

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

TRİPLE P OLUMLU ANNE BABALIK EĞİTİMİ'NİN
ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN 8-12 YAŞ ARASI
ÇOCUKLARDA VE EBEVEYNLERİNDE ANKSİYETE
DÜZEYİ VE RUH SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİNİN
ARAŞTIRILDIĞI RANDOMİZE KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA

UZMANLIK TEZİ
Dr. Gonca ÖZYURT

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ:
Doç. Dr. Özlem GENCER KIDAK

İZMİR-2013

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

TRİPLE P OLUMLU ANNE BABALIK EĞİTİMİ'NİN
ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN 8-12 YAŞ ARASI
ÇOCUKLARDA VE EBEVEYNLERİNDE ANKSİYETE
DÜZEYİ VE RUH SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİNİN
ARAŞTIRILDIĞI RANDOMİZE KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA

UZMANLIK TEZİ
Dr. Gonca ÖZYURT

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ:
Doç. Dr. Özlem GENCER KIDAK

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABLO LİSTESİ	v
KISALTMALAR	vii
TEŞEKKÜR	viii
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Anksiyete Bozuklukları	7
2.1.1. Anksiyetenin tanımı	7
2.1.2. Tarihçe.....	8
2.1.3. Çocuklarda Görülen Anksiyete Bozuklukları	9
2.1.4. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	9
2.1.5. Yaygın Anksiyete Bozukluğu	12
2.1.6. Panik Bozukluğu	13
2.1.7. Sosyal Anksiyete Bozukluğu	15
2.1.8. Özgül Fobi.....	17
2.1.9. Obsesif Kompulsif Bozukluk	19
2.1.10. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	21
2.1.11. Akut Stres bozukluğu	24
2.2. Ebeveyn Eğitim Programlarının Tanımı ve Amacı.....	24
2.2.1. Ebeveyn Eğitimi Programlarının Sınıflandırılması.....	26
2.2.2. Ebeveyn Eğitiminde Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar.....	27
2.2.3. Triple P Olumlu Annelik-Babalık Eğitim Programı	27
2.2.3.1. Programın Hedefleri.....	28
2.2.3.2. Uygun Grup Formatı	29
2.2.3.3. Program İçeriği	29
2.2.3.4. Özel Ebeveynlik Tutum Önerileri	31
2.2.3.5. Programın Sonuçları	34
2.2.3.6. Grup Triple P'nin Kuramsal Temeli	35
2.2.3.7. Grup Triple P Programı İçeriğinin Kuramsal Etkileri	36

2.2.3.8. Grup Triple P Programının Ayırt Edici Özellikler.....	37
2.2.3.9. Ebeveyn Yeterliliği Modellerinde Öz Düzenlemenin Önemi.....	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM	42
3.1. Araştırma Yeri ve Zamanı.....	42
3.2. Araştırmanın Deseni.....	42
3.3. Araştırma Örnekleme.....	42
3.3.1. Ebeveynler için Araştırmaya Dahil Olma/Dışlama Kriterleri.....	42
3.3.2. Çocuklar için Araştırmaya Dahil Olma/Dışlama Kriterleri	43
3.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	43
3.5. Uygulama.....	44
3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	46
3.6.1. Sosyodemografik Veri Kayıt Formu	46
3.6.2. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi- Şimdi ve yaşam boyu versiyonu	46
3.6.3. Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği.....	47
3.6.4. Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti.....	47
3.6.5. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği	48
3.6.6. Güçler ve Güçlükler Anketi	48
3.6.7. Spielberger Durumluluk Süreklilik Kaygı Envanteri.....	50
3.6.8. Genel Sağlık Anketi-28.....	51
3.7. İstatistiksel Değerlendirme.....	51
4. BULGULAR	52
4.1. Sosyodemografik Özellikler.....	52
4.1.1. Yaş.....	52
4.1.2. Cinsiyet.....	52
4.1.3. Anne ve Babaların Eğitim Durumu.....	52
4.1.4. Ebeveynlerin Medeni Durumu	54
4.1.5. Çocukların Kardeş Sayısı	54
4.1.6. Çocukların Kaçınıcı Çocuk Olduğu	54
4.1.7. Aile Yapısı.....	55
4.1.8. Annelerin Doğum Yaşı.....	55

4.1.9. Anne ve Babaların Mesleği	56
4.1.10. Anne ve Babanın Birliktelik Durumu	56
4.1.11. Ailenin Gelir Durumu	57
4.1.12. Ailede Tıbbi ve Ruhsal Hastalık Öyküsü	57
4.1.13. Çocukların Okul Başarısı	58
4.1.14. Çocukların Akran İlişkisi	59
4.2. Psikiyatrik Tanı ve Komorbidite	59
4.2.1. Psikiyatrik Tanı	59
4.2.2. Psikiyatrik Komorbidite	60
4.3.Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeğinin Karşılaştırmalı Sonuçları.....	61
4.4. Klinik Global İzlenim Ölçeği Hastalık Şiddetinin Karşılaştırmalı Sonuçları	62
4.5.1. Çocuklarda Anksiyete Taram Ölçeği Çocuk Formunun Karşılaştırmalı Sonuçları.....	62
4.5.2 Çocuklarda Anksiyete Taram Ölçeği Ebeveyn Formunun Karşılaştırmalı Sonuçları.....	63
4.6. Güçler ve Güçlükler Anketinin Karşılaştırmalı Sonuçları	64
4.6.1. Güçler ve Güçlükler Anketi Duygusal Sorunlar Alt Testinin Karşılaştırmalı Sonuçları.....	64
4.6.2. Güçler ve Güçlükler Anketi Davranış Sorunları Alt Testinin Karşılaştırmalı Sonuçları.....	64
4.6.3. Güçler ve Güçlükler Anketi Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Alt Testi Karşılaştırmalı Sonuçları.....	64
4.6.4. Güçler ve Güçlükler Anketi Akran Sorunları Alt Testinin Karşılaştırmalı Sonuçları.....	65
4.6.5. Güçler ve Güçlükler Anketi Sosyal Davranışlar Alt Testinin Karşılaştırmalı Sonuçları.....	65
4.6.6. Güçler ve Güçlükler Anketi Toplam Güçlük Skorlarının Karşılaştırmalı Sonuçları.....	65
4.6.7. Güçler ve Güçlükler Anketi Etki Değerlerinin Karşılaştırmalı Sonuçları.....	66
4.7.1. Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri.....	68
4.7.2. Spielberger Sürekli .kaygı Envanteri.....	68
4.8. Genel Sağlık Anketi-28.....	69
5. TARTIŞMA	70

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	77
7. KAYNAKLAR.....	79
8. EKLER.....	92

TABLO LİSTESİ

Tablo-1: Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu DSM-IV-TR tanı kriterleri

Tablo-2: Yaygın Anksiyete Bozukluğu DSM-IV-TR tanı kriterleri

Tablo-3: Agarofobisiz Panik Bozukluğu'nun DSM-IV-TR'ye göre tanı kriterleri

Tablo-4: Sosyal Anksiyete Bozukluğu'nun DSM-IV-TR tanı kriterleri

Tablo-5: Özgül Fobi DSM-IV-TR tanı kriterleri

Tablo-6: Obsesif kompulsif bozukluk DSM-IV-TR tanı kriterleri:

Tablo-7: Travma sonrası stres bozukluğu DSM-IV-TR tanı kriterleri

Tablo-8: Grup Triple P Oturum İçeriğinin Gözden Geçirilmesi

Tablo-9: Grup Triple P ile Kazandırılan Ebeveynlik Becerileri

Tablo-10: Triple P ile Desteklenen Çocuk Becerileri

Tablo-11: GGA alt ölçeklerinin puan aralıklarına göre normal, sınır, normal dışı değerlendirmeleri

Tablo-12: Olgu ve kontrol grubunun cinsiyet açısından karşılaştırılması

Tablo-13: Anne ve Babaların Eğitim Durumu

Tablo-14: Ebeveynlerin medeni durumu

Tablo-15: Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Kardeş Sayısı

Tablo-16: Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Kaçınca Çocuk Oldukları

Tablo-17: Olgu ve Kontrol Grubunda Aile Yapısı

Tablo-18: Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Annelerin Doğum Yaşı

Tablo-19: Anne ve Babaların Meslekleri

Tablo-20: Anne ve Babanın Birliktelik Durumu

Tablo-21: Ailelerin Gelir Durumu

Tablo-22: Ailede tıbbi ve ruhsal hastalık öyküsü

Tablo-23: Çocukların Okul Başarısı

Tablo-24: Çocukların Akran İlişkisi

Tablo-25: Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Psikiyatrik Tanıları

Tablo-26: Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Psikiyatrik Komorbiditeleri

Tablo-27: Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği skorlarının karşılaştırılması

Tablo-28: Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti skorlarının karşılaştırılması

Tablo-29: Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Çocuk Formu skorlarının karşılaştırılması

Tablo-30: Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Ebeveyn Formu skorlarının karşılaştırılması

Tablo-31: GGA alt testleri skorlarının, toplam günlük puanlarının ve etki değerlerinin karşılaştırılması

Tablo-32: Ebeveynlerin Spielberger Durumluluk Kaygı Envanteri skorlarının karşılaştırılması

Tablo-33: Ebeveynlerin Spielberger Süreklilik Kaygı Envanteri skorlarının karşılaştırılması

Tablo-34: Ebeveynlerin Genel Sağlık Anketi-28 skorlarının karşılaştırılması

KISALTMALAR

BDT:	Bilişsel Davranışçı Terapi
AAB:	Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu
GGA:	Güçler ve Güçlükler Anketi
YAB:	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
SGAİ:	Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
OKB:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
TSSB:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
ASB:	Akut Stres Bozukluğu
SF:	Sosyal Anksiyete Bozukluğu
ÖF:	Özgül Fobi
DEHB:	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
GSA:	Genel Sağlık Anketi
ÇATÖ:	Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği
KGİÖ:	Klinik Global İzlenim Ölçeği
ÇGDÖ:	Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği
SDKE:	Süreklilik Durumluluk Kaygı Envanteri
ÇDGŞG-ŞY:	Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi- Şimdi ve yaşam boyu versiyonu

TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca her zaman örnek aldığım, bilgisini ve deneyimlerini istek ve özveriyle paylaşan, desteğini hep yanımda hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Süha Miral'e ve Prof. Dr. Aynur Akay'a çok teşekkür ederim.

Bölümümüzün kurucusu değerli hocam Prof. Dr. Ayşen Baykara'ya çok teşekkür ederim.

Bölümde ilk tanıştığım, ilk süpervizörüm, eğitim danışmanım, bana her zaman örnek ve destek olan, tez çalışma sürecimde de hep yanımda olan tez danışmanım Doç. Dr. Özlem Gencer Kıdak'a çok teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimime katkıda bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Şahbal Aras, Doç. Dr. Neslihan Emiroğlu, Doç. Dr. Taner Güvenir, Doç. Dr. Aylin Özbek, Doç. Dr. Fatma Varol Taş, Doç. Dr. Burak Baykara'ya çok teşekkür ederim.

Asistanlığım boyunca beraber çalışıp her zaman desteklerini aldığım değerli meslektaşlarım Yusuf, Nagihan, Enis, Onur Burak, Caner, Burcu, Sibel, Sevay, Handan, Fatma, Ceren, Canem, Damla, Dilay, Eyaz, Enver, Mustafa Can, Murat K., Murat E., Ferhat, Deniz, Burçin, Barış, Gözde, Önder, Merve, Pelin, Ayça, Didem, Mert, Aybüke ve diğer asistan arkadaşlarıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamda, istatistiksel değerlendirme sırasındaki yardımları için Prof. Dr. Gül Ergör ve Dr. Erdem Karakoyun'a çok teşekkür ederim.

Psikiyatri rotasyonum sırasında destekleri ve yardımlarını esirgemeyen hocalarım Prof. Dr. Zeliha Tunca, Prof. Dr. Can Cimilli, Prof. Dr. Tunç Alkın, Prof. Dr. Köksal Alptekin, Prof. Dr. Ayşegül Özerdem, Prof. Dr. Beyazıt Yemez, Prof. Dr. Yıldız Akvardar, Prof. Dr. Ayşegül Yıldız, Prof. Dr. Berna Binnur Akdede, Doç. Dr. Elif Onur Aysevener, Doç. Dr. Halis Ulaş'a ve tüm psikiyatri asistanlarına teşekkür ederim.

Çocuk nörolojisi rotasyonum boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Semra Kurul'a, ayrıca tüm pediatri uzman ve asistanlarına teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım Özel Eğitim Uzmanı Aysu Eroğlu, Çocuk Gelişim Uzmanı Oya Kasapçı, Uzman Psikolog Lalecan İşcanlı, Uzm. Psikolog Esmahan Orçin, Psikolog Ümit Şahin, Sorumlu Hemşire Emel Çevrim, Psikolog Özge Karakuş, Hemşire arkadaşlarım Gülcan, Zeynep, Aysel, Nurgül ve Derya, anabilim dalı sekreterlerimiz Naciye Özegemen ve Duygu Çalışkan'a, poliklinik sekreterimiz Selcan

Uluçay'a, servis sekreterimiz Gülçin Algüller'e, arşiv sorumlumuz Mehmet Havare ve Ozan Şakar'a ve tüm personele teşekkür ederim.

Beni bugünlere getiren, benden desteklerini hiç esirgemeyen anneme, babama ve kardeşlerime; varlığı, desteği ve sabrı için canım eşim Ayhan'a sonsuz teşekkür ederim.

Gonca ÖZYURT

**TRİPLE P OLUMLU ANNE BABALIK EĞİTİMİ'NİN ANKSİYETE BOZUKLUĞU
OLAN 8-12 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA VE EBEVEYNLERDE ANKSİYETE
DÜZEYİ VE RUH SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİNİN ARAŞTIRILDIĞI
RANDOMİZE KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA**

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı Triple P Olumlu Anne-Babalık Eğitim Programı'nın çocuklarda Anksiyete Bozukluğu üzerine etkisi yanısıra, çocukların davranışsal ve duygusal sorunları, çocuklardaki anksiyete düzeyi, anksiyete bozukluğunun şiddeti ve çocukların psikososyal işlevselliği üzerine etkilerini değerlendirmektir. Triple P Olumlu Anne-Babalık Eğitim Programının Anksiyete Bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin, kendi anksiyete düzeyi ve ruh sağlığı üzerine olası etkilerini değerlendirmek de çalışmanın bir diğer amacıdır.

Yöntem: Araştırma randomize kontrollü prospektif desende bir araştırmadır. Araştırmanın örneklemini Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) ile Anksiyete Bozukluğu tanısı konulmuş 74 çocuktan oluşmaktadır. Örneklemin eşit olarak iki gruba randomizasyonunu takiben olgu grubunun ebeveynleri 8 hafta boyunca Grup Triple P Olumlu Anne Baba Eğitim Programına katılırken, kontrol grubunun ebeveynleri katılmamıştır. İki grup eğitimden (girişimden) hemen önce ve eğitim (girişim) sonrasında sosyodemografik, duygusal ve davranışsal değişkenlerle karşılaştırılmıştır. Veriler, Sosyodemografik Veri Toplama Formu, Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ), Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti (), Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Ebeveyn ve Çocuk Formu (ÇATÖ), Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Genel Sağlık Anketi-28 (GSA-28) kullanılarak toplanmıştır. Çalışmanın verileri Mann Whitney-U testi, Willcoxon işaretli sıralar testi, ki-kare analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmada Triple-P Olumlu Anne-Babalık Eğitim Programı uygulamasının ardından olgu grubunda ÇGDÖ'de anlamlı artış (düzeltme) ($p<0,001$), KGİÖ-HŞ'de anlamlı düşme ($p<0,001$) olduğu bulunmuştur. Ayrıca GGA akran ilişkisi ve duygusal problemler alt ölçekleri skorlarında ve toplam günlük puanı skorunda anlamlı azalma saptanmıştır ($p=0,02$, $p=0,001$, $p=0,008$, sırasıyla). Triple P Eğitim Programının ardından çocukların anksiyete düzeyinin olgu grubunda hem ÇATÖ-çocuk formunda hem de ebeveyn formunda anlamlı olarak düştüğü belirlenmiştir ($p<0,001$, $p<0,001$, sırasıyla). Çocukların sosyal davranışları ile ebeveynlerin anksiyete düzeyi ve ebeveynlerin ruh sağlığı üzerine ise olgu grubu içinde

program öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında anlamlı gelişme saptanırken ($p=0,06$, $p=0,001$, $p=0,015$ sırasıyla), olgu ve kontrol grubu arasında eğitim sonrasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,426$, $p=0,380$, $p=0,567$, sırasıyla).

Sonuç: Triple P Olumlu Anne babalık Eğitim Programının ülkemizde yaygınlaştırılmasına ve uygulanan diğer ülkelerde de Anksiyete Bozukluğu üzerine etkilerinin araştırılmasına gereksinim vardır. Çalışmanın sonuçları Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programının çocuklarda Anksiyete Bozukluğunun tedavisinde kullanılabileceğini düşündürmektedir; ancak bu konuda yapılacak başka çalışmalara da ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı, çocuklarda anksiyete bozukluğu, ebeveyn ruh sağlığı, ebeveyn anksiyetesi.

**A RANDOMISED CONTROLLED STUDY EVALUATING THE EFFECTS OF
TRIPLE P POSITIVE PARENTING PROGRAM ON ANXIETY LEVEL AND
MENTAL HEALTH OF CHILDREN, WHO ARE BETWEEN 8-12 YEARS OLD
WITH ANXIETY DISORDER, AND THEIR PARENTS**

Abstract

Purpose: The aim of this study is to evaluate the effectiveness of Triple P Positive Parenting Programme on childhood anxiety disorders and to assess its effects on behavioral and emotional problems, general anxiety level, severity of the disorder and general psychosocial functioning. An additional aim is to evaluate potential effects of Triple-P on anxiety and psychological well-being of parents of children with anxiety disorders.

Method: The study is a randomized controlled prospective in design. The sample of the study consisted of 74 children, aged between 8-12 years, diagnosed as having an anxiety disorder confirmed by Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children Present and Life-time Kiddie (K-SADS-PL). Following randomization into two equal groups, parents of the cases participated in Group Triple P Positive Parenting Programme for eight weeks where as the control group did not. The two groups were compared right before and after the implementation on rates of sociodemographic, emotional and behavioral variables. Data were collected by using a sociodemographic data form, State Trait Anxiety Inventory, General Health Questionnaire-28, Strengths and Difficulties Questionnaire, Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders Parent and Child Forms, Children's Global Assessment Scale and Clinical Global Impression-Severity. The study data were evaluated with Mann Whitney U, Willcoxon signed rank test, chi-square analysis.

Findings: Significant reduction in peer relation, emotional problem subscale scores and total problem score of Strengths and Difficulties Questionnaire were observed (p values, $p=0,02$, $p=0,001$, $p=0,008$, respectively). Children's general anxiety level and anxiety disorder severity were significantly lower in the cases following Triple-P implementation (p values, $p<0,001$, $p<0,001$, respectively). Within group analysis displayed significant improvement in children's social problems, parental anxiety and general well-being ($p=0,06$, $p=0,001$, $p=0,015$, respectively) where as between group analysis were not significantly different regarding these variables p values $p=0,426$, $p=0,380$, $p=0,567$, respectively).

Conclusions: Becoming Triple P Positive Parenting Programme prevalent in our country and researching the effects of Triple P Positive Parenting Programme on anxiety disorder in the countries, where Triple P Positive Parenting Programme has already been implemented, are

needed. Due to the results of our study we consider that Triple P Positive Parenting Programme can be useful in the treatment of children's anxiety disorder but further more studies about Triple P on children's anxiety disorders are needed.

Keywords: Triple P Positive Parenting Programme, anxiety disorders in children, parents' mental health, parents' anxiety.

BÖLÜM I

GİRİŞ ve AMAÇ

Anksiyete, korku ve stres ile birlikte ele alındığında insanın hayatta kalması ve soyunu sürdürmesi açısından doğal hatta vazgeçilmez bir tepki olarak değerlendirilebilir (1). Anksiyete Bozukluğu tanısı olan kişilerde ise kişilerin kaygıları, normal bir hayat sürdüremeyecek kadar yoğundur.

Anksiyete Bozukluğu ergenlik öncesi dönemde çocuklarda sık görülen bir psikiyatrik bozukluktur (2). Yapılan çalışmalarda ergenlik öncesi dönemde çocukların en az %3'ünde anksiyete bozukluğu tanısının olduğu gösterilmiştir (3). Anksiyete bozukluğu tanısı olan ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) yönteminin etkinliği gösterilmiş olsa da daha küçük yaştaki çocuklar için BDT'nin etkinliğini gösteren çok az çalışma vardır (4). Yine BDT'nin bilişsel temellerine göre BDT çocuklarda ergenlere göre daha az etkinlik gösterebilir (4). Çocuklarda BDT tedavisine alternatif yöntem olarak BDT temelli materyallerin ailelere uygulanması değerlendirilmektedir (5). Thienemann tarafından yapılan 7-16 yaş arasındaki anksiyete bozukluğu tanısı olan çocuklarda anne babalara BDT temelli eğitim verilmiş ve etkin bulunmuştur (6). Yine Waters tarafından yapılan araştırmada anne babalara BDT temelli verilen eğitim ile hem çocukları hem de aileleri içeren tedavinin etkinliği benzer bulunmuştur (7).

Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı da adı geçen çalışmalardaki Anne Baba programlarına benzerdir. Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi Programı Avustralya'da Queensland Üniversitesi'nde Matt Sanders tarafından 1977 yılında geliştirilen; önleyici olarak düzenlenen ve aile destekleme stratejilerini içeren; 0-16 yaş grubu çocukların hedef kitlesini oluşturduğu; çok düzeyli bir anne-baba eğitimi programıdır. Program çocuk ve anne-baba arasında pozitif bir ilişkinin oluşturulmasını, pozitif anne babalık becerilerinin geliştirilmesini, çocuğun yetenek ve gelişiminin desteklenmesini, problemleri yönetimi için becerilerin kazandırılmasını, davranış problemleriyle etkili baş etme yöntemleri geliştirilmesini, çiftlere etkili iletişim becerilerinin öğretilmesini ve anne-babalık stresinin azaltılmasını amaçlamaktadır. Programda pozitif anne-babalık özelliklerini güvenli çevre ve pozitif öğrenme ortamını oluşturabilen, etkili disiplin yöntemlerini uygulayabilen, gerçekçi hedefler belirleyen anne-baba olarak tanımlanmıştır (8,9). Programın teorik yapısı sosyal bilişsel kurama göre temellendirilmiştir. Sosyal bilişsel teori anne-baba-çocuk etkileşiminin çift taraflı ve karşılıklı olduğunu, çocukların gelecekteki davranışlarını Şekillendiren anne-baba uygulamalarını ve bu süreçte öğrenme mekanizmalarını belirler (10,11).

Anksiyete bozukluğu benlik saygısını, sosyal ilişkileri ve akademik başarıyı etkileyen önemli bir psikiyatrik bozukluktur. Anksiyete bozukluğu tanısı olan çocuklar; gelecekte duygudurum ve anksiyete bozuklukları açısından büyük bir risk taşımaktadır. Bu açılardan anksiyete bozukluğunun tedavisi ayrı bir önem taşımaktadır. Daha önce ülkemizde davranım bozukluğu olan gençlerde uygulanan ve etkin bulunan Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı anksiyete bozukluğunun tedavisi için uygun bir yaklaşım olduğu düşünölmüştür (12).

Bu çalışmanın amacı anksiyete bozukluğu tanısı olan 8-12 yaş arası çocuklarda Triple P Olumlu Anne-Babalık Eğitim Programı'nın çocuklardaki anksiyete düzeyine etkisini değerlendirmektir. Bu değerlendirmeye ek olarak anksiyete bozukluğu olan 8-12 yaş arası çocuklarda, anne-babaların Triple P Olumlu Anne-Babalık Eğitim Programı almış olmalarının, çocukların işlevselliği, çocuklardaki anksiyete bozukluğunun hastalık şiddeti ve yine çocuklardaki davranışsal ve duygusal sorunlar üzerine etkisini değerlendirmeyi planladık. Aynı zamanda anksiyete bozukluğu olan 8-12 yaş arası çocukların ebeveynlerinin Triple P Olumlu Anne-Babalık Eğitim Programı almalarının anne-babaların kendi anksiyete düzeyi ve ruh sağlığı üzerine etkisini değerlendirmeyi de planladık.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1 Anksiyete Bozuklukları

2.1.1 Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete somatik belirtilerin eşlik ettiği, normal dışı, nedensiz bir tedirginlik ve korku hali olarak tanımlanabilir. Korku ise dışarıdan gelebilecek kaynağı belli gerçek bir tehlike karşısında ruhsal ve bedensel olarak verilen bir tepkidir (13). Böyle gerçek bir tehlike ile karşılaşan kişi şiddetli bir korku duygusuyla beraber fiziksel tepkiler de gösterir. Anksiyetede kişi sanki kötü bir şey olacaktı gibi nedeni belirsiz bir endişe hisseder. Anksiyete, nedeninin tam olarak bilinemediği içsel bir tehlike ya da tehdit karşısında gösterilen psikolojik bir tepki olmasına rağmen, korkuda olduğu gibi bedensel belirtiler de eşlik eder. Bu durum çok hafif bir tedirginlik ve gerginlik duygusundan panik derecesine kadar varan değişik yoğunluklarda yaşanabilir (14). Bu bakış açısıyla anksiyete, gelecekte gerçekleşebilecek olumsuz olaylara karşı hazırlıklı olunması düşüncesi üzerine gelişen bir duygudurum halidir. Gelecekte ve şimdiki zamanda var olan tehlikenin algısı anksiyete ve korku arasındaki ayrımı doğurur. Normal anksiyetenin organizmayı uyarıcı, koruyucu ve motive edici özellikleri vardır. Kişinin zor durumlarla başa çıkabilmesine yardımcı olur. Anksiyetenin patolojik olduğuna karar verebilmek için, uyarının şiddeti ile ortaya çıkan anksiyetenin orantılı olmaması, zamanla azalmak yerine değişmemesi ya da şiddetlenmesi, klinik tabloya ağırlıklı olarak anksiyetenin fiziksel belirtilerinin hakim olması, anksiyeteye katlanılamaması ve işlevselliğin bozulması gerekir. Bu durumda anksiyete kişinin mesleki ve ailevi yaşantısını etkilemeye başlar, kişilerarası ilişkilerinde bozulmalara neden olur, gün içinde sık sık ortaya çıkar ve günün büyük bir kısmını kaplar, kişi bu durumu kontrol edemez ve başa çıkamaz. Bu belirtilerin yanında huzursuzluk, gerginlik, tedirginlik, sıkıntı, daralma, çabuk yorulma, odaklanma güçlüğü, kolay irkilme ve tetikte olma da gözlenir. Anksiyetede görülebilecek psikosomatik reaksiyonlar arasında baş ağrısı, baş dönmesi, kulak çınlaması, ağız kuruluğu, çarpıntı, nefes darlığı, çeşitli ağrılar, kas güçsüzlüğü, yorgunluk ve gastrointestinal yakınmalar sayılabilir. Anksiyete aşırı boyutlara ulaşırsa, anksiyete bozuklukları arasında sınıflandırılabilir (14).

Günümüzde anksiyete bozuklukları çocuk ve ergen psikiyatrisinin en yaygın problemlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu çocukluk çağının en iyi tanımlanan problemlerinden biri olsa da Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk, Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Özgül Fobi gibi diğer anksiyete bozuklukları da sıklıkla çocuklukta ortaya çıkmaktadır. Gelişimsel süreçte patolojik anksiyete ile uyuma yardımcı

olan, kendini koruma ve güvenliği sağlayan normal anksiyeteyi ayırma güçtür. Örneğin, ayrılık kaygısı erken çocukluk döneminde normal gelişimsel sürecin bir parçası iken, bu sürecin sonrasında çocuğun akran ve aile ilişkilerini, okul başarısını etkileyen ve aşırı, süregelen bir ayrılık kaygısı Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu olarak ele alınır. Benzer şekilde erken çocukluk döneminin yabancı kaygısı ve sosyal çekingenliği Sosyal Anksiyete Bozukluğu'ndan ayırt edilmelidir (15). Çoğu zamanda çocuk ve ergenlerdeki anksiyete bozukluğu belirtileri çevresel koşullara ve strese tepki olarak kabul edilebilir görüldüğünden, bu yaş grubunda anksiyete bozukluğu tanısı gözden kaçabilmektedir (16,17)

2.1.2 Tarihçe

İnsanlık tarihi ile yaşıt olan bu bozukluk ilk olarak “nevroz” kelimesi ile bilimsel yayınlara girmiştir. 19. yüzyılda Kretshner, Kraepelin ve Bleuler nevrozları psikozların minör hali olarak görmüşlerdir. Pinel bu bozuklukları “moral bozuklukları” olarak anlamıştır. Freud ise nevrozları psikoanalitik teori ile açıklamıştır. Ruhsal belirtilerin altında psikolojik bazı düzeneklerin bulunduğunu gösterir. Genel olarak nevrozlar üzerinde çalışan Freud'la birlikte ruhsal bozukluklar çok daha iyi anlaşılmıştır. Descartes ve de la Mettrie'nin çalışmalarıyla birlikte anksiyete, artık psikolojik bir sorun olarak ele alınmaya başlanmıştır. Kierkegard'ın anksiyeteyi özgürlük ve suçluluk bilincinden kaynaklanan, hiçlik ve var olmama korkusuyla oluşan bir duygu olduğu ve bu nedenle insan ruhunun ulaşacağı doğal bir sonuç olarak belirttiği yorumu varoluşçu akımın konuya yaklaşımını sergilemiştir. Bunlara karşın nevrozlar, ruhsal bozuklukların sınıflandırılmasında uzun süre önemli bir başlık olarak yer almış ve daha sonra yerini anksiyete bozukluklarına bırakmıştır (18). Çocukluk çağı anksiyete bozuklukları ise ilk kez Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-III'te (DSM-III) yer almıştır. DSM-III'te Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, aşırı kaygı bozukluğu ve kaçınma bozukluğu “Bebeklik ya da Ergenlik Döneminde Görülen Bozukluklar” başlığı altında toplanmıştır. DSM-III-R'de bir değişiklik yapılmadığı halde DSM-IV'te yalnızca Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu “Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Görülen Bozukluklar” başlığı altında kalmış; aşırı kaygı duyma bozukluğu Yaygın Anksiyete Bozukluğu ile kaçınma bozukluğu Sosyal Anksiyete Bozukluğu ile birleştirilmiştir (19).

2.1.3 Çocuklarda Görülen Anksiyete Bozuklukları

DSM-IV-TR'de çocuklarda Anksiyete Bozukluğu sınıflaması Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu (AAB), Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), Panik Bozukluğu (PB), Sosyal Anksiyete

Bozukluğu (SAB), Fobi, Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), Akut Stres Bozukluğu (ASB) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)'nu kapsar. AAB dışındaki anksiyete bozuklukları için yetişkin tanı ölçütleri kullanılmaktadır (19).

DSM-5'te ise Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Anksiyete Bozukluğu sınıflandırmasından çıkarılmış olup Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve ilişkili bozukluklar sınıfına; Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu ise Travma ve Stresör ile ilişkili bozukluklar sınıfına dahil edilmiştir. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu ilk kez çocuklukta tanı konulan bozukluklar kategorisinden çıkarılmış ve Anksiyete Bozuklukları sınıfına dahil edilmiştir. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu'nda '18 yaşından önce başlama' ölçütü değiştirilerek 'son 6 aydır süren ifadesi' eklenmiştir. Özgül Fobi ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu A tanı ölçütündeki 'aşırı ve anlamsız korku' ifadesi yerine 'karşılaşılan tehlike durumuna uygunsuz düzeyde korku' ifadesi kullanılmıştır. Sosyal Anksiyete Bozukluğu'ndaki 'yaygın' belirteci yerine 'performansla sınırlı' belirteci gelmiştir. Agorofobili Panik Bozukluk, Agorofobisiz Panik Bozukluk ve Agorofobi yerine DSM-5'te Agorofobi ve Panik Bozukluk tanıları ayrı ayrı yer almaktadır. DSM-5'te yer alan son bir değişiklik de Selektif Mutizmin Anksiyete Bozukluğu sınıfına dahil edilmesidir (20).

2.1.4 Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu

AAB, DSM-IV-TR'de "genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk yada ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar" grubu içinde yer alan tek çocukluk çağı anksiyete bozukluğudur (21). AAB'nin en belirgin belirtisi evden veya birinci bağlanma nesnelere uzak kalındığında ortaya çıkan çok şiddetli korku ve anksiyetedir. AAB'de anksiyete düzeyi çocuğun yaşından ve gelişimsel düzeyinden beklenmeyecek ölçüde şiddetli olmalıdır (22,23,24,25). AAB'de çocuklar bağlandıkları kişilerden ayrıldıklarında kendilerinin veya bağlandıkları kişilerin bir kaza geçireceklerine ya da hastalanacaklarına ilişkin sürekli ve aşırı kaygı yaşarlar. Bu bozukluğu olan çocuklar sıklıkla kaybolma ve anne-babasına bir daha kavuşamama korkusu yaşarlar. Evden veya bildik çevreden uzağa bir yere tek başlarına gitmekten kaçınırlar. Bu bozukluğu olan çocuklar uyku zamanı zorlanırlar ve uyuyana kadar yanlarında birinin olmasını isterler. Gece boyunca kendi yollarını bir şekilde anababalarının yatağına göre ayarlar, gece kabusları görebilirler. Ayrılıkta ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde karın ağrısı, baş ağrıları ve kusma gibi bedensel yakınmaları olur. Çarpıntı, baş dönmesi ve halsizlik hissi gibi kalple ilgili belirtiler küçük çocuklarda nadir olmakla birlikte daha ileri yaştaki bireylerde yaygın olarak gözlenebilir (26).

Okula başlamak evin koruyucu ortamından ayrılmak ilk kez çocuğu ciddi düzeyde ayrılma kavramı ile karşı karşıya getirmektedir. Çocuklarda okula gitmek istememe durumu okul korkusu olarak isimlendirilmektedir (27). Okul korkusu anaokuluna giden, ilkokula başlayan çocuklarda sık görülür. Okul korkusunu ortaya çıkaran etken ne olursa olsun kaynağı genellikle anneden ayrılma korkusudur (28). Okul korkusunun, ilkokul çocuklarında %5, ortaokul çocuklarında %2 oranında olduğu ve bu çocukların büyük bir bölümünün ayrılık anksiyetesi tanısı aldığı bildirilmektedir (29).

Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu küçük çocuklarda ergenlerden daha yaygındır ve erkek ve kız çocuklarda eşit sıklıkta rastlandığı bildirilmiştir. Başlangıç okul öncesi yıllarda olabilir, ancak en sık 7-8 yaşlarında görülür (30). Çocuk ve ergenlerin ortalama %4'ün de görülür.

Son yıllarda yapılan araştırmalarda ayrılık anksiyetesinin nedenlerinin daha çok ailesel ve genetik etkenlerin olabileceği üzerinde durulmuştur. Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre ailesinde Anksiyete Bozukluğu tanısı olanlar, ciddi hastalıklar veya ölüm deneyimi olanlarla fiziksel hastalığı olan veya Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Özgül Öğrenme Güçlüğü gibi akademik başarı sorunu olan çocuklarda AAB görülme olasılığı yüksektir (31).

Klinik çalışmalarda AAB'nin Sosyal Anksiyete Bozukluğu, DEHB, Majör Depresyon, (olguların yaklaşık 1/3'ünde) Davranım Bozukluğu ile birlikteliği gözlenmiştir (30).

Bireysel, Aile Temelli Bilişsel Davranışçı Terapiler ve Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi AAB sağaltımında etkili bulunmuştur (32,33). Annebalar AAB'nin sağaltımında önemli bir rol üstlenirler. AAB sağaltımında annesinin ve çocuk etkileşimine odaklanmak ve annesinin becerileri konusunda destek olmak yüz güldürücü sonuçlar vermektedir (34). AAB ve diğer çocukluk çağı anksiyete bozukluklarının psikofarmakoterapisinde Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SGAİ) ile umut verici sonuçlar elde edilmiştir (35).

Tablo1. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu DSM-IV-TR tanı ölçütleri

<p>A. Aşağıdakilerden üçünün (yada daha fazlasının) olması ile belirli, kişinin yada bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygunsuz ve aşırı anksiyetenin olması:</p> <p>(1) evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde yineleyici bir biçimde aşırı sıkıntı duyma.</p> <p>(2) bağlandığı başlıca kişileri yitireceğine ya da onların başına bir iş geleceğine ilişkin sürekli ve aşırı bir kaygı duyma.</p> <p>(3) kötü bir olayın, bağlandığı başlıca kişiden ayrılmasına yol açacağına ilişkin sürekli ve aşırı bir kaygı duyma .</p> <p>(4) ayrılma korkusundan ötürü, sürekli olarak, okula ya da başka bir yere gitmek istememe ya da gitmeyi reddetme.</p> <p>(5) tek başına kalma, evde bağlandığı başlıca kişiler olmaksızın kalma ya da kendisi için önemli erişkin insanlar olmadan diğer ortamlarda bulunma konusunda isteksizlik gösterme ya da bu konuda sürekli ve aşırı bir korku duyma.</p> <p>(6) bağlandığı başlıca kişinin yakınında olmadan ya da evin dışında uyuma konusunda sürekli bir isteksizlik gösterme ya da uyumayı reddetme.</p> <p>(7) ayrılma konusunda sürekli kabus görme</p> <p>(8) bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde yineleyici bir biçimde fiziksel semptom yakınmaları getirme (baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı ya da kusma gibi).</p>
<p>B. Bu bozukluğun süresi en az 4 haftadır.</p>
<p>C. Başlangıcı 18 yaşından önce olur.</p>
<p>D. Bu bozukluk klinik açıdan önemli bir sıkıntıya ya da toplumsal, okulda (mesleki) ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.</p>
<p>E. Bu bozukluk sadece bir Yaygın Gelişim Bozukluğu, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve Agorafobi ile giden Panik Bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz.</p> <p>Varsa belirtiniz:</p> <p>Erken Başlangıçlı: Başlangıcı 6 yaşından önce olursa.</p>

2.1.5 Yaygın Anksiyete Bozukluğu

YAB yoğun ve kontrol edilemeyen kaygı ile karakterizedir. Yaşam olaylarına tepki olarak ortaya çıkan, kısa süreli anksiyete durumları bu tanım içinde yer almaz. Bu tür bozukluğu olan çocuklar kötü bir şey olacağına ilişkin korku ve nedeni belirsiz bir endişe içindedirler. Yaşanan sıkıntı ve huzursuzluk duygusu dış etkenlerle açıklanamamakta, sıradan gündelik olaylar karşısında bile yoğun anksiyete yaşamaktadırlar. Anksiyetenin sürekliliği ve yoğunluğu günlük işlevleri engellemekte, ağır bir durum karşısında yaşam tümüyle felç olmaktadır (36). Sıklıkla Yaygın Anksiyete Bozukluğunda kaygı bir alanla sınırlı değildir. Çocuk ve ergenlerde tipik olarak gözlenen kaygılar yeterlilik, onay görme ve eski davranışlarının uygunluğudur. Gelecekle ilgili olaylar, yeni ya da tanıdık olmayan ortamlar diğer kaygı nedenleridir. Bir işi zamanında yerine getirmeye ilgili kaygılar görülebilir. YAB tanısı olan çocuklar genellikle toplum kurallarına uyan ve mükemmeliyetçi çocuklardır. Yine YAB tanısı olan çocukların kaygısının sıklıkla başkaları tarafından yatıştırılması gerekir, ancak bu durum kaygının azalmasında kısa süreli bir iyilik meydana getirir (37). YAB olgularının çoğu bedensel belirtilerden yakınmaktadır. Özellikle avuç içlerinde belirgin olan terleme, ateş basması, ağız kuruluğu ya da tükürük salgısında artma, yutma güçlüğü, soluk alma güçlüğü, çarpıntı, bulantı, kulak çınlaması, baş dönmesi, uyuşmalar ortaya çıkabilmektedir. Aşırı uyarılma hali de görülür. Sıklıkla kendilerini diken üstünde hissederler, tepkileri aşırıdır. Bu klinik belirtilerin en az 6 aylık süre boyunca devam etmesi gerekmektedir. 10-11 yaş grubunda normal çocuklar gelişimsel süreçte kendilerini yaşlıları ile başarı açısından kıyaslamaya başlar. YAB da tam bu dönemde başlayabilmektedir. Çok az sayıda 4-7 yaşlarında başlayan olgular bildirilmiştir (36). YAB belirtilerine neden olabilecek çeşitli tıbbi durumlar ve bazı psikososyal etkenler gösterilmektedir. Ayrılma anksiyetesinin olası nedenleri ve etkilerinin rolü, YAB konusunda psikodinamik görüşleri değerli kılmaktadır. Bilişsel kurama göre, kişinin kendi düşünce içeriği anksiyete içeriği oluşumunda ve sürmesinde rol oynamaktadır. YAB'da özellikle önemli olduğu belirtilen süreç kişinin çevre üzerinde denetimin olmadığı inancıdır. Anksiyetenin bedensel belirtileri tehdit edici iç tehlike, ciddi bir hastalık olarak yorumlayarak anksiyeteyi arttırmaktadır. Sonuç olarak, yaygın anksiyetede gelişimsel bozukluk özel bir zihinsel süreç yaklaşımı olarak kabul edilmektedir (38). Yaygın Anksiyete Bozukluğunun sıklığı %2.9-4.6 arasında değişmektedir. Hayat boyu görülmesi ise %3.7 olarak bulunmuştur. Yaş ilerledikçe görülme sıklığı artmaktadır. 7-11 yaş grubu çocuklardaki sıklık %4.6 olarak tespit edilirken, ergenlerde bu oran %7 olarak saptanmıştır. Ergenlik dönemine kadar kızlar ve erkeklerde eşit sıklıkla

görülürken, ergenlikle beraber kızlarda sıklığı artmaktadır (39). Bu grup çocukların yarısında sıklıkla fobi ve majör depresyon görülmektedir (40).

Yaygın Anksiyete Bozukluğunun sağaltımında bireysel ve ailesel psikoterapötik girişimler hedeflenmelidir. Olguların bir kısmında dinamik, içgörü yönelimli psikoterapötik girişimler etkili olurken, daha büyük bir oranında BDT yöntemleri gerekmektedir. BDT yöntemleri bireysel olarak uygulanabileceği gibi grup çalışmaları ve aile yönelimli yaklaşımların da YAB sağaltımında olumlu sonuçları olduğu bulunmuştur (41).

Tablo 2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu DSM-IV-TR tanı ölçütleri

A- En az 6 ay süreyle, hemen her gün, birçok olay ya da etkinlik hakkında (iş başarısı, okul başarısı vs.) aşırı kaygılanma ve kuruntulara kapılma
B- Kişi kendini kuruntulara kapılmaktan alıkoyamaz
C- Kaygı ve kuruntu, aşağıdaki 6 semptomdan en az üçüne eşlik eder: 1- huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe 2- kolay yorulma 3- düşüncelerini odaklayamama ya da zihnin durmuş gibi olması 4- irritabilite 5- kas gerginliği 6- uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ve sürdürmekte güçlük çekme, huzursuz ya da dinlendirmeyen uyku)
D- Kaygı ve kuruntunun odağı bir eksen I bozukluğunun özellikleri ile sınırlı değildir.
E- Kaygı, kuruntu ve fiziksel yakınmalar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

2.1.6. Panik Bozukluğu

PB, yineleyen beklenmedik panik atakların olması ve başka atakların olacağına dair sürekli kaygı duyma, atağın yol açabileceği sonuçlarla ilgili olarak üzüntü duyma (çıldıracağı) ve ataklarla ilgili olarak belirgin bir davranış değişikliğinin olması ile kendini gösteren bir bozukluktur (37). Atak sırasında oluşabilecek bulgular; nefes darlığı, ya da boğuluyor gibi olma, çarpıntı, titreme ya da sarsılma, terleme, soluğun kesilmesi, bulantı ya da karın ağrısı, uyuşma ya da karıncalanma, kızarma ya da ürperme, ölüm korkusu ve elinde olmadan bir şey yapacağı korkusudur (40). Bu tanının çocuklarda az konulmasının önemli bir sebebi çocukların kendi yakınmalarını iyi ifade edememeleridir. PB olan çocuklar ilk panik atakları özel bir biçimde (duruma bağlı olmayan, beklenmedik) diye tanımlarlar. İstatistikler bu

çocuklarda %100 somatik belirtiler rapor etmiştir (36). Çocuk ve ergenlerde PB, psikososyal ve akademik sorunların eşlik ettiği ve yetişkinlik döneminde de başka bozuklukların (depresyon, madde kullanımı vb.) ortaya çıkmasında risk etkeni oluşturan bir durumdur (41). PB'ye agorafobi eşlik edebilir ya da etmeyebilir. Agorafobi kişinin, beklenmedik olarak panik atağı çıkabileceği, kaçmanın zor olabileceği ya da yardım alamayacağı yerlerde ya da durumlarda anksiyete duymasıdır. Yalnız başına dışarıda olma, kalabalıkta olma, sırada bekleme agorofobik korkular arasındadır (37). Kimi araştırmacılar çocuk ve ergenlerde Panik Bozukluğu olmayacağını belirtirken, bazı araştırmacılar DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre, bilişsel bulgular olmaksızın da Panik Bozukluğu tanısı konabileceğini, çocuk ve ergenlerde PB'nin görüldüğünü ve yetişkinle benzerlik gösterdiğini savunmaktadırlar (42). Toplumda ergenlerde panik atak %35.9 ile %63.3 arasında görülmektedir. PB ise %0.6 ile %4.7 arasındadır (37). Bunun yanı sıra geriye dönük yapılan bir çalışmada erişkinlerin %40'ı PB'nin 20 yaş öncesinde başladığını bildirmiştir (39). PB ile ilgili yapılan aile çalışmaları birinci dereceden akrabalarda artmış riski göstermektedir. Çalışmaların sonuçlarına göre bu risk %15-20 arasındadır ve kadın akrabalarda PB riski %50'ye kadar çıkabilmektedir (43). Panik atağa neden olabilen tıbbi durumlar ise hipertiroidizm, hiperparatioidizm, vestibüler disfonksiyonlar, feokromositoma, epilepsi nöbetleri ve kalple ilgili bozukluklardır (37). PB'li hastaların %50'sinde YAB, %50'sinde major depresif bozukluk, %21,4'ü AAB, %11,9'u agorafobi, %11,9'u da Özgül Fobi ile eş tanı bulunmuştur (44). Psikoeğitimsel yaklaşım çocuk ve ergenlerde genel olarak kabul görmektedir (45). Panik kontrol tedavisi bilişsel-davranışçı temellidir ve Panik Bozukluklu çocuk ve ergenlerde etkin olduğu gösterilmiştir (46). Psikofarmakolojik olarak kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır. Küçük açık etiketli bir çalışmada SGAİ az bir yan etki ile iyileşme sağlamıştır (47).

Tablo3. Agarofobisiz Panik Bozukluğu'nun DSM-IV-TR'ye göre tanı ölçütleri

Aşağıdakilerden hem (1) hem (2) vardır: 1. Yineleyen beklenmedik panik atakları 2. Ataklardan en az birini, bir ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) izler: a. Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı b. Atığın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (ör. Kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili olarak sıkıntı duyma. c. Ataklarla ilgili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme
A- Agorafobinin olmaması
B- Panik atakları bir maddenin (ör. kötüye kullanılabilen bir ilaç, sağaltım için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (ör. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir
C- Panik atakları, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Özgül Fobi, obsesif kompulsif bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.1.7 Sosyal Anksiyete Bozukluğu

SAB, toplum içinde konuşma, yemek yeme, birileriyle tanıştırılma gibi özel durumlarda ya da genel olarak hemen tüm sosyal ortamlardan kaçınma şeklinde ortaya çıkmaktadır (48). Çocuk ve ergenlerde anksiyete oluşturan durumlardan kaçınma görülebilir ve bu durum süregelen bir sıkıntıya yol açabilir. Çocuk ve ergenlerde SAB'nin tanınmadığı ve daha az tanının koyulduğu, daha çok bu çocukların "utangaç" olarak geçiştirildiği bildirilmektedir (37).

Çocuk ve ergenlerde görülen belirtiler sıklıkla, sınıfta arkadaşlarının önünde konuşma ya da tahtaya yazı yazma, öğretmen ya da karşı cinsten arkadaşlarıyla konuşma, okul tuvaletlerini kullanma, toplu halde yemek yeme ile ilgilidir (48).

SAB olan çocuk ve ergenler çoğunlukla, sınava girme gibi başkalarınınca dolaylı olarak değerlendirilecekleri durumlardan da korkarlar. Bu da sınav anksiyetesi ya da sınıftaki katılımlardan kaçınmaya, dolayısıyla okul başarısındaki düşüşe neden olur. Daha ağır olgular okuldan atılabilir. Çocuklarda anksiyete, ağlama, husursuzluk, donakalma ya da tanıdık olmayan insanların olduğu toplumsal durumlardan uzak durma olarak dışa vurabilir (49). Okul korkusunun görüldüğü anksiyete bozuklukları içinde SAB, AAB'den sonra ikinci sırada yer almaktadır (50). Yapılan çalışmalarda SAB'nin sıklığı için %1-1.5 arasında değişen sonuçlar verilmektedir. Kadınlarda erkelerden daha çok görüldüğü saptanmasına karşın,

kliniğe başvuranlar daha çok erkeklerdir. Yaşam boyu sıklığı ise %3-13 arasındadır (51). SAB'nin nedenlerine yönelik çalışmalarda biyolojik yatkınlıkla ilgili olarak bebeklik dönemindeki sürekli bir davranışsal ketlenme ile giden tutumların erken bir belirleyici olabileceği bildirilmiştir. Bu tutumlar daha çok PB olan anne babaların çocuklarında görülmektedir (52). Psikososyal yatkınlığa yönelik çalışmalarda ise Sosyal Anksiyete Bozukluğu olan kişilerin anne babalarının diğer anne babalara göre daha reddedici, bununla birlikte daha fazla koruyup kollayan kişiler oldukları gösterilmiştir. Böyle bir engelleme çocuğun bireyselleşmesini ve kendine güven kazanmasını zorlaştırır. Sürekli bir korku içinde olan çocuk savunma düzeneği olarak kaçınmayı kullanır ve insanlarla karşı karşıya gelme yaşantısını yaşayamaz (53).

Çocuk ve ergenlerde görülen SAB'de en sık görülen belirtiler ise biriyle konuşmak %23.3, sosyal toplantılara katılmak %14.5, yabancılarla konuşmak ya da yeni biri ile tanışmak %13.7, kalabalıkta yemek yemek %7 ve yazmak %5 şeklindedir (54).

SAB ile birlikte depresif mizaç, durumsal anksiyete ve madde kullanımında artış gözlenebilir. SAB diğer fobilerle sık birliktelik gösterir. SAB olan çocukların, sosyal becerileri daha zayıftır ve birçoğu aktivitelere katılmayı reddettiğinden karşıt olma karşıt gelme bozukluğu gibi algılanabilir (37).

SAB'de de diğer anksiyete bozukluklarında önerilen bilişsel davranışçı teknikler kullanılabilir. Kendall ve arkadaşları iki randomize kontrollü çalışmada 16 hafta bilişsel davranışçı terapinin Sosyal Anksiyete Bozukluğu yanı sıra YAB ve AAB'de de etkinliğini göstermiştir (55,56). Tedavi sonrası 1,3 ve 7 yıl sonra da tedavi kazanımlarının devam ettiği saptanmıştır (57). Grup içinde bilişsel davranışçı teknikler kullanmanın çocuk ve ergende görülen Sosyal Anksiyete Bozukluğude etkin olduğu gösterilmiştir (58).

Tablo 4. Sosyal Anksiyete Bozukluğu'nun DSM-IV-TR tanı ölçütleri

A- Tanımadık insanlarla karşılaştığı ya da başkalarının gözünün üzerinde olabileceği, bir ya da birden fazla toplumsal ya da bir eylemi gerçekleştirdiği durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyma. Kişi, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkar.
B- Korkulan toplumsal durumla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir panik atağı biçimini alabilir.
C- Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir. (çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.)
D- Korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bunlara katlanılır.
E- Kaçınma, kaygılı beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.
F- 18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

2.1.8 Özgül Fobi

Özgül Fobi, toplumda fazla gözlenen fakat kliniklere başvurusu az bulunan özel bir anksiyete bozukluğudur (59). Özgül Fobinin başlıca özelliği açıkça görülen, çerçevesi belirli nesne ya da durumlarla karşılaşıldığında belirgin ve sürekli bir korku duymadır. Fobik uyararla karşılaşma her zaman aniden başlayan bir endişe tepkisi doğurur. Özgül Fobisi olan ergenler ve yetişkinler korkularının aşırı ya da anlamsız olduğunu bilseler de, çocuklar için durum böyle olmayabilir. Özgül Fobisi olanlar bazen korkuyla buna katlanıyor olsa da çoğu zaman fobik uyarandan kaçınırlar (60). Kişi özgül bir nesne ya da durumun varlığında ya da bunlarla karşılaşmayı beklerken belirgin, sürekli ve aşırı ya da anlamsız korku duyar. Korku odağı söz konusu nesne ya da durumun bir yönünden zarar görme beklentisi de olabilir (61). Çocuklardaki korku tepkisi ağlama, hırçınlık, donakalma, sıkıca yanındaki kişiye sarılma olarak ortaya çıkabilir. Çocuklar çoğu zaman korkularının aşırı ya da anlamsız olduğunu bilmezler ve nadiren fobileri olduğundan dolayı sıkıntı duyduklarını söylerler. Bu yüzden çocuklarda Özgül Fobi tanısının konması için korkunun aşırı ya da anlamsız olduğuna ilişkin iç görünümün olması gerekmez; iç görü ilerleyen yaşlarla birlikte ortaya çıkar (62). Çocuk ve ergenlerde Özgül Fobi sıklığını araştıran çalışmalarda %2.5 ile %5.1 arasında değişen

sonuçlar bulunmuştur (63). Fobide korku ya da kaçınma odağını göstermek için aştığıdaki alt tipler belirtilir ve bu tiplerin kesin nedenleri farklılık göstermektedir.

-Hayvan Tipi: Korkuyu hayvanlar ya da böcekler başlatıyorsa; bu alt tip genellikle çocuklukta başlar.

-Doğal Çevre Tipi: Korkuyu, fırtına, yüksek yerler ya da su gibi doğal çevredeki nesnelere başlatıyorsa; bu alt tip genellikle çocuklukta başlar.

-Kan-Enjeksiyon-Yara Tipi: Korkuyu, kan, yara görme ya da enjeksiyon, ve fiziksel olarak tıbbi işlem yapılması başlatıyorsa; bu alt tip ileri derecede aileseldir ve çoğu zaman güçlü bir bedensel tepki ile belirlidir.

-Durumsal Tepki: Korkuyu, toplu taşıma araçlarında bulunma, uçakla uçma, araba kullanma ya da kapalı yerler gibi özgül bir durum başlatıyorsa; bu alt tipin başlangıç yaşı dağılımı iki kez doruğa ulaşır; birinci doruk çocuklukta, diğere doruk yirmili yaşların ortalarında olur. Bu alt tip, cinsiyetler arası oranı, bazı ailelerde çok daha fazla görülme ve başlangıç yaşı özellikleriyle Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğuna benzerlik göstermektedir.

-Diğere Tip: Korkuyu diğere uyaranlar başlatıyorsa. Bu uyaranlar, korkmaya ya da soluğun kesilmesine, kusmaya ya da bir hastalığa yakalanmaya yol açabilecek durumlardan kaçınmaya neden olabilir; “boşluk” fobisi (yani kişi duvarlardan ya da diğere fiziksel destek kaynaklardan uzak durursa aştığı düşmekten korkar) ve çocukların yüksek seslerden ya da özel giysili masal kahramanlarından korkması gibi.

Fobiler, panik ataklarla birlikte görülebilir (64). Pekçok bilişsel davranışçı girişimler çoğunlukla erişkinlerin fobi ve kaygı bozukluklarına yönelik geliştirilmiştir. Bu nedenle çocuklara uygulanmaları gelişimsel döneme uyarlanarak olabilmektedir. Özgöl Fobinin gidişi ve sonlanması çoğunlukla kaçınılan korku ve nesnenin çocuğun günlük yaşamını ne kadar etkilediği ile ilişkilidir. Örneğini; ocuk yangın korkusu ile okula gidemiyorsa, yükseklik korkusu nedeniyle yüksek binalara çıkamayan çocuklardan daha fazla kayba uğrayacaktır (65).

Tablo 5. Özgül Fobi DSM-IV-TR tanı ölçütleri

A- Özgül bir nesne yada durumun (uçakla seyahat etme, yüksek yerler, hayvanlar, enjeksiyon yapılması, kan görme gibi) varlığı ya da böyle bir durumla karşılaşacak olma beklentisi ile başlayan aşırı ya da anlamsız, belirgin ve sürekli korku.
B- Fobik uyaranlarla karşılaşma hemen her zaman birden başlayan bir anksiyete tepkisi doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir panik atağı biçimini alabilir.(çocuklarda anksiyete; ağlama, huysuzluk gösterme, donakalma, sıkıca sarılma olarak dışavurabilir.)
C- Kişi, korkusunu aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir.(çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.)
D- Fobik durumdan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla buna katlanılır.
E- Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan durumda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.
F- 18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.
G- Özgül bir nesne ya da duruma eşlik eden anksiyete, panik atakları ya da fobik kaçınma, OKB, TSSB, ayrılma anksiyetesi bozukluğu (okula gitmekten kaçınma gibi), Sosyal Anksiyete Bozukluğu (utanacak olma korkusu yüzünden toplumsal durumlardan kaçınma gibi) , agorafobi ile birlikte Panik Bozukluk ya da Panik Bozukluk öyküsü olmadan agorafobi gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.1.9 Obsesif – Kompulsif Bozukluk

Obsesyon (saplantı), kişinin rahatsız edici bulduğu, sıkıntı yaratan, yineleyici düşünce, dürtü ya da düşlemleridir. Kompulsiyon (zorlantı) ise bir obsesyona tepki olarak ya da katı kurallara göre yapılan eylemlerdir. Kişi tarafından aşırı ya da anlamsız olduğu bilinir. Obsesyonları ya da olmasından korkulan şeyi önleme amacına yöneliktir (66). Obsesyonlar, tekrarlayıcı kelime, düşünceler, korku, anılar, resimler veya dramatik sahneler olabilir. Çocuklarda bazen obsesyon tanımlanmaksızın kompulsiyon olabilir. Obsesif-kompulsif bozuklukta (OKB), süreğen, bazen de nöbetlerle giden yineleyici obsesyon ya da kompulsiyonlar veya her ikisi birlikte görülmektedir (36). Yapılan bir çalışmada ilkökul çağı çocuklarında en sık görülen kompulsiyon sayma ve simetri, erken ergenlikte aşırı yıkanma, geç ergenlikte seksüel düşünce ve tekrarlayıcı davranışlar olduğu belirtilmiştir (36). Klinik genellemelerde yapılan çalışmalarda OKB'nin başlangıç yaşı ilkökul dönemi olarak belirtilmekte; ancak okul öncesi

döneme de yansıyan pek çok özelliğin varlığı vurgulanmaktadır (66). Yapılan çalışmalarda yetişkinlerde ve ergenlerde OKB görülme sıklığı benzerlik göstermekte ve %1-3.6 olarak bildirilmektedir. Yetişkin hastaların % 80'inde OKB'nin 18 yaşından önce başladığı, kompulsif davranışların ise 2 yaş gibi çok erken bir dönemde de görülebildiği bildirilmektedir. Erkeklerde görülme sıklığı kızlara göre daha yüksektir. Araştırmalarda başlangıç yaşı 10 olarak saptanmıştır (67). Bu alandaki ilk çalışmaları ortaya koyan Psikoanalitik kuram'a göre obsesif kompulsif belirtiler bilinçdışı bir çatışmadan kaynaklanmaktadır. Tekrarlayıcı davranışlar ise yasaklanmış duygular veya rahatsız edici yaşantıları önlemektedir. Öğrenme kuramı ise bu belirtilerin oluşumunda öğrenmenin rolü olabileceğini vurgulamaktadır (68).

Pek çok çalışma genetik geçişin varlığını onaylamaktadır. Obsesif-kompulsif bozukluk tanısı alan çocukların ebeveynin %20'sinde yaşam boyu OKB tanısı, yine bu çocukların %71'inin ebeveyninden birinde ya OKB %19 ya da obsesyonlar %52 görülmesi genetik geçişi desteklemektedirler (36). Erkek ve kız çocuklarda görülme oranının incelendiği Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün (NIMH) örnekleminde bozukluğun yaşa bağlı olarak değiştiği ve çocukluk döneminde erkeklerde daha sık görülen bu belirtilerin ergenlik dönemi ile birlikte kızlarda artış gösterdiği belirtilmektedir (68). Çocuk ve ergenlerin bir kısmı belirtilerini saklama eğilimindedir. Olguların %90'ında obsesyon ve kompulsiyonlar zaman içinde değişir. Uzun saatler üretken olmayan bir biçimde ödev yapar, yazdıklarını sürekli silip yeniden yazar, kelimelere, harflere, ayrıntılara takılmaktan ödevlerini bitirmekte güçlük çekerler, yıkanmaktan kızarmış elleri olan çocuklar, bazı aktivitelerden kaçınmayı seçen çocuklarda obsesif kompulsif bozukluk açısından dikkate alarak değerlendirmek gerekmektedir (36). Anksiyete Bozukluğu grubundan olan, Obsesif-kompulsif Bozukluk tanısı alan çocuklarda tik bozukluğu, özel gelişimsel bozukluk, major depresyon, basit fobi, DEHB ve ayrılık anksiyetesi eşlik edebileceği belirtilmiştir (29).

Uzun yıllar tedaviye dirençli olarak görülen OKB, bilişsel davranışçı terapi ve ilaçların bulunması ile günümüzde kronik ama tedavi edilebilir bir durum olarak görülmektedir. En sık tedavi yaklaşımları BDT ve başta SGAİ'ler olmak üzere ilaç tedavileridir. Bu uygulamalar tek başına yada birlikte kullanılabilir. Aile tedavisi, aile desteği ve eğitimi, çocukla diğer terapiler de tedaviye eklenebilir (69). Tedaviye başlamadan önce ailelere ve çocuklara OKB hakkında bilgi vermek önemlidir. Bu durumun bir hastalık olduğu, kendi haline bırakıldığında düzelmeyeceği, başka psikiyatrik bozuklukların da eklenebileceği, tedavisinin mümkün olduğu ancak tedavi sürecinin zor, uzun ve uyum gerektiren bir süreç olduğu anlatılmalıdır (70).

Tablo 6. Obsesif kompulsif bozukluk DSM-IV-TR tanı ölçütleri

<p>A- Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:</p> <p>Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3) ve (4) ile tanımlanır:</p> <p>(1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler,</p> <p>(2) Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.</p> <p>(3) Kişi bu düşünce, dürtü ve düşlemlerine önem vermemeye ya da baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.</p> <p>(4) Kişi, obsesyon düşüncelerini, dürtü ve düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür.</p> <p>Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:</p> <p>(1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (el yıkama, düzene koyma, kontrol etme gibi) ya da zihinsel eylemler (dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma gibi),</p> <p>(2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.</p>
<p>B- Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman, kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. (çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.)</p>
<p>C- Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten fazla zaman alır) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar.</p>
<p>D- Başka bir eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir.</p>
<p>E- Bu bozukluk bir madde kullanımı ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p>

2.1.10 Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Bireyin yaşamını doğrudan tehdit eden, ani ürkütücü, korku verici boyuttaki tüm yaşantılar travma yaşantısı olarak anılır. Travmanın yarattığı psikolojik etkiler ve belirtiler travma anında pek görülme de; travmanın hemen sonrasında yoğun bir korku, endişe, dehşet,

çaresizlik ve fiziksel stres (kalp atış hızında artma, göğüs ağrıları gibi) olarak kendini gösterir (71). TSSB, belirli bir nedene bağlı ruhsal bozukluklardan biridir. Bir stres faktörü olmadan tanı konamaz, ancak travmanın varlığı tek başına yeterli değildir. Olay ve mağdur arasında bir ilişki vardır. Travma sonrası stres oluşumuna ilişkin travma öncesi (kişilik özellikleri gibi), travma (stres faktörünün özellikleri) ve travma sonrası değişiklikler göz önüne alınmadan oluşturulacak geçerli bir model yoktur (72). Kişi travma yaratan olay karşısında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşet duygusu ve düşünceleri gösterir. Travmatik olay sürekli olarak yeniden yaşanır. Travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki düzeyinde azalma ortaya çıkar. Süreklilik kazanmış bir aşırı uyarılmışlık hali bulunmaktadır. Belirtiler 3 aydan daha kısa sürede sürüyor ise bozukluk akut; 3 aydan daha uzun süredir sürüyor ise kronik olarak kabul edilir. Stresli olayın üzerinden 6 aydan daha uzun bir süre geçtikten sonra ortaya çıkan bozukluk “gecikmeli başlangıçlı” olarak kabul edilir. TSSB’nin tüm toplumdaki yaşam boyu görülme sıklığı konusunda yapılan çalışmalar %1 ile %14 arasında değişen sonuçlar vermektedir (19). Risk altında bulunan çocuk popülasyonları ile yapılan çalışmalarda ise %3 ile %100 arasında değişen oranlar saptanmıştır. Değerler arasındaki bu farklılıkta travmatik olayın özellikleri ve travmadan sonra geçen zaman gibi belirleyicilerin rol oynadığı düşünülmektedir (72). Bazı yazarlar, yetişkinler için geçerli olan TSSB tanı kriterinin çocukların strese karşı gösterdiği anksiyete tepkilerin saptanmasında bütünüyle uygulanabilir olmadığını öne sürmektedirler. Eğer bu duruma dikkat edilmezse TSSB tanısı fark edilmeyebilir (73). Çocuklar, eğer kendilerine özgül ve doğrudan sorular yöneltilmezse, travmaya gösterdikleri ruhsal tepkileri genellikle bildirememektedirler (74). TSSB gelişiminde stresör birincil nedendir ancak her birey travmatik olay arkasından TSSB yaşamaz. Varolan bireysel biyolojik faktörleri, varolan psikososyal faktörleri ve travma sonrası meydana gelen olayları dikkate almak gerekir. Örneğin, bir felaket yaşayan grubun parçası olması, bazen kişiyi travma ile baş etmek için kuvvetlendirir, çünkü diğerleriyle deneyimi paylaşmıştır. Buna rağmen, hayatta kalanın suçluluğu bazen TSSB ile başa çıkmada ek bozukluklar yaratır. Stresörün şiddetinden çok kişinin travmaya verdiği öznel yanıtının etkisinin daha çok olduğu vurgulanmıştır. Şiddetli ruhsal travma yaşayan kişilerin psikodinamik çalışmalarında ortak özellik olarak kişinin duygusal durumunu tanımlama yada sözel olarak ifade etmede güçlük bildirilmiştir. Psikik travma çocuklukta ortaya çıkarsa, sıklıkla duygusal gelişimde duraklama ile sonuçlanır (29).

TSSB çalışmaları genellikle olgu sunumları ile kısıtlı gibi gözükmektedir. TSSB tedavisinde seçilecek yöntem ne olursa olsun travmanın özelliklerinin araştırılması, stresle baş etmeye yönelik tekniklerin öğretilmesi, çocuğun yaşına ve özelliklerine uygun yöntemler seçilmesi ve

tedavi sürecine aile üyelerinin de katılması temel prensipler olarak tanımlanmıştır (22,23). Erişkin çalışmaları TSSB tedavisinde en iyi yöntemin BDT olduğunu ileri sürmektedir. İstismar mağduru çocuklarla ve tek olaylı travmalar sonrasında bu yöntemin etkin olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır (75).

Tablo 7. Travma sonrası stres bozukluğu DSM-IV-TR tanı ölçütleri

<p>A- Aşağıdakilerin her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:</p> <p>(1) Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayı yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.</p> <p>(2) Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır. (çocuklar; bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler)</p>
<p>B- Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:</p> <p>(1) Olayı, elde olmadan tekrar tekrar anımsatan sıkıntı veren anılar; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır. (çocuklar, travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler.)</p> <p>(2) Olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme</p> <p>(3) Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme</p> <p>(4) Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma</p> <p>(5) Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme</p>
<p>C- Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan)</p> <p>(1) travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları</p> <p>(2) travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları</p> <p>(3) travmanın önemli bir yönünü anımsayamama</p> <p>(4) önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması</p> <p>(5) insanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları</p> <p>(6) duygulanımda kısıtlılık</p>

(7) bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama gibi)

D- Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:

(1) uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük

(2) iritabilite ya da öfke patlamaları

(3) düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmakta zorluk çekme

(4) hipervijilans

(5) aşırı irkilme tepkisi gösterme

E- Bu bozukluk (B,C ve D tanı ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer.

F- Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

2.1.11 Akut Stres Bozukluğu

Çalışmalar, travmadan hemen sonraki dönemde anksiyete/aşırı uyarılmışlık belirtilerine ve disosiyatif belirtilere odaklandıktan sonra, bu belirti grubunun önemi anlaşılmış DSM-IV'te Akut Stres Bozukluğu (ASB) tanısı eklenmiştir. ASB, travmatik olaydan hemen sonraki dönemde ortaya çıkan psikopatolojik yanıttır. Bir travma yaşandıktan hemen sonra ortaya çıkan ya da bir zaman geçtikten sonra yaşanan belirtiler arasındaki farklar DSM-IV-TR'de formüle edilmiştir, ASB ve TSSB ayırımı tanımlanmıştır. ASB, travmadan sonraki 1 ay içinde görülen psikopatolojiyi ifade ederken, TSSB ilk 1 aydan sonra devam eden psikopatolojiyi ifade eder. ASB ile TSSB arasında disosiyatif belirtiler açısından da fark ifade edilmektedir. ASB'li çocuklarda çoğunlukla belirgin disosiyatif belirtiler, duyarsızlaşma, duygusal yanıt vermede azalma, travmatik olayın ayrıntılarını anımsamada zorlanma görülür. Bu çocuklar yeniden yaşantılamaya eğilimlidir, olayı hatırlatan uyaranlar karşısında aşırı uyarılabilirler ve bu uyaranlardan kaçınmaya çalışabilirler. Birçok çalışma, erken dönemde Akut Stres Bozukluğu tanısı alan çocuklarda daha yüksek oranlarda TSSB görüldüğü bildirilmiştir (76,77,78). Bazı çalışmalarda da disosiyatif belirtiler gösteren ASB'li çocuklarda TSSB gelişim riskinin daha yüksek belirtilmiştir (79,80).

2.2 EBEVEYN EĞİTİMİ PROGRAMLARININ TANIMI VE AMAÇLARI

Ebeveyn olmak karmaşık bir roldür; bu rol, toplumumuzdaki hızlı sosyal değişim ile yirmi birinci yüzyılda daha da zorlaşmıştır. Evlilik sayısının daha az olması, birlikte yaşamının artması, Avrupa Birliği'nde ergenlikte doğum oranlarının en yüksek düzeye

ulaşması, boşanma oranının yüksek olması, tek ebeveynle büyüyen çocukların sayısının artması ve varıl ile yoksul arasındaki uçurumun büyümesi, hızlı sosyal değişimlere örnek oluşturabilir (81). Yirmi birinci yüzyılın ebeveynleri, kendi ebeveynlerinininkinden çok daha farklı bir rolle yüz yüze kalmıştır. Bu rolünü en iyi şekilde yerine getirmek ya da yaşadığı sorunlarla baş etmek ve gereksinim duyduğu bilgilere ulaşabilmek için, internet de dâhil olmak üzere birçok bilgi kaynağına başvurmaktadır. Bu başvurdukları kaynaklardan biri de ebeveyn eğitimi programlarıdır (82).

Ebeveyn eğitimi; çocukların yetiştirilmesi, aile ilişkileri, ailede ve toplumda anne babaya düşen yükümlülüklerin yerine getirilmesi için gerekli bilgi tutum ve becerilerinin sistemli bir şekilde geliştirilmesidir.

Ebeveyn eğitim programları, ailelerin ebeveynlik becerilerini ve bilgilerini geliştirme, çocuk gelişimi ve ailelerin yaşadığı sorunlarla pozitif yollarla başa çıkabilme ile ilgili öğrenme deneyimlerini geliştirmeye odaklanmış programlardır. Ailelerin ebeveyn olma becerilerini kazanmaları, aynı zamanda çocukların gelişim ve gereksinimlerine duyarlılığı da beraberinde getirmektedir (83).

Ebeveyn eğitiminin temel amacı ebeveynlerin özgüvenini güçlendirerek, çocuklarının fiziksel, zihinsel, sosyal ve duygusal gelişimi için anne-babalık becerilerini geliştirecek şekilde anne babalara rehberlik etmektir. Uygulanmakta olan programların bir kısmı doğrudan çocuğa, yakın çevresine, bir kısmı ise hem çocuğa hem anne babaya hizmet götürmeyi amaçlamaktadır

Ebeveyn eğitimi programlarının amaçları;

- Çocuktaki sorunlu davranışları azaltmak,
- Ebeveyn – çocuk ilişkisini geliştirmek,
- Ebeveynlerin sıcaklığını ve uygun yaklaşımlarını arttırmak,
- Ebeveynlerin tutarlı disiplin yaklaşımlarını arttırmak,
- Ebeveynlerin denetim ve danışılan olmasını arttırmak,
- Ebeveynlerin katı ve kaba tutumları azaltmak,
- Ebeveynlerin ruhsal durumunu desteklemek,
- Ebeveynlerin benlik saygısını arttırmak,
- Ebeveynlerin yeterlilik ve kendine güven duygusunu arttırmak,
- Ebeveynlerin çocuklarının davranışlarının nedenleri konusunda farkındalık kazandırmak,
- Ebeveynlerin problem çözme ve baş etme becerilerini arttırmak,

- Ebeveynlerin iletişim becerilerini arttırmak olarak belirtilebilir (84,85).

2.2.1 EBEVEYN EĞİTİMİ PROGRAMLARININ SINIFLANDIRILMASI

Ebeveyn eğitim programları ilişki temelli ve davranışsal yaklaşım temelli olmak üzere iki grupta incelenmektedir.

İlişki temelli ebeveyn eğitim programları arasında Etkili Ebeveyn Eğitimi (Parent Effectiveness Training-PET), Adlerian Programı (Adlerian Program), Sistemik Ebeveyn Eğitimi Programı (STEP-Systematic Training for Effective Parenting), Aktif Ebeveynlik (Active Parenting), Hoşgörülü Ebeveynlik (Mellow Parenting), Şiddetsiz İletişim (Nonviolent Communication-N.V.C.), Gençlerle Konuşma Sanatı (How to Talk so Kids Will Listen and Listen so Kids Will Talk) programları yer almaktadır. Bu programlar psikodinamik, hümanistik ve aile sistem teorisini temel alırlar. Programların amacı çocukların problemleri davranışlarının altında yatan duygu ve düşünceleri anlamak, onların düşünce tarzlarını öğrenmek ve ebeveynlerin çocuğa olan yanıtını değerlendirmektir. Programların içeriğinde iletişim becerileri (aktif dinleme, ben dili, geribildirim, çatışma çözümü) ve ebeveynlere çocukları ile nasıl iletişim kuracaklarına dair yaklaşımlara yer vermektedir. Programın odağını çocuk oluşturmaktadır (87-90).

Davranışsal yaklaşım temelli ebeveyn eğitimi programları Triple P (Positive Parenting Programme- Triple P), İnanılmaz Yıllar (Incredible Years), Suç Önleme Programı (Delinquency Prevention Program), Uyumsuz Çocuklara Yardım Programı (Helping Noncompliant Child Program), Çocuk Programlı Hayat (Living with Children Program) olarak belirtilmektedir. Bu programlar sosyal bilişsel teoriyi temel alırlar (88,89). Sosyal öğrenme kuramına göre benzer davranışların benzer sonuçlar doğuracağı düşüncesi davranışları şekillendirmektedir. Davranış repertuarının ve buna bağlı sonuçların artmasıyla, çocuklar belirli davranışların olası sonuçlarını değerlendirip kendi davranışlarını şekillendirmektedirler. Bu noktada ebeveynler çocuk ve ergenin davranışlarını şekillendirirken, diğer yandan çocuk ve ergenler de aktif biçimde ebeveyn davranışlarını etkilemektedir. Zaman içinde çocuk ve ergenler bir davranışı seçmeden önce ebeveynlerinin o davranışa gösterecekleri tepkileri tahmin etmeyi öğrenmektedir. Ayrıca ebeveyn ve çocuğun birbirine karşı göstermiş oldukları uyumsuz ve uygunsuz davranışlar çocuklarda problemleri davranışların artmasına; ebeveynlerin ise sert, otoriter ve etkisiz disiplin yöntemleri kullanmalarına neden olur (91-93). Bu amaçla bu programlarda çocuğun problemleri davranışlarını destekleyen ebeveyn güçlükleri değiştirilerek ebeveynlerin öz-yeterlilik algıları güçlendirilir ve öz-düzenleme becerileri geliştirilir. Buna bağlı olarak da çocuklarda

değiştirilmek istenen davranışlar azaltılır, olması istenen davranışlar kazandırılır. Programın odağını ebeveyn oluşturmaktadır (94-96).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Planı'na (Child and Youth Mental Health Plan) (www.mcf.gov.bc.ca) göre davranış problemi olan çocukların ebeveynlerine uygulanan Triple P Ebeveyn Eğitimi Programı aile ve toplumla işbirliği yapan, risk faktörlerini azaltan, koruyucu faktörleri destekleyen, multidisipliner (psikiyatrist, psikolog, hemşire, çocuk gelişim uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, psikolojik danışman, öğretmen... vb.) yaklaşıma sahip, kanıt standartları yüksek, randomize kontrollü çalışmaların kullanıldığı ve uzun süreli sonuçların elde edildiği en iyi ebeveyn eğitimi programıdır (96).

2.2.2. EBEVEYN EĞİTİMİNDE DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN NOKTALAR

Ebeveyn eğitimi programlarının etkili olabilmesi için göz önünde bulundurulması gereken noktalar vardır. Bunlar (97-99)

- Program kanıta dayalı olmalı,
- Program sosyal öğrenme kuramına temellendirilmeli,
- Programın değişen gereksinimlere göre farklı düzeyleri olmalı,
- Programın hedef kitlesi sadece anneleri değil babaları da içermeli,
- Programda rol oymama, model alma, seminer, geribildirim, uygulama, prova yapma, video gösterimi gibi eklektik eğitim yöntemleri kullanılmalı,
- Program multidisipliner yaklaşıma sahip olmalı,
- Program kültürel açıdan uygulanabilir ve kabul edilebilir olmalı,
- Dört temel etkili eğitim unsurunu içermeli (emosyonel iletişim becerileri öğretmek, çocuğu ile olumlu etkileşime geçebilmeyi öğretmek, tutarlı disiplin uygulamayı öğretmek, eğitim sürecinde çocuğu ile pratik yapma olanağı sağlamak)
- Program devamsızlığı en aza indirecek ek önlemleri içermeli.

2.2.3 TRİPLE P OLUMLU ANNELİK-BABALIK EĞİTİM PROGRAMI

Triple P programı bir klinik araştırma programından geliştirilmiştir. Triple P'de kullanılan ebeveyn eğitim yöntemlerinin, uyumsuz evliliğe sahip ve depresif anne-babaların çocukları, kırsal bölgelerde yaşayan, sürekli yeme problemi ve davranış problemi olan çocukları içeren farklı toplumlarda, çocukların duygusal ve davranışsal problemlerini azaltmada etkili olduğu kanıtlanmıştır. Bu ebeveyn eğitim yöntemleri hafif ve orta düzeyde zihinsel engeli olan çocukların ebeveynleri için de geliştirilmiştir (100). Evrensel ebeveyn bilgilendirme stratejilerinden (tutum önerilerinden) oluşan 1. düzey, ilgili ebeveynler için

yazılı ve elektronik medyayı, ebeveynlik ile ilgili bilgilerin yer aldığı broşürleri ve özel ebeveynlik tutum önerilerini gösteren videokasetleri kullanarak medya yoluyla ebeveynlik ile ilgili yararlı bilgilere ulaşımı sağlar. Bu düzeyde bir müdahale, ebeveynlik kaynaklarına ilişkin toplumsal bilinci artırmayı, ebeveynleri ebeveynlik programlarına katılımlarına teşvik etmeyi ve çocuklarla ilgili yaygın davranışsal ve gelişimsel endişelere dair çözüm yollarını göstererek daha iyi bir ruh hali yaratmayı amaçlamaktadır. İkinci düzey, hafif düzeyde davranışsal ve duygusal problemleri olan çocukların ebeveynleri için erken tanılmaya yönelik bir davranış rehberi sunmayı amaçlayan, kısa, bir ya da iki oturumluk birincil koruma müdahaleleridir. Üçüncü düzey 4 oturumdan oluşur. Hafif ve orta düzeyde davranışsal ve duygusal problemleri olan çocukların ebeveynlerini hedef alır ve ebeveynler için aktif beceri eğitimini içerir. Dördüncü düzey, daha ciddi davranışsal ve duygusal problemleri olan çocukların ebeveynleri için 10 oturumluk bireysel ya da 8 oturumluk grup eğitim programıdır. Beşinci düzey, ebeveynliğin diğer sıkıntılar (ilişki sorunları, ebeveynlerin depresyonu ya da yüksek düzeylerde stres) ile daha da karmaşık bir hale geldiği durumlarda ileri bir davranışsal aile müdahale programıdır (101-106).

Bu aşamalı, çok düzeyli müdahalenin mantığı, çocuklarda ve ergenlerde farklı düzeylerde işlevsel ve davranış problemlerinin var olması ve ebeveynlerin, ihtiyaç duyacakları desteğin türüne, yoğunluğuna ve şekline dair farklı ihtiyaç ve isteklere sahip olmasıdır. Çok düzeyli tutum önerileri etkinliği maksimize etmek, maliyetleri sınırlandırmak, fazla ve gereksiz hizmetlerden kaçınmak ve programın toplumda büyük bir popülasyona ulaştığından emin olmak için tasarlanmıştır.

2.2.3.1. Programın Hedefleri

Grup Triple P'nin amacı;

- Çocuklarda davranış ve gelişim problemlerini kontrol altına alma yolu ile toplumda ebeveyn yetkinliğini teşvik etmek ve artırmak,
- Otoriter ebeveynlik tutumlarının kullanmasını azaltmak,
- Ebeveynlerin ebeveynlik sorunları ile ilgili iletişimini iyileştirmek,
- Çocukların yetişmesi ile ilgili ebeveyn stresini azaltarak çocuk yetiştirmede ebeveynlerin özgüvenini artırmaktır (101).

2.2.3.2. Uygun Grup Formatı

Grup eğitim süreci aktif beceri eğitimi stratejilerini kullanır. Bunlar, kısa öğretici sunumlar, grup tartışmaları ve akran desteği, temel ebeveynlik becerilerine dair video gösterimleri ve rol yapma ve akran örneklerini kullanarak edinilecek becerilerin provalarını yapmayı içerir. Program ayrıca grup problem çözme alıştırmalarını, telefon desteği oturumlarını ve oturumlar arasında tamamlamak üzere ebeveynlere verilen bireye özel ev ödevlerini içerir (101-106).

Uygun bir grup her bir grup eğitici için 10-12 ebeveyninden oluşur, ancak bu sayıdan daha büyük gruplar da (30 ebeveyne kadar) çalışabilir. Büyük gruplarda karşılaşılan en büyük sıkıntı, ebeveynlere programı bireysel ihtiyaçlarına göre düzenleyebilmek için yeterli ilgiyi gösterememektir. Başka bir dezavantaj da, grup içinde güçlendirilen aktif öğrenim sürecine entegre edilmiş beceri eğitimi alıştırmalarını sağlamak ve kontrol etmekteki zorluktur.

Uygulamada, grup katılımcılarının büyük çoğunluğu, özellikle de oturumların gündüz vaktinde düzenlendiği durumlarda, genellikle annelerden oluşur (101).

2.2.3.3. Program İçeriği

Grup Triple P programına katılan ebeveynlere, çocuklarının gelişimini teşvik etmek, problemleri azaltmak ve çocuğun sağlığını tehlikeye atacak riskli durumları azaltmak ya da ortadan kaldırmak için yardım etmek üzere özel bilgiler sağlar. Çocuğu 0-12 yaş arasında olan ebeveynler için düzenlenen program 8 oturumdan oluşur. 10-12 kişilik ebeveyn grupları için 4 tane iki saatlik grup oturumu, 4 oturumun tamamlanmasından sonra her bir ebeveyn ile 3 tane 15-30 dakikalık telefon görüşmesi yapılır ve son bir kapanış oturumu yapılır (Oturum 8). İzlem telefonları, grup oturumlarında öğrendiklerini uygulamaya koyan ebeveynlere ek bir destek sağlar. Kapanış grup oturumu ebeveynlere gelişimlerini değerlendirme ve elde edilen başarıları paylaşma olanağı sağlar. Her iki ebeveyn de (koşullar uygun olduğunda) katılım için cesaretlendirilir ve çocuklar okulda ise, ebeveynler ilgili öğretmenlerle programa katılımlarını tartışmak üzere teşvik edilirler. Gruplar farklı toplumsal ortamlarda düzenlenebilir. Tablo 8, her bir oturumda ele alınan önemli içerik alanlarını özetlemektedir (101).

Tablo 8. Oturum İçeriğinin Gözden Geçirilmesi:

Oturum Numarası	İçerik	Süre
1. Olumlu Anne-Babalık	Grup olarak çalışma Olumlu anne-babalık nedir? Çocuğun davranışlarını etkileyen etmenler Değişim hedefleri Çocuğun davranışlarının izlenmesi	120 dakika
2. Arzu Edilen Davranışın Teşvik Edilmesi	Çocuklarla olumlu ilişkiler geliştirme Arzu edilen davranışın teşvik edilmesi Yeni beceri ve davranışların öğretilmesi Aile toplantıları düzenlemek	120 dakika
3. Problemlili Davranışla Başa Çıkma	Açık ve anlaşılır aile içi temel kuralların oluşturulması Kurallara uymamayla başa çıkma Problemlili davranışla başa çıkma Davranış anlaşmalarını kullanmak	120 dakika
4. Riskli Davranışla Başa Çıkma-Önceden Plan Yapma	Yüksek riskli durumların saptanması Risk azaltma tutum önerilerini belirlemek Aileler için önemli yaşamsal bilgiler Telefon görüşmelerine hazırlanma	120 dakika
5. Anne-Baba Tutumlarının Çalışılması 1	Görüşme için hazırlanma Gelişimde son durum Diğer konular	15-30 dakika
6. Anne-Baba Tutumlarının Çalışılması 2	Görüşme için hazırlanma Gelişimde son durum Diğer konular	15-30 dakika
7. Anne-Baba Tutumlarının Çalışılması 3	Görüşme için hazırlanma Gelişimde son durum Diğer konular	15-30 dakika
8. Programın Kapanışı	Gelişim değerlendirme Değişimi korumak Geleceğe dönük problem çözme Son değerlendirme	120 dakika

2.2.3.4. Özel Ebeveynlik Tutum Önerileri

Grup Triple P’de açıklanan özel ebeveynlik becerileri Tablo 9’da özetlenmektedir. Program süresince ebeveynler bu becerileri bir takım hedef davranışa uygulamayı öğrenirler. Bu stratejiler (tutum önerileri) beceri temelli beş kategoriye ayrılır (101);

- 1) Olumlu ebeveyn-çocuk ilişkilerini güçlendirecek beceriler
- 2) Arzu edilen davranışları teşvik edecek davranışlar
- 3) Çocuklara yeni davranışlar ve beceriler öğretecek beceriler
- 4) Problemleri davranışları kontrol edecek beceriler
- 5) Riskli durumlarla nasıl başa çıkabileceğine yönelik beceriler.

Bu becerilerin edinilmesi aile uyumunu teşvik eder, ebeveyn-çocuk çatışmasını azaltır, başarılı akran ilişkilerini güçlendirir .

Tablo 9. Grup Triple P ile Kazandırılan Ebeveynlik Becerileri:

STRATEJİ (TUTUM ÖNERİSİ)	TANIM	UYGULAMA
Olumlu İlişkiler Geliştirmek		
Çocuk ile birlikte zaman geçirmek	Diğer işleri yapmak için zorlayıcı bir durum yoksa sık sık ama kısa süreli zaman geçirmek	Çocuklar için ebeveyn ile iletişim halinde olmanın keyfine varma ve olumlu bir ilişkiyi sürdürme fırsatları
Çocuk ile konuşmak	Onların ilgisini çekecek konularda kısa konuşmalar yapmak	Düşüncelerini açıklama ve onlar için önemli olan konuları tartışma fırsatları yaratmak
Sevgi göstermek	Toplum içinde duruma uygun sevgi gösterilerinde bulunmak	Sevgi göstermenin ve ebeveyn-çocuk ilişkisini sürdürmenin uygun yollarını göstermek
Arzu Edilen Davranışın Teşvik Edilmesi		
Tanımlayıcı takdiri kullanmak	Takdir edilen davranışı tanımlayarak cesaretlendirme ve doğru bulunduğunun ya da beğenildiğinin ifade edilmesi	Arzu edilen davranışın teşvik edilmesi (sorumluluk taşımak, ev işlerini yapmak, diğerlerine yardımcı olmak)
İlgi göstermek	Doğru davranışın sözsüz olarak	Arzu edilen davranışın teşvik

	kabulü, onaylanması	edilmesi (sorumluluk taşımak, ev işlerini yapmak, diğerlerine yardımcı olmak)
Eğlenceli aktiviteler için fırsatlar sağlamak	Çocukların yeni sosyal ve boş zaman aktiviteleri keşfetmesi ve bunları denemesi için fırsatlar yaratılması	Bağımsız hareket etmeyi teşvik etmek; çocukların katılabileceği ve yeni ilgi ve beceriler geliştirebileceği aktiviteleri tanımlamak
Yeni Beceri ve Davranışları Öğretmek		
İyi bir örnek olmak	Ebeveyn olarak doğru davranışları sergilemek	Özellikle de kişiler arası iletişimde çocuklara nasıl uygun şekilde davranılacağını göstermek
Problem çözmede rehberlik etmek	Çocuklara bir problem ile yapıcı ve etkili bir şekilde baş etme konusunda yardımcı olmak	Bağımsız hareket etmeyi teşvik etmek; zor kararlar, ikilemler ve zorluklar karşısında destek olmak
Davranış anlaşması kullanmak	Tartışma ya da gerginlik yaratan bir konu ile başa çıkmak için bir anlaşma üzerinde uzlaşmak	Çocuğa kişisel sorumluluk geliştirme konusunda yardımcı olmak
Aile toplantısı düzenlemek	Değişim için hedefler belirlemek üzere aile üyeleri için ortak bir zaman organize etme	Uzlaşmayı, karar vermeyi ve bireysel sorumluluğu öğretmek
Problemlili Davranışla Başa Çıkma		
Uygun aile içi temel kurallar belirlemek	Baştan bir takım adil, açık, anlaşılır ve uygulanabilir kurallar üzerinde uzlaşmak	Beklentileri netleştirmek ve günlük çatışmalardan kaçınmak
Amaca yönelik tartışmayı kullanmak	Tekrarlayan kural ihlalleri sonrası doğru davranışın tanımlanması ve provasının yapılması	Tekrarlayan kural ihlallerini veya yeni bir kuralın uygulanmaya başlamasını takiben olabilecek ihlalleri düzeltmek
Açık, net ve sakin talimatlarda bulunmak	Yeni bir görevi başlatmak veya problemlili bir davranışı sona erdirmek ve doğru davranışı	Bir aktivite başlatmak veya problemlili bir davranışı sona erdirmek ve bunun yerine neyin

	başlatmak için özel bir talimatta bulunmak	gerekli olduğunu söylemek
Talimatları ilgili (duruma uygun) yaptırımlarla desteklemek	Çocuklara belirli bir zaman dilimi için bir aktivitenin ya da ayrıcalığın sona erdirilmesini de kapsayan belirli bir sonucun sağlanması	Kurallara riayetsizlik ve sıklıkla meydana gelmeyen hafif düzeyde davranış problemleri ile başa çıkma
Problemleri davranışlarla başa çıkmak	Çocuğun etkili problem çözme becerilerini kesintiye uğratan veya artan çatışma ve/veya gerginlik ortamına sebep olan olumsuz veya yoğun duygusal tepkilerle başa çıkmasına yardımcı olmak	Problemleri davranışla başa çıkmak; bir çocuğa gerginliğe neden olan olaylarla başa çıkabilmesi için destek olmak; olumsuz çatışmalardan kaçınmak için tırmandırma tuzaklarını önleme yöntemlerini örnekleme
Davranış anlaşması kullanmak	Çatışma ve/veya gerginlik ortamına neden olan bir problem ile başa çıkmak için bir anlaşma üzerinde uzlaşmak	Çocuğa kişisel sorumluluk geliştirme konusunda yardımcı olmak
Aile toplantısı düzenlemek	Değişim için hedefler belirlemek üzere aile üyeleri için ortak bir zaman organize etme	Uzlaşmayı, karar vermeyi ve bireysel sorumluluğu öğretmek
Önceden Plan Yapma		
Aktivite planı yapma	Riskli olabilecek durumları önceden tahmin etmek ve aktivite planı oluşturmak	Çatışmaya neden olan beklenmeyen istekleri önlemek
Ödüllerini ve kuralları açıklamak	Kuralları paylaşmak ve algılanan riski açıklamak	Ebeveynlerin ödülleri ve kuralları için gösterdikleri motivasyonu açıklamak; riskin doğasını açıklamak
Risk azaltma stratejilerini (tutum önerilerini) seçmek	Problem çözme ve baştan bir takım adil, açık, net ve uygulanabilir kuralları üzerinde uzlaşmak	Yüksek riskli durumlardan kaçınmayı ya da yüksek riskli durumları azaltmayı sağlayan en iyi olası planı oluşturmak

İzlem değerlendirme oturumu düzenlemek	Stratejilerin (tutum önerilerinin) nasıl çalıştığını görmek için bir zaman dilimi belirlemek	Uzlaşmayı, karar vermeyi ve bireysel sorumluluğu öğretmek
Çocukları gözlemlemek	Anne-babalar arası ve sosyal iletişim ağı oluşturmak	Ebeveynler arasında deneyim ve duyguların paylaşılması için toplumsal sorumluluk duygusunu oluşturmak

2.2.3.5. Programın Sonuçları

Grup Triple P, ebeveynlerde duygusal öz düzenlemenin nasıl teşvik edileceğini ve ebeveynlere çocuklarının akranları ile iyi geçinme, okulda ve daha büyük topluluklarda başarılı olma konusunda sosyal beceriler geliştirmelerine nasıl yardımcı olabileceklerini öğretir. Bu sosyal beceriler Tablo 10 da gösterilmiştir. Bu becerilerin edinilmesi ailede uyumu artırır, ebeveyn-çocuk çatışmalarını azaltır, başarılı akran ilişkilerini güçlendirir ve çocuğu okulda ve daha büyük topluluklarda başarılı bir deneyime hazırlar.

Eğiticiler ebeveynler için destekleyici bir eğitim ortamı oluşturduğunda bu sonuçları elde etmek daha kolaydır. Ebeveynler, çocuklar ile günlük iletişimlerinde kullanacakları ebeveynlik becerileri hakkında tartışabilir ve uygulamaya dönük bilgileri ve önerileri alabilirler (101-106).

Tablo 10. Triple P ile Desteklenen Çocuk Becerileri

SOSYAL VE DİL BECERİLERİ	Görüşlerini, düşüncelerini ve ihtiyaçlarını uygun bir şekilde ifade etme
	İhtiyaç duyduklarında destek veya yardım isteme
	Yetişkinlerin isteklerine yönelik işbirliği yapma
	Başkalarıyla işbirliği yaparak yaşlarına uygun etkileşime girme
	Başkalarının duygularının farkında olma
	Kendi hareketlerinin başkalarını nasıl etkilediğinin farkında olma
DUYGUSAL ÖZ DÜZENLEME BECERİLERİ	Duygularını başkalarına zarar vermeden ifade etme
	Başkalarını incitici hareketlerin kontrol edilmesi ve hareket etmeden önce düşünme
	Kendileri ve başkaları hakkında olumlu duygular geliştirme
	Kuralları ve sınırları kabul etme
BAĞIMSIZLIK BECERİLERİ	Kendileri için bir şeyler yapmaları\Kendi kendine öğrenme
	Görevlerini sürekli yetişkin denetimi olmadan yapma
	Kendi davranışlarından sorumlu olma
PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİ	Günlük olaylara ilgi gösterme
	Soru sorma ve düşünce geliştirme
	Problemlere alternatif çözümler düşünme
	Anlaşma ve uzlaşma
	Kararlar vermek ve bu kararların sonuçlarını üstlenme

2.2.3.6. Grup Triple P'nin Kuramsal Temeli

Grup Triple P sosyal öğrenme ilkeleri temelinde oluşturulmuş bir davranışsal aile girişimidir. Çocukluk ve ergenlik dönemi bozukluklarının tedavisi ve önlenmesine yönelik bu yaklaşım çocuk ve ergenlerle yapılacak herhangi bir girişimin, özellikle de davranış problemlerini hedefleyen uygulamaların arasında en güçlü deneysel desteğe sahiptir. Grup Triple P aile koruyucu faktörlerini destekleyerek çocuklardaki ciddi düzeyde duygusal ve davranışsal problemleri azaltmayı amaçlar. Özellikle, program ebeveynlerin bilgi, beceri, özgüven ve öz yeterliliğini artırmak; çocuklar için koruyucu, güvenli, şiddet içermeyen ve çatışmanın az yaşandığı bir ortam oluşturmak; çocukların sosyal, duygusal, entelektüel ve davranışsal becerilerini olumlu ebeveynlik uygulamaları yolu ile artırmayı amaçlar (101-106).

2.2.3.7. Grup Triple P Programı İçeriğinin Kuramsal Etkileri

Grup Triple P Program içeriği yukarıda anılan kuramsal ve ampirik temeller üzerine kuruludur. Ayrıca şu hususları da içerir (101-106);

- Çocuk ebeveyn etkileşiminin karşılıklı ve çift taraflı olduğunu açıklayan sosyal öğrenme modellerini içerir. Bu model, otoriter ve disfonksiyonel aile ilişkilerinin gelecekte çocukların antisosyal davranışlarını belirleyen öğrenme mekanizmalarını tanımlar. Sonuç olarak, program otoriter ebeveynlik uygulamalarına karşılık ebeveynlere olumlu ebeveynlik uygulamalarını öğretir.
- Çocuk ve aile davranış terapisi araştırmaları ve birçok yararlı davranış değişimi stratejisi (tutum önerisi) geliştiren uygulamalı davranış analizi araştırmaları, özellikle çocuklar ve ergenler için daha olumlu bir ortam oluşturarak davranış problemi belirleyicilerini yeniden düzenlemeye odaklanan araştırmalardır.
- Ebeveyn öz etkiliği, karar verme ve davranış hedefleri ile ilişkilendiren faktörler olan nitelikler, beklentiler ve inanışlar gibi ebeveyn bilincinin önemli rolünü vurgulayan sosyal bilgi işleme modelini içerir.
- Çiftlerin ilişkilerindeki çatışmaları ve ebeveynlerin stres ve depresyonunu da kapsayan ek risk ve koruyucu faktörleri tanımlayan gelişimsel psikopatoloji alanındaki araştırmalardır. Ebeveynler arasındaki uyumsuzluk, birçok çocuk ve ergen psikopatolojisi için bir risk faktörüdür. Program ebeveynlerin yetiştirilmesinde rolü olan faktörler arasında bir işbirliğini ve ekip çalışmasını destekler. Çiftlerin iletişimini iyileştirmek, ebeveynlik sorunlarına yönelik çatışmaları azaltmada önemli bir araçtır. Grup Triple P Programı aynı zamanda depresyon, öfke, anksiyete ve özellikle de ebeveynlik rolüne ilişkin yüksek stres düzeyleri gibi ebeveyn güçlüklerini hedefler. Bu güçlükler, ebeveynlerin daha iyi ebeveynlik becerileri geliştirmeleri ve çaresizlik, depresyon ve stres duygularının azaltılması ile hafifletilebilir. Programın ileri düzeylerinde, bireylerin ruh halinin gözlenmesine dayalı bilişsel davranışçı terapi teknikleri kullanılır.
- İnsan gelişimi için daha geniş ekolojik kapsam rolünün net bir şekilde kavranmasını da içine alan bir aile müdahalesine (girişimine) yönelik halk sağlığı bakış açısını içerir. Biglan'ın (2005) da belirttiği gibi, çocuklar ve ergenlerde antisosyal davranışların azaltılması ebeveynliğin toplumsal bağlamda değişmesini de gerektirir. Grup Triple P Programının birinci düzeyi medya ve tanıtım stratejisi, daha büyük bir müdahale (girişim) sisteminin bir parçası olarak, bu geniş ekolojik bağlamı değiştirmeyi amaçlar. Program, ebeveynlik uygulamalarını olumlu yönde değiştirerek (özellikle de ebeveyn eğitimine

katılım sürecinde), ebeveynlerin sosyal izolasyon duygularını kontrol altına alarak, toplumun diğer üyelerinden gelen toplumsal ve duygusal desteği arttırarak, ebeveynliğin önemini ve güçlüklerini değerlendirerek ve herkes tarafından bilinir kılarak yapar. Aynı zamanda, anahtar konumdaki toplum önderlerinin (topluluk liderlerini, işletmeleri, okulları ve gönüllü organizasyonları) programa dâhil edilmesi ile aktif bir şekilde toplumsal katılım ve destek arayışındadır.

2.2.3.8. Grup Triple P Programının Ayırt Edici Özellikleri

1. Programın Yeterliliği

Bu kavram, ebeveynlerin, bağımsız bir şekilde bir sorunla baş edebilmeleri için ihtiyaç duyacakları girişimin o ailenin ya da o ebeveynlerin gücüne göre farklılık gösterdiği anlayışına dayanır. Grup Triple P ebeveynlerin ihtiyaç duyacağı en az destek düzeyini sağlamayı hedefler. Örneğin, birçok ebeveyn özel bir gelişim sorunu ya da problemleri davranışı nasıl çözeceğine dair basit pratik tavsiyeler ister. Birçok ebeveyn için, Grup Triple P'nin (ebeveynlik önerileri, ebeveynlikle ilgili önemli bilgilerin bulunduğu broşürler ve/veya gereksinim duyulan becerileri gösteren video programları sağlayan) 1. veya 2. düzeyi yeterli bir müdahale (girişim) oluşturabilir. Hem çocuklar hem de yetişkinler düzeyinde birçok zorlukla karşılaşan diğer ebeveynler daha yoğun girişime ihtiyaç duyabilir. 5. düzey program, ilişki çatışmaları, psikiyatrik bozukluk ve yüksek düzeylerde stres gibi ailenin ek risk faktörlerine yönelik bir girişim sağlar. Etkili olma potansiyeli olan programlar, girişimin gücü, yoğunluğu ve çerçevesi, programın uygulandığı ortam, hedef popülasyon, girişimi kimin uyguladığı ve uygulama maliyetleri gibi durumları da kapsayan programın kompleks yapısı konusunda değişiklik gösterirler. Burada hedef, çok sayıda risk altındaki aileler tarafından erişilebilecek en düşük maliyetli programı sunmaktır (101-106).

2. Tanımlanmış Risk ve Koruyucu Faktörlere Yönelik Değiştirilebilir (Esnek) Düzenlemeler

Girişimin her bir düzeyinde, ebeveynlerin kendilerine özgü koşullarına göre programın önemli ölçüde yeniden düzenlenmesi özel risk ve koruyucu faktörlerin de ele alınmasını mümkün kılar. Aslına bakılırsa, girişimin ilkeleri yazılı hale getirilmiş olsa da, programın ebeveynlerin kendilerine özgü hedeflerine ve aile koşullarına uyarlanması için eğiticinin belirgin ölçüde yaratıcı olması gerekmektedir(101-106);

3. Değiştirilebilir Dzenleme Őekilleri

Grup Triple P’de girişimin farklı dzeneyleri, yz yze gdruşme, grup çalışması, telefon yardımı ve kendi kendine gđrenme programları ya da tđm bu uygulamaların bir birleşimi gibi farklı Őekillerde uygulanabilir. Bu esneklik, ebeveynlere kendi bireysel koşullarına uygun bir Şekilde katılım gđsterme olanağı sağlar. Aynı zamanda, uzman hizmetlerine daha az erişimi olan kırsal ve merkeze uzak bđlgelerdeki ailelerin katılımını kolaylaştırır (101-106).

4. Toplumun Bđyđk Bir Kısımına Ulaşma

Grup Triple P, toplum dzeneyinde tamamen entegre bir sistem olarak uygulanacak Şekilde tasarlanmıştır. Programın çok dzeneyli doğası, dzeneyler arasında esnek bir Şekilde kullanmak üzere girişim dzeneylerinin ve uygulama Őekillerinin farklı kombinasyonlarına olanak sağlar. Bu, toplum öncelikleri, personel durumu ve bđte sınırlamalarına bağlı olarak ya evrensel, seçici veya hedeflenmiş erken girişim stratejileri olarak gerçekleştirilebilir. Grup Triple P’yi kullanan bazı toplumlar çok dzeneyli sistemin tđmünü kullanırken, diğerleri bir popđlasyon dzeneyinde uygulanan programın yalnızca bir dzeneyi üzerine odaklanabilir ve girişimin diğer dzeneyleri için gerekli desteğe fon arayışı içinde olabilirler (101-106).

5. Çok Disiplinli Yaklaşım

Birçok farklı uzman grubu ebeveynler için destek ve öneri vermektedir. Grup Triple P birçok farklı uzman tarafından kullanılan bir uzman kaynağı olarak geliştirildi. Bu uzmanlar arasında psikiyatrlar, psikologlar, halk sağlığı ve psikiyatri hemşireleri, aile hekimleri, pediatristler, gđretmenler, sosyal hizmet uzmanları, ocuk gelişim uzmanları ve polisler vardır. Toplumsal dzeneyde, katı mesleki uzmanlık sınırları pek desteklenmez ve çok çeşitli uzmanlara ebeveyn danışmanlığı becerilerinde daha etkili olabilmeleri için eğitim ve destek sağlanması nın önemine vurgu yapılır (101-106).

6. Ebeveynlik Becerilerinin Genelleştirilmesi Eğitimi

Tđm Triple P girişimlerinin anahtar noktası, programı yeni sorunlar, durumlar ve tđm kardeşleri de kapsayacak Şekilde geliştirerek; ebeveynleri, ebeveynlik becerilerini genelleştirmek üzere eğitmektir. Becerilerin genelleştirilmesini teşvik etmek üzere bazı tutum önerileri geliştirilmiştir (101-106).

Rehber bilgi aktarımı katılım modeli; ebeveynlerle bilgiyi değerlendirmek, sorunlara ve olası katkı yapan faktörlere dair ortak bir anlayış geliştirmek amacı ile kullanılır. Bu model, tanımlayıcı, gerçek bilgileri sağlamanın yanında, ebeveynler için eğiticinin ıkarsamalarını ve tđmevarımlarını değerlendirmesi ve tepki gđstermesi için fırsat sağlamayı da amaçlar. Bu tđmevarımların paylaşılması, ebeveynler için kendi çocuklarına dair yaptıkları sıradan çıkarsamaları değerlendirmek üzere bir model ortaya çıkarır.

- Ebeveynlerin bağımsızlığını, güvenini ve problem çözme becerilerini teşvik etmek amacı ile öğretilen ebeveynlik becerileri için öz düzenleme yaklaşımı kullanılır. Öz düzenleme ile ilgili daha ayrıntılı bilgi aşağıda verilmiştir.
- Ebeveynlik becerilerini öğretmek üzere yeterli bir örneklem yaklaşımı kullanılır. Bu yöntem, yeni ebeveynlik becerilerini öğretmek için bir ebeveynlik problemini seçmeyi içerir. Ebeveynler, öğrendikleri becerileri eğitim almadıkları diğer konulara uygulayabilecek noktaya gelinceye kadar ek örnekler programa katılır. Burada amaç özel problem çözme becerilerini tek bir farklı davranışa uygulamayı öğrenmekten ziyade, ebeveynlerin becerilerini farklı ve yeni durumlara uygulamalarına yardımcı olmaktır.
- İleri Triple P’de bireysel baş etme becerileri ve eş destek becerileri de ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesi ve sürekli hale gelmesini desteklemek üzere programa dâhil edilir.

2.2.3.9. Ebeveyn Yeterliliği Modellerinde Öz Düzenlemenin Önemi

Triple P’nin tüm düzeylerinde ebeveynin öz düzenleme kapasitesinin geliştirilmesi anahtar bir beceri olarak değerlendirilir. Bu durum, bağımsız bir şekilde problem çözen bireyler olabilmelerine olanak sağlayacak ebeveynlik becerilerinin öğretimini içerir. Karoly (1993)’ye göre öz düzenleme “zaman içinde ve değişen koşullarda (bağlamlar) bireye hedefe yönelik faaliyetlerinde rehberlik eden içsel ve transaksiyonel süreçlerdir. Düzenleme; düşüncenin, duyguların, davranışların ve dikkatin, belirli mekanizmalarla ve destekleyici üst düzey becerilerin amaçlı veya otomatik kullanımı ile değiştirilmesidir. Rutin bir faaliyet engellendiğinde veya hedefe odaklılık başka türlü mümkün olmadığında (bir engelin ortaya çıkışı, alışkanlık kalıplarının başarısız olması gibi) öz düzenleme süreçleri yürürlüğe girer.” Bu tanım, öz-düzenleme süreçlerinin, yalnızca bireysel öz-yönetim olanakları ve sınırlamalarını sağlayan değil, aynı zamanda insan motivasyonunun içsel ve dışsal belirleyicileri arasındaki karşılıklı dinamik değişimini gösteren toplumsal bir koşula yerleştiği vurgusunu yapar. Terapötik bir bakış açısından, öz-düzenleme bireylere kendi davranışlarını düzenleme becerilerinin öğretildiği bir süreçtir (101-106).

Öz-yeterlilik

Ebeveynlik programları zaman ile sınırlı olduğu için, ebeveynler temel ebeveynlik sorumluluklarını yerine getirirken kendi yargılarına güvenebilmek ve başkalarına daha az bağımlı olabilmek için bağımsız problem çözen bireyler olmalıdırlar. Öz-yeterlilik sahibi ebeveynler, güven içinde ebeveynlik görevlerini yerine getirebilmek için esneklik ve

dayanıklılık yanısıra bilgi ve becerilere de sahip olurlar. Yeni bir sorunla karşılaştıklarında, bilgi, beceri ve kişisel kaynaklarını problem çözme amacı ile kullanırlar (101-106).

Öz-etkililik

Öz-etkililik, ebeveynin bir ebeveynlik problemi ya da davranış yönetimi sorununu çözebileceğine ya da üstesinden gelebileceğine olan inancıdır. Öz-etkililik düzeyi yüksek ebeveynler daha fazla özgüvene ve değişim olasılıkları ile ilgili daha olumlu beklentilere sahiptir (101-104).

Öz-yönetim

Ebeveynlerin daha yeterli olabilmesi için kullanabilecekleri araçlar ya da beceriler öz-izleme, hedeflerin ve performans standartlarının öz-belirlenimi, bir performans ölçütüne göre kendi performanslarının öz-değerlendirmesi ve değişim stratejilerinin kendileri tarafından seçimini içerir. Her bir ebeveyn, kendi çocuklarını yetiştirme şeklinden sorumlu olduğu için, ebeveynler kendi davranışları ve çocuklarının davranışları üzerinde çalışmak istedikleri yönleri seçerler; hedef belirlerler; uygulamak istedikleri özel ebeveynlik ve çocuk yönetimi tekniklerini seçerler ve kendi belirledikleri ölçütlerine göre kendi başarılarını değerlendirirler. Triple P ebeveynlere, etkili çocuk yetiştirme uygulaması üzerine yapılan son araştırmalardan edinilen bilgi ve becerileri paylaşarak güvenilir kararlar vermelerine yardımcı olur. Becerilerin modellenmesi ve uygulanmasına olanak sağlamak için Triple P girişimlerine aktif beceri eğitim süreci eklenmiştir. Ebeveynler, destekleyici bir ortamda, öz düzenleme yapısını kullanarak öğrenilen becerilerin uygulanmasına yönelik geribildirimler alırlar (101-106).

Kişisel Faktörler

Burada ebeveyn durumlarındaki değişimleri ve gelişmeleri; şans, yaş, olgunlaşma ve diğer kontrol edilemez değişkenlerden (genetik oluşum gibi) çok; giderek artan bir şekilde kendilerine ve çocuklarının çabalarına bağlarlar. Bu sonuca, ebeveynleri çocuklarının ya da kendi davranışlarının nedenleri veya açıklamalarını tanımlamasını teşvik ederek ulaşılır. Ebeveynleri öz-yeterliliğe sahip olmaya cesaretlendirmek onların toplumsal destek ağlarıyla (partnerler, geniş aileler, arkadaşlar, toplumsal ve eğlence grupları gibi) daha fazla ilişkili olması anlamına gelir. Bununla birlikte, ailenin yaşadığı daha geniş ekolojik bağlam göz ardı edilemez (medya, fakirlik, tehlikeli mahalleler, topluluk, etnik köken, kültür vb). Ebeveynler daha çok kendine yeter hale geldikçe, büyük olasılıkla ihtiyaç duyduklarında uygun destek arayacaklar; çocuklarını savunacaklar; çocuklarının okulları ile ilgili işlerle ilgilenecekler ve

onları zarardan korumaya yardım edeceklerdir (eşlerle yaşanan çatışmaları etkili bir şekilde kontrol altına alarak; güvenli ve düşük çatışma ortamı yaratarak) (101-106).

Problem Çözme

Öz-düzenlemenin son bölümü ebeveynlerin edindikleri beceri ve bilgileri mevcut sorunların ötesindeki problemlere uygulama yetisidir. Ebeveynlerin, öğrendiklerini esnek bir tarzda yeni sorunlara, daha ileriki gelişim evrelerine, farklı çocuklara, çeşitli davranış ve aile problemlerine uyarlama ya da genelleştirme yeteneğini tanımlar. Bu durum, bir ebeveynlik girişiminin gerçekten başarılı olmasının yalnızca ebeveynlerin mevcut sorunları çözüme kavuşturma yeteneği ile değil, zaman içinde birbirinden çok farklı ailevi sıkıntılara nispeten bağımsız bir şekilde yanıt verebilme kapasitesi anlamına da gelir (101-106).

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA YERİ VE ZAMANI

Araştırma Ekim 2012-Nisan 2013 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğinde yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN DESENİ:

Araştırma; tek merkezli, tek disiplinli, randomize kontrollü tek kör olgu-kontrol çalışması olarak planlanmıştır. Çalışmaya başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan (Non-İnvaziv) Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonundan etik onay alınmıştır.

3.3. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğine 2008–2012 yılları arasında anksiyete belirtileri ile başvurmuş ve bekleme listesinde yer alan 8-12 yaş arasındaki 74 çocuğun ve bu çocukların anne babasının, gönüllük usulü ile araştırmaya dahil edilmesi planlanmıştır.

3.3.1. Ebeveynlerin Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Ölçütleri:

İçleme Ölçütleri:

- DSM IV TR'ye göre Anksiyete Bozukluğu tanısı olan 8-12 yaş arası çocukların ebeveynleri olma,
- Çocuğu ile birlikte yaşıyor olma (anne ve baba ya da sadece bir ebeveyn),
- Son iki yıl içinde boşanmamış ve/veya ayrı yaşamayan ebeveyn olma,
- Anne baba eğitimine ilişkin herhangi bir ruhsal ve/veya eğitsel yardım almamış olma,
- Çalışmada yer almak için verilecek bilgilendirilmiş onam formunu okuyup çalışmaya katılmaya gönüllü olma,

Dışlama Ölçütleri:

- Ebeveynlerin çalışmaya katılacak olan çocuklarındaki Anksiyete Bozukluğunun Travma Sonrası Stres Bozukluğu yada Obsesif Kompulsif Bozukluk olması,
- Ebeveynlerin bu çalışmaya katılacak olan çocuklarında; Mental Retardasyon, Psikotik Bozukluk, Şizofreni, Bipolar Bozukluk, Yaygın Gelişimsel Bozukluğu eşanı(lar)ısı olması,
- Çalışmaya katılacak olan ebeveynlerin, anne baba eğitimine ilişkin herhangi bir ruhsal ve/veya eğitsel yardım almış olması,
- Ebeveynlerin son iki yıl içinde boşanmış veya ayrı yaşıyor olmaları,
- Ebeveynlerin çocuğu ile birlikte yaşamıyor olmaları,
- Ebeveynlerin İzmir ili dışında yaşıyor olması,

3.3.2. Çocukların Araştırmaya Dahil Olma/Dışlama Ölçütleri

İçleme Ölçütleri:

- DSM IV TR'ye göre Anksiyete Bozukluğu tanısı olan 8-12 yaş arası çocuklar,

Dışlama Ölçütleri:

- Mental Retardasyon, Psikotik Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Şizofreni, Bipolar Bozukluk, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Yaygın Gelişimsel Bozukluğu olan çocuklar,
- Herhangi bir ruhsal tedavi almış ya da halen alıyor olan çocuklar,
- İzmir ili dışında yaşayan çocuklar,

3.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ:

- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının anksiyete düzeyi (kendi içinde) eğitim sonrası, eğitim öncesine göre daha düşüktür.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının anksiyete düzeyi, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan ebeveynlerin çocuklarının anksiyete düzeyinden daha düşüktür.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının Anksiyete Bozukluğunun hastalık şiddeti (kendi içinde) eğitim sonrası, eğitim öncesine göre daha düşüktür.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının Anksiyete Bozukluğunun hastalık şiddeti, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan

ebeveynlerin çocuklarının Anksiyete Bozukluğunun hastalık şiddetinden daha düşüktür.

- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının işlevselliği (kendi içinde) eğitim sonrası, eğitim öncesine göre daha iyidir.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının işlevselliği, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan ebeveynlerin çocuklarının işlevselliğinden daha iyidir.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının duygusal ve davranışsal sorunları (kendi içinde) eğitim sonrası, eğitim öncesine göre daha azdır.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının duygusal ve davranışsal sorunları, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan ebeveynlerin çocuklarının duygusal ve davranışsal sorunlarından daha azdır
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin anksiyete düzeyi (kendi içinde) eğitim sonrası, eğitim öncesine göre daha düşüktür.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin anksiyete düzeyi, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan gruptaki ebeveynlerin anksiyete düzeyinden daha düşüktür.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin ruh sağlığı (kendi içinde) eğitim sonrası, eğitim öncesine göre daha iyidir.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin ruh sağlığı, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan gruptaki ebeveynlerin ruh sağlığından daha iyidir.

3.5.UYGULAMA

Belirtilen tarihlerde Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran ve bekleme listesinde yer alan; çalışmaya alınma ölçütlerini taşıyan 124 olgu ve ailesine telefon edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul edenler Ekim 2012 ile Ocak 2013 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine çağrılmıştır. Her çocuk ve ailesine yarı yapılandırılmış bir görüşme olan Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY)- (Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present And Lifetime

Version, K-SADS-PL) uygulanmış, uygulama sonucunda Anksiyete Bozukluğu tanısı alan olgular çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmanın en önemli amacı çocukların anksiyete düzeyinin nasıl etkilendiğini araştırmak olduğundan daha önce Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalardaki örneklem göz önünde bulundurulmuş ve güç analizi yapılmıştır. Olgu grubunun 26 kişiden ve kontrol grubunun 26 kişiden oluşmasının bu çalışma için yeterli olan örneklem sayısını oluşturduğu, 0.05 anlamlılıkta ve %95 güven aralığında yapılan güç analizi sonucunda belirlenmiştir (5). Daha önce ülkemizde Davranım Bozukluğu olan gençlerin anne ve babalarına uygulanan Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı'nda çalışmaya katılması uygun görülen ailelerde % 20 oranında azalma olmuştur; bizim çalışmamızda da olgu ve kontrol grubunda azalma olabileceği düşünülerek daha fazla kişi çalışmaya dahil edilmiştir (12).

Çalışma ölçütlerini karşılayan 74 olgu www.random.org sitesinden Random Sequence Generator uygulaması ile 08.02.2013 tarihinde 08:18:12 anında olgu ve kontrol olarak randomize edilmiştir. Triple Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı başlangıcında, 28 olgunun 30 ebeveyni olgu grubu olarak; 29 olgunun da 30 ebeveyni kontrol grubu olarak çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

Çalışmaya dahil olma aşamasında klinisyen tarafından K-SADS-PL uygulanmış olan çocuklara; tarafımızdan hazırlanan sosyodemografik veri formu doldurulmuş; Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ)- (Children's Global Assessment Scale CGAS), Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti (KGİÖ)- (Clinical Global Impression-Severity, CGI-S) yine klinisyen tarafından uygulanmıştır.

Çocuklarda Anksiyete Bozukluğunu Tarama Ölçeği (ÇATÖ)- (The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders SCARED) çocuk formu ise çocuklar tarafından doldurulmuştur.

Söz konusu çocukların anne-babaları da Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) ebeveyn formu (Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ), Spielberger Durumluluk Süreklilik Kaygı Envanteri (SDSKE)- (State-Trait Anxiety Inventory STAI), Durumluluk Kaygı Ölçeği (STAI-S), Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-T), Genel Sağlık Anketi-28 (GSA-28)-(General Health Questionnaire-28, GHQ-28), Çocuklarda Anksiyete Bozukluğunu Tarama Ölçeği (ÇATÖ)- (The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-SCARED) ebeveyn formunu doldurmuştur.

Olgu grubundan iki kişi oturumlara devam etmediği için çalışmadan ayrılmıştır. Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi Şubat-Nisan 2013 tarihleri arasında ebeveynlere verilmiş, eğitim sonrasında hem olgu hem de kontrol grubuna yukarıda belirtilen ölçekler bir kez daha

uygulanmıştır. Triple-P gruplarını uygulayan klinisyen ile K-SADS-PL görüşmesini yapıp, tanıyı koyan ve diğer ölçekleri uygulayan klinisyen birbirinden farklı kişilerdir. Grupları uygulayan klinisyenin K-SADS-PL görüşmesine, olguların tanılarına ve diğer klinisyen tarafından uygulanan ölçeklere kör olması esas alınmıştır.

Kontrol grubuna araştırmanın sonuna kadar herhangi bir tedavi girişimi ve/veya eğitim uygulanmamıştır. Araştırma sonunda Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı etik kurallar gereği uygulanmayan gruba da uygulanmıştır.

3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form çocukların ve ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi toplama amacıyla ilgili yazın temel alınarak, yazarlar tarafından oluşturulmuştur. Formda çocuğun yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik düzeyi, akademik durumu, akran ilişkisi ve ebeveynlere yönelik ebeveynlerin yaşı, eğitim durumu, medeni hali ve mesleğini araştıran sorular mevcuttur. Klinisyen tarafından doldurulmuştur.

2. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi- Şimdi ve yaşam boyu versiyonu (ÇDGŞG-ŞY) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children Present and Life-time KIDDIE-SADS-PL)

K-SADS-PL Kauffman ve ark (1997) tarafından 6-18 yaşlar arasındaki çocuk ve ergenlerde şimdiki ve yaşam-boyu psikopatolojiyi taramak amacıyla geliştirilmiş, yarı-yapılandırılmış bir görüşmedir (107). K-SADS-PL, DSM-IV (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) tanı ölçütleri doğrultusunda uygulanmıştır. Form; sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı ilk bölüm, şimdi ve geçmiş psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı ikinci bölüm ve çocuğun değerlendirme yapıldığı andaki genel işlevinin değerlendirildiği üçüncü bölümden oluşmaktadır.

Görüşmede duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. K-SADS-PL'nin Türkçe çevirisi ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve ark (2004) tarafından yapılmıştır (108).

3. Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ)- (Children's Global Assessment Scale CGAS)

ÇGDÖ ise DSM-IV'ün beş eksenli tanılama sistemi temel alınarak, işlevsellik genel olarak değerlendirilir. Tedavi çalışmalarında yaygın olarak kullanılır. Tedavinin etkinliğine duyarlı bir ölçektir. ÇGDÖ, erişkinler için hazırlanan ve psikiyatrik bozukluğun şiddetini ölçmeye yarayan İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi ve Sağlık-Hastalık Ölçeklerinin çocuk ve ergenlere uyarlanmış halidir (109). ÇGDÖ, sağlık ve hastalık arasındaki düzlemde, çocuk ya da ergenin işlevselliğini en ağır şekilde bozan durumu göz önüne alarak klinisyenin yaptığı tahmini ölçmeyi içerir. 1'den 100'e kadar puanlanır ve en sağlıksızdan en sağlıklıya doğru giden 10 bölüm içinde incelenir. Her bölüm içinde belirtilen örnek durumlara uygunluğuna göre belirlenen bölüm aralığında bir puan verilir.

4. Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti (KGİÖ-HS)- (Clinical Global Impression-Severity, CGI-S)

Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından geliştirilen ölçek 1976 yılında yayınlanmıştır (110). Gözlemcinin puanladığı bu ölçek, klinik çalışmalarda hastaların değerlendirilmesini ve izlem sürecindeki tedavinin ortaya çıkardığı değişiklikleri gözlemek amacıyla geliştirilmiştir.

Klinik Global İzlenim Ölçeği, hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki şiddetini içeren 3 sorudan oluşur. Bu çalışmada yalnızca hastalık şiddeti (severity index-SI) bölümü kullanılmıştır.

CGI-S, toplam yedi değerlikli likert tipi bir ölçektir. Psikiyatrik bozukluğu olan kişi, ölçeğin doldurulduğu sıradaki rahatsızlığının şiddetine göre 1 ile 7 puan arasında değerlendirilir; 1=Normal, hasta değil, 2=Ruhsal hastalık sınırda, 3=Hafif derecede hasta, 4=Orta derecede hasta, 5=Belirgin derecede hasta, 6=Şiddetli derecede hasta, 7=En ağır derecede hasta, olarak puanlanır.

5.Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ)- (The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders SCARED)

Anne Baba Formu ve Çocuk Formu

Birmaher B ve ark. tarafından 1997 yılında geliştirilen ÇATÖ-anne baba formu ve ÇATÖ-çocuk formu çocuğun anksiyetesini değerlendiren 41 maddeden oluşmaktadır (111). Her madde, belirtinin şiddetine göre 0,1 veya 2 puan alır. Toplam puan ve 5 ayrı faktör puanı elde edilir.

Toplam puan kesim noktası 25 olarak önerilmektedir ve bir Anksiyete Bozukluğu varlığına işaret edebileceği düşünülmektedir. Her bir faktör ayrı bir Anksiyete Bozukluğuna işaret eder. Her biri ayrı hesaplanan 5 faktör puanının kendi kesim noktaları vardır ve sırasıyla şöyle hesaplanır:

Panik Bozukluk ve somatik belirti: 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34 ve 38. maddenin toplam puanı 7 ve üzeri;

Yaygın Anksiyete Bozukluğu: 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35 ve 37. maddenin toplam puanı 9 ve üzeri;

Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu: 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29 ve 31. maddenin toplam puanı 5 ve üzeri;

Sosyal Anksiyete Bozukluğu: 3, 10, 26, 32, 39, 40 ve 41. maddenin toplam puanı 8 ve üzeri;

Okul Fobisi: 2, 11, 17 ve 36. maddenin toplam puanı 3 ve üzeri;

ÇATÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Çakmakçı FK tarafından 2003 yılında yapılmıştır (112).

6. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) (Strenghts and Difficulties Questionarie-SDQ)

Çocuk ve gençlerde ruhsal sorunların taranmasında kullanılan bir başka ölçek ise 1997 yılında Robert Goodman tarafından geliştirilen Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) (Strenghts and Difficulties Questionaire-SDQ)'dir. Anketin günümüzde 40'ın üzerinde farklı dile çevirisi bulunmaktadır. Bu anketin, 4-16 yaşlar için ebeveyn ve okul formu ile, 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu bulunmaktadır. Ergen formu, ebeveyn formu ile aynı maddeleri içermektedir. Ölçek öz bildirim şeklinde doldurulmuştur. Pek çok maddedeki tek fark, dil bilgisel olarak üçüncü tekil şahıs yerine birincil tekil şahsın kullanılmasıdır (113). GGA bazıları olumlu bazıları olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru içerir. Bu sorular kendi içinde 5 alt başlıkta toplanmıştır; (1) davranış sorunları, (2) dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, (3) duygusal sorunlar, (4) akran sorunları, (5) sosyal davranışlar. Her başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi ilk dört başlığın toplamı ' toplam güçlük puanı'nı

vermektedir (114). Sosyal davranışlar alt ölçeğinin dışında yüksek puan o alan için bir sorunu gösterir. GGA Ebeveyn formunun alt ölçeklerinin puan aralıklarına göre değerlendirilmesi Tablo 11 'de verilmiştir (115).

Tablo 11. GGA alt ölçeklerinin puan aralıklarına göre normal, sınır, normal dışı değerlendirmeleri

	Normal	Sınır	Normal dışı
Duygusal belirti puanı	0-3	4	5-10
Davranış sorunları puanı	0-2	3	4-10
Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik puanı	0-5	6	7-10
Akran sorunları puanı	0-2	3	4-10
Sosyal davranışlar puanı	6-10	5	0-4
Toplam güçlük puanı	0-13	14-16	17-40

GGA'nın uzatılmış formu (extended version) psikiyatrik belirtileri sorgulayan maddelerin yanı sıra belirtilerden etkilenme düzeyini sorgulayan maddeler de içermektedir. Bu kısımda anketi yanıtlayan kişi, gencin veya çocuğun duygularında, davranışlarında, dikkatini toplayabilmesinde ve başkaları ile geçinebilmesinde güçlük olup olmadığını değerlendirir ve kişinin yanıtı güçlük olduğunu belirtiyorsa, bu yaşanan güçlüğü çocuk ve genci sıkıntıya sokup sokmadığını, günlük yaşamını etkileyip etkilemediğini, birlikte yaşadığı kişilere zorluk yaşatıp yaşatmadığını ve güçlüklerin ne kadar süredir var olduğunu belirtir (115). Goodman tarafından yapılan bir çalışmada klinik ve toplum örneklemini ayırt edebilmede GGA etkilenme skorunun (impact score) psikiyatrik vakaların tespitinde, GGA belirti skorlarından daha güvenilir olduğu gösterilmiş, tanı tahmin algoritmasının iki skorun kombinasyonuna dayanması önerilmiştir (115).

GGA'nın psikometrik özellikleri Asya, Avrupa, Amerika kıtasındaki pek çok ülkede toplum, klinik veya her iki örneklem grubu ile yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında değerlendirilmiştir. Bu amaçla faktör analizi, iç tutarlılık, anketi işaretleyenler arası korelasyon, test-tekrar test stabilitesi, alt gruplar arası korelasyon, benzer amaçla kullanılan diğer anketlerle korelasyon, GGA anketinden tahmin edilen tanının klinik tanı ile karşılaştırılması gibi yöntemler kullanılmıştır (116,117,118). Ölçeğin iç tutarlığı Cronbach alfa: 0.73, 4-6 hafta sonra uygulanan re-test stabilitesi ortalama 0.62'dir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Güvenir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (119).

7. Spielberger Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (SDSKE)- (State- Trait Anxiety Inventory STAI), Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-S), Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-T)

Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 de geliştirilmiş, Öner ve Le Compte tarafından 1985 te Türk toplumuna uyarlaması yapılmış, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini 20 soru ile ayrı ayrı ölçen likert tipi bir ölçektir. Yüksek puanlar yüksek kaygı seviyelerini, düşük puanlar düşük kaygı seviyelerini gösterir. Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ebeveynlerin kendi kaygı düzeylerini belirlemek üzere, öz-bildirim yoluyla doldurulmuştur.

Türkçe'ye 1975 yılında çevrilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan ölçek yirmişer maddelik durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçeklerinden oluşmaktadır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir (120). “Hiç” ile “Tamamıyla” arasında değişen dört derecelik bir ölçektir. Envanterin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği N. Öner tarafından 1977 yılında yapılmıştır.(121)

Durumluk - Sürekli Kaygı Envanterlerinde iki tür ifade vardır . Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler ise 21,26,27,30,33,36 ve 39 uncu maddeleri oluşturur. Doğrudan ifadelerde 4 puan değerindeki cevaplar, tersine dönmüş ifadelerde ise 1 puan değerindeki cevaplar anksiyetenin yüksek olduğunu gösterir. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. Envanterin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ), kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır.

8. Genel Sağlık Anketi-28 (GSA-28) (General Health Questionnaire-28, GHQ-28)

Genel Sağlık Anketi, Goldberg tarafından 1972 yılında geliştirilmiş olup, anketin Türkiye’de geçerlik ve güvenirlik çalışması, Kılıç tarafından 1996 yılında yapılmıştır Kılıç’ın yaptığı çalışmada GSA-28’in güvenirliği (Cronbach’s alpha) 0.94, kesme noktası “5” için duyarlılığı %73.7 olarak bulunmuştur. GSA-28 toplumda ve psikiyatri dışı klinik ortamlarda karşılaşılan ruh sağlığı sorunlarını saptamayı amacıyla oluşturulmuş, bireyin kendisinin doldurduğu bir tarama testidir. Anket her biri yedi maddeden oluşan dört alt bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler; somatik semptomlar, anksiyete ve uyku bozuklukları, sosyal fonksiyonda bozulma ve ağır depresyondur. Yapılan çalışmalar alt ölçeklerin birbirinden bağımsız olmadığını belirlemiştir.

28 maddeden oluşan ölçek, her bireyin son zamanlarda yakınmasının olup olmadığına dair bir sorudan ve “her zamankinden azdan” “her zamankinden çok daha fazlaya” uzanan dört maddeli cevaptan oluşmaktadır. Dört maddeli cevap skalası, Goldberg tarafından geliştirilen “GSA tipi puanlama” yöntemi olan ilk iki maddenin negatif, son iki maddenin pozitif olarak puanlandığı iki maddeli bir ölçek olarak kullanılmıştır. Buna göre a,b maddeleri “(0) sıfır”, c,d maddeleri “(1) bir” olarak alınmıştır. Dört maddeli cevabın uçtaki veya ortadaki cevabı işaretleme eğilimini önleme gibi bir yararı vardır. Uygulama sonrasında en az 0, en çok 28 puan alınabilmekte olup, bu puanın fazla olması ruhsal sağlıktaki rahatsızlık olasılığını artırmaktadır (122).

3.7. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 15.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Olgu ve kontrol grubu verileri aşağıda verilen istatistik yöntemler kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Araştırmada kullanılan test ve yöntemler şunlardır;

- Olgu ve kontrol grubuna ait sosyodemografik ve klinik bazı kategorik değişkenler sayı ve yüzde değerleri ile değerlendirilmiştir.
- Sınıflandırılmış kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında çapraz Ki-kare (Pearson Ki-kare) testi kullanılmıştır.
- Sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında nonparametrik test olan Mann Whitney U ve Willcoxon İşaretli Sıralar testi kullanılmıştır.
- İstatistiksel olarak $p < 0.05$ olan değerler anlamlı kabul edilmiş, bulgularda anlamlılığının düzeyini belirtmek için p değeri doğrudan yazılmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışmaya katılmayı kabul eden 28 çocuk ve 30 ebeveyninden, iki ebeveyn birisi 2. oturumdan diğeri ise 3. oturumdan sonra oturumlara devam etmediği için çalışmadan çıkmıştır dolayısıyla olgu grubu 26 çocuk ve 28 ebeveyninden oluşmuştur. Kontrol grubu ise 29 çocuk ve 30 ebeveyninden oluşmuştur. Grupların tanımlayıcı özellikleri aşağıda verilmiştir.

4.1.1. Yaş

Olgu grubunda yer alan çocukların yaş ortalaması $9,96 \pm 1,58$ kontrol grubunda yer alan çocukların yaş ortalaması ise $9,83 \pm 1,33$ bulunmuştur. Grupların yaş ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($z=-0,416$, $p=0,678$).

4.1.2. Cinsiyet

Olgu grubunda yer alan çocukların %38,4'ü (n=10) kız, %61,6'sı (n=16) erkek; kontrol grubunun %34,5'i (n=10) kız, %65,5'i (n=19) erkektir. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($\chi^2=0,94$, $p=0,759$).

Tablo 12. Olgu ve kontrol grubunun cinsiyet açısından karşılaştırılması

Cinsiyet	Olgu n (%)	Kontrol n (%)	P
Kız	10 (38,4)	10 (34,5)	0,759
Erkek	16 (61,6)	19 (65,5)	

4.1.3. Anne ve Babaların Eğitim Durumu

Olgu ve kontrol grubunda yer alan anne ve babaların eğitim durumları tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13. Anne ve Babaların Eğitim Durumu

Eğitim durumu	Anneler		Babalar	
	Olgu n (%)	Kontrol n (%)	Olgu n (%)	Kontrol n (%)
Okur-yazar	0 (0)	1 (3,4)	0 (0)	0 (0)
İlkokul mezunu	9 (34,6)	6 (20,7)	5 (19,2)	10 (34,5)
Ortaokul mezunu	4 (15,4)	9 (31)	3 (11,5)	6 (20,7)
Lise mezunu	5 (19,2)	9 (31)	9 (34,6)	8 (27,6)
Yüksekokul veya üniversite mezunu	8 (30,8)	4 (13,8)	9 (34,6)	5 (17,2)
Toplam	26 (100.0)	29 (100.0)	26 (100.0)	29 (100.0)

Annelerin eğitim düzeyi ortaokul ve/veya altı (okur-yazar olma, ilkokul ve ortaokul mezunu olma) ve lise ve/veya üstü (lise, yüksek okul ve üniversite mezunu olma) olarak iki düzeye indirgenerek incelendiğinde; olgu grubunda annelerin %50 (n=13)'sinin eğitim düzeyi ortaokul ve/veya daha altı iken, %50 (n=13)'sinin lise ve/veya üstü olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda yer alan annelerin %55,2 (n=16)'sinin eğitim düzeyi ortaokul ve/veya altı iken; %44,8 (n=13)'inin eğitim düzeyi lise ve/veya üstü olduğu görülmüştür. Olgu ve kontrol grubunda yer alan anneler, eğitim düzeyleri açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=0,147$, $p=0,701$).

Olgu grubunun %30,8 (n=8)'inde babaların eğitim düzeyi ortaokul ve/veya altı iken; %69,2 (n=18)'sinde lise ve/veya üstüdür. Kontrol grubunda babaların eğitim düzeyi ortaokul ve/veya altı olanlar %55,2 (n=16) iken; lise ve/veya üstü olanlar %44,8 (n=13)'dir. Olgu ve kontrol grubunda yer alan babalar, eğitim düzeyleri açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=3.319$, $p=0.068$).

4.1.4. Ebeveynlerin Medeni Durumu

Olgu grubunun %96,2'sinin ebeveynleri evli iken; %3,8'inin ebeveyni ise boşanmıştır. Kontrol grubunda ise ebeveynlerin %86,2'si evli iken; %10,3'ü boşanmış ve %3,4'ü ise vefat etmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Ebeveynlerin Medeni Durumu

Ebeveynlerin Medeni Durumu	Olgu n (%)	Kontrol n (%)
Evli	25 (96,2)	25 (86,2)
Boşanmış	1 (3,8)	3 (10,3)
Eşinin vefat etmiş olması	0 (0)	1 (3,4)
Toplam	26 (100.0)	29 (100.0)

4.1.5. Çocukların Kardeş Sayısı

Olgu grubundaki çocukların %38,5'inin kardeşi yokken, %53,8'inin bir kardeşi, %7,7'sinin iki kardeşi vardır. Kontrol grubunda ise çocukların %13,8'inin kardeşi yokken, %65,5'inin bir kardeşi, %10,3'ünün iki kardeşi ve %10,3'ünün üç kardeş veya daha fazla kardeşi vardır (Tablo 15).

Tablo 15. Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Kardeş Sayısı

Kardeş sayısı	Olgu n (%)	Kontrol n (%)
Kardeş yok	10 (38,5)	4 (13,8)
Bir kardeş	14 (53,8)	19 (65,5)
İki kardeş	2 (7,7)	3 (10,3)
Üçkardeş ve üstü	0 (0)	3 (10,3)
Toplam	26 (100.0)	29 (100.0)

4.1.6. Çocukların Kaçınıcı Çocuk Olduğu

Olguların %57,7'si (n=15) birinci çocukken, %34,6'sı (n=9) ikinci çocuk ve %7,7'si (n=2) ise üçüncü çocuktur. Kontrol grubunda ise çocukların %51,7'si (n=15) birinci çocuk, %41,4'ü (n=12) ikinci çocuk, %6,9'u (n=2) ise dördüncü veya daha üstü çocuktur (Tablo 20).

Tablo 16. Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Kaçınıcı Çocuk Oldukları

Kaçınıcı çocuk olduğu	Olgu n (%)	Kontrol n (%)
Birinci	15 (57,7)	15 (51,7)
İkinci	9 (34,6)	12 (41,4)
Üçüncü	2 (7,7)	0 (0)
Dördüncü ve üstü	0 (0)	2 (6,9)
Toplam	26 (100,0)	29 (100,0)

4.1.7. Aile Yapısı

Olgu grubundaki çocukların %96,2'si çekirdek aileye sahip iken %3,8'inin ailesi boşanmış ailelerdir. Kontrol grubunda ise %89,7'sinin (n=26) ailesi çekirdek aile iken, %3,4'ü (n=1) geniş aile, %3,4'ü (n=1) boşanmış aile ve %3,4'ü (n=1) ise ebeveynlerden birinin öldüğü ailedir (Tablo 17).

Tablo 17. Olgu ve Kontrol Grubunda Aile Yapısı

Aile yapısı	Olgu n (%)	Kontrol n (%)
Çekirdek aile	25 (96,2)	26 (89,7)
Geniş aile	0 (0)	1 (3,4)
Boşanmış aile	1 (3,8)	1 (3,4)
Ebeveynlerden biri ölmüş olan aile	0 (0)	1 (3,4)
Toplam	26 (100,0)	29 (100,0)

4.1.8. Annelerin Doğum Yaşı

Olgu grubundaki çocukların annelerinin %26,9'unun (n=7) doğum yaşı 18-25, %57,7'sinin (n=15) doğum yaşı 25-35, %15,4'ünün (n=4) ise doğum yaşı 35-40 yaş aralığındadır. Kontrol grubundaki çocukların ise annelerinin %51,7'sinin (n=15) doğum yaşı 18-25, %37,9'unun (n=11) doğum yaşı 25-35, %10,3'ünün (n=3) ise doğum yaşı 35-40 yaş aralığındadır (Tablo 18).

Tablo 18. Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Annelerin Doğum Yaşı

Annenin doğum yaşı	Olgu n (%)	Kontrol n (%)
18-25	7 (%26,9)	15 (%51,7)
25-35	15 (%57,7)	11 (%37,9)
35-40	4 (%15,4)	3 (%10,3)
Toplam	26 (100,0)	29 (100,0)

4.1.9. Anne ve Babaların Mesleği

Annelerin mesleklerine bakıldığında olgu grubundaki annelerin %42,3'ü (n=11) ev hanımı, %23,1'i (n=6) memur, %3,8'i (n=1) işçi, %7,7'si (n=2) emekli, %23,1'i (n=6) ise diğer mesleklerdendir. Kontrol grubundaki annelerin ise %62,1'i (n=18) ev hanımı, %10,3'ü (n=3) memur, %6,9'u (n=2) işçi, %10,3'ü (n=3) emekli, %10,3'ü (n=3) diğer mesleklerdendir. Babaların meslekleri değerlendirildiğinde ise olgu grubundaki babaların %46,2'si (n=12) memur, %30,8'i (n=8) işçi, %7,7'si (n=2) emekli, %15,4'ü (n=4) ise diğer mesleklerdendir. Kontrol grubundaki babaların ise %3,4'ü (n=1) işsiz, %13,8'i (n=4) memur, %34,5'i (n=10) işçi, %10,3'ü (n=3) emekli, %37,9'u (n=11) diğer mesleklerdendir (Tablo 19).

Tablo 19. Anne ve Babaların Meslekleri

Meslekler	Anneler		Babalar	
	Olgu n (%)	Kontrol n (%)	Olgu n (%)	Kontrol n (%)
Evhanımı/İşsiz	11 (42,3)	18 (62,1)	0 (0)	1 (3,4)
Memur	6 (23,1)	3 (10,3)	12 (46,2)	4 (13,8)
İşçi	1 (3,8)	2 (6,9)	8 (30,8)	10 (34,5)
Emekli	2 (7,7)	3 (10,3)	2 (7,7)	3 (10,3)
Diğer	6 (23,1)	3 (10,3)	4 (15,4)	11 (37,9)
Toplam	26 (100.0)	29 (100.0)	26 (100.0)	29 (100.0)

4.1.10. Anne ve Babanın Birliktelik Durumu

Anne ve babaların birliktelik durumuna bakıldığında; olgu grubundaki anne ve babaların %92,3'ünün (n=24) evli ve beraber olduğu; %7,7'sinin (n=2) boşanmış olduğu; kontrol grubundaki anne ve babaların %86,2'sinin (n=25) evli ve beraber olduğu; %10,3'ünün (n=3) boşanmış olduğu ve %3,4'ünün (n=1) ise anne veya babanın birinin öldüğü görülmüştür (Tablo 20).

Tablo 20. Anne ve Babanın Birliktelik Durumu

Anne ve babanın birliktelik durumu	Olgu n (%)	Kontrol n (%)
Evli ve beraber	24 (92,3)	25 (86,2)
Boşanmış	2 (7,7)	3 (10,3)
Anne veya babadan biri ölmüş	0 (0)	1 (3,4)
Toplam	26 (100,0)	29 (100,0)

4.1.11. Ailenin Gelir Durumu

Olgu grubundaki ailelerin %7,7'si (n=2) çok düşük, %3,8'i (n=1) düşük, %80,8'i (n=21) orta, %7,7'si (n=2) ise yüksek gelir düzeyine sahiptir. Kontrol grubundaki ailelerin %13,8'i (n=4) düşük, %86,2'si (n=25) orta gelir düzeyine sahiptir (Tablo 21).

Tablo 21. Ailelerin Gelir Durumu

Ailenin gelir durumu	Olgu n (%)	Kontrol n (%)
Çok düşük	2(7,7)	0 (0)
Düşük	1(3,8)	4 (13,8)
Orta	21 (80,8)	25 (86,2)
Yüksek	2(7,7)	0 (0)
Toplam	26 (100,0)	29 (100,0)

4.1.12. Ailede Tıbbi ve Ruhsal Hastalık Öyküsü

Olgu grubunun %19,2'sinin (n=5) ailesinde tıbbi hastalık varken, %80,8'inin (n=21) ailesinde tıbbi hastalık yoktur. Kontrol grubunda ise %13,8'inin (n=4) ailesinde tıbbi hastalık varken, %86,2'sinin (n=25) ailesinde tıbbi hastalık yoktur. Yine olgu grubunun %7,7'sinin (n=2) ailesinde ruhsal hastalık varken, %92,3'ünün (n=24) ailesinde ruhsal hastalık yoktur. Kontrol grubunda ise %13,8'inin (n=4) ailesinde ruhsal hastalık varken, %86,2'sinin (n=25) ailesinde ruhsal hastalık yoktur (Tablo 22).

Tablo 22. Ailede Tıbbi ve Ruhsal Hastalık Öyküsü

Hastalık Durumu	Ailede Tıbbi Hastalık		Ailede Ruhsal Hastalık	
	Olgu n (%)	Kontrol n (%)	Olgu n (%)	Kontrol n (%)
Var	5 (19,2)	4 (13,8)	0 (0)	1 (3,4)
Yok	21 (80,8)	25 (86,2)	12 (46,2)	4 (13,8)
Toplam	26 (100.0)	29 (100.0)	26 (100.0)	29 (100.0)

4.1.13. Çocukların Okul Başarısı

Çocukların okul başarısı son dönemdeki karne notuna göre değerlendirilmiştir. Olgu grubundaki çocukların %69,2'sinin (n=18) okul başarısının pekiyi olduğu; %15,4'ünün (n=4) okul başarısının iyi olduğu; %15,4'ünün (n=4) okul başarısının orta olduğu; kontrol grubundaki çocukların %37,9'unun (n=11) okul başarısının pekiyi olduğu; %31'inin (n=9) okul başarısının iyi olduğu; %24,1'inin (n=7) okul başarısının orta olduğu; %3,4'ünün (n=1) okul başarısının ortanın altında olduğu; %3,4'ünün (n=1) ise okul başarısının zayıf olduğu görülmüştür (Tablo 23).

Tablo 23. Çocukların Okul Başarısı

Okul başarısı	Olgu n (%)	Kontrol n (%)
Pekiyi	18 (69,2)	11(37,9)
İyi	4 (15,4)	9 (31,0)
Orta	4 (15,4)	7 (24,1)
Ortanın altı	0 (0)	1 (3,4)
Zayıf	0 (0)	1 (3,4)
Toplam	26 (100.0)	29 (100.0)

4.1.14. Çocukların Akran İlişkisi

Olgu grubunun %11,5'i (n=3) yakın arkadaş tariflemeyenken, %88,5'i (n=23) yeterli sayıda arkadaş olduğunu belirtmiştir. Kontrol grubunda ise %13,8'i (n=4) yakın arkadaş tariflemeyenken, %86,2'si (n=25) yeterli sayıda arkadaş olduğunu belirtmiştir (Tablo 24).

Tablo 24. Çocukların Akran İlişkisi

Akran ilişkisi	Olgu n (%)	Kontrol n (%)
İyi, yeterli sayıda	23 (88,5)	25 (6,2)
Yakın arkadaş tariflenmiyor	3 (11,5)	4 (13,8)
Toplam	26 (100.0)	29 (100.0)

4.2 PSİKİYATRİK TANI VE KOMORBİDİTE

4.2.1. Psikiyatrik Tanı

Anksiyete belirtileri olan çocuklar ve ebeveynleri ile yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (ÇDGŞG-ŞY) yapılarak mevcut eksen I psikiyatrik tanıları değerlendirilmiştir. Olgu grubunu oluşturan 26 çocuğun %11,5'inin (n=3) Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanısını karşıladığı; %19,2'sinin (n=5) Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu tanısını karşıladığı; %30,8'inin (n=8) Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısını karşıladığı; %7,7'sinin (n=2) hem Sosyal Anksiyete Bozukluğu hem de Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu tanısını karşıladığı; %7,7'sinin (n=2) hem Özgül Fobi hem de Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısını karşıladığı; %7,7'sinin (n=2) hem Sosyal Anksiyete Bozukluğu hem de Özgül Fobi tanısını karşıladığı; %7,7'sinin (n=2) hem Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu hem de Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısını karşıladığı ve %7,7'sinin (n=2) de hem Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu hem de Özgül Fobi tanısını karşıladığı görülmüştür. Kontrol grubunu oluşturan 29 çocuğun %13,8'inin (n=4) Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanısını karşıladığı; %6,9'unun (n=2) Özgül Fobi tanısını karşıladığı; %17,2'sinin (n=5) Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu tanısını karşıladığı; %27,5'inin (n=8) Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısını karşıladığı; %10,3'ünün (n=3) hem Sosyal Anksiyete Bozukluğu hem de Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu tanısını karşıladığı; %3,4'ünün (n=1) hem Özgül Fobi hem de Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısını karşıladığı; %10,3'ünün (n=3) hem Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu hem de Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısını karşıladığı; %6,9'unun (n=2) hem Yaygın Anksiyete Bozukluğu hem de Sosyal Anksiyete

Bozukluğu tanısını karşıladığı ve %3,4'ünün (n=1) de hem Panik Bozukluk hem de Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısını karşıladığı görülmüştür (Tablo 25).

Tablo 25. Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Psikiyatrik Tanıları

Psikiyatrik Tanı	Olgu n (%)	Kontrol n (%)
Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB)	3 (11,5)	4 (13,8)
Özgül Fobi (ÖF)	0 (0)	2 (6,9)
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu (AAB)	5 (19,2)	5 (17,2)
Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)	8 (30,8)	8 (27,5)
SAB ve AAB	2 (7,7)	3 (10,3)
ÖF ve YAB	2 (7,7)	1 (3,4)
SAB ve ÖF	2 (7,7)	0 (0)
YAB ve AAB	2 (7,7)	3 (10,3)
SAB ve YAB	0 (0)	2 (6,9)
AAB ve ÖF	2 (7,7)	0 (0)
YAB ve Panik Bozukluk	0 (0)	1 (3,4)
Toplam	26 (100,0)	29 (100,0)

4.2.2. Psikiyatrik Komorbidite

Olgu ve kontrol grubu psikiyatrik komorbidite açısından değerlendirildiğinde olguların %34,6'sında (n=8), kontrollerin %24,1'inde (n=7) psikiyatrik komorbidite vardır. Olguların %19,2'sinin (n=5) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısının da olduğu; %11,5'unun (n=3) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve karşıt olma karşıt gelme bozukluğu tanılarının da olduğu; %3,8'inin ise (n=1) özgül öğrenme bozukluğu tanısının da olduğu; kontrol grubunun anksiyete bozukluğuna ek olarak ise %13,8'inin (n=4) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısının olduğu; %3,4'ünün (n=1) özgül öğrenme bozukluğu tanısının olduğu; %6,9'unun (n=2) ise depresif bozukluk tanısının olduğu tespit edilmiştir (Tablo 26).

Tablo 26. Olgu ve Kontrol Grubunda Yer Alan Çocukların Psikiyatrik Komorbiditeleri

Psikiyatrik Komorbidite	Olgu n (%)	Kontrol n (%)
DEHB*	5 (19,2)	4 (13,8)
DEHB* ve KOKGB**	3 (11,5)	0 (0)
Özgül Öğrenme Bozukluğu	1 (3,8)	1 (3,4)
Depresif Bozukluk	0 (0)	2 (6,9)
Komorbiditesi Olmayan	17 (65,3)	22 (75,8)
Toplam	26 (100,0)	29 (100,0)

*Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu; ** Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu

4.3. Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği

Olgu grubunun kendi içinde, eğitim öncesi ve sonrası Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$ ve $z=-4,460$).

Olgu ve kontrol grubunun eğitim öncesi Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken ($p=0,729$ $z=-0,346$); eğitim sonrası Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği skorları açısından her iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$ $z=-4,736$) (Tablo 27).

Tablo 27. Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği skorlarının karşılaştırılması

Gruplar	Olgu	Kontrol	p değeri / z skoru
1.değerlendirme X±SS	49,76±6,95	50,48±6,04	p=0,729 z=-0,346
2.değerlendirme X±SS	65,30±6,16	52,13±9,04	p<0,001 z=-4,736
	p<0,001 z=-4,460	p=0,522 z=-0,640	

4.4. Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti

Olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$ ve $z=-4,636$).

Eğitim öncesi, Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken ($p=0,315$ $z=-1,005$); eğitim sonrası Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti skorları açısından her iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$ $z=-3,897$) (Tablo 28).

Tablo 28. Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti Skorlarının Karşılaştırılması

Gruplar	Olgu	Kontrol	p değeri / z skoru
1.değerlendirme X±SS	3,84±0,73	3,65±0,81	p=0,315 z=-1,005
2.değerlendirme X±SS	2,5±0,64	3,44±0,9	p<0,001 z=-3,897
	p<0,001 z=-4,636	p=0,34 z=-2,121	

4.5.1. ÇOCUKLARDA ANKSİYETE TARAMA ÖLÇEĞİ ÇOCUK FORMU

Olgu grubun kendi içinde, eğitim öncesi ve sonrası, Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği-Çocuk Formu skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$ ve $z=-4,461$).

Eğitim öncesi, Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Çocuk Formu skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken ($p=0,691$ $z=-0,398$); eğitim sonrası Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Çocuk Formu skorları açısından her iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$ $z=-3,728$) (Tablo 29).

Tablo 29. Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Çocuk Formu Skorlarının Karşılaştırılması

Gruplar	Olgu	Kontrol	p değeri / z skoru
1.değerlendirme X±SS	32,88±10,84	31,65±9,61	p=0,691 z=-0,398
2.değerlendirme X±SS	20,46±9,27	30,34±11,17	p<0,001 z=-3,728
	p<0,001 z=-4,461	p=0,468 z=-0,726	

4.5.2. ÇOCUKLARDA ANKSİYETE TARAMA ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU

Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Ebeveyn Formu ebeveynler tarafından doldurulmuştur. Olgu grubunun kendi içinde Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği-Ebeveyn Formu skorları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$ ve $z=-3,784$).

Eğitim öncesi, Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Ebeveyn Formu skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken ($p=0,672$ $z=-0,423$); eğitim sonrası bu skorlar açısından iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$ $z=-3,908$) (Tablo 30).

Tablo 30. Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği Ebeveyn Formu Skorlarının Karşılaştırılması

Gruplar	Olgu	Kontrol	p değeri / z skoru
1.değerlendirme X±SS	31±8,29	31,93±9,02	p=0,672 z=-0,423
2.değerlendirme X±SS	21,19±10,43	32,13±10,29	p<0,001 z=-3,908
	p<0,001 z=-3,784	p=0,387 z=-0,699	

4.6. GÜÇLER ve GÜÇLÜKLER ANKETİ (GGA)

Güçler ve Güçlükler Anketine ilişkin veriler, anketin kendisinde olduğu gibi 5 alt başlıkta toplanmıştır; (1) duygusal sorunlar, (2) davranış sorunları, (3) dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, (4) akran sorunları, (5) sosyal davranışlar. Her başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi ilk dört başlığın toplamı toplam güçlük puanını vermektedir.

Etkilenme düzeyini sorgulayan maddelerin toplamı da etki değeri olarak verilmiştir

4.6.1. Güçler ve Güçlükler Anketi Duygusal Sorunlar Alt Testi

Olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi Duygusal Sorunlar alt testi skorları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$ ve $z=-4,119$). Olgu ve kontrol grubunun eğitim öncesi Güçler ve Güçlükler Anketi Duygusal Sorunlar alt testi skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken ($p=0,41$ $z=-2,041$); eğitim sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi Duygusal Sorunlar alt testi skorları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$ $z=-3,240$) (Tablo 31).

4.6.2. Güçler ve Güçlükler Anketi Davranış Sorunları Alt Testi

Olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi Davranış Sorunları alt testi skorları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,219$ ve $z=-1,228$).

Eğitim öncesi, Güçler ve Güçlükler Anketi Davranış Sorunları alt testi skorları açısından, olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p=0,904$ $z=-0,120$); eğitim sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi Davranış Sorunları alt testi skorları açısından her iki grup karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p=0,624$ $z=-0,491$) (Tablo 31).

4.6.3. Güçler ve Güçlükler Anketi Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Alt Testi

Olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik alt testi skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,12$ ve $z=-2,52$).

Eğitim öncesi Güçler ve Güçlükler Anketi Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik alt testi skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p=0,102$ $z=-1,634$); eğitim sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi Dikkat Eksikliği ve

Aşırı Hareketlilik alt testi skorları açısından her iki grup karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p=0,320$ $z=-0,994$) (Tablo 31).

4.6.4. Güçler ve Güçlükler Anketi Akran Sorunları Alt Testi

Olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi Akran Sorunları alt testi skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$ ve $z=-3,452$).

Olgu ve kontrol grubunun eğitim öncesi Güçler ve Güçlükler Anketi Akran Sorunları alt test skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken ($p=0,817$ $z=-0,231$); eğitim sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi Akran Sorunları alt testi skorları açısından her iki grup karşılaştırıldığında ise anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,002$ $z=-3,079$) (Tablo 31).

4.6.5. Güçler ve Güçlükler Anketi Sosyal Davranışlar Alt Testi

Olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi Sosyal Davranışlar alt testi skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,006$ ve $z=-2,728$).

Eğitim öncesi, Güçler ve Güçlükler Anketi Sosyal Davranışlar alt testi skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p=0,401$ $z=-0,840$); eğitim sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi Sosyal Davranışlar alt testi skorları açısından her iki grup karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p=0,426$ $z=-0,795$) (Tablo 31).

4.6.6. Güçler ve Güçlükler Anketi Toplam Güçlük Skorları

Olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi toplam güçlük skorları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$ ve $z=-4,035$).

Eğitim öncesi, Güçler ve Güçlükler Anketi toplam güçlük skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p=0,199$ $z=-1,285$); eğitim sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi toplam güçlük skorları açısından her iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,008$ $z=-2,655$) (Tablo 31).

4.6.7. Güçler ve Güçlükler Anketi Etki Değerleri

Olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi etki değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,001$ ve $z = -3,924$).

eğitim öncesi Güçler ve Güçlükler Anketi etki değerleri açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken ($p = 0,53$ $z = -1,932$); eğitim sonrası Güçler ve Güçlükler Anketi etki değerleri açısından her iki grup karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p = 0,005$ $z = -2,790$) (Tablo 31).

Tablo 31. GGA Alt Testleri Skorlarının, Toplam Güçlük Puanlarının Ve Etki Değerlerinin Karşılaştırılması

GGA Alt testleri	OLGU			KONTROL			1.DEĞ	2.DEĞ
	1. DEĞ	2. DEĞ	p*	1. DEĞ.	2. DEĞ.	p**	p****	p*****
Duygusal Sorunlar	6,23±1,86	3,38±1,49	<0,001	5,20±1,97	5,03±1,99	0,580	0,41	0,001
Davranış Sorunları	2,23±1,55	1,80±1,64	0,219	2,17±1,67	2,00±1,64	0,256	0,904	0,624
Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik	5,80±2,13	1,88±1,58	0,102	4,72±2,49	4,34±1,91	0,110	0,102	0,320
Akran Sorunları	3,30±1,95	1,88±1,58	0,001	3,37±1,76	3,48±1,88	0,878	0,817	0,02
Sosyal Davranışlar	7,57±1,90	8,38±1,38	0,006	8,03±1,45	8,03±1,59	0,871	0,401	0,426
Etki Değeri	5,00±2,03	2,46±2,04	<0,001	3,89±2,35	3,93±1,86	0,729	0,053	0,005
Toplam Güçlük Puanı	17,57±4,02	11,73±4,19	<0,001	15,48±5,49	14,86±4,50	0,098	0,199	0,008

p:* Olgu grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p**:* Kontrol grubunun eğitim öncesi ve sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p****:* Olgu ve kontrol grubunun eğitim öncesi değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

*p*****:* Olgu ve kontrol grubunun eğitim sonrası değerlerinin kıyaslanmasıyla elde edilmiştir.

4.7.1. SPIELBERGER DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ

Olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası durumluk kaygı envanteri skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$ ve $z=-3,511$).

Olgu ve kontrol grubunun eğitim öncesi durumluk kaygı envanteri skorları karşılaştırıldığında, olgu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p=0,367$ $z=-0,903$); eğitim sonrası durumluk kaygı envanteri skorları karşılaştırıldığında da olgu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p=0,261$ $z=-1,123$) (Tablo 32).

Tablo 32. Ebeveynlerin Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri skorlarının karşılaştırılması

Gruplar	Olgu	Kontrol	p değeri / z skoru
1.değerlendirme X±SS	37,15±7,96	34,93±10,07	p=0,367 z=-0,903
2.değerlendirme X±SS	32,30±6,76	34,86±11,49	p=0,261 z=-1,123
	p<0,001 z=-3,511	p=0,564 z=-0,576	

4.7.2. SPIELBERGER SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

Olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası süreklilik kaygı envanteri skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$ ve $z=-3,470$).

Olgu ve kontrol grubunun eğitim öncesi süreklilik kaygı envanteri skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p=0,572$ $z=-0,565$); eğitim sonrası süreklilik kaygı envanteri skorları karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p=0,380$ $z=-0,878$) (Tablo 33).

Tablo 33. Ebeveynlerin Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri skorlarının karşılaştırılması

Gruplar	Olgu	Kontrol	p değeri / z skoru
1.değerlendirme X±SS	43,76±8,25	42,65±10,28	p=0,572 z=-0,565
2.değerlendirme X±SS	38,69±6,67	41,75±10,57	p=0,380 z=-0,878
	p=0,001 z=-3,470	p=0,172 z=-1,367	

4.8. GENEL SAĞLIK ANKETİ-28

Olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası Genel Sağlık Anketi-28 skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,015$ ve $z=-2,444$).

Eğitim öncesi, Genel Sağlık Anketi-28 skorları açısından olgu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p=0,538$ $z=-0,616$); eğitim sonrası Genel Sağlık Anketi-28 skorları açısından her iki grup karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p=0,567$ $z=-0,573$) (Tablo 34).

Tablo 34. Ebeveynlerin Genel Sağlık Anketi-28 Skorlarının Karşılaştırılması

Gruplar	Olgu	Kontrol	p değeri / z skoru
1.değerlendirme X±SS	4,88±5,50	4,34±5,27	p=0,538 z=-0,616
2.değerlendirme X±SS	2,30±3,46	3,48±4,58	p=0,567 z=-0,573
	p=0,015 z=-2,444	p=0,37 z=-2,090	

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Bu çalışmada Anksiyete Bozukluğu olan çocukların anne-babalarına Triple-P uygulanarak, çocukların anksiyete düzeyinin ve hastalığın şiddetinin azaldığı ve çocuğun işlevselliğinin düzeldiğinin bulunmuş olması; ailelere yönelik bir BDT yöntemi olan Triple-P'nin, çocuk ve ergenlerde görülen Anksiyete Bozukluğunun tedavisinde etkin bir yöntem olarak kullanılabileceğini akla getirmektedir.

Çalışmamızda kullanılan Çocuklar için Genel Değerlendirme Ölçeği, DSM-IV'ün beş eksenli tanılama sistemini temel alarak işlevselliğin genel olarak değerlendirmesini yapar. Bu ölçek tedavi çalışmalarında yaygın olarak kullanılan ve tedavinin etkinliğine duyarlı bir ölçektir. Çalışmamızda ÇGDÖ skorları açısından olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması sonucunda ve yine eğitim sonrası kontrol grubuyla karşılaştırıldığında bu skorlarda anlamlı bir artış saptamış olmamız; ilgili yazında Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programına benzer bir şekilde, anne ve babalara yönelik girişimlerle yapılan diğer araştırma (123,124,125) bulgularını destekler niteliktedir. Comera ve ark. (2012) tarafından Anksiyete Bozukluğu olan çocuklarda yapılan bir çalışmada CALM (Coaching Approach Behavior and Leading by Modeling) programı uygulayan araştırmacılar, program sonrası çocuklarda ÇGDÖ skorlarının arttığını saptamışlardır (124). Bir başka çalışmada, Anksiyete Bozukluğu olan çocukların anne babalarına uygulanan 12 haftalık BDT grup seansları sonrasında, ÇGDÖ skor ortalamasının anlamlı ölçüde yükseldiği bulunmuştur (123). Daha önceki bir çalışmada Muratori ve ark. (2002) Anksiyete Bozukluğu olan çocuklarda, 11 hafta süreyle uygulanan, çocuk ve ebeveynlerin birlikte katıldığı psikoanalitik yönelimli psikoterapi sonrası, çocukların başlangıç ve 6. ay sonrası CGDÖ skorlarını karşılaştırmışlar ve skorlarda anlamlı oranda artış saptamışlar (125). Çalışmamızda da ilgili yazındakine benzer şekilde Anksiyete Bozukluğu olan çocukların ÇGDÖ skorlarında artış ve dolayısıyla işlevselliğinde belirgin düzelme saptamamızın; anne-babalara uygulanan BDT temelli bir program olan Triple-P'nin Anksiyete Bozukluğu olan çocuklarda uygulanmasının yararlı olabileceğine ilişkin önemli ipuçlarına işaret edebileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda ÇGDÖ verilerine benzer bir başka bulgumuz, eğitim öncesi ve sonrası değerlendirildiğinde hem olgu grubunun kendi içinde hem de olgu ve kontrol grupları karşılaştırıldığında, Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti puanlarında, anlamlı oranda düşme saptamış olmamızdır. Hastaların izlem sürecinde tedavinin ortaya çıkardığı

değişiklikleri gözlemek amacıyla geliştirilmiş olan bu ölçekle değerlendirilen olgular, Triple P uygulamasından sonra tekrar değerlendirildiğinde hastalık şiddetlerinin azaldığı görülmüştür. Konuyla ilişkili yazın gözden geçirildiğinde Anksiyete Bozukluğu olan çocuk ve/veya ergenlerle yapılmış çalışmalarda ebeveynlere yönelik girişimlerin yapıldığı ve daha sonra bu verilerin KGİÖ-HŞ ile değerlendirildiği çalışmaların çok da fazla olmadığı dikkati çekmektedir. Buna karşın Anksiyete Bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde tedaviye ilişkin yazın gözden geçirildiğinde, bu olgularda ilaç tedavilerinin uygulandığı ve izlem sürecinde tedavinin ortaya çıkardığı değişiklikleri gözlemek amacıyla KGİÖ-HŞ kullanıldığı ve bu çalışmalarda ilaç tedavisinin KGİÖ-HŞ puanlarını anlamlı oranda düşürdüğü bildirilen çalışmaların daha fazla sayıda oluşu görülmüştür (126,127). Bu konuda Triple-P benzeri, BDT temelli tedavinin esas alındığı bir çalışma Becker ve ark. (2010) tarafından yapılmıştır (128). Bu çalışmada Anksiyete Bozukluğu olan 4-7 yaş arası çocuklarda ebeveyn çocuk terapisi uygulandığı ve bunun sonucunda Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti skorlarının anlamlı ölçüde gerilediği bildirilmiştir (128). Söz konusu çalışmada çocuklara da girişim uygulanmış olması, bizim çalışmamıza göre farklı bir durum olsa da; anne-babalara BDT temelli bir girişimde bulunulması açısından çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Her iki çalışma da anne-babalara BDT temelli bir girişim uygulandığında Anksiyete Bozukluğu olan çocuklardaki hastalık şiddetinin azalacağına ilişkin kanıtlar sunmaları açısından birbirleriyle benzerlik göstermektedir.

Anksiyete Bozukluğu olan çocuklarda BDT temelli girişimlerle hastalık şiddetinin azaldığını gösteren bir başka çalışmada, bizim çalışmamıza göre temel farklılık bu girişimin çocuklara uygulanmış olmasıdır. Caporino ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bu çalışmada Anksiyete Bozukluğu olan çocuklara 12 haftalık bilişsel davranışçı terapi uygulanmış; BDT öncesi ve sonrası KGİÖ-HŞ skorları karşılaştırıldığında; bizim çalışmamıza benzer bir şekilde hastalık şiddetinin düştüğü tespit edilmiştir (129). Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti skorlarından 1 ve 2'nin iyileşme olarak kabul edildiği, Anksiyete Bozukluğu olan olgularda grup BDT ve ilaç tedavisinin (fluoksetin) etkinliğinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, grup bilişsel davranışçı terapi sonrası olguların %33,3'ünde, fluoksetin kullanan olguların %27,7'sinde iyileşme saptanmış ve her iki tedavi yöntemine yanıtın benzer olduğuna vurgu yapılmıştır (130). Bir başka ifadeyle Anksiyete Bozukluklarının tedavisinde BDT temelli tedavilerin ilaç tedavisi kadar etkin olabileceğine işaret eden bu çalışmanın; anksiyete bozukluğu olan bireylerin ebeveynleri yerine doğrudan kendilerine BDT uygulanıyor olması dışında bizim çalışmamızdan önemli bir başka farklılığı da yaş grubunun 18'in üstünde olmasıdır. Benzerliği ise uygulanan BDT'nin hastalığın şiddetinde önemli oranda düşme

sağlamış olması olarak tanımlanabilir. Bizim araştırmamızda Triple-P'nin Anksiyete Bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde hastalığın şiddetini azalttığını bulmamız; daha şiddetli ve hatta tedaviye dirençli olgularda ilaç tedavisiyle Triple-P'nin kombine edildiğinde nasıl sonuçlar alınacağı konusunda gerçekleştirilecek diğer çalışmalara zemin hazırlaması açısından önem teşkil etmektedir.

Çalışmamızda hem eğitim alan grubun kendi içinde, hem de eğitim sonrası iki grup karşılaştırıldığında ÇATÖ-çocuk ve anne baba formu skorlarında anlamlı bir azalma saptamış olmamız; Anksiyete Bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde Triple-P uygulamasının çocuklardaki anksiyete düzeyini azalttığını göstermektedir. Araştırmanın bu bulgusu, Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı benzeri BDT temelli girişimlerin anne ve/veya babalara uygulandığı diğer araştırma bulgularıyla benzerdir. Anksiyete Bozukluğu olan çocukların tedavisine yönelik çalışmaların bazılarında BDT temelli girişimlerin sadece anne-babalara uygulandığı görülürken, bazılarında hem anne ve/veya babaya hem de çocuklara uygulandığı dikkati çekmiştir. Konuyla ilişkili yazında, bizim çalışmamıza çok benzer desene ve sonuca sahip bir çalışmada, Monga ve arkadaşları (2009) Anksiyete Bozukluğu olan çocukların anne babalarına 12 haftalık bilişsel davranışçı grup terapisi uyguladıklarını ve 12 haftanın sonunda ÇATÖ-ebeveyn formu skorlarının anlamlı düzeyde gerilediğini bulduklarını bildirmişlerdir (133). Benzer bir başka çalışmada, ebeveynlere 8 haftalık bilişsel temelli eğitim verildiği ve 8 haftanın sonunda çocukların anksiyete düzeylerinde belirgin gerileme olduğu bildirilmiştir (131). Konuya ilişkin bir başka ilginç bulgu da Bodden ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılan çalışmadan elde edilen verilerdir. Söz konusu çalışmada Anksiyete Bozukluğu olan çocuklar randomize edilerek bir grupta sadece ebeveynlere, diğer grupta ise sadece çocuklara bilişsel davranışçı terapi uygulanmıştır. Çocuklarda Anksiyete Tarama Ölçeği'nin kullanıldığı bu çalışmada çocukların anksiyete düzeyleri hem çocuklara hem de anne-babalara uygulanan BDT sonrası anlamlı olarak düşmüştür (132). Bu girişimlerin hem çocuklara ve hem de anne-babalara uygulandığı bir başka çalışmada; çocuklara 12 seans, ebeveynlere ise 3 seans BDT uygulanmış ve seanslar sonrasında çocukların anksiyetesinde anlamlı oranda düşüş saptanmıştır (133). Gar ve Hudson tarafından yapılan 2009 yılındaki çalışmada da yine hem çocuklara hem de annelerine BDT uygulanmış; çocukların anksiyetesinin ve bu duruma bağlı olarak da annelerin duygu dışavurumunun azaldığı saptanmıştır (134). Çalışmamızda Triple-P'nin çocuklardaki anksiyete düzeyini düşürmede etkili olduğunu göstermiş olmamız, Anksiyete Bozukluğu olan çocukların tedavisinde BDT temelli girişimlerin kullanıldığı çalışmaları destekler niteliktedir.

Anksiyete Bozukluğu olan çocukların tedavisinde BDT temelli bir girişim değil de, ilacın kullanıldığı ve bu durumun ÇATÖ ile değerlendirildiği bir çalışmada da, 4 haftalık sitalopram kullanımı sonrasında ÇATÖ skorlarının anlamlı olarak düştüğü tespit edilmiştir (126). Tedavi yöntemi olarak sitalopram yerine Triple-P'yi seçtiğimiz çalışmamızda da ÇATÖ'de anlamlı düşme saptamış olmamız; daha şiddetli veya tedaviye yanıtın son derece kısıtlı olduğu Anksiyete Bozukluğu olan çocuklarda ilaç ve Triple-P kombinasyonu ile alınacak sonuçlar açısından yapılacak çalışmalara gereksinim olduğunu akla getirmiştir. Bizim çalışmamızdan elde edilen sonuçlar Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı'nın Anksiyete Bozukluğu olan çocuklara uygulanabileceğini ve olumlu sonuçlar alınabileceğini gösterir niteliktedir.

Çalışmamızda çocuğun duygusal ve davranışsal sorunlarını ölçen GGA'nın toplam güçlük skorları açısından olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması sonucunda ve yine eğitim sonrası kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı bir azalma saptamış olmamız; Anksiyete Bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde Triple-P uygulamasının çocuk ve ergenlerdeki duygusal ve davranışsal sorunları azalttığını göstermektedir. Bu araştırma bulgusu ilgili yazındaki Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı ile yapılan ve GGA'nın kullanıldığı diğer araştırmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir (12,135,136,137,138,139,140). Arkan ve Güvenir tarafından 2012 yılında Türkiye'de yapılan ilk Triple P çalışmasında; Martin ve Sanders'in 2003 yılında yaptıkları randomize kontrollü çalışmada; aynı yıl Leung ve arkadaşlarının 69 ebeveyn ile yaptığı randomize kontrollü çalışmada; 2007 yılında Stallman, Ralph'in ve Turner, Richards ve Sanders'in yaptıkları çalışmada, Sanders ve arkadaşlarının 2008 yılında büyük bir proje olarak başlattıkları ve 2996 ebeveyn ile yürüttükleri çalışmada, çocukların ve ergenlerin güçler ve güçlükler anketi toplam güçlük skorlarının bizim çalışmamızda olduğu gibi azaldığı; ancak bu azalmanın bizim çalışmamızdan farklı olarak özellikle davranış sorunları alt ölçek skorundan kaynaklandığı bulunmuştur (12,137,138,139). Konuyla ilgili yazında Tirple-P ile yapılan çalışmalarda (12,135,136,137,138,139,140); güçler ve güçlükler anketinin davranış sorunları alt testinde saptanan anlamlı değişikliğin, bizim çalışmamızda elde edilmemiş olmasının, bizim çalışmamıza katılan çocukların Anksiyete Bozukluğu tanısı olması davranış sorunlarının belirgin olmaması ile ilişkili olabilir. Duygusal sorunların daha belirgin olduğu çocuklarla yaptığımız araştırmamızda Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı sonrası çocukların duygusal sorunlarında belirgin azalma olmuştur. Bu sonuç da Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programının, duygusal sorunlarda da davranış sorunlarında olduğu gibi etkin olduğunu göstermektedir.

Konuyla ilgili diğerk çalışmalar ve bizim çalışmamız birlikte düşünöldüğünde; Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı'nın çocukların davranış ve duygusal problemlerinin azaltılmasında etkili bir ebeveyn eğitim programı olduğunu düşöndürmektedir. Triple-P'nin ebeveynlerde özyeterlilik, özetkililik, özdenetim özelliklerini geliştirdiği düşünölmönce çocukların ve ergenlerin davranışsal ve duygusal problemlerinin tedavisinde, çocuklarıyla birlikte anne babaların davranışlarının şekillendirilmesi ve anne babaların öz-yeterlilik algılarının güçlendirilmesi ve öz-düzenleme becerilerinin geliştirilmesi oldukça önemlidir (101-106).

Çalışmamızda ebeveynlerin anksiyetesini değerkendiren Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterleri skorları açısından olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması sonucunda anlamlı bir azalma saptanırken; eğitim sonrası kontrol grubuyla karşılaştırıldığında bu skorlarda anlamlı bir azalma saptamamış olmamız; Triple-P ile yapılmış konu ile ilgili yazında bazı çalışmalar ile uyum gösterirken, bazıları ile farklıdır. Yazında Triple P çalışmalarında ebeveynlerin anksiyete sonuçları arasında farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer şekilde Triple-P ile anne-babaların kendi anksiyete düzeylerinde azalma görölmezken (141-143); bazı çalışmalarda azaldığı (132,144-147) saptanmıştır. Ebeveynlerin kendi anksiyete düzeylerinin değerkendirildiği, ancak Triple-P dışında bir BDT temelli girişim uygulanmış olan bir başka çalışmadan elde edilen bulgu da Bodden ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptıkları çalışmaya aittir. Daha önce de bahsedilen bu çalışmada Anksiyete Bozukluğu olan çocuklar randomize edilerek bir grubun ebeveynlerine, diğerk grubun ise olgularına bilişsel davranışçı terapi uygulanmıştır. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri uygulanarak anksiyeteleri değerkendirilen ebeveynlerin her iki tedavi sonrasında da anksiyeteleri, bizim çalışmamızdan farklı olarak, anlamlı olarak azalmıştır.

Çalışmamızda ebeveynlerin kendi (Durumluk ve Sürekli) anksiyetelerinde değerişim olup olmadığını değerkendirmemiz sonucunda, kendi içinde anlamlı bir azalma saptanırken; eğitim sonrası kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı bir azalma saptamadık. Bu durum Anksiyete Bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde Triple-P uygulamasının ebeveynlerin anksiyetesi üzerinde yeterince etkili olmadığını akla getirmekle birlikte; çocuklarındaki ÇATÖ puanlarında anlamlı düşme, hastalık şiddetinde anlamlı azalma ve çocuğun işlevselliğinde anlamlı yükselme bulgularıyla birlikte düşünöldüğünde ilginç bir duruma işaret ettiği dikkatimizi çekmiştir. Triple P, her ne kadar ebeveynlerin kendi anksiyete düzeylerini çok değeriştirmese de çocuklarının Anksiyete Bozukluğunu azaltmakta ve/veya

düzeltilmekte etkin bir girişim yöntemidir. Bu durum da Anksiyete Bozukluğu olan çocuklarda Triple-P'nin kullanım amacını tamamen karşılamaktadır.

Çalışmamızda ebeveynlerin ruh sağlığını değerlendiren Genel Sağlık Anketi-28 skorlarını karşılaştırdığımızda ise olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması sonucunda anlamlı bir azalma saptanırken; eğitim sonrası kontrol grubuyla karşılaştırıldığında bu skorlarda anlamlı bir azalma saptanmamış olmamız; Anksiyete Bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde Triple-P uygulamasının ebeveynlerin ruh sağlığı üzerinde yeterince etkili olamayabileceğini düşündürmektedir.

Triple-P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı'nın uygulandığı konuyla ilgili yazında, bu uygulamanın ebeveynlerin ruh sağlığı üzerindeki etkileri konusunda birbirinden farklı bulgular bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda Triple-P uygulamasının ebeveynlerin ruh sağlığı üzerinde yeterince etkili olamayabileceğini bulmamız; yazındaki Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı ile yapılan ve bu programın ebeveynlerin ruh sağlığı üzerinde çok etkili olmadığı yönünde bulgular tanımlayan araştırma bulgularını destekler niteliktedir. Bu konuda yapılan bir çalışmada Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı'nın ebeveynlerin stres, anksiyete ve depresyon düzeyini değiştirmede saptanmıştır (148). Martin ve Sanders (2003) tarafından yapılan bir başka çalışmada da, uygulanan Work-place Triple P Olumlu Anne babalık Eğitim Programı sonrası deney grubunda ebeveynlerin iş stresi, iş memnuniyeti ve iş yerinde suç işleme durumlarında bir değişiklik saptanmamıştır (149).

Yukarıdaki bulgulardan daha farklı sonuçlar ise yine Triple-P ile yapılmış olan çalışmalardan elde edilmiş ve Triple-P uygulaması sonrasında ebeveynlerin stres, anksiyete ve depresyon düzeyinin azaldığı saptanmıştır (124,125,150-159). Arkan ve Güvenir tarafından 2012 yılında yapılan ve ülkemizde Triple-P uygulanımına ilişkin ilk çalışma olan çalışmada, Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programının ebeveynlerin ruh sağlığı düzeyini değiştirmede etkili olduğu saptanmıştır (12).

Bizim çalışmamızda ebeveynlerin genel sağlık düzeyinin gruplar açısından farklılık oluşturmaması, ancak olgu grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası farklılık bulunması, Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı'nın ebeveynlerin ruh sağlığı üzerinde bir miktar etkili olabileceğini; ancak bu etkinin kontrol grubuyla fark oluşturabilecek yeterlilikte olmadığını düşündürmektedir. Yazında farklı sonuçlar elde edilen çalışmalarda Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programının daha çok davranış sorunları olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerine uygulandığı; bizim çalışmamızda ise anksiyete bozukluğu tanısı olan çocukların ebeveynlerine uygulanmasının da böyle bir farklılığa neden olmuş olabileceği

akla gelmektedir. Bunlara ek olarak, çalışmamızda Triple-P'nin ebeveynlerin ruh sağlığı üzerinde yeterince etkili olmamasına rağmen çocuklardaki anksiyete düzeyini ve hastalık şiddetini düşürdüğü ve çocukların işlevselliğini düzelttiği yönündeki bulgumuz; Triple-P'nin çocuklardaki anksiyete düzeyini azaltmaktaki etkisinin, beklenenin aksine anne-babalardaki anksiyete bozukluğu ve/veya ruh sağlığı sorunlarını düzeltmek yoluyla olmadığını ve bunu anne-babanın ruhsal durumundan daha farklı ve bağımsız yollarla yapabildiğini düşündürmektedir. Daha sonraki süreçte çocuk ve ergenlere yönelik Türkiye'de yapılacak çalışmalarla, Triple P'nin ebeveyn ruh sağlığı üzerine etkinliğini değerlendirmek ve söz konusu yollar hakkında fikir sahibi olmak mümkün olabilecektir.

Anksiyete Bozukluğu benlik saygısını, sosyal ilişkileri, akademik başarıyı ve işlevselliği etkileyen önemli bir psikiyatrik bozukluktur. Anksiyete Bozukluğu tanısı olan çocuklar; gelecekte duygudurum ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere pek çok ruhsal bozukluk açısından büyük bir risk taşımaktadır. Bu açılarından Anksiyete Bozukluğunun tedavisi ayrı bir önem taşımaktadır. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar Anksiyete Bozukluğu olan çocukların tedavisinde Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı'nın da yer alabileceğini ve bu programın Anksiyete Bozukluğu olan çocukların anksiyete düzeyini, hastalığın şiddetini ve duygusal sorunlarını azalttığını ve çocukların işlevselliği üzerine olumlu etkileri olduğunu göstermektedir.

BÖLÜM VI

SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar verilmiş ve bu sonuçlara dayalı olarak öneriler sunulmuştur.

Bu çalışmada;

- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının işlevselliği (kendi içinde) eğitim sonrası, eğitim öncesine göre daha iyi bulunmuştur.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının işlevselliği, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan ebeveynlerin çocuklarının işlevselliğinden daha iyi bulunmuştur.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının anksiyete bozukluğunun hastalık şiddeti (kendi içinde) eğitim sonrası, eğitim öncesine göre daha düşük bulunmuştur.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının anksiyete bozukluğunun hastalık şiddeti, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan ebeveynlerin çocuklarının anksiyete bozukluğunun hastalık şiddetinden daha düşük bulunmuştur.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının anksiyete düzeyi (kendi içinde) eğitim sonrası, eğitim öncesine göre daha düşük bulunmuştur.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının anksiyete düzeyi, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan ebeveynlerin çocuklarının anksiyete düzeyinden daha düşük bulunmuştur.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının duygusal ve davranışsal sorunları (kendi içinde) eğitim sonrası, eğitim öncesine göre daha az bulunmuştur.

- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin çocuklarının duygusal ve davranışsal sorunları, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan ebeveynlerin çocuklarının duygusal ve davranışsal sorunlarından daha az bulunmuştur.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin anksiyete düzeyi (kendi içinde) eğitim sonrası, eğitim öncesine göre daha düşük bulunmuştur.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin anksiyete düzeyi, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan gruptaki ebeveynlerin anksiyete düzeyinden farklı bulunmamıştır.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin ruh sağlığı (kendi içinde) eğitim sonrası, eğitim öncesine göre daha iyi bulunmuştur.
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi uygulanan gruptaki ebeveynlerin ruh sağlığı, eğitim sonrasında, eğitim uygulanmayan gruptaki ebeveynlerin ruh sağlığından farklı bulunmamıştır.

6.2. ÖNERİLER

Bu araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler verilmiştir:

- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı ile farklı klinik ve illerde çalışmaların yapılması,
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı uygulamasının yaygınlaştırılması,
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı ve ülkemizde mevcut uygulanan programların sonuçların karşılaştırıldığı araştırmaların yapılması,
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı'nın Anksiyete Bozukluğu olan daha geniş popülasyonlarda uygulanması ve etkinliğinin araştırılması,
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı'nın uygulanmakta olduğu ülkelerde Anksiyete Bozukluğu olan çocukların anne ve babalarına da uygulanması,
- Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitim Programı'nın Anksiyete Bozukluğunda İlaç ile kombine edildiği çalışmalar yapılması önerilir.

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR

1. Ohman A. Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive and clinical perspectives. Handbook of emotions. New York: The Guilford Press, 2000: 573-593.
2. Cartwright-Hatton S, McNicol K, Doubleday E. Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in preadolescent children. Clin Psychol Rev. 2006;26:817-833.
3. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey: the prevalence of DSM-IV disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003;42:1203-1211.
4. Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitsabesan P, Fothergill C, Harrington R. Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. Br J Clinical Psychol. 2004;43:421-436.
5. Cartwright-Hatton S, McNally D, Field A. A New Parenting-Based Group Intervention for Young Anxious Children: Results of a Randomized Controlled Trial J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2011;50(3):242–251.
6. Thienemann M, Moore P, Tompkins K. A parent-only group intervention for children with anxiety disorders: Pilot study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45:37-46.
7. Waters AM, Ford LA, Wharton TA, Cobham VE. Cognitive behavioural therapy for young children with anxiety disorders: Comparison of a child 1 parent condition versus a parent only condition. Behav Res Ther. 2009;47:654-662.
8. Sanders MR, Turner KMT. Reflections on the challenges of effective dissemination of behavioural family intervention: our experience with the Triple P - positive parenting program. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2005; 10:158-169.
9. Sanders MR, Calam R, Durand M, Liversidge T, Carmont SA. Does self-directed and web-based support for parents enhance the effects of viewing a reality television series based on the triple-p positive parenting programme J Child Psychol Psychiatry 2008; 49:924-932.

10. Sanders MR, Murphy-Brennan M, Mcauliffe C. the development, evaluation and dissemination of a training program for general practitioners in evidence based parent consultation skills. *Int J Ment Health Prom* 2003; 5:13-20.
11. Sanders MR. The translation of an evidence-based parenting program into regular clinic services. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2003; 2 (3): www.auseinet.com/journal/vol2iss3/sanderseditorial.pdf.
12. Arkan B, Güvenir T. Davranış Sorunları Olan Ergenlerin Ebeveynlerine Uygulanan Eğitimin Ebeveyn Tutumu, Ebeveyn Ruh Sağlığı ve Ergen Davranışına Etkisi Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi İzmir 2012
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. American Psychiatric Association, Washington DC, 2000.
14. Barlow A, David H. "Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory". *American Psychologist*, 2002; 1247-1263.
15. Şenol S. Çocuk ve ergenlerde anksiyete bozuklukları. E Köroğlu, Ed. *Temel Psikiyatri içinde, Birinci Basım, Hekimler Yayın Birliği*; 2007:889-897.
16. Berstein GA, bOrchdart CM, Perwien AR. Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1110-1119.
17. Alessi NE, Magan J. Panic disorders in psychiatrically hospitalized children. *Am J Psychiatry* 1988;145:1450-1452
18. Sürmeli, A. (1997). "Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış" *Psikiyatri Temel Kitabı* [ed. Köroğlu E.; Güleç, C.], Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 449-460.
19. Köroğlu, E. (1994). *Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukları Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, [DSM IV], [4. Baskı]*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
20. DSM 5 American Psychiatric Association 2013
21. Amerikan Psikiyatri Birliği: *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı. Gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR). E. Köroğlu (2000'den çeviri), Ankara Hekimler Yayın Birliği, 2001*
22. Costello EJ. Developments in child psychiatric epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:836-841
23. Anderson JC, Williams S, McGee R. DSM-III disorders in preadolescent children Prevalance in alarge sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:69-76.

24. Benjamin RS, Costello EJ, Warren M. Anxiety disorders in a pediatric sample. *J Anxiety Disord* 1990;293-316
25. Bowen RC, Offord DR, Boyle MH. The prevalence of over anxious disorder and separation anxiety disorder: Results from the Ontario Child Health Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:759-765
26. Tükbay, T.ve Söhmen, T. (2001). “Ayrılık Kaygısı Bozukluğunda Bireysel ve Ailesel Etmenler”, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 8(2):77-84.
27. Öztürk, M. (1997). “Çocukluk Çağı Ruhsal Sorunları ve Bozukluk”, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, [7. Basım], [ed. Öztürk, O.], Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 421-451.
28. Öztürk, O.(1997). “Nevrotik Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar-I“, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, [7. Basım], [ed. Öztürk, O.], Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 261-289.
29. Miral, S. ve Baykara, A. (1997). “Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenliğin Diğer Bozuklukları” *Psikiyatri Temel Kitabı* [ed. Köroğlu E.; Güleç, C.], Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 449-460.
30. Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. ve Greb, J.A. (1994). *Kaplan and Sadock’s Synopsis of Psychiatry*, Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins.
31. Karaceylan, F. (2004). “Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” *Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi)*, Kocaeli.
32. Klykylo WM, Kay J, Rube D, (eds). *Clinical Child Psychiatry*. Philadelphia: W.B. Saunders’s Company; 1998.
33. Barret PB, Dadds MR, Rapee RM. Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 196;64:333-342
34. Chase RM, Eyberg SM. Clinical presentation and treatment outcome for children with comorbid externalizing and internalizing symptoms. *Journal of Anxiety Disorders* 2008; 273–282
35. F.Neslihan İnal Emiroğlu, Burak Baykara. Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk, Özgül Fobi, Sosyöz Fobi. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* 2008; 320-330
36. Motavallı, N.M. (2000). “Çocukluk Çağı Anksiyete Bozuklukları”, *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi* [ed. Polvan, Ö.], İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitabı: Nobel Tıp Kitapevleri, 120-143.
37. Yorbık, Ö. (1998). “Seçici Konuşmamazlık Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Bir Belirtisi mi?” *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 5:93-98.

38. Alkın, T. (1997). "Yaygın Anksiyete Bozukluğu", Psikiyatri Temel Kitabı [ed. Köroğlu E ve Güleç, C.], Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 517-526.
39. Thyer BA, Parrish RT, Curtis GC, Nesse RM, Cameron OG. Ages of onset of DSM III anxiety disorders. *Compr. Psychiatry* 1985;26:113-22
40. Semerci, B. (1999). "Çocuk ve Adolesanda Panik Bozukluğu", Ben Hasta Değilim [ed. Ekşi, A.], Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 314-320.
41. Diler, R.S.; Birmaher, B. ve Brent, D.A. (2004). "Phenomenology of Panic Disorder", *Behav Res Ther*, 34:363-374.
42. Ollendick, T.H.; Mattis, S.G. ve King, N.J. (1994). "Panic in Children and Adolescents: A Review", *Journal of the Psychology and Psychiatry*, 35(1):113-134.
43. Marks, M. (1986). "Genetics of Fear and Anxiety Disorders", *British Journal of Psychiatry*, 149:406-418.
44. Yorbık, Ö. (1999). "Çocuk ve Ergenlerde Depremle İlişkili Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin Araştırılması", *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi (Deprem Özel Sayısı)*, 6(3):158-164.
45. Diler RS, Birmaher B, Brent DA, Axelson DA, Firinciogullari S, Chiapetta L, Bridge J. Phenomenology of panic disorder in youth. *Depression and Anxiety* 2004;20:39-43
46. Brent DA, Poling K, McKain B, Baugher MA. Psychoeducation program for families of affectively ill children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:770-4
47. Diler RS. Panic Disorder in Children and Adolescents. *Yonsei Medical Journal* 2003;44:174-179
48. Renaud J, Birmaher B, Wassick SC, Bridge J. Use of selective serotonin reuptake inhibitors for the treatment of childhood panic disorder: A pilot study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1999;9:73-83
49. Karacan, E.; Şenol, S. ve Şener Ş. (1999). "Çocukluk ve Ergenlik Çağında Sosyal Anksiyete Bozukluğu", Ben Hasta Değilim [ed. Ekşi, A.], Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 310- 314.
50. Last, C.D. ve Strauss, C.C. (1990). "School Refused in Anxiety-Disordered Children and Adolescent", *Journal of Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 29(1):31-35.
51. Livingston, R. (1991). "Anxiety Disorders", *Child and Adolescent Psychiatry*, [ed. Lewis, M.], 673-685.
52. Rosenboum, J.F.; Biderman, J. ve ark. (1994). "The Etiology of Social Phobia", *Journal Clinic Psychiatry*, (suppl 55):10-16.

53. K roğlu, E. (1996). “Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Anksiyete Bozukluğu)”, *Psycho Med*, 1(2)13-19.
54. Stein, M.B; Walker, J.R. ve Forde, D.R. (1994). “Setting Diagnostic Thresholds For Social Phobia: Considerations From A Community Survey of Social Anxiety”, *Journal of Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 151(3):408-412.
55. Kendall PC. Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:100-110
56. Kendall PC, Falnery Schroeder E, Panichelli-Mindel SM, Southam-Gerow M, Henin A, Warman M. Therapy for youths with anxiety disorders: Asecond randomised clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:366-380
57. Kendall PC, Southam-Gerow MA. Long term follow up of a cognitive behavioural therapy for anxiety disordered youth. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:724-730
58. Albano AM, Marten PA, Holt CS, Heimberg RG, Barlow DH. Cognitive behavioural group treatment for social phobia in adolescents. Apreliminary study. *J Nerv Ment Dis* 1995;183:649-656
59. Erkman, H. (1997). “ zgül Fobi”, *Psikiyatri Temel Kitabı* [ed. Köroğlu E, ve Güleç, C.] Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 479-492.
60. Rosen, J.B. ve Schulkin, J. (1998). “From Normal Fear to Pathological Anxiety”, *Psychological Review*, 105(2):325-350.
61. Erol, N. ve  ner,  . (1999). “Anksiyeteye Yeni Bakışlar”, *ocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 6(1):52-60.
62. Ollendick, T.H.; Mattis, S.G. ve King, N.J. (1994). “Panic in Children and Adolescents: A Review”, *Journal of the Psychology and Psychiatry*, 35(1):113-134.
63. Schniering, C.A.; Hudson, J.L. ve Rapee, R.M. (2000). “Issues in The Diagnosis and Assessment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents”, *Clinical Psychology Review*, 20(4):453-478.
64. Berstein GA, Layne AE. Ayrılık Anksiyetesi ve diğer anksiyete bozuklukları, Sadock BJ, Sadock VA (editörler) Aydın H, Bozkurt A(eviri editörleri). *Comprehensive Textbook Psychiatry içinde Lippincot William Wilkins ve Güneş Kitabevi*;2007;3292-3302
65. şahin, A.R. (1997). “Obsesif-Kompulsif Bozukluk”, *Psikiyatri Temel Kitabı*, [ed. Köroğlu E.; Güleç, C.], Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 493-504.
66. Rappoport, J.L. (1989). *Obsessive-Compulsive Disorder in Children & Adolescents*, [1. Edition], USA: American Pres, Inc.

67. Demirok, D.; Ünal, F. ve Pehlivan Türk, B. (2001). “ Çocuk ve Ergenlerde Obsesif-Kompulsif Bozukluk: Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri”, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 8(1):11-19.
68. Swedo, S.E. ve Rapoport, J.L (1989). Phenomenology and Differential Diagnosis of Obsessive-Compulsive Disorder Impulsive Disorder in Children and Adolescents, American Psychiatric Press, Washington.
69. Türkbay T, Söhmen T (2000) Obsesif Kompulsif Bozukluk ile Psikotik Bozukluğun Karışması: Bir olgu sunumu Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 7:106-112
70. Coffey BJ, Schechter RL(2006) Treatment of Comorbid Obsessive Compulsive Disorder, Mood and Anxiety Disorders. Adv Neurol 99: 208-221
71. Türk Psikologlar Derneği (1999). Deprem El Kitabı ve Uygulama Kılavuzu, Ankara.
- Battal, S. ve Özmenler, N. (1997). “Posttravmatik Stres Bozukluğu”, Psikiyatri Temel Kitabı [ed. Köroğlu E.; Güleç, C.], Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 505-516.
72. Frederick, W.N. ve Schafer, L.C. (1995). “Somatic Symptoms in Sexually Abused Children”, Journal of Pediatric Psychology, 20(5):661-670.
73. Garmez, N. (1986). “Children Under Severe Stress; Critique and Commentary”, Journal and Academy Adolescent Psychiatry, 25:384-391.
74. Oğuz, F. ve Kılıç, E.Z. (1999). “Çocuk ve Ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu”, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 6(3):1999.
75. Rosenbaum JF , Biederman J, Hirshfeld DR, Bolduc EA, Faraone SV, Kagan J. Further evidence of an association between behavioral inhibition and anxiety disorders: results from a family study of children from a nonclinical sample. J. Psychiatr Res. 1991;25:49-65
76. Harvey A.G., Bryant R.A. (2000): Two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury, Am J Psychiatry, 157, 626–628.
77. Bryant R.A., Harvey A.G., Guthrie R., Moulds M. (2000): A prospective study of acute psychophysiological arousal, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder, J Abnorm Psychol, 109, 341–344.
78. Holeva V., Tarrier N., Wells A. (2001): Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: thought control strategies and social support, Behav Ther, 32, 65–83.
79. Daviss W.B., Money D., Racusin R. et al. (2000): Predicting posttraumatic stress after hospitalization for pediatric injury, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 39, 576-583.

80. Saxe G., Stoddard F., Sheridan R. et al. (1999): PTSD in children with burns, A longitudinal study, Paper presented at the International Society for Traumatic Stress Studies annual meeting, Miami.
81. Utting D, Pugh G. The social context of parenting. içinde, Hoghughi M, Long N (ed) Handbook of parenting: theory and research for practice. London: Sage Publications, 2004; 19–37.
82. Long N. e-Parenting. Handbook of parenting: theory and research for practice içinde, Hoghughi M, Long N (ed) London: Sage Publications, 2004; 369– 379.
83. Şahin FT, Özbey S. Aile Eğitim Programlarına Niçin Gereklinim Duyulmuştur? Aile Eğitim Programları Neden Önemlidir? Aile ve Toplum Dergisi 2007; 3 (12): 7-12.
84. Şahin FT, Ünver N. Okul Öncesi Programlara Aile Katılımı. Kastamonu Eğitim Dergisi 2005; 13 (1): 23-30.
85. Sanders MR. Development, Evaluation, and Multinational Dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. Annu. Rev. Clin. Psychol 2012; 8 (11): 1–35.
86. Pinsker M, Geoffroy K. A Comprasion of Parent Effectiveness Training And Behavior Modification Parent Training, Family Relations 1981; January:61–68.
87. Dembo HM, Sweitzer M, Lauritzen P. An Evaluation of Group Parent Education: Behavirol, PET, And Adlerian Programs. Review of Educational Research 1985; 55 (2): 155–200.
88. Money S. Parent Training: A Review of Adlerian, Parent Effectiveness Training And Behavirol Research. The Family Journal 1995; 3 (3): 218–230.
89. Gross D, Grady J. Group-Based Parent Training For Preventing Mental Health Disorders In Children. Mental Health Nursing 2002; 23: 367–383.
90. Goddard WH, Myers-Walls AJ, Lee TR. Parenting: Have We Arrived? Or Do We Continue the Journey? Family And Consumer Sciences Research Journal 2004; 33 (19): 457–474.
91. Knapp AP, Deluty HR. Relative Effectiveness of Two Behavioral Parent Training Programs. Journal of Clinical Child Psychology 1989; 18 (4): 314–322.
92. Day C, Davis H. Community child mental-health services: a framework for the development of parenting initiatives. J Consult Clin Psychol 1999: 4475-4480.
93. Bayraktar F. Olumlu Ergen Gelişiminde Ebeveyn/Akran İlişkilerinin Önemi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2007; 14 (3): 157–165.
94. Pinsker M, Geoffroy K. A Comprasion of Parent Effectiveness Training And Behavior Modification Parent Training, Family Relations 1981; January:61–68.

95. Assemany EA. Negative Treatment Outcomes of Behavioral Parent Training Programs. *Psychology In The Scholls* 2002; 39 (2): 209–217.
96. Mullett J. Triple P Community Implementation Report. Victoria, BC: Action Research Consulting. Report prepared for the Vancouver Island Health Authority 2007.
97. Sanders MR. Triple P-positive parenting program as a public health approach to strengthening parenting. *J Fam Psychol* 2008; 22: 506-517.
98. Sanders MR, Ralph A, Thompson R, Sofronoff K, Gardiner P, Bidwell K, Dwyer S. Every Family: A Public Health Approach To Promoting Children’s Wellbeing. Brief Report. 2005; www.pfsc.uq.edu.au, Erişim Tarihi: 12. 01. 2008.
99. Turner KMT, Sanders MR. Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: Learning from the Triple P—Positive Parenting Program system approach. *Aggression and Violent Behavior* 2005; 11 (2): 176-193.
100. Sanders MR, Turner KMT, Markie-Dadds C. The Development and Dissemination of the Triple P—Positive Parenting Program: A Multilevel, Evidence-Based System of Parenting and Family Support. *Prevention Science* 2002; 3 (3): 173-189.
101. Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program: Towards an Empirically Validated Multilevel Parenting and Family Support Strategy for the Prevention of Behavior and Emotional Problems in Children *Clinical Child and Family Psychology Review* 1999; 2 (2): 71-90.
102. Sanders MR. Community-based parenting and family support interventions and the prevention of drug abuse. *Addictive Behaviors* 2000a; 25 (6): 929–942.
103. Sanders MR, Calam R, Durand M, Liversidge T, Carmont SA. Does Self-Directed And Web-Based Support For Parents Enhance The Effects of Viewing A Reality Television Series Based On The Triple-P Positive Parenting Programme? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49 (9): 924-932.
104. Sanders MR, Ralph A. Facilitator’s manual for Group Teen Triple P. Milton, QLD, Australia: Triple P International Publishing, 2009.
105. Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KMT. Theoretical, Scientific and Clinical Foundations of the Triple P-Positive Parenting Programme A population Approach to the Promotion of Parenting Competence. *Parenting Research and Practice Monograph* 2003; 1: 1-25.
106. Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KMT, Ralph A. Using the Triple P System of Intervention to Prevent Behavioural Problems in Children and Adolescents. *Handbook of*

Interventions that Work with Children and Adolescents Prevention and Treatment. John Wiley & Sons Ltd. 2004; 490-516.

107. Kaufman, J., Birmaher B, Brent D ve ark. (1997) Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36:980-988. .

108. Gökler, B., Ünal F, Pehlivan Türk B. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-Türkçe uyarlaması'nın geçerlik ve güvenilirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2004; 11:109-16.

109. Shaffer D, Gould M, Brasic J, Ambrossini P, Fisher P, Bird H, Aluwahlia S. A Children's Global Assessment Scale (CGAS) (for children 4-16 years of age). Psychopharmacol Bull.1985;21:747-748

110. Guy W. Clinical Global Impression (CGI). ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised National Institute of Mental Health, Rockville, MD.1976.

111. Birmaher B., Khetarpal S., Brent D., et al. (1997): The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36(4), 545-53.

112. Çakmakçı F.K. (2004): Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 11(2).

113. Goodman R., Meltzer H, Bailey V The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self report version International Review Psychiatry 2003;15:173-177.

114. Goodman R., The Strengths and Difficulties Questionnaire:A research note Journal of Child Psychology and Psychiatry 1997;38(5):581-586.

115. Goodman R, The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden Journal of Child Psychology and Psychiatry 1999;40(5):791-799.

116. Obel C, Heiervang E, Rodriguez A, The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Nordic countries European Child and Adolescent Psychiatry 2004;(suppl 2)13:32-39.

117. Marzocchi GM, Capron C, Di Pietro M.The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire in Southern European countries European Child and Adolescent Psychiatry 2004;(suppl 2) 13:40-46.

118. Woerner W, Fleitlich-Bilyk B, Martinussen R, ve ark. The Strengths and Difficulties Questionnaire overseas:Evaluations and applications of the SDQ beyond Europe European Child and Adolescent Psychiatry 2004;(suppl 2) 13:47-54.

119. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. Güçler ve Güçlükler Anketi ergen formunun Türkçe çevirisinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 15. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi, Poster Bildiri, İstanbul, 2004.
120. Lecompte A, Öner N. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Türkçe'ye Adaptasyon ve Standardizasyonu ile İlgili Bir Çalışma. IX. Milli Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Çalışmaları 1975, 457-462.
121. Öner N, Le Compte A (1983) Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, İstanbul,Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
122. Kılıç C.: Genel Sağlık Anketi; Faktör Analitik Bir Çalışma. Nöro Psikiyatri Arsivi, 33 (4): 181-186, 1996.
123. Monga S, Arlene Y, Ph.D, and Mary Owens. Evaluating A Cognitive Behavioral Therapy Group Program For Anxious Five To Seven Year Old Children: A Pilot Study Depression and Anxiety 2009; 26:243–250
124. Comera J, Puliafico A ve ark. A pilot feasibility evaluation of the CALM Program for anxiety disorders in early childhood Journal of Anxiety Disorders 26; 2012: 40– 49
125. Muratori F, Picchi L ve ark. A Two-Year Follow-up of Psychodynamic Psychotherapy for Internalizing Disorders in Children American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 42; 2003:331-339
126. Schirman S ve ark. Effectiveness and tolerability of citalopram for the treatment of depression and anxiety disorders in children and adolescents: an open-label study J Neural Transm 2010; 117:139–145
127. Mrakotsky C, Masek B ve ark Prospective open-label pilot trial of mirtazapine in children and adolescents with social phobia Journal of Anxiety Disorders 22; 2008: 88–97
128. Hirshfeld-Becker DR, Masek B, Henin A, Blakely LR, Pollock-Wurman RA, McQuade J, DePetrillo L, Briesch J, Ollendick TH, Rosenbaum JF, Biederman J Cognitive behavioral therapy for 4- to 7-year-old children with anxiety disorders: a randomized clinical trial. J Consult Clin Psychol. 2010 Aug;78(4):498-510
129. Caporino N, Brodman D. Defining Treatment Response and RemissioninChild Anxiety: Signal DetectionAnalysisUsingthePediatric Anxiety RatingScale Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry Volume 52 number 1 january2013
130. Belotto-Silvaa C, Diniza J ve ark Group cognitive-behavioral therapy versus selective serotonin reuptake inhibitors for obsessive-compulsive disorder: A practical clinical trial Journal of Anxiety Disorders 26; 2012 : 25– 31

131. Cathy M. van der Sluis, Corine O. van der Bruggen ve ark. Parent-Directed Cognitive Behavioral Therapy for Young Anxious Children: A Pilot Study *Behavior Therapy* 43 (2012) 583–592
132. Denise H.M. Boddien, Ph.D., Susan M. Boer Gels, Ph.D., Maaïke H. Nauta. Child Versus Family Cognitive-Behavioral Therapy in Clinically Anxious Youth: An Efficacy and Partial Effectiveness Study. *J Am. acad. child adolesc. psychiatry*, 47:12, 2008
133. Mélou J, Marleen MEM van Doorn ve ark. Effectiveness of a cognitive-behavioral therapy (CBT) manualized program for clinically anxious children: study protocol of a randomized controlled trial Jansen et al. *BMC Psychiatry* 2012, 12:16
134. Natalie S. Gara and Jennifer L. Hudson. The Association Between Maternal Anxiety and Treatment Outcome for Childhood Anxiety Disorders *Behaviour Change* Volume 26 2009:1–15
135. Martin AJ. Sanders MR. Balancing Work and Family: A Controlled Evaluation of the Triple P- Positive Parenting Program as a Work-Site Intervention. *Child and Adolescent Mental Health* 2003; 8 (4): 161-169.
136. Sanders MR, Montgomery DT, Brechman-Toussaint ML. The Mass Media And The Prevention of Child Behavior Problems: The Evaluation of A Television Series To Promote Positive Outcomes For Parents And Their Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2000; 41 (7): 939-948.
137. Sanders MR, Ralph A, Sofronoff K, Gardiner P, Thompson R, Dwyer S, Bidwell K. Every Family: A Population Approach To Reducing Behavioral And Emotional Problems In Children Making The Transition To School. *Journal of Primary Prevention* 2008; 29: 197-222.
138. Martin AJ. Sanders MR. Balancing Work and Family: A Controlled Evaluation of the Triple P- Positive Parenting Program as a Work-Site Intervention. *Child and Adolescent Mental Health* 2003; 8 (4): 161-169.
139. Leung C, Sanders MR, Leung S, Mak R, Lau J. An Outcome Evaluation of The Implementation of The Triple P- Positive Parenting Program In Hong Kong. *Family Process* 2003; 42 (4): 531-544.
140. Turner KMT, Richards M, Sanders MR. Randomised Clinical Trial of A Group Parent Education Programme For Australian Indigenous Families. *Journal of Pediatrics And Child Health* 2007; 43: 429–437
141. Bor W, Sanders MR, Markie-Dadds C. The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and

attention/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2002; 30 (6): 571-587.

142. Turner KMT, Sanders MR. Help When It's Needed First: A Controlled Evaluation of Brief, Preventive Behavioral Family Intervention In A Primary Care Setting. *Behavior Therapy* 2006; 37: 131-142.

143. Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KMT, Ralph A. Using the Triple P System of Intervention to Prevent Behavioural Problems in Children and Adolescents. *Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents Prevention and Treatment*. John Wiley & Sons Ltd. 2004; 490-516.

144. Matsumoto Y, Sofronoff K, Sanders MR. The Efficacy And Acceptability of The Triple P Parenting Program In A Cross-Cultural Context: Results of An Efficacy Trial. *Behaviour Change* 2007; 24: 205-218.

145. Nicholson JM, Sanders MR. Randomized Controlled Trial of Behavioral Family Intervention for The Treatment of Child Behavior Problems In Stepfamilies. *Journal of Divorce and Remarriage* 1999; 30 (3/4): 1-23.

146. Turner KMT, Sanders MR. Help When It's Needed First: A Controlled Evaluation of Brief, Preventive Behavioral Family Intervention In A Primary Care Setting. *Behavior Therapy* 2006; 37: 131-142.

147. Atefeh Soltanifar, Fatemeh Moharreri, Azadeh Soltanifar Depressive and Anxiety Symptoms in Mothers of Children with ADHD Compared to the Control Group *Iranian J Psychiatry* 4:3, Summer 2009

148. Connell S, Sanders MR, Markie-Dadds C. Self-Directed Behavioral Family Intervention For Parents of Oppositional Children In Rural And Remote Areas. *Behavior Modification* 1997; 21 (4): 379-408.

149. Markie-Dadds C, Sanders MR. Self-Directed Triple P (Positive Parenting Program) For Mothers With Children At-Risk of Developing Conduct Problems. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 2006b; 34 (3): 259-275.

150. Ralph A, Sanders MR. Preliminary Evaluation of the Group Teen Triple P Program for Parents of Teenagers Making the Transition To High School. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 2003; 2 (3): 1-8.

151. Zubrick SR, Ward KA, Silburn SR, Lawrence D, Williams AA, Blair E, Robertson D, Sanders MR. Prevention of Child Behavior Problems Through Universal Implementation of A Group Behavioral Family Intervention. *Prevention Science* 2005; 6 (4): 287-304.

152. Leung C, Sanders MR, Ip F, Lau J. Implementation of Triple P - Positive Parenting Program In Hong Kong: Predictors of Program Completion And Clinical Outcomes. *Journal of Children's Services* 2006; 1 (2): 4-17.
153. Morawska A, Sanders MR. Self-Administered Behavioral Family Intervention for Parents of Toddlers: Part I. Efficacy. *Journal of Clinical and Consulting Psychology* 2006c; 74 (1): 10-19.
154. Stallman HM, Ralph A. Reducing Risk Factors For Adolescent Behavioural And Emotional Problems: A Pilot Randomised Controlled Trial of A Self-Administered Parenting Intervention. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 2007; 6 (2): 1-13.
155. Morawska A, Sanders MR. An evaluation of a behavioural parenting intervention for parents of gifted children. *Behaviour Research and Therapy* 2009; 47: 463-470.
156. Sanders MR, Dittman CK, Keown LJ, Farruggia S, Rose D. What are the parenting experiences of fathers? The Use of Household Survey Data to Inform Decisions About the Delivery of Evidence-Based Parenting Interventions to Fathers. *Child Psychiatry and Human Development* 2010; 41 (5): 562-569.
157. Joachim S, Sanders MR, Turner KMT. Reducing preschoolers' disruptive behaviour in public with a brief parent discussion group. *Child Psychiatry and Human Development*, 2010; 41 (1): 47-60.
158. Sanders MR, McFarland M. Treatment of depressed mothers with disruptive children: A controlled evaluation of cognitive behavioural family intervention. *Behavior Therapy* 2000; 31: 89-112.
159. Calam R, Sanders MR, Miller C, Carmot SA. Can Tecnology And The Media Help Reduce Dysfunctional Parenting And Increase Engagement Wiht Preventative Parenting Interventions?. *Child Maltreatment* 2008; 13 (4): 347-361.

EKLER

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

ADINIZ-SOYADINIZ :

YAŞINIZ :

ADRESİNİZ:

TELEFON NUMARANIZ:

AİLE İLE İLGİLİ BİLGİLER:

ÇOCUĞUNUZUN İSMİ:

ÇOCUĞUNUZUN CİNSİYETİ: () Kız () Erkek

ÇOCUĞUNUZUN DOĞUM TARİHİ:

ÇOCUĞUNUZA OLAN YAKINLIĞINIZ: 1- Anne (Öz veya evlat edinilmiş)
2- Üvey anne
3- Koruyucu anne
4- Diğer (lütfen açıklayınız)
5- Baba (Öz veya evlat edinilmiş)
6- Üvey baba
7- Koruyucu baba
8- Diğer (lütfen açıklayınız)

MEDENİ DURUMUNUZ: 1-Evli 2-Boşanmış
3-Ayrı yaşama 4-Eşinin vefat etmiş olması
5-Diğer: belirtiniz.....

KARDEŞ SAYISI : 1-kardeş yok
2-1 kardeş var
3-2 kardeş var
4-3 kardeş ve üstü

AİLENİN KAÇINCI ÇOCUĞU : 1- 2 3 4 5 ve üstü

AİLENİN YAPISI: 1- Çekirdek aile (anne-baba-çocuk/lar)
2- Geniş aile (anneanne, babaanne ve dede)
3- Boşanma
4- Ayrılma
5- Ölüm

- ANNENİN DOĞUM SIRASINDAKİ YAŞI :**
- 1- 16 yaş altı
 - 2- 16-18 arası
 - 3- 18-25 arası
 - 4- 25-35 arası
 - 5- 35-40 arası
 - 6- 40 yaş üstü

- ANNENİN ÖĞRENİM DURUMU:**
- 1- Okur yazar değil
 - 2 -Okur yazar
 - 3- İlkokul mezunu
 - 4- Ortaokul mezunu
 - 5- Lise mezunu
 - 6- Yüksekokul veya üniversite mezunu
 - 7- Diğer: belirtiniz

- ANNENİN MESLEĞİ :**
- 1- İşsiz
 - 2- Memur
 - 3- İşçi
 - 4- Emekli
 - 5- Diğer (lütfen açıklayınız)

- BABANIN ÖĞRENİM DURUMU:**
- 1- Okur yazar değil
 - 2 -Okur yazar
 - 3- İlkokul mezunu
 - 4- Ortaokul mezunu
 - 5- Lise mezunu
 - 6- Yüksekokul veya üniversite mezunu
 - 7- Diğer: belirtiniz

- BABANIN MESLEĞİ :**
- 1- İşsiz
 - 2- Memur
 - 3-İşçi
 - 4-Emekli
 - 5-Diğer (lütfen açıklayınız)

- ANNE -BABANIN BİRLİKTELİK DURUMU :**
- 1- Evli ve beraber
 2. Evli ve ayrı yaşayan

3- Boşanmışlar veya ayrı oturuyorlar

4- Anne yada babadan biri ölmüş

AİLENİN GELİR DURUMU: 1-Çok düşük

2-Düşük

3-Orta

4-Yüksek

5-Çok yüksek

1.DERECE (A-B VEYA KARDEŞ) AİLEDE TIBBİ HASTALIK ÖYKÜSÜ :

1- Var (yalnız kronik bir hastalık- sürekli ilaç kullanım veya ara ara hastaneye yatış) kimde nasıl hastalık?

2- Yok

1. DERECE(Ç'UN A-B VEYA KARDEŞ) AİLEDE RUHSAL HASTALIK ÖYKÜSÜ :

1- Var (şu anda ilaç veya tedaviye ihtiyacı olan) Kimde ve Nasıl bir hastalık?

2- Yok

OKUL BAŞARISI :

1- Pekiyi

(KARNEDEKİ SON DÖNEM)

2- İyi

3- Orta

4- Ortanın altı

5- Zayıf

AKRAN İLİŞKİSİ :

1-İyi, yeterli sayıda arkadaş (En az iki yakın veya yalnızca bir yakın arkadaş

2- Yakın arkadaş tariflenmiyor.

STAI FORM TX – I (DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ)

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HIÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLE
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sınırlarım gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX – 2 (SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ)

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sınırlarım gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

		hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ**AB 4-16**

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Çocuğunuzun Adı:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınıır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem v.s.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça öfke nöbetleri olur ya da aşırı sinirlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşı vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder ya da onlarla alay eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli ya da ağlamaklıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gergin ya da huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendinden küçüklere iyi davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça yalan söyler ya da hile yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ona takarlar ya da onunla alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul ya da başka yerlerden çalar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Genel olarak, çocuğunuzun aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğunu düşünüyor musunuz:
Duygular, dikkati toplama, davranışlar, başkaları ile geçinebilme?

Hayır Evet Biraz Evet, Oldukça Ciddi Evet, Çok Ciddi

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az 1- 5 ay 5- 12 ay Bir yıldan fazla

- Bu güçlükler çocuğunuzu sıkıntıya sokuyor ya da moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır Biraz Oldukça Fazla Çok Fazla

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?

Kesinlikle Hayır Biraz Oldukça Fazla Çok Fazla

Ev yaşamı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akranları ile ilişkisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sınıf içi öğrenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boş zaman etkinlikleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaşıyor mu?

Kesinlikle Hayır Biraz Oldukça Fazla Çok Fazla

İmza:

Tarih:

ÇOCUKLARDA ANKSİYETE BOZUKLUKLARINI TARAMA ÖLÇEĞİ - ANNE BABA FORMU

Çocuğun adı ve soyadı:

Tarih:

Yaş:

Yakınlık derecesi:

Aşağıda, insanların kendilerini nasıl hissettiklerini tanımlayan maddelerden oluşan bir liste bulunmaktadır. Her madde için; eğer madde çocuğunuz için doğru ya da çoğu zaman doğru ise 2'yi, biraz ya da bazen doğru ise 1'i, doğru değil ya da nadiren doğru ise 0'ı işaretleyin. Bazı maddelerin size uymadığını düşünseniz de **lütfen boş bırakmayın**.

0: Doğru değil ya da nadiren doğru

1: Biraz ya da bazen doğru

2: Doğru ya da çoğu zaman doğru

1- Çocuğum korktuğu zaman nefes alması zorlaşır.	0	1	2
2- Okuldayken çocuğumun başı ağrır.	0	1	2
3- Çocuğum İyi tanımadığı insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmaz.	0	1	2
4- Çocuğum evden uzak bir yerde uyursa korkar.	0	1	2
5- Çocuğum başka insanların kendisini sevip sevmediğinden endişelenir.	0	1	2
6- Çocuğum korktuğu zaman bayılacak gibi hisseder.	0	1	2
7- Çocuğum huzursuzdur.	0	1	2
8- Çocuğum nereye gidersem gideyim peşimden gelir.	0	1	2
9- Birçok insan çocuğumun huzursuz görüldüğünü söyler.	0	1	2
10- Çocuğum iyi tanımadığı insanların yanında kendisini huzursuz hisseder.	0	1	2
11- Okuldayken çocuğumun karnı ağrır.	0	1	2
12- Çocuğum korktuğu zaman aklını kaçırarak gibi hisseder.	0	1	2
13- Çocuğum yalnız yatmaktan endişe duyar.	0	1	2
14- Çocuğum diğer çocuklar kadar iyi olmadığından endişelenir.	0	1	2
15- Çocuğum korktuğu zaman olayları gerçek değilmiş gibi hisseder.	0	1	2
16- Çocuğum, anne ve babasının başına kötü şeylerin geldiği kabuslar görür.	0	1	2
17- Çocuğum okula gitmekten endişe duyar.	0	1	2
18- Çocuğum korktuğu zaman kalbi hızlı çarpar.	0	1	2

19- Çocuğum titrer.	0	1	2
20- Çocuğum başına kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görür.	0	1	2
21- Çocuğum işleri yolunda gitmeyecek diye endişelenir.	0	1	2
22- Çocuğum korktuğu zaman çok terler.	0	1	2
23- Çocuğum her şeyi kendine dert eder.	0	1	2
24- Çocuğumun hiçbir neden olmadığı halde çok korktuğu olur.	0	1	2
25- Çocuğum evde yalnız kalmaktan korkar.	0	1	2
26- İyi tanımadığım insanlarla konuşmak çocuğuma zor gelir.	0	1	2
27- Çocuğum korktuğu zaman boğuluyormuş gibi hisseder.	0	1	2
28- Birçok insan çocuğuma çok endişelendiğini söyler.	0	1	2
29- Çocuğum aileden uzakta olmaktan hoşlanmaz.	0	1	2
30- Çocuğum heyecan nöbetleri geçirmekten korkar.	0	1	2
31- Çocuğum anne ve babasının başına kötü şeyler gelecek diye endişelenir.	0	1	2
32- Çocuğum iyi tanımadığı insanların yanında utanır.	0	1	2
33- Çocuğum gelecekte olacaklar konusunda endişelenir.	0	1	2
34- Çocuğum korktuğu zaman kusacakmış gibi olur.	0	1	2
35- Çocuğum işlerini ne kadar iyi yaptığından endişelenir.	0	1	2
36- Çocuğum okula gitmekten korkar.	0	1	2
37- Çocuğum olup bitmiş şeyler hakkında endişe duyar.	0	1	2
38- Korktuğu zaman çocuğumun başı döner.	0	1	2
39- Çocuğum başka çocuk ve yetişkinlerle birlikteyken ve onlar çocuğumun yaptığı şeyi seyrederken kendini huzursuz hisseder. (ör:Yüksek sesle okurken,konuşurken,oyun oynarken, spor yaparken)	0	1	2
40- Çocuğum iyi tanımadığı insanların bulunacağı partiye,dansa ya da herhangi bir yere giderken kendini huzursuz hisseder.	0	1	2
41- Utangaçtır.	0	1	2

ÇOCUKLARDA ANKSİYETE BOZUKLUKLARINI TARAMA ÖLÇEĞİ - ÇOCUK FORMU

Ad ve soyad:

Tarih:

Yaş:

Aşağıda, insanların kendilerini nasıl hissettiklerini tanımlayan maddelerden oluşan bir liste bulunmaktadır. Her madde için; eğer madde sizin için doğru ya da çoğu zaman doğru ise 2'yi, biraz ya da bazen doğru ise 1'i, doğru değil ya da nadiren doğru ise 0'ı işaretleyin. Bazı maddelerin size uymadığını düşünseniz de **lütfen boş bırakmayın**.

0: Doğru değil ya da nadiren doğru

1: Biraz ya da bazen doğru

2: Doğru ya da çoğu zaman doğru

1- Korktuğum zaman nefes almam zorlaşır.	0	1	2
2- Okuldayken başım ağrır.	0	1	2
3- İyi tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
4- Evden uzak bir yerde uyursam korkarım.	0	1	2
5- Başka insanların beni sevip sevmediğinden endişelenirim.	0	1	2
6- Korktuğum zaman bayılacak gibi hissederim.	0	1	2
7- Huzursuzum.	0	1	2
8- Nereye giderlerse gitsinler annemin ve babamın peşinden giderim.	0	1	2
9- Birçok insan bana huzursuz görüdüğümü söyler.	0	1	2
10- İyi tanımadığım insanların yanında kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
11- Okuldayken karnım ağrır.	0	1	2
12- Korktuğum zaman aklımı kaçırarak gibi hissederim.	0	1	2
13- Yalnız yatmaktan endişe duyarım.	0	1	2
14- Diğer çocuklar kadar iyi olmadığımdan endişelenirim.	0	1	2
15- Korktuğum zaman olayları gerçek değilmiş gibi hissederim.	0	1	2
16- Annemin ve babamın başına kötü şeylerin geldiği kabuslar görürüm.	0	1	2
17- Okula gitmekten endişe duyarım.	0	1	2

18- Korktuğum zaman kalbim hızlı çarpar.	0	1	2
19- Titrerim.	0	1	2
20- Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2
21- İşlerim yolunda gitmeyecek diye endişelenirim.	0	1	2
22- Korktuğum zaman çok terlerim.	0	1	2
23- Her şeyi kendime dert ederim.	0	1	2
24- Hiçbir neden olmadığı halde çok korktuğum olur.	0	1	2
25- Evde yalnız kalmaktan korkarım.	0	1	2
26- İyi tanımadığım insanlarla konuşmak bana zor gelir.	0	1	2
27- Korktuğum zaman boğuluyormuş gibi hissederim.	0	1	2
28- Birçok insan bana çok endişelendiğimi söyler.	0	1	2
29- Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
30- Heyacan nöbetleri geçirmekten korkarım.	0	1	2
31- Annemin ve babamın başına kötü şeyler gelecek diye endişelenirim	0	1	2
32- İyi tanımadığım insanların yanında utanırım.	0	1	2
33- Gelecekte olacaklar konusunda endişelenirim.	0	1	2
34- Korktuğum zaman kusacakmış gibi olurum.	0	1	2
35- İşlerimi ne kadar iyi yaptığımdan endişelenirim.	0	1	2
36- Okula gitmekten korkarım.	0	1	2
37- Olup bitmiş şeyler hakkında endişe duyarım.	0	1	2
38- Korktuğum zaman başım döner.	0	1	2
39- Başka çocuk ve yetişkinlerle birlikteyken ve onlar benim yaptığım şeyi seyrederken kendimi huzursuz hissederim. (ör:Yüksek sesle okurken,konuşurken,oyun oynarken, spor yaparken)	0	1	2
40- İyi tanımadığım insanların bulunacağı partiye,dansa ya da herhangi bir yere giderken kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
41- Utangacım.	0	1	2

GENEL SAĞLIK ANKETİ-28

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz:

Son birkaç hafta içinde her hangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. **Bütün soruları** size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayınız. Geçmişteki değil, **yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi** sorduğumuzu unutmayınız. Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir.

SON ZAMANLARDA

A1. Kendinizi çok iyi ve sağlıklı hissediyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok daha kötü
A2. Sizi dinçleştirerek bir ilaca ihtiyaç duyuyor musunuz?	hayır, hiç duymuyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
A3. Kendinizi tükenmiş ve dağınık hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
A4. Kendinizi hasta hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
A5. Başınızda ağrı oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
A6. Başınızda sıkışma veya basınç hissi oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
A7. Sıcak ya da soğuk basması oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B1. Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	hayır, hiç çekmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B2. Uykunuzun bölündüğü oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B3. Kendinizi sürekli gerilim altında hissediyor musunuz?	hayır, hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
B4. Öfkeli ve huysuz oluyor musunuz?	hayır, hiç olmuyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B5. Nedensiz korkuya veya paniğe kapıldığınız oluyor mu?	hayır, hiç kapılmıyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B6. Her şeyi üzerinize yüklenmiş gibi hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok fazla
B7. Kendinizi sürekli sinirli ve gergin hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla

C1. Bir işle meşgul olabiliyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	çok az
C2. İşlerinizi bitirmeniz daha uzun zaman alıyor mu?	hayır, hiç almıyor	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok uzun
C3. Genel olarak işleriniz iyi yaptığınızı hissediyor musunuz?	evet, her zamankinden iyi	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok kötü
C4. Görevlerinizi yeterince yerine getirebiliyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok kötü
C5. İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	çok az
C6. Herhangi bir konuda fazla zorlanmadan karar verebiliyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok kötü
C7. Günlük faaliyetlerden zevk alabiliyor musunuz?	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	çok az
D1. Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	hayır, hiç görmüyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
D2. Yaşamdan hiç umudunuzun kalmadığını hissediyor musunuz	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
D3. Hayat yaşamaya değmez diye düşünüyor musunuz?	hayır, hiç düşünmüyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
D4. Kendi canınıza kıyabileceğinizi düşündüğünüz oluyor mu?	kesinlikle hayır	her zamanki kadar	aklımdan geçtiği oldu	çok sık
D5. Sınırlarınız bozulduğu için hiçbir şey yapamadığınız oluyor mu?	hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
D6. Kendi kendinize “ölsem de kurtulsam” dediğiniz oluyor mu?	hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
D7. Kendinizi öldürme düşüncesi sürekli aklınıza takılıyor mu?	kesinlikle hayır	düşünmedim	aklımdan geçtiği oldu	çok sık

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ - HASTALIK ŞİDDETİ
(CGI-S)

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil "
2. Hastalık sınırında "
3. Hafif düzeyde hasta "
4. Orta düzeyde hasta "
5. Belirgin düzeyde hasta "
6. Ağır hasta "
7. Çok ağır hasta "

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.- 622

15.10.2012

Sayın Doç.Dr.Özlem GENCER

Kurulumuz tarafından 11.10.2012 tarih ve 755-GOA protokol numaralı 2012/33-13 karar numarası ile görüşülen “Triple P(ÜÇ P)-Olumlu Anne - Babalık Eğitimi'nin Anksiyete Bozukluğu Olan 8-12 Yaş Arası Çocuklarda ve Ebeveynlerinde Anksiyete Düzeyi ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkilerinin Araştırıldığı Prospektif Bir Çalışma” konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ ETİK KOMİSYONUN	DOSYA NO:	755-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input checked="" type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Triple P(ÜÇ P)-Olumlu Anne-Babalık Eğitimi'nin Anksiyete Bozukluğu Olan 8-12 Yaş Arası Çocuklarda ve Ebeveynlerinde Anksiyete Düzeyi ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkilerinin Araştırıldığı Prospektif Bir Çalışma	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVAN/ADI/SOYADI ve NİVE	Doç.Dr.Özlem GENCER Dr.Gonça ENGİN	
	UZMANLIK ALANI	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı A.D	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2012/33-13	Tarih: 11.10.2012
	Doç.Dr.Özlem GENCER sorumlusu Dr.Gonca ENGİN'in proje yürütücüsü olduğu "Triple P(ÜÇ P)-Olumlu Anne - Babalık Eğitimi'nin Anksiyete Bozukluğu Olan 8-12 Yaş Arası Çocuklarda ve Ebeveynlerinde Anksiyete Düzeyi ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkilerinin Araştırıldığı Prospektif Bir Çalışma" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
				E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr..Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Fakültesi	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Servet AKAR	İç Hastalıkları (Romatoloji B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Işıl TEK MEN	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Meltem Kutlu GÜRSEL	Hukuk	D.E.Ü Hukuk Fakültesi İdare Hukuku Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

Doç.Dr.Ayşe Aydan

Mikrobiyoloji

DEU Tıp Fakültesi