YOK	73	39,79	2904,5			
anksiyete toplam	VAR	5	27,3	136,5	121,5	-1,245	0,213
	YOK	73	40,34	2944,5			

Tabloda görüldüğü gibi, ÇADÖ-Y alt boyut puanlarının otizm tanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann Whitney-U testi sonucunda, ölçekten elde edilen puanlar otizm tanı değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>.05$).

4.2. Psikiyatrik tanılar ile ÇADÖ-Y'ye göre düşünülen tanılar arasında bir ilişki var mıdır?

Tablo 15. ÇADÖ-Y koyduğu tanılar ile çocukların aldığı psikiyatrik tanılar arasındaki ilişkiye dair Ki-Kare testi analizi sonuçları

Tanılar	Tanı	ayrılık anksiyetesi		yaygın anksiyete		panik bozukluk		sosyal fobi		OKB		Depresyon	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
DEHB tanısı	Var	9	35	5	39	10	34	3	41	4	40	8	36
	Yok	9	25	3	31	9	25	6	28	5	29	5	29
	χ^2 /Fet	,391		---		,146		---		---		,167	
	P	,532		1.000		,703		,167		,492		,683	
KOKGB tanısı		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	Var	0	4	0	4	0	4	0	4	0	4	1	3
	Yok	18	56	8	66	19	55	9	65	9	65	12	62
	Fet/P	,568		1,000		,567		1,000		1,000		,525	
OKB tanısı		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	Var	1	9	2	8	2	8	1	9	3	7	1	9
	Yok	17	51	6	62	17	51	8	60	6	62	12	56
	Fet/P	,438		,271		1,000		1,000		,085		1,00	
YAB tanısı		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	Var	5	21	4	22	9	17	6	20	6	20	3	23
	Yok	13	39	4	48	10	42	3	49	3	49	10	42
	χ^2 /Fet	,325		---		2,23		---		---		---	
Sosyal fobi tanısı	P	,569		,430		,136		,053		,053		,526	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	Var	1	3	2	2	1	3	2	2	2	2	0	4
	Yok	17	57	6	68	18	56	7	67	7	67	13	61
	Fet/P	1,000		,051		1,000		,063		,063		1,000	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok

Ayrılık anksiyetesi bozukluğu tanısı	Var	3	0	0	3	0	3	2	1	1	2	0	3
	Yok	15	60	8	67	19	56	7	68	8	67	13	62
	Fet/P	,011		1,000		1,000		,034		,311		1,000	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
MDB veya distimik bozukluk	Var	3	10	0	13	2	11	3	10	1	12	6	7
	Yok	15	50	8	57	17	48	6	59	8	57	7	58
	Fet/P	1,000		,339		,503		,167		1,000		,006	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
ÖÖG tanısı	Var	2	4	1	5	1	5	1	5	0	6	1	5
	Yok	16	56	7	65	8	64	12	60	9	63	12	60
	Fet/P	,617		,490		1,000		,533		1,000		1,000	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
tik veya Tourette bozukluk	Var	1	4	1	4	2	3	0	5	1	4	0	5
	Yok	17	56	7	66	17	56	9	64	8	65	13	60
	Fet/P	1,000		,427		,590		1,000		,468		,583	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Otizm Spektrum Bozukluk	Var	1	4	0	5	2	3	0	5	0	5	1	4
	Yok	17	56	8	65	17	56	9	64	9	64	12	61
	Fet/P	1,000		1,000		,590		1,000		1,000		1,000	

Tabloda görüldüğü üzere ÇADÖ-Y ölçeği puanlarına göre tanılamalar ile psikiyatristin koyduğu tanılar arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek üzere ki-kare testi analizi gerçekleştirilmiştir. 2*2 lik tablolarda (sd=1) gözeneklerin birinde beklenen değerin 5'ten küçük olması durumunda Fisher'in Tam Olasılık Testi (FET) kullanılmıştır ve test sonucu sadece anlamlılık değerini verdiği için tabloda p değerine yer verilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre psikiyatristin koyduğu ayrılık anksiyetesi tanısı ile ÇADÖ_Y tanılarında ayrılık anksiyetesi ve sosyal fobi tanısı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<.05$). Bununla birlikte psikiyatristin koyduğu MDB veya distimik bozukluk tanısı ile ÇADÖ_Y tanılarında depresyon tanısı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<.05$). Diğer tanı grupları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>.05$).

4.3.Ebeveynlerin bildirdiği sorunlar ile ÇADÖ-Y'ye göre düşünülen tanılar arasında bir ilişki var mıdır?

Tablo 16. ÇADÖY'nin koyduğu tanılar ile ebeveynlerin belirttiği sorunlar arasındaki ilişkiye dair Ki-Kare testi analizi sonuçları

Tanılar/Sorunlar		ayrılık anksiyetesi		yaygın anksiyete		panik bozukluk		sosyal fobi		Obsesif kompulsif bozukluk		depresyon	
Tanı/sorunlar		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Kaygı sorunu	Var	6	24	4	26	8	22	4	26	4	26	5	25
	Yok	12	36	4	44	11	37	5	43	5	43	8	40
	X ² /Fet	,260		---		,141		---		---		,001	
	p	,610		,476		,707		,727		,727		,1000	
Dikkat sorunu		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	Var	10	25	5	30	10	25	2	33	4	31	8	27
	Yok	8	35	3	40	9	34	7	36	5	38	5	38
	X ² /Fet	1,08		1,12		,611		---		---		1,75	
	p	,299		,290		,434		,175		1,000		,186	
Aşırı hareketlilik		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	Var	0	5	1	4	1	4	0	5	2	3	0	5
	Yok	18	55	7	66	18	55	9	64	7	66	13	60
	Fet/p	,584		,427		1,000		1,000		,099		,583	
Takıntı sorunu		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	Var	2	14	4	12	5	11	4	12	5	11	1	15
	Yok	16	46	4	58	14	48	5	57	4	58	12	50
	Fet/p	,335		,051		,520		,080		,015		,283	
İlişki sorunu		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	Var	10	35	2	43	12	33	4	41	2	43	10	35
	Yok	8	25	6	27	7	26	5	28	7	26	3	30
	X ² /Fet	0,44		---		,307		---		---		2,36	
	p	,834		,065		,579		,482		,032		,124	
Davranış sorunu		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	Var	2	16	1	17	7	11	2	16	2	16	5	13
	Yok	16	44	7	53	12	48	7	53	7	53	8	52

	Fet/P	,216		,673		,123		1,000		1,000		,164	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Mutsuzluk sorunu	Var	4	14	1	17	5	13	4	14	2	16	8	10
	Yok	14	46	7	53	14	46	5	55	7	53	5	55
	Fet/P	1,000		,673		,758		,199		1,000		,001	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Öfke sorunu	Var	0	10	0	10	2	8	0	10	0	6	1	9
	Yok	18	50	8	60	17	51	9	59	9	63	12	56
	Fet/P	,105		,587		1,000		,595		1,000		1,000	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Sosyal kaygı sorunu	Var	2	4	0	6	1	5	1	5	1	5	0	6
	Yok	16	56	8	64	18	54	8	64	8	64	13	59
	Fet/P	,617		1,000		1,000		,533		,533		,582	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Anneden ayrılmama	Var	0	6	1	5	1	5	0	6	0	6	1	5
	Yok	18	54	7	65	18	54	9	63	9	63	12	60
	Fet/P	,327		,490		1,000		1,000		1,000		1,000	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Korku sorunu	Var	2	4	2	4	2	4	0	6	1	5	0	6
	Yok	16	56	6	66	17	55	9	63	8	64	13	59
	Fet/P	,617		,113		,630		1,000		,533		,582	
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
İletişimden kaçınma	Var	2	4	0	6	2	4	2	4	0	6	2	4
	Yok	16	56	8	64	17	55	7	65	9	63	11	61
	Fet/P	,617		1,000		,630		,139		1,000		,260	

Tabloda görüldüğü üzere ÇADÖ-Y ölçeği puanlarına göre tanılamalar ile ebeveynlerin belirttiği sorunlar arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek üzere ki-kare testi analizi gerçekleştirilmiştir. 2*2 lik tablolarda (sd=1) gözeneklerin birinde beklenen değerin 5'ten küçük olması durumunda Fisher'in Tam Olasılık Testi (FET) kullanılmıştır ve test sonucu sadece anlamlılık değerini verdiği için tabloda p değerine yer verilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre ÇADÖ_Y tanılarında OKB ile belirtilen takıntı

sorunu arasında; ÇADÖ_Y tanılarından OKB ile belirtilen ilişki sorunu arasında ve son olarak ÇADÖ_Y tanılarından depresyon ile belirtilen mutsuzluk sorunu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<.05$). Diğer tanı grupları ile ebeveynler tarafından belirtilen sorunlar arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>.05$).

4.4.Ebeveynlerin bildirdiği sorunlar ile psikiyatrik tanılar arasında bir ilişki var mıdır?



Tablo 17. Psikiyatristin koyduğu tanılar ile ebeveynlerin belirttiği sorunlar arasında bir ilişkiyi belirleme üzere yapılan Ki -Kare analizi sonuçları

Tanılar/Sorunlar		DEHB		KOKGB		OKB		YAB		Sosyal fobi		Ayrılık anksiyetesi		MDB veya distimik bozukluk		ÖÖG		Tik veya Tourette		Otizm	
Tanı/sorunlar		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Kaygı sorunu	Var	20	10	3	27	3	27	16	14	3	27	2	28	7	23	3	27	3	27	0	30
	Yok	24	24	1	47	7	41	10	38	1	47	1	47	6	42	3	45	2	46	5	43
	X ² /Fet	2,09		---		---		8,77		---		---		1,56		---		---		---	
	p	,149		,292		,733		,003		,292		,557		,212		,670		,367		,150	
Dikkat sorunu	Var	28	7	3	32	2	33	11	24	3	32	2	33	6	29	4	31	3	32	3	32
	Yok	16	27	1	42	8	35	15	28	1	42	1	42	7	36	2	41	2	41	2	41
	X ² /Fet	14,36		---		---		,104		---		,585		,010		---		---		---	
	p	,000		,321		,171		,747		,321				,919		,400		,652		,652	
Aşırı hareketlilik	Var	4	1	1	4	2	3	3	2	0	5	0	5	0	5	0	5	2	3	0	5
	Yok	40	33	3	70	8	65	23	50	4	69	3	70	13	60	6	67	3	70	5	68
	Fet/p	,380		,237		,120		,326		1,000		1,000		,583		1,000		,031		1,000	
	Var	8	8	2	14	6	10	8	8	2	14	0	16	2	14	1	15	1	15	1	15

Takıntı sorunu	Yok	36	26	2	60	4	58	18	44	2	60	3	59	11	51	5	57	4	58	4	58
	X ² /Fet	,336			---		---		2,52		---		---		---		---		---		---
	p	,562			,185		,004		,113		,185		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
İlişki sorunu	Var	27	18	2	43	5	40	12	33	1	44	1	44	8	37	4	41	3	42	2	43
	Yok	17	16	2	31	5	28	14	19	3	30	2	31	5	28	2	31	2	31	3	30
	X ² /Fet	,557			---		---		2,13		---		---		,095		---		---		---
	p	,455			1,000		,735		,145		,305		,571		,758		1,000		1,000		,645
Davranış sorunu		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	Var	11	7	2	16	3	15	9	9	0	18	0	18	4	14	3	15	1	17	0	18
	Yok	33	27	2	58	7	53	17	43	4	56	3	57	9	51	3	57	4	56	5	55
	X ² /Fet	,210			---		---		2,92		---		---		---		---		---		---
Mutsuzluk sorunu	p	,647			,226		,689		,087		,568		1,000		,483		,132		1,000		,584
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	Var	11	7	2	16	0	18	8	10	0	18	0	18	10	8	1	17	1	17	0	18
	Yok	33	27	2	58	10	50	18	42	4	56	3	57	3	57	5	55	4	56	5	55
	X ² /Fet	,210			---		---		1,30		---		---		---		---		---		---
	p	,647			,226		,105		,254		,568		1,000		,001		1,000		1,000		,584
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok

Öfke sorunu	Var	7	3	2	8	0	10	5	5	1	9	0	10	4	6	1	9	1	9	0	10
	Yok	37	31	2	66	10	58	21	47	3	65	3	65	9	59	5	63	4	64	5	63
	Fet/P	,500		,078		,344		,287		,429		1,000		,056		,574		,506		1,000	
Sosyal kaygı sorunu		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	Var	1	5	0	6	1	5	2	4	0	6	1	5	1	5	1	5	0	6	1	5
	Yok	43	29	4	68	9	63	24	48	4	68	2	70	12	60	5	67	5	67	4	68
	Fet/P	,080		1,000		,574		1,000		1,000		,216		1,000		,392		1,000		,337	
Anneden ayrılmama		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	Var	4	2	0	6	0	6	2	4	0	6	0	6	2	4	2	4	0	6	1	5
	Yok	40	32	4	68	10	62	24	48	4	68	3	69	11	61	4	68	5	67	4	68
	Fet/P	,691		1,000		1,000		1,000		1,000		1,000		,260		,065		1,000		,337	
Korku sorunu		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	Var	2	4	0	6	0	6	4	2	0	6	0	6	1	5	1	5	1	5	1	5
	Yok	42	30	4	68	10	62	22	50	4	68	3	69	12	60	5	67	4	68	4	68
	Fet/P	,395		1,000		1,000		,091		1,000		1,000		1,000		,391		,337		,337	
İletişimden kaçınma		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
	Var	2	4	0	6	0	6	1	5	0	6	1	5	2	4	1	5	0	6	2	4
	Yok	42	30	4	68	10	62	25	47	4	68	2	70	11	61	5	67	5	67	3	69
	Fet/P	,395		1,000		,1,000		,657		1,000		,216		,260		,392		1,000		,045	

Tabloda görüldüğü üzere psikiyatristin koyduğu tanılar ile ebeveynlerin belirttiği sorunlar arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek üzere yapılan ki kare testi analizi yapılmıştır. 2*2 lik tablolarda (sd=1) gözeneklerin birinde beklenen değerin 5'ten küçük olması durumunda Fisher'in Tam Olasılık Testi (FET) kullanılmıştır ve test sonucu sadece anlamlılık değerini verdiği için tabloda p değerine yer verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre kaygı sorunu ve YAB tanısı arasında; dikkat sorunu ve DEHB tanısı arasında; aşırı hareketlilik ve tik veya Tourette bozukluğu arasında; takıntı sorunu ve OKB tanısı arasında; mutsuzluk sorunu ile MDB veya distimik bozukluk tanısı arasında ve son olarak iletişimden kaçınma sorunu ile Otizm tanısı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<.05$). Diğer tanı ve sorun grupları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>.05$)

4.5.ÇADÖ-Y puanları ile ebeveynlerin bildirdiği sorunlar arasında bir ilişki var mıdır?

Tablo 18. ÇADÖ-Y puanlarının kaygı sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları

ÇADÖ_Y	Kaygı sorunu	n	$\bar{x}$	ss	Sh _x	t testi		
						t	sd	p
ayrılık anksiyetesi	VAR	30	5,43	4,26	0,78	1,412	76	0,162
	YOK	48	4,15	3,70	0,53			
yaygın anksiyete	VAR	30	7,17	3,32	0,61	-0,475	76	0,636
	YOK	48	7,60	4,30	0,62			
panik bozukluk	VAR	30	7,50	5,80	1,06	0,014	76	0,989
	YOK	48	7,48	6,66	0,96			
sosyal fobi	VAR	30	10,50	6,64	1,21	-1,219	76	0,227
	YOK	48	12,31	6,23	0,90			
obsesif kompulsif bozukluk	VAR	30	6,93	3,75	0,68	0,978	76	0,331
	YOK	48	6,08	3,72	0,54			
depresyon	VAR	30	8,47	5,81	1,06	-0,803	76	0,425
	YOK	48	9,60	6,25	0,90			
anksiyete toplam	VAR	30	38,47	16,86	3,08			
	YOK	48	37,65	20,81	3,00	0,182	76	0,856

Tabloda görüleceği üzere ÇADÖ-Y alt boyut puanlarının kaygı sorunu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçlarına göre alt boyutu puanlarının kaygı sorununa göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>.05$).

Tablo 19. ÇADÖ-Y puanlarının dikkat sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları

ÇADÖ_Y	Dikkat sorunu	n	$\bar{x}$	ss	Sh _x	t testi		
						t	sd	p
ayrılık anksiyetesi	VAR	35	5,40	4,40	0,74	1,547	76	0,126
	YOK	43	4,02	3,46	0,53			
yaygın anksiyete	VAR	35	7,09	3,64	0,62	-0,707	76	0,482
	YOK	43	7,72	4,18	0,64			
panik bozukluk	VAR	35	8,43	7,08	1,20	1,193	76	0,236
	YOK	43	6,72	5,56	0,85			
sosyal fobi	VAR	35	11,23	5,83	0,99	-0,479	76	0,634
	YOK	43	11,93	6,90	1,05			
obsesif kompulsif	VAR	35	6,37	3,84	0,65	-0,082	76	0,935
	YOK	43	6,44	3,69	0,56			
depresyon	VAR	35	9,34	6,76	1,14	0,23	76	0,819
	YOK	43	9,02	5,54	0,84			
anksiyete toplam	VAR	35	38,94	20,54	3,47			
	YOK	43	37,16	18,40	2,81	0,403	76	0,688

Tabloda görüleceği üzere ÇADÖ-Y alt boyut puanlarının dikkat sorunu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçlarına göre alt boyutu puanlarının dikkat sorununa göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>.05$).

Tablo 20. ÇADÖ-Y puanlarının aşırı hareketlilik sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U sonuçları

ÇADÖ-Y	Aşırı hareketlilik	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
ayrılık anksiyetesi	VAR	5	28,5	142,5	127,5	-1,13	,259
	YOK	73	40,25	2938,5			
yaygın anksiyete	VAR	5	53,1	265,5	114,5	-1,39	,163
	YOK	73	38,57	2815,5			
panik bozukluk	VAR	5	45,7	228,5	151,5	-,634	,526
	YOK	73	39,08	2852,5			
sosyal fobi	VAR	5	27	135	120,0	-1,28	,201
	YOK	73	40,36	2946			
obsesif kompulsif bozukluk	VAR	5	50,3	251,5	128,5	-1,11	,269
	YOK	73	38,76	2829,5			
depresyon	VAR	5	37,3	186,5	171,5	-,225	,822
	YOK	73	39,65	2894,5			
anksiyete toplam	VAR	5	40,5	202,5	177,5	-,102	,919
	YOK	73	39,43	2878,5			

Tabloda görüldüğü gibi, ÇADÖ-Y alt boyut puanlarının aşırı hareketlilik sorunu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann Whitney-U testi sonucunda, ölçekten elde edilen puanlar aşırı hareketlilik sorunu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>.05$).

Tablo 21. ÇADÖ-Y puanlarının takıntı sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U sonuçları

ÇADÖ-Y	Takıntı	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
ayrılık anksiyetesi	VAR	16	35,03	560,5	424,5	-,889	,374
	YOK	62	40,65	2520,5			
	VAR	16	45,59	729,5	398,5	-1,21	,225

yaygın anksiyete	VAR	62	37,93	2351,5			
	YOK	16	39,59	633,5	494,5	-,019	,985
panik bozukluk	VAR	62	39,48	2447,5			
	YOK	16	40,03	640,5	487,5	-,105	,916
sosyal fobi	VAR	62	39,36	2440,5			
obsesif kompulsif bozukluk	YOK	16	45,06	721	407,0	-1,105	,269
	VAR	62	38,06	2360			
depresyon	YOK	16	36,34	581,5	445,5	-,626	,531
	VAR	62	40,31	2499,5			
anksiyete toplam	YOK	16	41,09	657,5	470,5	-,316	,752
	VAR	62	39,09	2423,5			

Tabloda görüldüğü gibi, ÇADÖ-Y alt boyut puanlarının takıntı sorunu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann Whitney-U testi sonucunda ölçekten elde edilen puanlar takıntı sorunu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>.05$).

ÇADÖ-Y 22. puanlarının ilişki sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçları

ÇADÖ_Y	İlişki sorunu	n	$\bar{x}$	ss	Sh _x	t testi		
						t	sd	p
ayrılık anksiyete	VAR	45	4,40	3,83	0,57	-0,628	76	0,532
	YOK	33	4,97	4,13	0,72			
yaygın anksiyete	VAR	45	7,04	3,71	0,55	-1,026	76	0,308
	YOK	33	7,97	4,22	0,74			
panik bozukluk	VAR	45	7,69	6,87	1,02	0,328	76	0,744
	YOK	33	7,21	5,52	0,96			
sosyal fobi	VAR	45	11,31	6,26	0,93	-0,487	76	0,627
	YOK	33	12,03	6,68	1,16			
	VAR	45	6,04	3,59	0,54	-1,011	76	0,315

obsesif kompulsif	YOK	33	6,91	3,92	0,68			
depresyon	VAR	45	9,84	6,51	0,97	1,153	76	0,252
	YOK	33	8,24	5,38	0,94			
anksiyete toplam	VAR	45	36,67	18,93	2,82			
	YOK	33	39,73	19,90	3,46	-0,69	76	0,492

Tabloda görüleceği üzere ÇADÖ-Y alt boyut puanlarının ilişki sorunu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçlarına göre alt boyutu puanlarının ilişki sorununa göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>.05$).

Tablo 23. ÇADÖ-Y puanlarının davranış sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U sonuçları

ÇADÖ-Y	Davranış sorunu	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
ayrılık anksiyete	VAR	18	39,92	718,5	532,5	-,089	,929
	YOK	60	39,38	2362,5			
yaygın anksiyete	VAR	18	37,22	670	499,0	-,488	,625
	YOK	60	40,18	2411			
panik bozukluk	VAR	18	43,22	778	473,0	-,797	,426
	YOK	60	38,38	2303			
sosyal fobi	VAR	18	38,83	699	528,0	-,143	,887
	YOK	60	39,7	2382			
obsesif kompulsif	VAR	18	46,08	829,5	421,5	-1,41	,158
	YOK	60	37,53	2251,5			
depresyon	VAR	18	46,42	835,5	415,5	-1,48	,139
	YOK	60	37,43	2245,5			
anksiyete toplam	VAR	18	42,11	758	493,0	-,558	,577
	YOK	60	38,72	2323			

Tabloda görüldüğü gibi, ÇADÖ-Y alt boyut puanlarının davranış sorunu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann Whitney-U testi sonucunda, ölçekten elde edilen puanların davranış sorununa göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>.05$).

Tablo 24. ÇADÖ-Y puanlarının mutsuzluk sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U sonuçları

ÇADÖ-Y	Mutsuzluk	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
ayrılık anksiyetesi	VAR	18	41,33	744	507,0	-,393	,694
	YOK	60	38,95	2337			
yaygın anksiyete	VAR	18	42,36	762,5	488,5	-,614	,539
	YOK	60	38,64	2318,5			
panik bozukluk	VAR	18	44,14	794,5	456,5	-,993	,321
	YOK	60	38,11	2286,5			
sosyal fobi	VAR	18	46,03	828,5	422,5	-1,40	,163
	YOK	60	37,54	2252,5			
obsesif kompulsif	VAR	18	45,47	818,5	432,5	-1,28	,201
	YOK	60	37,71	2262,5			
depresyon	VAR	18	53,11	956	295,0	-2,91	,004
	YOK	60	35,42	2125			
anksiyete toplam	VAR	18	47,11	848	403,0	-1,62	,104
	YOK	60	37,22	2233			

Tabloda görüldüğü gibi, ÇADÖ-Y alt boyut puanlarının mutsuzluk sorunu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann Whitney-U testi sonucunda, sadece depresyon alt boyutu puanlarının mutsuzluk sorunu olduğu belirtilen katılımcıların lehine olacak şekilde anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<.05$).

Tablo 25. ÇADÖ-Y puanlarının öfke sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U sonuçları

ÇADÖ-Y	Öfke	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
--------	------	---	------------------	---------------	---	---	---

ayrılık	VAR	10	38,7	387	332,0	-,120	,904
anksiyete	YOK	68	39,62	2694			
yaygın	VAR	10	44,25	442,5	292,5	-,713	,476
anksiyete	YOK	68	38,8	2638,5			
	VAR	10	42,25	422,5	312,5	-,412	,680
panik bozukluk	YOK	68	39,1	2658,5			
sosyal fobi	VAR	10	45,4	454	281,0	-,884	,377
	YOK	68	38,63	2627			
obsesif	VAR	10	36,7	367			
kompulsif	YOK	68	39,91	2714	312,0	-,420	,675
depresyon	VAR	10	41,7	417			
	YOK	68	39,18	2664	318,0	-,329	,742
anksiyete	VAR	10	42,55	425,5			
toplam	YOK	68	39,05	2655,5	309,5	-,456	,648

Tabloda görüldüğü gibi, ÇADÖ-Y alt boyut puanlarının öfke sorunu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann Whitney-U testi sonucunda, ölçekten elde edilen puanların öfke sorununa göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>.05$).

Tablo 26. ÇADÖ-Y puanlarının sosyal kaygı sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U sonuçları

ÇADÖ-Y	Sosyal kaygı	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum sıra$	U	z	p
ayrılık	VAR	6	42,33	254	199,0	-,320	,749
anksiyete	YOK	72	39,26	2827			
yaygın	VAR	6	34,42	206,5	185,5	-,5757	,566
anksiyete	YOK	72	39,92	2874,5			
	VAR	6	36,83	221	200,0	-,301	,764
panik bozukluk	YOK	72	39,72	2860			
sosyal fobi	VAR	6	35	210	189,0	-,507	,612
	YOK	72	39,88	2871			

obsesif	VAR	6	39,67	238	215,0	-,019	,985
kompulsif	YOK	72	39,49	2843			
depresyon	VAR	6	29	174	153,0	-1,18	,237
	YOK	72	40,38	2907			
anksiyete	VAR	6	39,25	235,5	214,5	-,028	,978
toplam	YOK	72	39,52	2845,5			

Tabloda görüldüğü gibi, ÇADÖ-Y alt boyut puanlarının sosyal kaygı sorunu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann Whitney-U testi sonucunda, ölçekten elde edilen puanlar sosyal kaygı sorununa göre değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>.05$).

Tablo 27. ÇADÖ-Y puanlarının anneden ayrılmama sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U sonuçları

ÇADÖ-Y	Anne ayrılık	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
ayrılık	VAR	6	41,17	247	206,0	-,188	,850
anksiyete	YOK	72	39,36	2834			
yaygın	VAR	6	40,58	243,5	209,5	-,122	,903
anksiyete	YOK	72	39,41	2837,5			
	VAR	6	41,92	251,5	201,5	-,273	,785
panik bozukluk	YOK	72	39,3	2829,5			
sosyal fobi	VAR	6	44,67	268	185,0	-,582	,560
	YOK	72	39,07	2813			
obsesif	VAR	6	37	222	201,0	-,282	,778
kompulsif	YOK	72	39,71	2859			
depresyon	VAR	6	39,42	236,5	215,5	-,009	,993
	YOK	72	39,51	2844,5			
anksiyete	VAR	6	40,58	243,5	209,5	-,122	,903
toplam	YOK	72	39,41	2837,5			

Tabloda görüldüğü gibi, ÇADÖ-Y alt boyut puanlarının anneden ayrılmama sorunu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann Whitney-U testi sonucunda, ölçekten elde edilen puanlar bu soruna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>.05$).

Tablo 28. ÇADÖ-Y puanlarının korku sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U sonuçları

ÇADÖ-Y	Korku	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
ayrılık anksiyete	VAR	6	45,08	270,5	182,5	-,631	,528
	YOK	72	39,03	2810,5			
yaygın anksiyete	VAR	6	38,75	232,5	211,5	-,085	,932
	YOK	72	39,56	2848,5			
panik bozukluk	VAR	6	34,92	209,5	188,5	,517	,605
	YOK	72	39,88	2871,5			
sosyal fobi	VAR	6	29,08	174,5	153,5	-1,17	,240
	YOK	72	40,37	2906,5			
obsesif kompulsif	VAR	6	45,67	274	179,0	-,696	,486
	YOK	72	38,99	2807			
depresyon	VAR	6	39,92	239,5	213,5	,047	,963
	YOK	72	39,47	2841,5			
anksiyete toplam	VAR	6	38,33	230	209,0	-,131	,896
	YOK	72	39,6	2851			

Tabloda görüldüğü gibi, ÇADÖ-Y alt boyut puanlarının korku sorunu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann Whitney-U testi sonucunda, ölçekten elde edilen puanlar korku sorunu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>.05$).

Tablo 29. ÇADÖ-Y puanlarının insanlarla iletişim sorunu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney-U sonuçları

ÇADÖ-Y	İletişim	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum_{sıra}$	U	z	p
ayrılık anksiyete	VAR	6	40,25	241,5	211,5	-,085	,932
	YOK	72	39,44	2839,5			
yaygın anksiyete	VAR	6	29,33	176	155,0	-1,15	,251
	YOK	72	40,35	2905			
panik bozukluk	VAR	6	39,25	235,5	214,5	-,028	,978
	YOK	72	39,52	2845,5			
sosyal fobi	VAR	6	37,92	227,5	206,5	-,179	,858
	YOK	72	39,63	2853,5			
obsesif kompulsif	VAR	6	27,92	167,5	146,5	-1,31	,191
	YOK	72	40,47	2913,5			
depresyon	VAR	6	36,75	220,5	199,5	-,310	,757
	YOK	72	39,73	2860,5			
anksiyete toplam	VAR	6	37,75	226,5	205,5	-,197	,844
	YOK	72	39,65	2854,5			

Tabloda görüldüğü gibi, ÇADÖ-Y alt boyut puanlarının insanlarla iletişim sorunu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Mann Whitney-U testi sonucunda, ölçekten elde edilen puanlar iletişim sorunu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>.05$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇLAR VE TARTIŞMA

Yapılan bu araştırmaya, 36'sı kız 42'si erkek olmak üzere toplamda 78 çocuk katılmıştır. Sınıf seviyesi 3.-12.sınıf arasında olan çocukların yaş ortalaması 12.70'tir (SS=2,41). Çocukların aldığı tanımlar; DEHB, KOKGB, OKB, YAB, Sosyal Kaygı Bozukluğu, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, MDB ve Distimik Bozukluk, ÖÖG, Tik ve/veya Tourette Bozukluğu, Enürezis, Enkoprezis, Otizm, TSSB, Cinsel Yönelim Bozukluğu ve Trikotillomani'dir. Ailelerin bildirdiği sorunlar ise; dürtüsellik, dikkat dağınıklığı, aşırı hareketlilik, takıntı, ilişki sorunları, davranış problemleri, mutsuzluk, öfke, sosyal kaygı, çiş ve kaka kaçırma, korku, insanlarla iletişimden kaçma, kendine zarar verme, ölüm düşünceleri ve iştahsızlık olarak kümelenebilir. Bu sorunlardan kaygı ile YAB tanısı arasında, dikkat dağınıklığı ile DEHB arasında, aşırı hareketlilik Tik ve Tourette Bozukluğu arasında, takıntı ile OKB tanısı arasında ilişki bulunmuştur. ÇADÖ-Y puanları açısından değerlendirildiğinde, sadece ailelerin iletildiği mutsuzluk sorunu ile ÇADÖ-Y depresyon puanı arasında ilişki saptanmıştır. ÇADÖ-Y puanları ile psikiyatrik tanımlar karşılaştırıldığında; YAB tanısı ile ÇADÖ-Y ayrılık anksiyetesi, yaygın anksiyete, OKB ve anksiyete toplam puanı arasında, MDB ve distimi tanımları ile ÇADÖ-Y depresyon puanı arasında, sosyal fobi tanısı ile ÇADÖ-Y yaygın anksiyete puanı arasında, ayrılık anksiyetesi bozukluğu tanısı ile ÇADÖ-Y ayrılık anksiyetesi, sosyal fobi ve anksiyete toplam puanı arasında ilişki bulunmuştur. ÇADÖ-Y'ye göre düşünülen tanımlar ile psikiyatrik tanımlar karşılaştırıldığında; depresyon ile MDB ve distimi tanımları arasında, ayrılık Anksiyetesi ve sosyal fobi ile ayrılık anksiyetesi bozukluğu arasında ilişki görülmüştür. ÇADÖ-Y'ye göre düşünülen tanımlarla ebeveynlerin iletildiği sorunlar karşılaştırıldığında; OKB ile takıntı ve ilişki sorunları arasında ve depresyon tanısı ile mutsuzluk sorunu arasında ilişki saptanmıştır. Sonuç olarak ailelerin iletildiği sorunlar, psikiyatrik tanımlar ve ÇADÖ-Y ölçek tanımlarının büyük oranda örtüştüğünü söyleyebiliriz. Örtüşmeyen noktalarda ise örneklem büyüklüğünün küçük olmasının neden olabileceği düşünülmüştür. Aşağıda, daha ayrıntılı olarak bulgular tartışılmıştır.

5.1.Ebeveynlerin bildirdiği sorunlar ve psikiyatristin koyduğu tanımlar arasındaki ilişki

Çalışmamızda kaygı sorunu ile YAB tanısı arasında, dikkat dağınıklığı sorunu ile DEHB tanısı arasında, aşırı hareketlilik ile tik veya Tourette bozukluğu tanısı arasında, takıntı sorunu ile OKB tanısı arasında, mutsuzluk sorunu ile MDB veya distimik bozukluk tanısı

arasında ve son olarak iletişimden kaçınma sorunu ile otizm spektrum bozukluğu tanısı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Dikkat dağınıklığı sorunu tanımlanan çocuklarda DEHB tansının çıkması olağan bir sonuç iken aşırı hareketlilik tanımlanan çocuklarda DEHB tanısı çıkmaması, bunun yerine tik ve/veya Tourette bozukluğu ilişkisi saptanması, ebeveynlerin tik bozukluğu olan çocuklardaki motor hareketleri aşırı hareketlilik olarak adlandırmaları nedeniyle olabileceği düşünülmüştür. Bir diğer yandan aşırı hareketlilik sorunu ve Tourette ve tik bozuklukları arasındaki bu ilişki ise DEHB ve Tourette Sendromu eş tanılabilirliği ile açıklanabilir. Yapılan klinik çalışmalarda Tourette Sendromunda DEHB görülme oranı %36 ile %62 bulunmuştur (Comings vd.,1985; Jankovich ve Rohaidy,1987). Yapılan başka bir çalışma ise Tourette bozukluklarında hiperaktiviteye bakmış ve 6-12 yaş arası çocuklarda %24, 12-16 yaş arası çocuklarda ise %57 oranında bulunduğunu göstermiştir. Ailelerin ilettiği dikkat sorunları ya kendilerinin fark ettiği ya da öğretmenler tarafından onlara iletilen ve başarısızlıkla sonuçlanan zorlayıcı bir sorun olması nedeniyle psikiyatrik değerlendirmede DEHB tanısının ilişkili çıkması beklediğimiz bir bulgu olmuştur.

Bulgularımız ailelerin çocuklarındaki kaygıyı tespit edebildiğini gösterse de Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırma ailelerin çocuklarındaki kaygıyı, çocukların öz bildirimine oranla anlamlı düzeyde azımsadığını göstermiştir (Lagattuta vd.,2012).

İlişki sorunları otizm bozukluğunun semptomlarından (American Psychiatric Association,2013). Otizm ile ailelerin ilettiği ilişki sorunu arasında ilişki bulunması, otizmin çekirdek semptomunun ilişki kurmadaki sorunlar ve toplumsal karşılığın yetersizliği olması nedeniyle olabileceği düşünülmüştür. Guinchat ve arkadaşlarının yaptığı araştırma ailelerinin ortalama 22.3 aylıkken çocuklarındaki iletişim problemlerini ve zayıf sosyal etkileşimlerini saptayabildiğini göstermiştir (Guinchat vd.,2012).

5.2.ÇADÖ-Y puanları ve ebeveynlerin bildirdiği sorunlar arasındaki ilişki

ÇADÖ-Y puanları ve sorunlar arasındaki ilişkiye bakıldığında, ÇADÖ-Y puanlarının kaygı, dikkat dağınıklığı, aşırı hareketlilik, takıntı, ilişki sorunları, davranış problemleri, öfke, sosyal kaygı, anneden ayrılamama, korku ve insanlarla iletişimden kaçınma sorunları değişkenlerine göre farklılaşmadığı görülmüştür. Sadece depresyon alt boyutu puanının mutsuzluk sorunu olan katılımcıların lehine olacak şekilde farklılık göstermektedir.

ÇADÖ-Y puanlarının kaygı sorununa göre farklılaşmamasının nedeninin ÇADÖ-Y'nin genel olarak bir anksiyete ölçeği olması ile ilgili olduğu düşünülmüştür. ÇADÖ-Y OKB alt boyut puanının takıntı sorununa göre farklılaşmamasının nedeni; ailelerin takıntıyı kompülsiyon semptomları değil de daha çok tik benzeri tekrarlayan hareketler veya çocuklarının inatçı tutumlarını anlatmak için kullandıkları ifade olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Dikkat sorunu, aşırı hareketlilik, ilişki sorunu, davranış problemleri, öfke sorunu ve insanlarla iletişimden kaçınma sorunu değişkenlerine göre ÇADÖ-Y puanlarının farklılaşmamasının nedeni, ÇADÖ-Y'nin yordadığı değişkenlerin bu sorunlarla alakalı olmaması ile ilgili olabilir.

ÇADÖ-Y'nin yordadığı değişkenler göz önüne alındığında sosyal kaygı, anneden ayrılamama ve korku sorununa göre farklılaşma olması öngörülmüştü. Ancak bunun tersi bir sonuç çıkması örneklem küçüklüğü sebebiyle olabilir.

Aras ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırma çocuk psikiyatri kliniğine başvuran hastaların mutsuzluk yakınması olanların yüzde 25.9'una depresyon tanısı konduğunu göstermiştir (Aras vd.,2007). Çocuk ve ergenlerin psikiyatri kliniğine aileleri tarafından getirildiği düşünüldüğünde, bizim çalışmamızda da benzer şekilde mutsuzluk sorunu tanımlanan çocukların ÇADÖ-Y'ye göre depresyon tanısı alması, bu çalışma ile uyumludur. Bunun yanı sıra mutsuzluk, depresyonun semptomlarından biridir.

5.3.ÇADÖ-Y puanları ve psikiyatrik tanılar arasındaki ilişki

Çalışmamızda, ÇADÖ-Y ayrılık anksiyetesi, yaygın anksiyete, OKB ve toplam anksiyete puanları ile YAB tanısı arasında anlamlı bir ilişki vardır. ÇADÖ-Y depresyon puanı ile MDB ve distimik bozukluk tanısı arasında anlamlı bir ilişki vardır. ÇADÖ-Y yaygın anksiyete puanı ile sosyal fobi tanısı arasında ve ayrılık anksiyetesi, sosyal fobi ve anksiyete toplam puanları ile ayrılık anksiyetesi tanısı arasında ilişki vardır.

ÇADÖ-Y puanları, psikiyatrik tanılardan DEHB, ÖÖG, tik veya Tourette bozukluğu ve otizm tanı değişkenlerine göre farklılaşmamıştır. Bunun nedeni, ÇADÖ-Y'nin bu tanıları yordamaması ile ilişkilidir. Bu da bizim çalışmanın kısıtlılıklarındandır. ÇADÖ-Y puanları, OKB tanı değişkenine göre de farklılaşmamıştır. Bunun nedeni çocuk ve ergenlerin semptomlarını bildirmekten utanç duyması, OKB'de yaygın olan iç görü eksikliği ya da daha çok ego distonik OKB ile ilgili olabilir (Canavera,2009).

5.4.Psikiyatrstin koyduğu tanılar ile ÇADÖ-Y'ye göre düşünölen tanılar arasındaki ilişki

Ayrıılık anksiyetesi tanısı ile ÇADÖ-Y'nin düşöndördüğu ayrıılık anksiyetesi ve sosyal fobi tanısı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır. Ayrıca, MDB ve distimik bozukluk tanısı ile ÇADÖ-Y depresyon tanısı arasında anlamlı bir ilişki görölmüştür. Bu bulgular ÇADÖ-Y'nin depresyon ve ayrıılık anksiyetesi bozuklukları yönünden hem klinik tanıyı destekleyen hem de ailelerin şikayetleri ile örtüşen güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermesi bakımından kıymetlidir.

5.5.Ebeveynlerin bildirdiği sorunlar ve ÇADÖ-Y tanıları arasındaki ilişki

Yaptığımız çalışmada, takıntı sorunu ile ÇADÖ-Y OKB tanısı arasında, ÇADÖ-Y OKB tanısı ile ilişki sorunu arasında ve ÇADÖ-Y depresyon tanısı ile mutsuzluk sorunu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. OKB tanısı ile ailenin belirttiği takıntı sorunu arasındaki ilişki Rapaport ve arkadaşlarının çalışmasıyla örtüşmemektedir. Klinik gözlemlerinde çocukların genellikle OKB belirtilerini sakladıklarını ve ebeveyn raporlarından da bu durumu azımsayan sonuçlar çıkarttığını söyleyen araştırmacılar, çalışmaları sonucunda da bunu doğrulamışlardır (Rapaport vd.,2000). Canavera ve arkadaşlarının 2009'da yaptığı çalışma ise OKB'si olan çocuklar ve ebeveynleri arasındaki anlaşmanın hem tanı düzeyinde hem de belirti düzeyinde zayıf olduğunu göstermiştir. Ancak önceki çalışma gibi, ebeveynler çocuklarının bildirdiğinden daha az bulgu belirtmemişlerdir. Bu farklılığın sebebi ise OKB'nin doğasındaki iç görü eksikliği veya semptom belirtirken duyulan utanç olarak açıklanmıştır (Canavera vd.,2009).Bu açıdan bulgularımız Canavera ve arkadaşlarının çalışmasını destekler niteliktedir.

Epanchin ve Rennells'in yaptığı çalışma ise ebeveynlerin ve öğretmenlerin çocukların mutsuzluk seviyelerine karşı duyarlılıklarını incelemiştir. Vardıkları sonuçta çocukların ve ebeveynlerin depresyon ölçekleri arasında korelasyon yoktur ve ebeveynler çocuklarının mutsuz olduğunun farkında değillerdir ve daha çok davranış problemlerine odaklanmışlardır (Epanchin ve Rennell,1989). Edelbrock ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada ise ebeveynlerinin çocukları için belirttiği afektif semptomlar çocukların öz-bildirimlerine oranla anlamlı düzeyde düşüktür, ve yine aileler daha çok davranışsal belirtilşlerin üzerinde

durmuşlardır (Edelbrock vd.,1985). Bu açıdan mutsuzluk ve ÇADÖ-Y depresyon tanısı arasındaki ilişkiyi gösteren bulgumuz literatürü destekler nitelikte değildir.

OKB ve ilişki sorunu arasındaki ilişki ise Piacentini ve arkadaşlarının yaptığı çalışmayı destekler biçimdedir. Bu araştırmada OKB'nin çocuk ve ergenlerin sosyal işlevselliğini nasıl etkilediğini anlamaya çalışan araştırmacılar çocukların %90'ının ne azından bir adet OKB nedenli sosyal sorun yaşadığını bulmuşlardır. Ayrıca ailelerin de ev, okul, aile ve akademik alanlardaki sorunları çocuklarından anlamlı düzeyde daha fazla belirttikleri görülmüştür.

5.6.Sınırlılıklar

Örneklem grubunun özel bir klinikle sınırlı olması ve nörogelişimsel bozuklukları, ÇADÖ-Y dışında kalan diğer psikiyatrik bozuklukları değerlendiren bir ölçeğin kullanılmamış olması çalışmamızın sınırlılıkları olarak değerlendirilmiştir.

Benzer bir çalışmanın çok merkezli, örneklem sayısı büyük bir grupta psikiyatrik tanılarının tamamını kapsayan öz bildirim ölçekleriyle yapılması alana katkı sağlayabilir.

KAYNAKÇA

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological bulletin*, 101(2), 213.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Publisher.
- Aras, Ş., Ünlü, G., & Taş, F. V. (2007). Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirtiler, tanımlar ve tanıya yönelik incelemeler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10(1), 28-37.
- Asfuroğlu, B., Fidan, S. (2016). Özgül Öğrenme Güçlüğü/Specific Learning Disorders. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(1).49-54
- Baxter, A. J., Vos, T., Scott, K. M., Ferrari, A. J., & Whiteford, H. A. (2014). The global burden of anxiety disorders in 2010. *Psychological medicine*, 44(11), 2363.
- Burke, J. D., & Romano-Verthelyi, A. M. (2018). Oppositional defiant disorder. In *Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders* (pp. 21-52). Academic Press.
- Canavera, K. E., Wilkins, K. C., Pincus, D. B., & Ehrenreich-May, J. T. (2009). Parent-child agreement in the assessment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(6), 909-915.
- Chorpita B.F., Yim L., Moffitt C., Umemoto L.A. and Francis S.E. (2000) Assessments of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale. *Behavior Research and Therapy*, 38(8), 835-855
- Choudhury, M. S., Pimentel, S. S., & Kendall, P. C. (2003). Childhood anxiety disorders: Parent-child (dis) agreement using a structured interview for the DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(8), 957-964.

- Comings, D. E., & Comings, B. G. (1984). Tourette's Syndrome and Attention Deficit Disorder with Hyper activity: Are They Genetically Related?. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23(2), 138-146.
- Copeland, W. E., Alaie, I., Jonsson, U., & Shanahan, L. (2020). Associations of childhood and adolescent depression with adult psychiatric and functional outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.
- Edelbrock, C., Costello, A. J., Dulcan, M. K., Conover, N. C., & Kala, R. (1986). Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27(2), 181-190.
- Epanchin, B. C., & Rennells, M. S. (1989). Parents' and teachers' sensitivity to unhappiness reported by undercontrolled children. *Behavioral Disorders*, 14(3), 166-174.
- Gadow, K. D., Sprafkin, J., Carlson, G. A., Schneider, J., Nolan, E. E., Mattison, R. E., & Rundberg-Rivera, V. (2002). A DSM-IV–referenced, adolescent self-report rating scale. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6), 671-679.
- Garaigordobil, M., Bernarás, E., Jaureguizar, J., & Machimbarrena, J. M. (2017). Childhood depression: relation to adaptive, clinical and predictor variables. *Frontiers in psychology*, 8, 821.
- Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H., & Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *The Journal of pediatrics*, 206, 256-267.
- Gormez, V., Kılınçaslan, A., Oregul, A. C., Ebesutani, C., Kaya, I., Ceri, V., ... & Chorpita, B. (2017). Psychometric properties of the Turkish version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale–Child Version in a clinical sample. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(1), 84-92.

- Guinchat, V., Chamak, B., Bonniau, B., Bodeau, N., Perisse, D., Cohen, D., & Danion, A. (2012). Very early signs of autism reported by parents include many concerns not specific to autism criteria. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(2), 589-601.
- Hamilton, S., & Armando, J. (2008). Oppositional defiant disorder. *American family physician*, 78(7), 861-866.
- Jankovic, J., & Rohaidy, H. (1987). Motor, behavioral and pharmacologic findings in Tourette's syndrome. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 14(S3), 541-546.
- Jensen, P. S., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Bird, H. R., Dulcan, M. K., Schwab-Stone, M. E., & Lahey, B. B. (1999). Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: are both informants always necessary?. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1569-1579.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Lagattuta, K. H., Sayfan, L., & Bamford, C. (2012). Do you know how I feel? Parents underestimate worry and overestimate optimism compared to child self-report. *Journal of Experimental Child Psychology*, 113(2), 211-232.
- Lépine, J. P., & Briley, M. (2011). The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 7(Suppl 1), 3–7. <https://doi.org/10.2147/NDT.S19617>
- Lord, C., Brugha, T. S., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., ... & Taylor, J. L. (2020). Autism spectrum disorder. *Nature reviews Disease primers*, 6(1), 1-23.
- Maughan, B., Collishaw, S., & Stringaris, A. (2013). Depression in childhood and adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 35.

- McDowell, M. (2018). Specific learning disability. *Journal of paediatrics and child health*, 54(10), 1077-1083.
- Moretti, M. M., Fine, S., Haley, G., & Marriage, K. (1985). Childhood and adolescent depression: Child-report versus parent-report information. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(3), 298-302.
- Prager, L. M. (2009). Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatr Rev*, 30(6), 199-205.
- Posthuma, D., & Polderman, T. J. (2013). What have we learned from recent twin studies about the etiology of neurodevelopmental disorders?. *Current opinion in neurology*, 26(2), 111-121.
- Rapoport, J. L., Inoff-Germain, G., Weissman, M. M., Greenwald, S., Narrow, W. E., Jensen, P. S., ... & Canino, G. (2000). Childhood obsessive-compulsive disorder in the NIMH MECA study: parent versus child identification of cases. *Journal of anxiety disorders*, 14(6), 535-548.
- Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1171-1178.
- Riley, A. W. (2004). Evidence that school-age children can self-report on their health. *Ambulatory Pediatrics*, 4(4), 371-376.
- Singer, H. S., & Rosenberg, L. A. (1989). Development of behavioral and emotional problems in Tourette syndrome. *Pediatric Neurology*, 5(1), 41-44.
- Son, S. E., & Kirchner, J. T. (2000). Depression in children and adolescents. *American family physician*, 62(10), 2297-2308.
- Sprafkin, J., Gadow, K. D., Salisbury, H., Schneider, J., & Loney, J. (2002). Further evidence of reliability and validity of the Child Symptom Inventory-4: Parent checklist in clinically referred boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(4), 513-524.
- Stanger, C., & Lewis, M. (1993). Agreement among parents, teachers, and children on internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 107-116.

Thapar, A., Cooper, M., & Rutter, M. (2017). Neurodevelopmental disorders. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 339-346.

Yeh, M., & Weisz, J. R. (2001). Why are we here at the clinic? Parent–child (dis) agreement on referral problems at outpatient treatment entry. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(6), 1018.

