

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK ve ERGEN RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARDAKİ YIKICI DAVRANIŞLARIN
ÇOCUĞUN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ İLE EBEVEYNİN DEPRESYON,
ANKSİYETE VE STRES DÜZEYİ BAĞLAMINDA
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. PELİN ARI**

**DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ AHMET BÜBER**

DENİZLİ – 2023

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK ve ERGEN RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARDAKİ YIKICI DAVRANIŞLARIN
ÇOCUĞUN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU BELİRTİLERİ İLE EBEVEYNİN DEPRESYON,
ANKSİYETE VE STRES DÜZEYİ BAĞLAMINDA
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. PELİN ARI**

**DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ AHMET BÜBER**

DENİZLİ – 2023

TEŞEKKÜR

Asistanlığım süresince desteklerini esirgemeyen, bilgi ve birikimleriyle eğitimime katkı sağlayan, güler yüzlü, sıcak tutumları ve sağladıkları çalışma ortamıyla verimli bir asistanlık geçirmemi sağlayan değerli hocalarım Doç. Dr. Gülşen ÜNLÜ'ye, Doç. Dr. Bürge KABUKÇU BAŞAY'a, Doç. Dr. Ömer BAŞAY'a, Dr. Öğr. Üyesi Ahmet BÜBER'e, Dr. Öğr. Üyesi Merve AKTAŞ TERZİOĞLU'na,

Tez sürecindeki ilgisi ve desteği nedeniyle tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ahmet BÜBER'e,

Tez sürecinde istatistik konusunda yardımlarını esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Hande Şenol'a,

Rotasyon süresince birlikte çalıştığım, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Psikiyatri Anabilim Dalı'ndaki değerli hocalarıma ve Çocuk Nörolojisi rotasyonu boyunca çalışma şansı bulduğum ve bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Doç. Dr. Olcay GÜNGÖR'e,

Asistanlık sürecimde birlikte çalışmaktan keyif aldığım başta Hatice Çelik Yıldırım, Merve Yıldırım ve Hilal Nur Beyoğlu olmak üzere Çocuk ve Ergen Psikiyatri asistanı arkadaşlarıma,

Bugüne gelmemin yegâne kaynağı olan, sonsuz minnet duyduğum sevgili aileme,

Teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY SAYFASI.....	III
TEŞEKKÜR	IV
İÇİNDEKİLER	V
KISALTMALAR	XVI
TABLolar	XVIII
ÖZET.....	XXVI
SUMMARY	XXVIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. OKUL ÖNCESİ DÖNEM.....	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. Okul Öncesi Dönemi Açıklayan Kuramlar	4
2.1.3. Okul Öncesi Dönemin Normal Gelişimsel Özellikleri	5
2.2. YIKICI DAVRANIŞLAR	7
2.2.1. Yıkıcı Davranışlara İlişkin Tanımlar	7
2.2.2. Tarihçe	14
2.1.3. Epidemiyoloji.....	15
2.1.4. Yıkıcı Davranışların Normatif Yanlış Davranışlardan Ayrımı..	17
2.2.5. Yıkıcı Davranışların Sınıflandırılması.....	18
2.2.6. Yıkıcı Davranışların Etiyolojisi	23
2.2.7. Okul Öncesi Yıkıcı Davranışların Tedavisi.....	28
2.3. EBEVEYN PSİKOPATOLOJİSİ	29
2.3.1. Ebeveyn Psikopatolojisi Olarak Depresyon	29
2.3.1. Ebeveyn Psikopatolojisi Olarak Anksiyete.....	29
2.3.1. Ebeveyn Psikopatolojisi Olarak Stres.....	30
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	31
3.1. AMAÇLAR	31
3.2. VARSAYIMLAR.....	32
3.3. ARAŞTIRMANIN TİPİ	33

3.4. ARAŞTIRMANIN TARİHİ.....	33
3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ.....	33
3.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLER	34
3.7. ETİK	35
3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	35
3.8.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	36
3.8.2. Okul Öncesi Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği (YDÇBDÖ	36
3.8.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu (DEHB-DÖ-IV Okul Öncesi)	37
3.8.4. Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği (DASÖ-21)	37
3.9. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME	38
4. BULGULAR	39
4.1. KATILIMCILARIN VE AİLELERİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER	39
4.1.1. Çocukların Cinsiyet Dağılımı	39
4.1.2. Çocukların Yaş Dağılımı	39
4.1.3. Çocukların Kardeş Sayısı	40
4.1.4. Anne Yaşı, Eğitim Düzeyi ve Çalışma Durumu	40
4.1.5. Baba Yaşı, Eğitim Düzeyi ve Çalışma Durumu	41
4.1.6. Aile Yapısı.....	42
4.1.7. Ailenin Aylık Gelir Düzeyi	42
4.2. ÇOCUKLARIN DOĞUM ÖNCESİ, DOĞUM VE DOĞUM SONRASI DÖNEMLERİNE İLİŞKİN VERİLER.....	42
4.2.1. Annenin Gebelikte Hastalık Geçirme Durumu.....	42
4.2.2. Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumu.....	43
4.2.3. Annenin Gebeliğinde Sigara Kullanımı	43
4.2.4. Doğuma İlişkin Özellikler	44
4.2.5. Doğum Sonrası Döneme İlişkin Özellikler	44
4.3. ÇOCUKLARDA RUHSAL BOZUKLUK VARLIĞINA İLİŞKİN VERİLER	45
4.4. ÇOCUKLARDA KRONİK HASTALIKLAR VARLIĞI	45

4.5. ÇOCUKLARIN ANNE BABA VE KARDEŞLERİNDE KRONİK VE RUHSAL HASTALIK VARLIĞINA İLİŞKİN VERİLER	46
4.6. ÖLÇEKLERDEN ELDE EDİLEN VERİLER.....	46
4.6.1. Ölçek Puan Ortalamaları.....	46
4.7. YDÇBDÖ TOPLAM PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ	47
4.7.1. Cinsiyete Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları.....	47
4.7.2. Yaş ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi.....	48
4.7.3. Kardeş Sayısı ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi.....	48
4.7.4. Anne Yaşı ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi	48
4.7.5. Baba Yaşı ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi.....	48
4.7.6. Anne Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi.	49
4.7.7. Baba Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi..	49
4.7.8. Ailenin Aylık Gelir Düzeyi ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi	49
4.7.9. Anne Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları	50
4.7.10. Baba Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları ..	50
4.7.11. Aile Yapısına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları	51
4.7.12. Anne Baba Birlikteliğine Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları....	51
4.7.13. Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları.....	51
4.7.14. Annenin Gebelikte Ekonomik Zorluk Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları	52
4.7.15. Annenin Gebelikte Yakın Kaybı Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları.....	52
4.7.16. Annenin Gebelikte Sigara Kullanım Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları	53
4.7.17. Doğum Zamanına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları	53
4.7.18. Doğum Şekline Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları	53
4.7.19. Doğum Kilosu ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi	54
4.7.20. Doğum Sonrasında Tıbbi Sorun Varlığına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları	54

4.7.21. Doğum Sonrasında Sarılık Gelişme Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları	54
4.7.22. Kuvöz İhtiyacına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları.....	55
4.7.23. Çocuk Psikiyatri Başvurusuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları	55
4.7.24. Çocukta Kronik Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları.....	56
4.7.25. Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Ruhsal Bozukluk Varlığına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları.....	56
4.7.26. Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Fiziksel Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları	56
4.7.27. DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu Puanlarının YDÇBDÖ Toplam Puanları ile İlişkisi	57
4.7.28. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21) Puanlarının YDÇBDÖ Toplam Puanları ile İlişkisi.....	57
4.7.29. YDÇBDÖ Toplam Puanının Tek Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi.....	58
4.7.30. YDÇBDÖ Toplam Puanları Üzerine Etkili Olduğu Düşünülen Değişkenlerin Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon ile Analizi	59
4.8. YDÇBDÖ ÖFKE NÖBETİ PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ.....	60
4.8.1. Cinsiyete Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları	60
4.8.2. Yaş ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi	61
4.8.3. Kardeş Sayısı ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi	61
4.8.4. Anne Yaşı ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi.....	61
4.8.5. Baba Yaşı ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi	62
4.8.6. Anne Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi	62
4.8.7. Baba Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi	62
4.8.8. Ailenin Aylık Gelir Düzeyi ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi	63

4.8.9. Anne Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	63
4.8.10.Baba Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	63
4.8.11. Aile Yapısına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	64
4.8.12. Anne Baba Birlikteliğine Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	64
4.8.13. Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	65
4.8.14. Annenin Gebelikte Ekonomik Zorluk Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	65
4.8.15. Annenin Gebelikte Yakın Kaybı Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	66
4.8.16. Annenin Gebelikte Sigara Kullanım Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	66
4.8.17. Doğum Zamanına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	66
4.8.18. Doğum Şekline Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	67
4.8.19. Doğum Kilosu ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi .	67
4.8.20. Doğum Sonrasında Tıbbi Sorun Varlığına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları	68
4.8.21. Doğum Sonrasında Sarılık Gelişme Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	68
4.8.22. Kuvöz İhtiyacına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları	68
4.8.23. Çocuk Psikiyatri Başvurusuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	69
4.8.24. Çocukta Kronik Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	69
4.8.25. Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Ruhsal Bozukluk Varlığına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	70
4.8.26. Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Fiziksel Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	70

4.8.27. DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu Puanlarının YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları ile İlişkisi.....	70
4.8.28. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21) Puanlarının YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları ile İlişkisi	71
4.8.29. YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanının Tek Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi.....	71
4.8.30. YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları Üzerine Etkili Olduğu Düşünülen Değişkenlerin Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon ile Analizi	73
4.9. YDÇBDÖ KARŞI GELME PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ.....	73
4.9.1. Cinsiyete Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları	74
4.9.2. Yaş ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi	74
4.9.3. Kardeş Sayısı ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi	74
4.9.4. Anne Yaşı ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi	75
4.9.5. Baba Yaşı ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi	75
4.9.6. Anne Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi	75
4.9.7. Baba Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi	75
4.9.8. Ailenin Aylık Gelir Düzeyi ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi	76
4.9.9. Anne Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	76
4.9.10. Baba Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	76
4.9.11. Aile Yapısına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	77
4.9.12. Anne Baba Birlikteliğine Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	77
4.9.13. Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	78

4.9.14. Annenin Gebelikte Ekonomik Zorluk Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları	78
4.9.15. Annenin Gebelikte Yakın Kaybı Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	78
4.9.16. Annenin Gebelikte Sigara Kullanım Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları	79
4.9.17. Doğum Zamanına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	79
4.9.18. Doğum Şekline Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları	80
4.9.19. Doğum Kilosu ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi	80
4.9.20. Doğum Sonrasında Tıbbi Sorun Varlığına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	80
4.9.21. Doğum Sonrasında Sarılık Gelişme Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları	81
4.9.22. Kuvöz İhtiyacına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	81
4.9.23. Çocuk Psikiyatri Başvurusuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	82
4.9.24. Çocukta Kronik Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	82
4.9.25. Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Ruhsal Bozukluk Varlığına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	82
4.9.26. Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Fiziksel Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları	83
4.9.27. DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu Puanlarının YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları ile İlişkisi.....	83
4.9.28. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21) Puanlarının YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları ile İlişkisi	84
4.9.29. YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanının Tek Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi.....	84
4.9.30. YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları Üzerine Etkili Olduğu Düşünülen Değişkenlerin Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon ile Analizi	86

4.10. YDÇBDÖ SALDIRGANLIK PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ.....	87
4.10.1. Cinsiyete Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları.....	87
4.10.2. Yaş ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi.....	87
4.10.3. Kardeş Sayısı ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi..	87
4.10.4. Anne Yaşı ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi.....	88
4.10.5. Baba Yaşı ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi.....	88
4.10.6. Anne Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi	88
4.10.7. Baba Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi	88
4.10.8. Ailenin Aylık Gelir Düzeyi ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi	89
4.10.9. Anne Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları	89
4.10.10. Baba Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları	89
4.10.11. Aile Yapısına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları.....	90
4.10.12. Anne Baba Birlikteliğine Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları.....	90
4.10.13. Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları	91
4.10.14. Annenin Gebelikte Ekonomik Zorluk Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları.....	91
4.10.15. Annenin Gebelikte Yakın Kaybı Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları	91
4.10.16. Annenin Gebelikte Sigara Kullanım Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları.....	92
4.10.17. Doğum Zamanına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları	92
4.10.18. Doğum Şekline Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları.....	93
4.10.19. Doğum Kilosu ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi	93

4.10.20. Doğum Sonrasında Tıbbi Sorun Varlığına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları.....	93
4.10.21. Doğum Sonrasında Sarılık Gelişme Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları.....	94
4.10.22. Kuvöz İhtiyacına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları.....	94
4.10.23. Çocuk Psikiyatri Başvurusuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları.....	95
4.10.24. Çocukta Kronik Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları.....	95
4.10.25. Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Ruhsal Bozukluk Varlığına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları	95
4.10.26. Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Fiziksel Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları	96
4.10.27. DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu Puanlarının YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları ile İlişkisi	96
4.10.28. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21) Puanlarının YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları ile İlişkisi	97
4.10.29. YDÇBDÖ Saldırganlık Puanının Tek Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi.....	97
4.10.30. YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları Üzerine Etkili Olduğu Düşünülen Değişkenlerin Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon ile Analizi	99
4.11. YDÇBDÖ DÜŞÜK ENDİŞE PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ.....	100
4.11.1. Cinsiyete Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları	100
4.11.2. Yaş ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi	100
4.11.3. Kardeş Sayısı ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi	100
4.11.4. Anne Yaşı ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi ...	101
4.11.5. Baba Yaşı ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi ...	101
4.11.6. Anne Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi	101

4.11.7. Baba Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi	102
4.11.8. Ailenin Aylık Gelir Düzeyi ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi.....	102
4.11.9. Anne Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları	102
4.11.10. Baba Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	103
4.11.11. Aile Yapısına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	103
4.11.12. Anne Baba Birlikteliğine Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	103
4.11.13. Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	104
4.11.14. Annenin Gebelikte Ekonomik Zorluk Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	104
4.11.15. Annenin Gebelikte Yakın Kaybı Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	104
4.11.16. Annenin Gebelikte Sigara Kullanım Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	105
4.11.17. Doğum Zamanına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.	105
4.11.18. Doğum Şekline Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	106
4.11.19. Doğum Kilosu ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi	106
4.11.20. Doğum Sonrasında Tıbbi Sorun Varlığına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	106
4.11.21. Doğum Sonrasında Sarılık Gelişme Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	107
4.11.22. Kuvöz İhtiyacına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları ..	107
4.11.23. Çocuk Psikiyatri Başvurusuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	107
4.11.24. Çocukta Kronik Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	108

4.11.25. Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Ruhsal Bozukluk Varlığına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları	108
4.11.26. Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Fiziksel Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları	109
4.11.27. DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu Puanlarının YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları ile İlişkisi	109
4.11.28. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21) Puanlarının YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları ile İlişkisi.....	110
4.11.29. YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanının Tek Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi	110
4.11.30. YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları Üzerine Etkili Olduğu Düşünülen Değişkenlerin Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon ile Analizi.....	112
5. TARTIŞMA	113
5.1. KATILIMCILARIN VE AİLELERİNİN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ	113
5.2. ÖLÇEKLERDEN ELDE EDİLEN VERİLER.....	120
5.3. YDÇBDÖ TOPLAM PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ	122
5.4. YDÇBDÖ ÖFKE NÖBETİ PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ.....	138
5.5. YDÇBDÖ KARŞI GELME PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ.....	150
5.6. YDÇBDÖ SALDIRGANLIK PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ.....	164
5.7. YDÇBDÖ DİĞERLERİ İÇİN DÜŞÜK ENDİŞE PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ	182
6. ARAŞTIRMAMIZIN GÜÇLÜ YANLARI VE SINIRLILIKLARI	198
7. SONUÇLAR	200
8.KAYNAKLAR	206

KISALTMALAR

ACTH	Adrenokortikotropin saliverici hormon
ADHD	<i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i>
APB	Aralıklı Patlayıcı Bozukluk
CRH	Kortikotropin saliverici hormon
ÇDDÖ	Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği
DASÖ-21	Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği
DB	Davranım Bozukluğu
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DEHB-DÖ-IV	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu
DSM-3-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th ed- Revise
DSM-4	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th ed.
DSM IV-TR	Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 4th ed., Text Revision
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th ed.
EÇE-4	Erken Çocukluk Envanteri-4
ED	Emosyon düzensizliği
EPICPAT-T	The Epidemiology of Childhood Psychopathology in Turkey
HHA	Hipotalamo-hipofizer-adrenal
KD	Katı-Duygusuz

KOKGB	Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
MAP-DB	the Multidimensional Assesment Preschool of Disruptive Behaviour
MYT	Madde Yanıt Teorisi
PATS	Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study
PGC	Periakuaduktal Gri Cevher
STBN	Stria Terminalisin Bed Nkleusu
OECD	Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Teşkilatı
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
YDÇBDÖ	Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği
YDDB	Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu

TABLULAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1: Çocukların Cinsiyet Dağılımı	39
Tablo 1: Çocukların Yaş Dağılımı	39
Tablo 3: Kardeş Sayısı	40
Tablo 4: Anne Yaşı	40
Tablo 5: Anne Eğitim Düzeyi	40
Tablo 6: Anne Çalışma Durumu	41
Tablo 7: Baba Yaşı	41
Tablo 8: Baba Eğitim Düzeyi	41
Tablo 9: Baba Çalışma Durumu	41
Tablo 10: Aile Yapısı	42
Tablo 11: Ailenin Aylık Gelir Düzeyi	42
Tablo 12: Annenin Gebelikte Hastalık Geçirme Durumu	43
Tablo 13: Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumu	43
Tablo 14: Annenin Gebeliğinde Sigara Kullanımı	43
Tablo 15: Çalışmadaki Çocuğun Doğumuna İlişkin Özellikler	44
Tablo 16: Doğum Sonrasına İlişkin Özellikler	44
Tablo 17: Çocuğun Psikiyatrik Tanısına İlişkin Veriler	45
Tablo 18: Çocuğun Kronik Hastalığı	45
Tablo 19: Çocuğun Anne, Baba ve Kardeşlerindeki Kronik ve Ruhsal Hastalık	46
Tablo 20: Cinsiyete Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları	47
Tablo 21: Yaş ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi	48
Tablo 22: Kardeş Sayısı ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi	48
Tablo 23: Anne Yaşı ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi	48
Tablo 24: Baba Yaşı ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi	49
Tablo 25: Anne Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi	49
Tablo 26: Baba Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi	49
Tablo 27: Ailenin Aylık Gelir Düzeyi ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi ...	50
Tablo 28: Anne Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları	50
Tablo 29: Baba Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları	50

Tablo 30: Aile Yapısına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları.....	51
Tablo 31: Anne Baba Birlikteliğine Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları	51
Tablo 32: Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları	51
Tablo 33: Annenin Gebelikte Ekonomik Zorluk Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları	52
Tablo 34: Annenin Gebelikte Yakın Kaybı Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları	52
Tablo 35: Annenin Gebelikte Sigara Kullanım Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları.....	53
Tablo 36: Doğum Zamanına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları.....	53
Tablo 37: Doğum Şekline Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları.....	53
Tablo 38: Doğum Kilosu ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi	54
Tablo 39: Doğum Sonrasında Tıbbi Sorun Varlığına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları	54
Tablo 40: Doğum Sonrasında Sarılık Gelişme Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları.....	55
Tablo 41: Kuvöz İhtiyacına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları	55
Tablo 42: Çocuk Psikiyatri Başvurusuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları	55
Tablo 43: Çocukta Kronik Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları....	56
Tablo 44: Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Ruhsal Bozukluk Varlığına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları	56
Tablo 45: Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Fiziksel Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları	7
Tablo 46: DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu Puanlarının YDÇBDÖ Toplam Puanları ile İlişkisi	57
Tablo 47: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21(DASÖ-21) Puanlarının YDÇBDÖ Toplam Puanları ile İlişkisi	58
Tablo 48: YDÇBDÖ Toplam Puanının Tek Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi	59
Tablo 49: YDÇBDÖ Toplam Puanları Üzerine Etkili Olduğu Düşünülen Değişkenlerin Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon ile Analizi.....	60

Tablo 50: Cinsiyete Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları	61
Tablo 51: Yaş ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi	61
Tablo 52: Kardeş Sayısı ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi	61
Tablo 53: Anne Yaşı ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi	62
Tablo 54: Baba Yaşı ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi	62
Tablo 55: Anne Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi	62
Tablo 56: Baba Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi.....	63
Tablo 57: Ailenin Aylık Gelir Düzeyi ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi	63
Tablo 58: Anne Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları	63
Tablo 59: Baba Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	64
Tablo 60: Aile Yapısına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları	64
Tablo 61: Anne Baba Birlikteliğine Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları	64
Tablo 62: Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	65
Tablo 63: Annenin Gebelikte Ekonomik Zorluk Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	65
Tablo 64: Annenin Gebelikte Yakın Kaybı Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	66
Tablo 65: Annenin Gebelikte Sigara Kullanım Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	66
Tablo 66: Doğum Zamanına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları	67
Tablo 67: Doğum Şekline Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları	67
Tablo 68: Doğum Kilosu ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi.....	67
Tablo 69: Doğum Sonrasında Tıbbi Sorun Varlığına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	68
Tablo 70: Doğum Sonrasında Sarılık Gelişme Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	68
Tablo 71: Kuvöz İhtiyacına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	69
Tablo 72: Çocuk Psikiyatri Başvurusuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları....	69
Tablo 73: Çocukta Kronik Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	69

Tablo 74: Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Ruhsal Bozukluk Varlığına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	70
Tablo 75: Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Fiziksel Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları.....	70
Tablo 76: DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu Puanlarının YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları ile İlişkisi.....	71
Tablo 77: YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21(DASÖ-21) Puanlarıyla İlişkisi.....	71
Tablo 78: YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanının Tek Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi	72
Tablo 79: YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları Üzerine Etkili Olduğu Düşünülen Değişkenlerin Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon ile Analizi.....	73
Tablo 80: Cinsiyete Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	74
Tablo 81: Yaş ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi.....	74
Tablo 82: Kardeş Sayısı ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi.....	74
Tablo 83: Anne Yaşı ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi.....	75
Tablo 84: Baba Yaşı ile Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi	75
Tablo 85: Anne Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi.....	75
Tablo 86: Baba Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi	76
Tablo 87: Ailenin Aylık Gelir Düzeyi ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi.....	76
Tablo 88: Anne Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	76
Tablo 89: Baba Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	77
Tablo 90: Aile Yapısına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	77
Tablo 91: Anne Baba Birlikteliğine Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	77
Tablo 92: Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	78
Tablo 93: Annenin Gebelikte Ekonomik Zorluk Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları	78
Tablo 94: Annenin Gebelikte Yakın Kaybı Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları	79

Tablo 95: Annenin Gebelikte Sigara Kullanım Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	79
Tablo 96: Doğum Zamanına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	79
Tablo 97: Doğum Şekline Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	80
Tablo 98: Doğum Kilosu ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi	80
Tablo 99: Doğum Sonrasında Tıbbi Sorun Varlığına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	81
Tablo 100: Doğum Sonrasında Sarılık Gelişme Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları.....	81
Tablo 101: Kuvöz İhtiyacına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları	81
Tablo 102: Çocuk Psikiyatri Başvurusuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları... ..	82
Tablo 103: Çocukta Kronik Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları	82
Tablo 104: Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Ruhsal Bozukluk Varlığına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları	83
Tablo 105: Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Fiziksel Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları	83
Tablo 106: DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu Puanlarının YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarıyla İlişkisi.....	84
Tablo 107: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21(DASÖ-21) Puanlarının YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarıyla İlişkisi	84
Tablo 108: YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanının Tek Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi	85
Tablo 109: YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları Üzerine Etkili Olduğu Düşünülen Değişkenlerin Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi	86
Tablo 110: Cinsiyete Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları.....	87
Tablo 111: Yaş ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi	87
Tablo 112: Kardeş Sayısı ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi.....	87
Tablo 113: Anne Yaşına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları.....	88
Tablo 114: Baba Yaşı ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi	88
Tablo 115: Anne Eğitim Düzeyi YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi	88

Tablo 116: Baba Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi.....	89
Tablo 117: Ailenin Aylık Gelir Düzeyi ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi	89
Tablo 118: Anne Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları.....	89
Tablo 119: Baba Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları	90
Tablo 120: Aile Yapısına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları.....	90
Tablo 121: Anne Baba Birlikteliğine Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları.....	90
Tablo 122: Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları	91
Tablo 123: Annenin Gebelikte Ekonomik Zorluk Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları	91
Tablo 124: Annenin Gebelikte Yakın Kaybı Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları	92
Tablo 125: Annenin Gebelikte Sigara Kullanım Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları	92
Tablo 126: Doğum Zamanına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları.....	92
Tablo 127: Doğum Şekline Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları.....	93
Tablo 128: Doğum Kilosu ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi	93
Tablo 129: Doğum Sonrasında Tıbbi Sorun Varlığına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları.....	94
Tablo 130: Doğum Sonrasında Sarılık Gelişme Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları	94
Tablo 131: Kuvöz İhtiyacına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları.....	94
Tablo 132: Çocuk Psikiyatri Başvurusuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları...95	
Tablo 133: Çocukta Kronik Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları	95
Tablo 134: Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Ruhsal Bozukluk Varlığına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları	96
Tablo 135: Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Fiziksel Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları	96
Tablo 136: DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu Puanlarının YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarıyla İlişkisi	97

Tablo 137: YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21(DASÖ-21) Puanlarıyla İlişkisi.....	97
Tablo 138: YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının Tek Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi	98
Tablo 139: YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları Üzerine Etkili Olduğu Düşünülen Değişkenlerin Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi.....	99
Tablo 140: Cinsiyete Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	100
Tablo 141: Yaş ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi.....	100
Tablo 142: Çocuğun Kardeş Sayısı ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi.....	100
Tablo 143: Anne Yaşı ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi.....	101
Tablo 144: Baba Yaşı ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi	101
Tablo 145: Anne Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi	101
Tablo 146: Baba Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi	102
Tablo 147: Ailenin Aylık Gelir Düzeyi ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi.....	102
Tablo 148: Anne Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	102
Tablo 149: Baba Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları	103
Tablo 150: Aile Yapısına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	103
Tablo 151: Anne Baba Birlikteliğine Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	103
Tablo 152: Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları	104
Tablo 153: Annenin Gebelikte Ekonomik Zorluk Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları	104
Tablo 154: Annenin Gebelikte Yakın Kaybı Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları	105
Tablo 155: Annenin Gebelikte Sigara Kullanım Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	105
Tablo 156: Doğum Zamanına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	105
Tablo 157: Doğum Şekline Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	106
Tablo 158: Doğum Kilosu ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi	106

Tablo 159: Doğum Sonrasında Tıbbi Sorun Varlığına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	106
Tablo 160: Doğum Sonrasında Sarılık Gelişme Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	107
Tablo 170: Kuvöz İhtiyacına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları	107
Tablo 162: Çocuk Psikiyatri Başvurusuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	108
Tablo 163: Çocukta Kronik Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları.....	108
Tablo 164: Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Ruhsal Bozukluk Varlığına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları	109
Tablo 165: Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Fiziksel Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları	109
Tablo 166: YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu Puanları ile İlişkisi.....	110
Tablo 167: YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21(DASÖ-21) Puanları ile İlişkisi.....	110
Tablo 168: YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanının Tek Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi	111
Tablo 169: YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları Üzerine Etkili Olduğu Düşünülen Değişkenlerin Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon ile Analizi.....	112

ÖZET

Okul Öncesi Çocuklardaki Yıkıcı Davranışların Çocuğun Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri ile Ebeveynin Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyi Bağlamında Değerlendirilmesi

Dr. Pelin ARI

Yıkıcı davranışlar hem içe yönelim hem de dışa yönelim bozukluklarında ortak bir belirti olarak karşımıza çıkabilirler. Boyutsal yaklaşım yıkıcı davranış belirtilerinin, içe yönelim ya da dışa yönelim bozukluklarından hangisiyle ilişkili olabileceğine dair fikir vermektedir. Araştırmalar yıkıcı davranışlar ile dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) sıklıkla birbirlerine eşlik ettiklerini göstermektedir. Gelişimsel olarak 3-6 yaşta büyük yaştaki çocuklara göre bakımverene daha fazla ihtiyaç duyulmasına bağlı olarak ebeveynin psikopatolojisini anlamadan çocuktaki ruhsal bozuklukları bir çerçeveye oturtmak neredeyse imkânsız olacaktır. Tüm bu bahsedilenler doğrultusunda çalışmamızda okul öncesi çocuklardaki yıkıcı davranış alt boyutlarını, alt boyutlarla ilişkili olabilecek ve onları öngörebilecek olası değişkenler (sosyodemografik özellikler, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönem özellikleri, çocuk ve ailenin fiziksel ve ruhsal sağlık durumuyla ilgili veriler) ile çocuğun DEHB belirtileri ve ebeveynin depresyon, anksiyete ve stres düzeyini dikkate alarak araştırmayı amaçladık. Araştırmanın evrenini 2021-2022 eğitim öğretim yılında, randomize olarak seçilen Denizli ili Pamukkale ve Merkezefendi ilçelerindeki anaokuluna giden 3-6 yaş arasındaki çocuklar oluşturmaktadır. Bu okullardaki öğrencilerin ebeveynlerine müdür ve müdür yardımcıları aracılığıyla çevrim içi anket formu gönderilmiştir. Anket formunu eksiksiz şekilde dolduran 336 gönüllünün katılımıyla çalışma tamamlanmıştır. Araştırmaya katılan ebeveynler tarafından Sosyodemografik Veri Formu, Okul Öncesi Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği (YDÇBDÖ), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 doldurulmuştur. Çalışmamızın sonucunda çocuğun cinsiyetine göre yıkıcı davranış puanlarının farklılık göstermediği bulgulanmıştır. Çocuğun yaşı arttıkça YDÇBDÖ Karşı Gelme puanlarının azaldığı, diğer yıkıcı davranış boyut puanları üzerine yaşın anlamlı etkisinin olmadığı belirlenmiştir. YDÇBDÖ Toplam, Öfke Nöbeti, Karşı Gelme, Saldırganlık ve Diğerleri için Düşük

EndiŒe puanlarının tümünü çocuğun hiperaktivite/dürtüsellik puanları ile ebeveynin stres puanlarının öngördüğü saptanmıŒtır. Çocuktaki dikkat eksikliği puanlarının YDÇBDÖ Toplam, Saldırganlık ve KarŒı Gelme puanlarını yordadığı, ancak fke Nöbeti ve DŒk EndiŒe puanlarının yordayıcıları arasında yer almadığı bulunmuŒtur. ocukta kronik hastalık varlığının fke Nöbeti puanlarının yordayıcılarından biri olduğu saptanmıŒtır. Ebeveynin stres puanları yıkıcı davranıŒ ve alt boyut puanlarının tümünü öngörürken ebeveynin depresyon ve anksiyete puanlarının öngörücü etkisinin olmadığı bulunmuŒtur. Sonuç olarak; alıŒmamız, çocuğun yıkıcı davranıŒ boyutlarını prenatal-postnatal deęiŒkenler, çocuğun psikiyatrik baŒvurusu, DEHB belirtileri ile ebeveynin depresyon, anksiyete ve stresi ile iliŒkilendirilmesi açısından önemlidir. Bu sayede araŒtırmamız, yıkıcı davranıŒlara yönelik risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin belirlenebilmesi; risk altındaki öğrencilere yönelik erken müdahalede bulunulabilmesi konusunda alanyazına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: okul öncesi, yıkıcı davranıŒ, DEHB, ebeveyn stresi

SUMMARY

Investigation of Disruptive Behaviors in Preschool Children in the Context of Child's Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms and Parent's Depression, Anxiety and Stress Levels

Pelin ARI, MD

Disruptive behaviors may appear as a common symptom in both internalizing and externalizing disorders. The dimensional approach gives an idea about whether the symptoms of disruptive behavior may be related to internalizing or externalizing disorders. Researches show that disruptive behaviors are often comorbid with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). It will be almost impossible to frame the psychiatric disorders in childhood without understanding the psychopathology of the parent, due to the developmental need for caregivers at the age of 3-6 years compared to older children. In line with all these mentioned, in our study, we aimed to investigate the sub-dimensions of disruptive behaviors in preschool children, the possible variables (sociodemographic characteristics, characteristics of prenatal, natal and postnatal period, data about the physical and mental health status of the child and family) that may be associated with and predicted the sub-dimensions in the context of child's ADHD symptoms and the parent's depression, anxiety and stress levels. The population of the research consists of children between the ages of 3-6 who attend the preschools in Pamukkale and Merkezefendi districts of Denizli, which were randomly selected in the 2021-2022 academic year. An online questionnaire was sent to the parents of the students in these schools through the principal and assistant principals. The study was completed with the participation of 336 volunteers who filled out the questionnaire completely. Sociodemographic Data Form, the Multidimensional Assessment of Preschool Disruptive Behaviors Scale (MAP-DB), the Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale-IV Preschool Version and the Depression Anxiety Stress Scale-21 were filled in by the parent participating in the study. As a result of our study, it was found that disruptive behavior scores did not differ according to child's gender. As the child's age increased, it was determined that the MAP-DB Noncompliance scores decreased, and age did not have a significant effect on other disruptive behavior dimension scores. It was determined that the child's hyperactivity/impulsivity scores and the parent's stress scores predicted all of the

MAP-DB Total and sub-dimension scores. It was found that the child's inattention scores were predictors of the MAP-DB Total, Aggression, and Noncompliance scores, but were not among the predictors of Temper Loss and Low Concern for Others scores. It has been determined that the presence of chronic disease in the child is one of the predictors of Temper Loss scores. While the parent's stress scores predicted all of the MAP-DB Total and sub-dimension scores, it was found that the parent's depression and anxiety scores did not have predictive effects on these scores. In conclusion; our study is important in terms of associating the disruptive behavior dimensions of child with prenatal-postnatal variables, the child's psychiatric referral and ADHD symptoms, and the parent's depression, anxiety and stress. In this way, our research can contribute to the literature about identifying risk factors and protective factors for disruptive behaviors and early intervention for preschoolers at risk.

Keywords: preschool, disruptive behaviour, ADHD, parent stress

1. GİRİŞ

3-6 yaş aralığını kapsayan dönem “okul öncesi”, “erken çocukluk” ya da “oyun dönemi” olarak adlandırılır (1–3). Okul öncesi dönem, bilişsel işlevler ve duygu düzenleme alanlarında belirgin gelişimin olduğu, empati kavramının yerleşmeye başladığı dönemdir. 1 ile 3 yaş arasındaki çocuklar, ebeveynlerinin istekleriyle kendi otonomileri arasında denge kurmaya çalışırken öfke nöbetleri ortaya çıkabilir. Gelişimsel olarak olağan kabul edilen bu durum, dil ve öz düzenleme becerilerinin gelişmesi neticesinde 4-5 yaş arasında azalma eğilimine girer (3).

Okul öncesi dönem sosyal, duygusal ve bilişsel gelişim açısından kritik bir periyottur (4). Bu sebeple erken yaşta çevrenin özellikle önemli olduğu ve çeşitli olumsuz yaşantıların davranışsal sorunlara yol açabileceği düşünülmektedir (5). Dış faktörlere hassas olan okul öncesi dönemde ruh sağlığı bozukluklarının doğru bir şekilde tanımlanması önem kazanmaktadır. Bu dönemde var olan ruhsal bozukluklar tedavi edilmediğinde gelişim ve işlevsellik üzerinde uzun vadede olumsuz etkileri olabilirken uygun müdahale yöntemleri gelişimsel süreç üzerine kritik önem taşır (4).

Okul öncesi çocuklar, sıkıntılarını ve içsel yaşantılarını iletme kapasiteleri sınırlı olduğundan kendilerini çoğunlukla davranışsal olarak ifade ederler. Sıklıkla saldırganlık veya iritabilite biçiminde kendini gösteren yıkıcı davranış, bu yaş grubundaki birçok bozukluk için ortak belirti kümesidir (4). Saldırganlık, karşı gelme ve öfke nöbetleri ile kendini gösterebilen yıkıcı davranışlar, gelişimsel çerçevede sıklıklarına, yoğunluklarına, gelişimsel döneme uygunluklarına ve içinde gerçekleştiği duruma bağlı olarak normatif yanlış davranışları (*normative misbehaviour*) ya da klinik semptomları yansıtabilir (6). Bu noktadaki zorluk, yıkıcı davranış bozukluklarını sıklıkla örtüşükleri normatif yanlış davranışlardan ayırt edebilmektir. Bu ayrımın ise gelişimsel özellikleri önceleyerek yapılabileceği varsayılmaktadır (7).

Yıkıcı davranış örüntüleri hem içe yönelim hem de dışa yönelim bozukluklarındaki belirtiler arasında yer alabildiğinden heterojen bir kavramdır (6). Çocuklardaki iritabilite/yıkıcı davranış örüntüleri çeşitli tanılarda ortak semptom boyutları şeklinde saptanabilmesi nedeniyle transdiagnostik özellik taşır (8). Benzer şekilde öfke nöbetlerine de pek çok ruhsal bozuklukta rastlanabilir (9).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5)'te "Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları" başlığı ile yıkıcı davranışlara değinilmiştir. Bu başlığın altında karşıt olma, karşı gelme bozukluğu (KOKGB), aralıklı patlayıcı bozukluk, davranım bozukluğu (DB), antisosyal kişilik bozukluğu, piromani ve kleptomani tanıları yer alır. Ancak yıkıcı davranışlar, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), yaygın anksiyete bozukluğu, major depresif bozukluk, yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu (YDDB), bipolar bozukluk gibi çeşitli bozukluklarda da görülmektedir (10).

Erken çocuklukta yıkıcı davranış bozukluklarını normatif yanlış davranışlardan ayırmak için kategorik veya boyutsal yaklaşımlar kullanılabilir (11). Wakschlag ve ark. (6), okul öncesi dönemdeki yıkıcı davranışları tipik belirtilerden atipiklere uzanan bir spektrum gibi düşünerek çocuğun gelişimsel özelliklerini dikkate almış ve öfke nöbeti, karşı gelme, saldırganlık ve düşük endişe olarak dört boyutta incelemiştir. Bu dört alt boyutun sıklık ve şiddeti; farklı kişilerle etkileşim sırasında ve farklı durumlarda değerlendirilmektedir (6). Yıkıcı davranışların çok boyutlu olarak incelendiği bu model, DSM sınıflamasına göre semptomların heterojenliğini daha anlaşılır kılar. Böylece erken çocuklukta normatif yıkıcı davranışlar bir spektrum olarak düşünülebilir ve bu spektrumdaki küçük farklılıkların dahi yakalanabilmesine olanak sağlar (12).

DEHB; dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur (10). Okul öncesinde DEHB'nin dünya genelindeki prevalans oranı %4,3 olarak bulunmuştur (13). Hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri üç yaş kadar erken bir dönemde dahi DEHB'ye işaret edebilirken aynı yaşlarda dikkat eksikliğinin DEHB için ayırt ediciliği daha düşüktür (14).

Okul öncesi çocuklarda görülen yıkıcı davranışların anlaşılabilirliği konusunda, ebeveynin psikopatolojisi ve ebeveynlik kalitesi gibi ek bilgi kaynakları daha büyük yaşta çocuklara göre daha sağlıklı bir değerlendirme sağlayacaktır (15). Ebeveyn psikopatolojileri, davranış sorunları olan okul öncesi çocukların davranışsal ve emosyonel sorunlarında rol oynayabilir (16). Anne depresyonu, çocukların dışsallaştırma ve içselleştirme davranışları gibi belirli faktörler ise ebeveynlerde daha yüksek ebeveynlik stresi ile ilişkilendirilmiştir (17). Pek çok çalışmada özellikle anne

depresyonu çocuğun ie yönelim-dışa yönelim sorunları ile ilişkilendirilmiştir (18). Hem anne hem de babaların depresyon, anksiyete ve stresinin çocukların yıkıcı davranışları ile ilişkilendirildiği pek çok çalışmada gösterilmiştir (19–21).

Alanyazın incelendiğinde, ülkemizde okul öncesi dönemdeki yıkıcı davranışları boyutsal olarak inceleyen sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır.

Yapacağımız alışma ile okul öncesi dönemdeki çocuklarda yıkıcı davranışların çok boyutlu yaklaşımla değerlendirilmesi, ocuğun DEHB belirtileri ve ebeveynin anksiyete, depresyon ve stres düzeyi bağlamında incelenmesinin yanı sıra okul öncesi dönemde yıkıcı davranışların yordayıcılarının saptanması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OKUL ÖNCESİ DÖNEM

2.1.1. Tanım

“Okul öncesi dönem” bebeklikten ilkökul başlangıcına kadar geçen evredir (2,3). Okul öncesi ya da erken çocukluk dönemindeki çocuğa “oyun çocuğu” da denilmektedir (1,2). Üç ile altı yaş arasını kapsamaktadır (3).

2.1.2. Okul Öncesi Dönemi Açıklayan Kuramlar

Okul öncesi dönem, Sigmund Freud’un psikoseksüel gelişim kuramında “anal evre” ve “fallik evre”, Erik Erikson’un psikososyal gelişim kuramında “özerkliğe karşı kuşku ve utanç” ve “girişimciliğe karşı suçluluk”, Jean Piaget’nin bilişsel gelişim kuramında ise “işlem öncesi dönem” ile açıklanmıştır (2,22).

2.1.2.1. Psikoseksüel Kuram

Kuramdaki evrelerin zamanlaması çocuktan çocuğa değişim gösterir. Bu başlık altında birinci yılın sonundan üçüncü yaşın ortalarına kadar olan süreci kapsayan anal dönem ile üç-altı yaş arasını kapsayan fallik dönemden bahsedilecektir. Anal dönemin önemli gelişimsel kazanımları yürüme ve konuşmada hızlı ilerleyiş ile eliminasyon becerilerini kazanmadır. Bu dönemin cinsel haz bölgeleri anal ve üretral bölgelerdir. Çocuk tuvaletini istediğinde yapıp istediğinde tutarak çevreyi kontrol edebileceğini fark eder. Yapma-tutma karşıtlığı diğer davranışlara da genellenerek ambivalan tutumun belirgin olmasına yol açar (2). Fallik dönemde ise cinsel haz bölgesi genital bölgelerdir. Kız ile erkeklerin arasındaki fark çocukların temel merak konusudur. Cinsiyete karşı olan bu merak, çocuğun karşı cinsiyetten olan ebeveyne tutkuyla yönelip aynı cinsiyetten olan ebeveynle rekabet halinde olduğu “ödipus kompleksi” ile perçinlenir (23). Çocuk aynı cinsiyetten olan ebeveyni ile özdeşleştiğinde ödipal çatışmanın çözüldüğü varsayılır ve toplumsal kuralların benimsenmesiyle süperego gelişiminde önemli bir basamak aşılmış olur (2).

2.1.2.2. Psikososyal Kuram

Psikoseksüel kuramdaki anal ve fallik evreler psikososyal kuramda sırasıyla “özerkliğe karşı kuşku ve utanç” ve “girişimciliğe karşı suçluluk” dönemleri ile açıklanmıştır. “Özerkliğe karşı kuşku ve utanç” evresinin önemli noktaları tuvalet eğitimi ve özerkliktir. “Girişimciliğe karşı suçluluk” döneminde ise dinmek bilmeyen bir öğrenme arzusu ve cinsel konulara merak vardır (24).

2.1.2.3. Piaget'nin Zihin Gelişim Kuramı

Jean Piaget, gelişim dönemlerinde aşamalı olarak edinilen bilişsel kazanımları “zihin gelişim kuramı” ile açıklamıştır. Bu kuramda iki ile yedi yaş arası “işlem öncesi dönem” olarak adlandırılır. Bu evrenin en karakteristik özelliği sembolik işlevlerin en önemli göstergesi olan dil gelişimidir (22).

2.1.3. Okul Öncesi Dönemin Normal Gelişimsel Özellikleri

Okul öncesi dönemde dil, bilişsel, sosyo-emosyonel ve davranış alanlarında belirgin ilerlemeler olur (3). “Okul Öncesi Dönemin Normal Gelişimsel Özellikleri” başlığı altında bu değişimlerden bahsedilecektir.

2.1.3.1. Bedensel Gelişim

Yaşamın ilk yıllarında beyin ve sinir sisteminde hızlı bir gelişim olur (25). İki ile beş yaş arasında çocuğun hareket kabiliyeti önemli ölçüde artar. Bu durum temel olarak olgunlaşmaya bağlıdır, ancak çocuğun içinde bulunduğu çevre hareket etme özgürlüğünü sağlayan bir yapıdaysa daha sağlıklı bir gelişme ortamı sağlanmış olur (26). Bu şekilde özerkliğini ilan eden okul öncesi çocuğu, fiziksel olgunlaşmayla birlikte yeme ve tuvalet ihtiyaçlarını kendisi karşılayabilir (3).

2.1.3.2. Bilişsel ve Dil Alanındaki Gelişmeler

Okul öncesi dönemde işleyen bellek, dikkati sürdürme, problem çözme ve organizasyon becerisi gibi okul hayatında özellikle ihtiyaç duyulan temel bilişsel beceriler edinilir. Diğer yandan, hayali arkadaş ve sosyo-dramatik oyunların gelişimi mental kapasitedeki gelişimi yansıtır (3). Sorular soran, merak eden oyun çocuğunda öğrenme gereksinimi iyice belirginleşir. Çocuk her ne kadar merak duygusuyla

dünyayı keşfetse de büyüsel ve somut düşünce etkinliğini sürdürür (2). Dil gelişimi açısından beş yaşına gelindiğinde, çocuğun yaklaşık 2000 kelime dağarcığına sahip olması ve dil bilgisi kurallarını kullanmaya başlaması beklenir (3).

İki ile yedi yaş arası, Piaget'nin Bilişsel Gelişim Kuramında “ İşlem Öncesi Dönem ”dir. “İşlem Öncesi Dönem” dilin kullanılmasıyla başlar. Bu dönemin temel kazanımları ertelenmiş taklit, simgesel/hayali oyun, zihinsel imgelem, bellek ve konuşma dilinin gelişimidir (22).

2.1.3.3. Sosyal ve Duygusal Gelişim

Oyun çağındaki çocuk, devinim dizgesi üzerinde hâkim olup araştırdığı çevreyi genişletmiştir. Tüm bu araştırma merakıyla birlikte kendi özerkliğini kazanma çabası içindedir (2). Diğer yandan, ebeveynlerinin istekleriyle kendi otonomisi arasında denge kurmak için yoğun bir enerji sarf eder (3). Saldırgan davranışlar (ısıрма, vurma gibi) okul öncesi dönemde sık görülür. Ebeveynin isteklerine direnme, hayal kırıklığına uğradığında, , aç ya da yorgun olduğunda yaşanan öfke patlamaları iki ile üç yaş grubunda normal sayılır. Fiziksel saldırganlığın da görülebildiği bu öfke patlamalarının, 4-5 yaşa gelindiğinde öz-düzenleme, sözel beceri ve duygu düzenleme becerilerinin artmasıyla azalması beklenir. Bu dönemde fiziksel saldırganlık azalarak yerini sözel ve araçsal (*instrumental*) saldırganlığa bırakır. 2 yaşta görülen saldırganlık reaktif (dış olaya cevap olarak) nitelikteyken, 3-4 yaşında daha çok amaca yönelik ve instrumental bir hal alır (3).

Okul öncesi dönemdeki çocuklar, yetişkinlerin kurallarına uymayarak sınırları zorlar. Lev Vygotsky'e göre kurallara uymama erken çocukluktaki dramatik gelişimin bir kanıtıdır ve bu süreç oldukça şiddetli geçebilir (27). Süreçte bakımverenle etkileşimleri yoluyla duygularını ve davranışlarını düzenlemeyi öğrenirler (28).

Okul öncesinde çocuklar başkaları için endişelerini aktif olarak ifade ederler ve bu doğrultuda davranırlar. Ahlaki anlayış, kasıtlı ve kurallara dayalı davranma kapasitesi gelişmiştir (29).

Erken çocuklukta benmerkezcil özellik azalarak toplumsallaşmanın ilk adımları atılır (2). Duyguların sözel ve davranışsal ifadesi ile empati yeteneği de gelişir. İlk arkadaşlık ilişkileri kurulur (2,3). Bu dönemde oyun özel bir öneme sahiptir. Çocuk

artık paralel oyun oynamayı bırakıp diğerk çocuklarla daha fazla etkileşerek oyun kurmaya başlar, oyuncaklarını paylaşır (30). Aynı zamanda, cinsel kimlik oluşmaya başlar ve cinsiyetin değıştirilemez olduğuna dair farkındalık artar (2,3).

2.2. YIKICI DAVRANIŞLAR

2.2.1. Yıkıcı Davranışlara İlişkin Tanımlar

Öfke (Anger): Öfke, tetikleyici faktöre karşı otonomik reaktivite neticesinde uyarılmanın gerçekleştiğı, fizyolojik, davranışsal ve bilişsel faktörlerin eşlik ettiği bir duygudur. Bu süreç öfkenin kontrolü ya da reaktif saldırganlığın ortaya çıkmasıyla sonlanabilir (31). Öfke, bilişsel açıdan öfke ile ilişkili uyarılara aşırı dikkat ve dürtüsellik ile ilişkilirken nöral düzeyde ise amigdala ve ventromedial prefrontal korteksin fonksiyonundaki değışikler ile ilişkilidir (32). Bu yoğun duygunun, sirkadyen ritimle ilişkili olabildiğı (24) ve ruhsal bozukluklara sık olarak eşlik edebildiğı bilinmektedir (33).

Öfke saldırganlık için bir gerekçe sağlayarak veya ahlak, yargılama gibi üst düzey bilişsel süreçlere müdahale ederek saldırgan olmaya yönelik inhibisyonu azaltabilir. Aynı zamanda provokasyonlara karşı dikkati arttırdığından bu olayların daha kolay hatırlanmasına yol açar (34).

Düşmanlık (Hostilite): Hostilite, bir kişi ya da duruma karşı öfke ve nefret içeren bakış açısıdır. Genellikle bir başkasına zarar verme arzusu eşlik eder. Kişi bilişsel olarak belirsiz çevresel uyarınları tehdit edici olarak yorumlamaya daha yatkındır (35).

Frustrasyon (Hayal kırıklığı): Frustrasyon, potansiyel olarak olumlu getirisi olacak olan bir eylemin engellenmesi ile ortaya çıkan duygusal tepki olarak açıklanabilir (36).

Saldırganlık: Saldırganlık diğerk kişilere düşmanlık gütmenin ve duygu düzenleme sorunlarının belirgin olduğu bir davranıştır (37). Uyuma yönelik ya da uyum bozucu olabilir (35). Empati ve öfke arasındaki denge bireyin saldırganlık düzeyini önemli ölçüde belirler (38).

Alanyazında saldırganlığa dair çeşitli sınıflamalar bulunmaktadır. Farklı adlandırmalar olsa da saldırganlık temel olarak reaktif ve proaktif olarak ikiye ayrılabilir. Reaktif saldırganlık (hostil, düşmanca, impulsif, afektif, tepkisel, dürtüsel) öncelikle başka bir kişiyi incitmeye yönelik bir eylemdir (34) ve otonom sinir sistemindeki reaktivite ile ilişkilendirilmiştir (39). Proaktif saldırganlık (araçsal, proaktif tasarlanmış, yırtıcı) ise sorunları çözmek veya çeşitli hedeflere ulaşmak için bir araç olarak kullanılır (34). Proaktif saldırganlık hayvanların avlanma mekanizmasına benzerdir. Avlanma nükleus akumbenste dopamin salınımına yol açar. Bu motivasyonun sağladığı dürtü ile riskli kavgalar başlatmakla ilişkili korkunun üstesinden gelinir. Buna “öfkeli olmayan saldırgan uyarılma” denilmektedir (40).

Saldırganlık depresyon gibi olumsuz duygudurumun hâkim olduğu ruhsal bozukluklarda görülebilir (41). Öfke kontrol edildiğinde dahi saldırganlık korku ile ilişki halinde olabilir (42). Yapılan bir çalışmada kombine görünümlü DEHB tanılı çocukların %50’sinde saldırganlık görüldüğü bildirilmiştir (43).

İritabilite: Frustrasyona yanıt olarak öfkelenme eşiğinin düşmesi olarak tanımlanabilir (44). Bu davranışsal yanıt ya da öfkenin indüklediği saldırganlık çeşitli şekillerde adlandırılan öfke patlamalarını içermektedir (45). Yapılan bir çalışmada iritabiliteden olumsuz duygunun düzenlenmesi olarak bahsedilmiştir (46). İritabiliteden hem bir duygudurum (afektin nasıl deneyimlendiği) hem de bir emosyon (afektin nasıl ifade edildiği) olarak bahsedilebilir (47). Leibenluft nörofizyolojik özellikleri temel alarak “olumsuz duygular uyandıran olaylara karşı yanıt olarak öfke deneyimleme eşiğinin düştüğü bir emosyonel durum” şeklinde bir iritabilite tanımlaması önermiştir. Sözel ya da fiziksel saldırganlığı da içeren farklı tezahürleri olabilen öznel bir deneyim olan öfke ise saldırgan dürtülerle ilişkili disforik durum olarak tanımlanmıştır. İritabil çocuklarda öfkeyi tetikleyebilen bazı nedenler arasında amaca yönelik davranışlarda frustrasyon ve bakımverenden ayrılık ya da ayrılık tehdidi yer alır. Leibenluft iritabilitenin duygu değişkenliğinin (duygusal durumda hızlı değişimler yaşama eğilimi) bir formu olarak ele alınabileceğini önermiştir. Bu nedenle, depresyon ya da diğer psikiyatrik bozuklukları olan çocuklar iritabiliteye ek olarak ani başlayan ağlama hali veya sosyal çekilme ile belirli değişken bir üzüntü hali sergileyebilirler. Mani belirtileri olduğu düşünülen çocuklarda (yani yalnızca iritabilitesi olmayan çocuklarda) mutsuzluk ve öfori arasında değişkenlik gözlemlenebilir.

Bu model ile iritabilitenin üzüntü, depresyon ve öforiden ayrı bir terim olduğu, bu kavramların birbirlerinin yerine geçebilmelerine rağmen ayrımlarının yapılabileceği öne sürülmüştür (48). İritabilite kavramının sınırlarını çizmeyi amaçlayan bir gözden geçirme çalışmasında kapsamlı bir tanımlama yapılmıştır: “İritabilite, duygular üzerinde azalmış kontrole bağlı saldırgan davranışların (sözel veya fiziksel) eşlik edebildiği orantısız öfke, kızgınlık, sabırsızlık hisleri olarak tanımlanır. Ağrı, açlık, uykusuzluk ve yorgunluk ruhsal bozukluğa işaret etmeden de iritabilitenin görülebildiği durumlardır. İritabilite şiddetli olduğunda ve sık görüldüğünde işlevsel bozulma ve psikiyatrik bozukluklarla yakın ilişkili hale gelmektedir. Fazık ve tonik iritabilite büyük oranda örtüşebildiklerinden birlikte bulunabilirler. İritabilitenin ne zaman sorunlu hale geldiğini değerlendirmek için iritabilitenin bağlamını, süresini, yoğunluğunu ve sonuçlarını dikkate almak gerekir. Buna göre, işlevsellikte bozulmaya yol açarak kişide sıkıntıya yol açması iritabilitenin patolojik olabileceğinin temel göstergeleridir.” (49).

Leibenluft ve ark. çocuk ve ergenlerdeki iritabilite için tonik-fazık ayrımını getirmiştir. Tonik iritabilite iritabil duygudurumu, fazık iritabilite ise öfke patlamalarını ifade etmektedir (50). Copeland ve ark. normatif iritabilitenin tonik ve fazık bileşenlerini değerlendirirken tonik ve fazık iritabiliteyi ayrıntılı olarak tanımlamıştır. Tonik iritabilite ile alınganlık/kolay sinirlenme, iritabil duygudurum, öfkeli veya küskün olma, fazık iritabilite ile öfke patlaması veya *anger outburst* kastedilmektedir. Öfke patlaması bağırma, ağlama veya tepinme ile kendini gösteren ve insanlara/nesnelere şiddet veya zarar verme girişimlerini içeren, aşırı sinirlenme, frustrasyon veya üzülmeye epizotlarıdır. *Temper outburst* ise bağırma ve laf atmanın temel belirtisi olduğu, şiddet içermeyen ve öfke patlaması ölçütlerini karşılamayan öfke nöbetleridir. İritabilite “dış etkenlere bağlı öfke, huysuzluk, çabuk sinirlenme, küskünlük veya rahatsız olma” şeklinde tanımlanmıştır. Alınganlık/kolay sinirlenme “küçük bir provokasyonla çoğu çocuktan daha fazla öfke, huysuzluk, çabuk sinirlenme, dargınlık, somurtkanlık veya sıkıntı hissetmeye eğilimli olması (davranıştaki bir değişikliği temsil etmesi gerekmez)”, öfkeli/küskün olmak “küçük provokasyonlara çoğu çocuktan daha fazla öfke veya dargınlık (sertlik, bağırma, tartışma veya somurtma gibi) göstermeye eğilim (davranıştaki bir değişikliği temsil etmesi gerekmez)” olarak açıklanmıştır. Bu bileşenlerin süresi, sıklığı, niteliği ve

bağlamlar arasında çeşitlilik gösterme (yalnızca fazik) durumu değerlendirilmiştir. Fazik iritabilite evde, okulda ve herhangi bir yerde olmasına göre ayrılmıştır. Çalışmada her ne kadar öfke patlamalarının (fazik) iritabil duygudurumdan (tonik) daha sık olduğu saptansa da tonik ve fazik bileşenlerin büyük ölçüde örtüştüğü ve neredeyse her derecedeki iritabilitenin işlev bozucu etkide olduğu saptanmıştır (51).

İritabilite, fazik ya da kronik olmasına göre farklı ruhsal bozukluklarla ilişkilendirilmiştir. Leibenluft erken ergenlikteki kronik iritabilitenin ergenliğin ilerleyen dönemlerindeki DEHB'yi ve yetişkinlikteki depresyonu öngörebileceğini bildirmiştir (50). Wakschlag ve ark. (52), üç ile altı yaş arasındaki 497 okul öncesi çocuğu dâhil ettikleri toplum örneklemlerinde çalışmada, iritabilitenin duygudurum semptomlarını (ayrılık anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, depresyon/distimi) ve yıkıcı semptomları (KOKGB, DEHB, DB) öngörebileceği sonucuna varmışlardır. Kapsamlı bir metaanaliz çalışması göstermiştir ki gençlikteki iritabilite depresyon ve anksiyeteyi öngörmektedir (53). Çocukluktaki iritabilite yetişkinlikteki depresyon ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur (44). Genetik açıdan da iritabilite davranım sorunlarından çok depresyonla güçlü bir fenotipik ilişki göstermiştir (54).

Öfke Nöbetleri: Alanyazın incelendiğinde İngilizce *temper tantrum*, *temper loss* ve *temper outburst*, *rage*, *rage attacks*, *anger attacks* gibi pek çok kavramla öfke nöbetleri ifade edilmeye çalışılmıştır. Ancak aralarındaki farklılıklara dair bir fikir birliği mevcut değildir (9). Öfke nöbetleri hangi terminolojiyle ifade edilirse edilsin her biri şiddetli olduğunda bozulmaya yol açabilir. Türkçe'deyse bu kavramlar genellikle öfke nöbeti olarak kullanılmaktadır. Bu başlık altındaki kavramlar Wakschlag'ın geliştirdiği YDÇBDÖ Öfke Nöbeti (*Temper Loss*) alt boyutu merkeze alınarak açıklanacaktır.

Öfke Patlaması (*Temper Tantrum*): "*Tantrum*" İngilizce'de küçük çocuklarda görülen öfke nöbeti anlamına gelmektedir (55). Öfke patlaması normal gelişimin bir parçasıdır (9). Toplum örneklemlerinde bir çalışmada öfke patlamasının sık görüldüğü, çoğunlukla 2-3 yaşındayken başladığı ve çocukların yarısından fazlasında 5 yaşından sonra sonlandığı bildirilmiştir (56). 3-6 yaşta görülen öfke patlamasının incelendiği boylamsal bir çalışmada, atak sırasında kendine veya çevreye vurma davranışının psikopatolojinin şiddetiyle ilişkili olduğu ve kendine yönelik saldırganlık görülen öfke

patlamasının daha sonraki psikopatoloji için daha güçlü bir yordayıcı olduğu saptanmıştır. Öfke patlaması sırasında kendine veya çevreye saldırgan davranışı şiddetli olan çocukların erken çocuklukta daha ciddi dışsallaştırma sorunlarına ve çocukluk ve ergenlik döneminde daha şiddetli depresyon ve KOKGB'ye sahip olduğu belirlenmiştir (57). Potegal ve Davidson, ebeveyninden öfke patlaması olduğu öğrenilen 18-60 aylık çocukların analizinde, öfke patlaması özelliklerini belirleyerek erken çocuklukta duyu işleme için bir model sunmuştur. Majör öfke patlaması bileşenlerini ekstremiteleri kasmak ve vücudu germek, kendini yere atmak, bağırarak, çılgınlık atmak, ağlamak, itmek/çekmek, tepinmek, vurmak, tekmelemek, eşya fırlatmak ve kaçmak olarak belirlemişlerdir. Öfke patlamasının sınırı bu sayılan bileşenlerden birinin görülmesiyle başlayıp hiçbir belirti kalmayana kadar devam etmesi şeklinde belirlenmiştir. Öfke patlamasını tetikleyen faktörler ise yemek yeme, uyuma, giyinme, kardeş ve/veya akranlarla çatışma ya da cansız nesnelere karşı frustrasyondur. Öfke patlamalarının ortalama 3 dakika sürdüğü ve %75'inin 5 dakika ya da daha kısa sürdüğü saptanmıştır. Çılgınlık ve tekme atma en şiddetli öfkeye, bağırma ve fırlatma orta şiddetli öfkeye, tepinme ise en düşük şiddetli öfkeye eşlik etmiştir. Çocuk yaşı 18 aydan 60 aya doğru gidildikçe şiddetli öfkenin süresi azalmış, düşük şiddetli öfkenin süresi artmıştır. Öfke patlaması başladıktan ilk 30 sn içinde çocuk yere basarsa veya yere düşerse nöbetin daha kısa süreceği ve daha az ebeveyn müdahalesine gereksinim olacağını bildirilmiştir. Öfke patlamasının çocuktaki öfke ve stresin ifadesi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öfkenin hızla yükseldiği, öfke patlamasının başlangıcında zirveye ulaştığı ve sonrasında azaldığı saptanmıştır. Stresin bileşenleri olan ağlama ve rahatlatılma ihtiyacının ise öfke patlaması boyunca yavaşça arttığı raporlanmıştır (58,59). Toplum örneklemli bir çalışmada okul öncesinde öfke patlamasının çocukların %87'sinde görüldüğü, çocukların %64,7'si 2 veya 3 yaşındayken öfke nöbetleri geçirmeye başladığı ve % 57,1'inin 5 yaşından sonra öfke patlaması yaşamadığı bildirilmiştir (56).

Öfke Nöbeti: Wakschlag ve ark. (60) geliştirdikleri YDÇBDÖ'nün Öfke Nöbeti alt boyutunu, öfke patlamasının özelliklerini ve öfke düzenlenmesini değerlendirmek için kapsayıcı bir kavram olarak kullanmıştır. Frustrasyona tepki olarak hafif-orta şiddetteki olağan sayılan öfke ifadelerinden duyu düzenlemedeki şiddetli güçlülere kadar değişen öfke ifadesi ve düzenlenmesi bu kavramın kapsamı

dâhilindedir (29). Öfke Nöbeti ile kazanılması beklenen gelişimsel görev duygu düzenleme, frustrasyonun kontrolü, normatif yanlış davranış olarak frustrasyon karşısında şiddetli olmayan öfke patlaması geçirilmesi, klinik belirteç olarak ise öfke patlamalarının sık ve şiddetli olması belirlenmiştir (12).

YDÇBDÖ Öfke Nöbeti boyutu erken çocukluktaki iritabilitenin önemli bir değerlendirme aracıdır (52). Toplum örneğinde normatif yanlış davranış seviyesinde olanlar, klinik olarak anlamlı şiddetteki öfke nöbetinden daha sık görülür. Daha hafif şiddetli öfke nöbetleri, hayal kırıklığını yansıtmaya eğiliminde ve kabul edilebilir düzeydedir. Klinik olarak problemi yansıtan öfke nöbeti ise ne zaman ortaya çıkacağı kestirilemeyen, uzamış ve/veya yıkıcı doğadadır. Çok değişkenli modellerde Öfke Nöbeti duygusal ve davranışsal problemlerle ilişkilendirilmiştir (60). YDÇBDÖ Öfke Nöbeti boyutundaki 2 maddenin (kolaylıkla frustre olma ve yıkıcı öfke patlamaları) KOKGB, YDDB ve depresyon için iyi bir duyarlılık (%70-73) ve özgüllüğe (%74-83) sahip olduğu bulunmuştur (61).

Temper Outburst: Copeland ve ark. fazik iritabilitenin bir bileşeni olarak *temper outburstu* “şiddet içermeyen ve öfke patlaması ölçütlerini karşılamayan öfke nöbetleri” olarak tanımlamıştır (51). Ancak fikir birliğine varılmış bir tanımlı bulunmamaktadır (9). Tanının 6 yaşından sonra konulabildiği YDDB’de görülen öfke patlamaları için literatürde genellikle bu terim kullanılabilmektedir (10,62).

Karşı Gelme: Çocuklar yürümeye başladıktan sonra, ebeveynlerin özerkliği destekleyen tutumları sayesinde kurallara uymayı öğrenirler (63). Bu aşamada yaşanan sorunlar karşı gelme davranışına yol açabilir. Gelişimsel açıdan bakıldığında, okul öncesi dönem için karşı gelme normatif otonomi sağlama belirtilerinden, kuralların/normların yaygın ve aktif bir şekilde göz ardı edilmesine kadar değişen; direktiflere, kurallara ve sosyal normlara karşı direnç ve bunlara uymama anlamına gelmektedir (29). Yapılan bir çalışmada karşı gelmeden davranışın düzenlenmesi olarak bahsedilmiştir (46). Genetik açıdan ise karşı gelme depresyondan çok davranım sorunlarıyla ilişkili bulunmuştur (54).

Başkaları İçin Düşük Endişe: Wakschlag ve ark., YDÇBDÖ Düşük Endişe boyutunu diğer kişilerin ihtiyaç ve duygularına hafif duyarsızlık, onları tamamen yok sayma ve başkalarını sıkıntıya sokma girişimlerinde bulunma şeklinde

tanımlamışlardır. Pişmanlık duymama ve empati eksikliği söz konusudur. Normatif olarak, stres veya çatışmanın olduğu durumlarda hafif bir umursamazlıktan, çeşitli etkileşim ve bağlamlarda diğer kişilere karşı aşırı ve ısrarlı umursamazlığa kadar değişir. Başkaları için düşük endişe duymak için gelişimsel olarak kuralların varlığının içselleştirilmesi, bir amaca yönelik bilinçli davranabilme ve başkalarına karşı duyarlılığa sahip olma gereklidir. Normatif olarak başkalarına karşı zaman zaman duyarsızlık göstermeyi (örneğin, paylaşmayı reddetme) ve/veya bağlamsal olarak beklenebilir ifadeleri (örneğin, bir oyuncak tartışması sırasında başkalarına kötü şeyler söylemek) içerebilir. En uç noktada, başkalarının ihtiyaç ve duygularına aktif olarak aldırış etmemeyi (örneğin, başkalarının sıkıntılarında zevk alma, cezalandırıldıktan sonra uslu olmaya çalışmama ve birdenbire başkalarına kötü şeyler yapma) temsil eder (29).

Erken çocuklukta empati ve vicdan gelişimi aksadığında diğerleri için düşük endişe duyma söz konusu olabilir (12). Sıkıntıya saldırganlık ile tepki vermenin engellenmesi, saldırganlık gibi başkalarının sıkıntısıyla ilişkilendirilen eylemlerin olumsuz olarak değerlendirildiğinin öğrenilmesi ve başkalarının sıkıntısıyla ilişkili eylemler hakkında akıl yürütme temel empatik süreçlerdir. Empatik süreçler ne kadar bozulmuşsa bireyin araçsal saldırganlığa yönelme ihtimali o kadar artar (38). Çocuğun başkası için endişe duyabilmesi için öncelikle kendini diğerlerinden ayırabilme, diğer kişinin sorunu olduğunu anlayabilme gibi birtakım yetileri kazanmış olması gerekir. Bunun sonucunda çocuk hayatın ilk yıllarında diğerlerine yardım edebilme becerisini kazanır (64).

Düşük Endişe boyutunda çocuklar akranlarıyla anlaşmazlık yaşadığında umursamaz davrandıklarında olağan kabul edilmelidir. Ancak çocuk diğerlerini sıkıntıya sokmaktan ve kışkırtmaktan zevk alıyorsa klinik olarak anlamlıdır (12).

Katı duygusuz (KD) özellikleri düşük endişeyi kapsar şekilde düşünmek mümkündür (65). DSM-5'e "sınırlı prososyal özellikler" olarak DB belirteci olarak dâhil edilen KD özellikler, suçluluk duymama, başkalarının duygularını umursamama, önemli faaliyetlerdeki performansla ilgili endişe duymama ve yüzeysel ya da yetersiz duygulanım ile karakterizedir (10). Güncel bir metaanalizde KD'nin antisosyal özellikleri öngörebileceği bildirilmiştir (66). Okul öncesindeki duyarsızlık

(*callousness*) ise sonraki yaşlarda görülen proaktif saldırganlık ile güçlü bir şekilde ilişkilendirilmiştir (67).

Wakschlag okul öncesi için KD özelliklerde duygusuzluk yerine duyarsız özelliklere odaklanmıştır (68).

2.2.2. Tarihçe

Binlerce yıldır toplumun beklentilere uygun olmayan davranışlar sergileyen kişilerin durumu günah, suç, hastalık ya da cahillik gibi farklı açılardan yaklaşılmaya çalışılmıştır. M.Ö. 6-7. yy.'larda Drako ve Solon'un kanunlarında, hükümdar suçu tanımlama ve cezalandırma sorumluluğunu üstlendiğinde bile, ailelerde babalar çocukların yetiştirilmesinde asıl sorumluluğa sahip olan kişidir. Ancak, çocuklarını yetiştirirken tüm sorumluluğu anne babaya bırakmak yerine toplumun etkisini de göz ardı etmeme ve ailenin kötü yetiştirdiği çocuğun da toplumun geneli için risk teşkil ettiği konusunda kararlı bir tutum sergilenmiştir. Milattan önce 6. yüzyılda Hindistan'da Budhha, tanıdığı “çabuk sinirlenen, kaba ve açgözlü” genç erkeklerden bahsederken gençleri yetiştirirken doğru davranışları öğretmenin ebeveynlerin yükümlülüğü olduğundan bahsetmiştir (69).

“*Tantrum*” kelimesinin kullanımına ulaşılan ilk kaynak Elizabeth Verney'nin 30 Ekim 1714'te kız kardeşi Bayan Ralph Verney'e yazdığı bir mektuptur. İlk kullanımlarından biri de İngiliz oyun yazarı Charles Shadwell'in “*The Hasty Wedding*” adlı eserindedir (70).

Davranış sorunları olan çocuklar için yasal ve sosyal açıdan ceza mı yoksa tedavi mi gerekli olduğu tartışılırken ilk ayırım “zekâ sorunu” ve “delilik” ayırımının yapılmasıyla başlamıştır. James Prichard'a göre zekâ sorunu çocuklukta, delilik ise ergenlikten sonra başlar. Henry Maudsley, ahlaki değerlerin özelliklerinin sorunlu olduğu kişiler için “ahlaki delilik” terimini kullanmıştır (69). 1900'lerin başında August Aichhorn “Asi Gençlik” isimli kitabında davranış sorunu olan suça sürüklenmiş çocuklardan olgu serisi şeklinde bahsetmiştir. Aichhorn'a göre “Başlangıçta her çocuk, çevresini dikkate almadan yalnızca ilkel dürtülerini doyurmanın peşinde olduğundan antisosyal bir varlıktır.” Bu davranış, erken çocukluk

için olağan sayılırken yetişkinler için antisosyallikten bahsedilir. Çocuklar eğitime dürtüleri ile toplumun isteklerini dengede tutmayı öğrenirler (69).

1621'de Robert Burton "Melankolinin Anatomisi" adlı tıbbi ders kitabında iritabiliteye atıfta bulunulmuştur (69). Latincedeki kolay heyecanlanan anlamındaki *irritabilis* kelimesinden türeyen *irritability* kelimesi ilk kez 1755 yılında kullanılmıştır (71). Eugen Bleuler 1916 tarihli "Psikiyatri Ders Kitabı" adlı eserinde "*Krankhafte Reizbarkeit*"(patolojik iritabilite) kavramını kullanmıştır. Psikanalizde ise kendiliğe yönlendirilen hostilitenin altında yatan düşünce, Freud tarafından "melankolinin kişinin kendine verdiği acıdan haz alması" olarak tanımlanmıştır. "İritabil mod" kavramı yaklaşık 70 yıl önce hayatımıza giren ilk DSM ile "Manik-depresif reaksiyon, manik tip" in tanımlanmasından beri araştırmacıların ilgi odağı olmuştur. Günümüze geldiğindeyse, iritabil duygudurum ve öfke patlamaları DSM-5'teki pek çok tanıda görülen belirtiler arasında yer almaktadır (69).

Karşı gelme davranışı "Karşı Olma Bozukluğu" adı ile ilk kez DSM-3 ile tanı sistemine girmiştir (72). DSM 4-TR (73)'de KOKGB "Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları" başlığında yer alırken, DSM 5'te "Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları" başlığı altında sınıflandırılmış ve sekiz belirti duygudurum, davranış ve kin gütme şeklinde üç boyutta incelenmiştir (10).

İlk kez DSM-2 (74)'de "Çocukluğun Davranış Bozuklukları" şeklinde kendine yer bulan "Davranım Bozukluğu" tanısı ilk kez DSM-3 (72)'te kullanılmıştır. DSM 4-TR (73)'te "Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları" başlığı altında incelenmiş, DSM-5 (10)'te "Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları" başlığı altında sınıflandırılmıştır.

2.2.3. Epidemiyoloji

Finlandiya'da toplum örneklemleri bir okul öncesi çalışmada öfke patlaması sıklığının %87 olduğu, çocukların %64,7'sinde öfke patlamalarının 2 veya 3 yaşındayken başladığı ve % 57,1'inde 5 yaşından sonra sonlandığı bildirilmiştir (56).

Wakschlag ve ark. (60), okul öncesi 1490 çocuğu YDÇBDÖ ölçeğinin Öfke Nöbeti alt ölçeğiyle değerlendirdiklerinde çocukların neredeyse tamamında (%83,7)

arada bir öfke nöbeti görüldüğünü, ancak sadece %8,6' sında her gün öfke nöbeti olduğunu saptamışlardır. Potegal ve Davidson (59), 18-60 aylık 335 çocuk arasında öfke patlaması yaygınlığının 18-24 ay yaş grubunda %87 iken 30-36 ayda %91'e yükseldiğini; 42-48 ayda ise %59'a düştüğünü göstermişlerdir. Toplum örneklemleri bir çalışmada okul öncesi yaşta çocukların %87'sinde öfke patlamasının görüldüğü, çocukların %64,7'sinin 2 veya 3 yaşındayken öfke patlaması geçirmeye başladığı ve % 57,1'inin 5 yaşından sonra bir daha öfke patlaması yaşamadığı bildirilmiştir (56).

Tremblay ve ark. erken çocuklukta orta şiddette fiziksel saldırganlığın yaklaşık olarak %58 sıklığında görüldüğünü ve erkeklerin kızlara göre saldırganlığa daha yatkın olduğunu raporlamıştır (75). Connecticut Erken Gelişim Projesi örnekleminde yer alan 2 yaşındaki çocukların %19'unun, 3 yaşındakilerin ise %15'inin genellikle "hayal kırıklığına uğradıklarında saldırgan" olduklarını, ancak her iki yaş grubunun yalnızca %1'inin "başkalarını kasten incittiği" raporlanmıştır (76).

9-16 yaştaki 1420 çocuğun dâhil edildiği "Great Smoky Mountains Study" epidemiyolojik çalışmasında fazik iritabilite sıklığı %51,4, tonik iritabilite sıklığı %28,3, tonik ve fazik iritabilitenin birlikte olduğu durumda sıklığı %22,8 olarak bulunmuştur (51).

Gençlerde KD özelliklere sahip DB yaygınlığının %2-4 (davranış bozukluğu olan çocukların yaklaşık %25-35'i) olduğu tahmin edilmektedir (68).

Wakschlag ve ark. (7), okul öncesi dönemdeki yıkıcı davranışları normatif yanlış davranışlardan ayırmaya yönelik Yıkıcı Davranış Tanısal Gözlem Çizelgesi ile semptomları yıkıcı olmayan (iki veya daha az semptomu var ve bozulmanın olmadığı), subklinik (yıkıcılık kriterlerini karşılamayan ancak bozulmanın olduğu veya birden fazla semptomu olan ama bozulmanın olmadığı) veya yıkıcı (DSM-4'de KOKGB için dört semptom ve/veya DB için üç semptomu karşılayan ve bozulmanın olduğu) olarak sınıflandırmışlardır. Bu sınıflandırmaya göre araştırmaya dâhil edilen 327 okul öncesi çocuğun %23'ünde yıkıcı davranış, %26'sında subklinik yıkıcı davranış saptanırken, %51'inde yıkıcı davranışların olmadığı raporlanmıştır. Yine aynı çalışmada, kız ve erkek çocukların yıkıcı olmayan veya subklinik olarak sınıflandırılma olasılıkları eşitken, erkeklerin yıkıcı grupta olma olasılıkları iki kat daha fazla bulunmuştur. Ercan ve ark. (77)'nin, *The Epidemiology of Childhood Psychopathology in Turkey*

(EPICPAT-T) çalışmasında, oranlar sırasıyla işlevsellikte bozulma olmaksızın ve bozulmayla birlikte olanı ifade edecek şekilde KOKGB için sıklık %3,44 ve %2,2, DB için % 0,34 ve %0,29'dur. Cinsiyete göre her üç bozukluk da erkek cinsiyette daha sık saptanmıştır. Ülkemizdeki bir başka çalışmada 7-15 yaş arasında KOKGB ve DB prevalansları sırasıyla %6,7 ve %14,4 olarak bulunmuştur (78).

2.2.4.Yıkıcı Davranışların Normatif Yanlış Davranışlardan Ayrımı

Alanyazın incelendiğinde, erken çocukluktaki yıkıcı davranışlarla ilgili çalışmaların saldırganlık, fiziksel saldırganlık, öfke patlaması, öfke nöbeti, karşı gelme, hiperaktivite-impulsivite, başkaları için düşük endişe duyma gibi farklı kavramları kapsadığı anlaşılmaktadır (6,79,80). Sıklıkla saldırganlık, karşı gelme, öfke nöbetleri şeklinde karşılaşılan yıkıcı davranışlar, sıklıklarına, yoğunluklarına, gelişimsel döneme uygunluklarına ve içinde gerçekleştiği duruma bağlı olarak döneme özgü davranışları ya da klinik semptomları yansıtabilir (6). Erken çocukluk döneminde gelişimsel olarak karşı gelme, öfke nöbeti ve saldırganlığa sık rastlanır ve alanyazında normatif yanlış davranışlar (*normative misbehaviour*) olarak yer alırlar (7). Öfke patlamasının sıklığı 18 aydan 60 aya doğru gidildikçe azalır (58). Yapılan bir çalışmada klinik örnekleme ailelerin %45,9'u çocuklarının şiddetli öfke patlaması olduğunu bildirirken, yalnızca %23,8'i iritabil olduğunu bildirmiştir. Toplum örnekleminde ise çocukların %11'inin öfke patlaması geçirdiği, %78,4'ü aileleri tarafından iritabil olduğu belirtilmiştir. İritabilite klinikte daha az sıklıkta olmasına rağmen, öfke patlamasına saldırgan davranışlar ve bozulmanın daha fazla eşlik ettiği saptanmıştır. Toplum örneklemindeki iritabil grubun yalnızca çok küçük bir kısmına işlevsel bozulmanın eşlik ettiği belirlenmiştir (45).

Belden ve ark. çalışmasında okul öncesi öfke patlamalarını depresyonu olan, yıkıcı davranışı olan ve sağlıklı çocuklar arasında karşılaştırmıştır. Yıkıcı gruptaki çocukların öfke patlamaları sırasında diğerlerinden daha sık fiziksel şiddet sergileyebildiği, kreşte geçirdikleri zamanda daha fazla öfke patlaması geçirdikleri ve öfke patlamalarının daha zor sonlandığı raporlanmıştır. Ayrıca, depresyondaki çocukların sağlıklı çocuklara göre çevreye ve kendine zarar verme davranışının daha fazla olduğunu saptamışlardır (81).

Erken çocuklukta yıkıcı davranış belirtileri ile normatif yanlış davranışların örtüştüğü anlaşılmaktadır (15). Karşı gelme, öfke nöbeti ve saldırganlık aynı zamanda yıkıcı davranış bozukluklarının da temel özellikleri olduğundan, okul öncesi çocuklarda yıkıcı davranış bozukluklarının tanılması zorlanılan bir nokta olmuştur (7). Günümüzde okul öncesi çocuklarda yıkıcı davranış bozukluklarının tanımlanabildiği büyük oranda kabul görmüştür. Ancak, bu davranışları döneme özgü davranış özelliklerinden ayırt etmek önemlidir (29). Bu noktada önem kazanan gelişimsel yaklaşım, yıkıcı davranışların boyutsal olarak ele alınmasını sağlayarak erken çocuklukta normal davranışlardan, atipik (yaşa göre beklenen özelliklerden sapma) davranışlara uzanan gelişimsel çeşitliliğin sınırlarını çizmeye yardımcı olur (7,29).

Düşük Endişe boyutuyla incelenen acımasız davranışlar diğer yıkıcı davranış boyutlarından farklılık taşımaktadır. Okul öncesi yaşta hiçbir acımasız davranış sık olarak görülmez ve normatif yanlış davranışlar arasında yer almaz (68).

DSM-5'te DB tanı kriterleri arasında yer alan zorla cinsel aktivite, ev ya da okuldan kaçma gibi pek çok yıkıcı davranış semptomu gelişimsel olarak bakıldığında okul öncesi çocuklar için geçerli değildir (10). Buna rağmen, okul öncesi çocuklarda gelişimsel olarak normal sayılan sorunlar ile atipik davranış sorunlarının ayırt edilebildiği kabul edilir (82). Bu klinik fenomenolojinin en iyi nörogelişimsel süreçler açısından anlaşılabilirliği düşünülmektedir (12,29,52,60,83).

2.2.5.Yıkıcı Davranışların Sınıflandırılması

2.2.5.1.Boyutsal Sınıflandırma

1-DSM yönelimli KOKGB/DB modeli (2 boyutlu): En yaygın kabul gören yaklaşımdır. DSM tanı kriterlerinin toplamını kullanır. Bu ayırım okul öncesi için anlamlı değildir çünkü zorla cinsel ilişkiye girme, evden/okuldan kaçma gibi kriterler okul öncesinde gelişimsel açıdan uygun değildir (12).

2-DB/Duyarsız model (2 boyutlu): Erken yaşlarda kendini göstermeye başlayan DB'nin alt tipi sayabileceğimiz Katı-Duygusuz (KD) belirtiler ve DB belirtileri olmak üzere iki boyuttan oluşur (12). KD, duygusal ifadeden yoksunluk,

suçluluk ve empati eksikliğini kapsar. Aynı zamanda, gelecekte antisosyal kişilik örüntülerine dönüşme ihtimali yüksektir (12).

3-İritabil/headstrong/hurtful model (3 boyutlu): KOKGB’yi iritabilite, inatlaşma ve soğukkanlılık olarak 3 boyutta değerlendiren modeldir (12).

2 ve 3 boyutlu modeller, yıkıcı davranışların gelişime göre farklılıklarını hesaba katmaz.

4-Gelişimsel model (4 boyutlu): Wakschlag ve arkadaşlarının geliştirdiği model “Öfke Nöbeti”, “Karşı Gelme”, “Saldırganlık” ve “Düşük Endişe” boyutlarından oluşur. Bu dört alt boyutun sıklık ve şiddeti; ebeveynleriyle, diğer yetişkinlerle, kardeşleriyle ve diğer çocuklarla etkileşimi sırasında görülen dört farklı ilişkisel bağlamda ve “yorgun, aç ya da hastayken”, “hayal kırıklığına uğramış, kızgın ya da üzgünken”, “günlük rutinler sırasında”, “isteklerinin yapılması için”, “nedensiz yere ya da beklenmedik bir anda” olmak üzere beş farklı tetikleyici durum sırasında değerlendirilmektedir (6). Özetle, erken çocukluk döneminde yıkıcı davranışları normatif yanlış davranışlardan ayırt ederken, davranışın kalitesi, yaygınlığı, yoğunluğu, sıklığı ve bağlamın önemli olduğu belirtilmiştir (46). Öfke Nöbeti ile ilişkilendirilen gelişimsel görev duygu düzenleme, frustrasyonun kontrolü, normatif yanlış davranış frustrasyon karşısında şiddetli olmayan öfke patlaması geçirmesi, klinik belirteç ise öfke patlamalarının sık ve şiddetli olmasıdır. Saldırganlık ile ilişkilendirilen gelişimsel görev adaptif problem çözme yeteneğinin gelişmesiyle saldırganlığı düzenleyebilme, normatif yanlış davranış akranla anlaşmazlık durumunda gözlenen reaktif saldırganlık, klinik belirteç ise sık, hostile ve proaktif saldırganlık olmasıdır. Karşı Gelme ile ilişkilendirilen gelişimsel görev kuralların içselleştirilmesi, normatif yanlış davranış esnek ve amaca yönelik karşı gelme, klinik belirteç ise inatçı ve yaygın karşı gelmedir. Düşük Endişe ile ilişkilendirilen gelişimsel görev empati ve vicdan gelişimi, normatif yanlış davranış akranlarıyla amaçları çatıştığında şiddetli olmayan umursamazlık, klinik belirteç ise diğerlerini sıkıntıya sokmaktan ve kışkırtmaktan zevk almaktır (12).

Dört alt boyut içerisinde iritabilite ve KD özellikler diğerlerinden farklılık gösterir. Bu iki boyutun, nörogelişimsel kökenli olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Ayrıca heterojen gelişimsel ifadeleri vurgular. Örneğin, öfke nöbeti

gibi iritabilitenin davranışsal yansımaları çoğu küçük çocukta normatif olarak ortaya çıkan ve yalnızca çok sık ve düzenlenemediğinde ayırt edicidir. Buna karşılık, diğerlerinin sıkıntılarına verilen tepkilerin yetersizliğini ifade eden duygusuz özellikler, gelişimde normatif olarak ortaya çıkmaz. Eğer çocukta mevcutsa şiddetli antisosyal belirtiler için gelişimsel risk belirteçleridirler. Başkalarının duygularına yönelik endişe, bebeklik döneminde bile ilkel biçimde kendini gösterir ve yaşamın çok erken dönemlerinden itibaren duyarsız eğilimlerin tanınmasını sağlar. Bu iki boyut çocuklukta ve yetişkinlikte başlayan birçok yaygın ruhsal bozukluğu öngörebilir. Bu nedenle, nörogelişimin erken aşamasında bu sorunları yakalamak önleme adına büyük önem taşır. Saldırganlık da erken dönemde ortaya çıkar ve daha sonraki antisosyal özellikleri öngörebilir. Bununla birlikte, çeşitli formları hem iritabilite (reaktif saldırganlık) hem de duygusuz davranışlarla (proaktif saldırganlık) ilişkili olduğundan özgül bir belirteç değildir. Kurala uymama ya da karşı gelme ise diğer üç boyuta göre nörobilimde kendine daha az yer edinmiştir.(68).

2.2.5.2. Kategorik Sınıflandırma

DSM-V’te “Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları” başlığıyla ayrı bir bölüm bulunmaktadır. Bu başlığın altında KOKGB, aralıklı patlayıcı bozukluk, DB ve antisosyal kişilik bozukluğunun tanı kriterlerinde yıkıcı davranışlar karakteristik özelliktedir. DEHB, YDDDB, depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk, psikotik bozukluklar, disosiyatif bozukluklar gibi birçok tanıda yıkıcı davranış belirtisi görülebilmektedir (10).

Karşı Olma, Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) : KOKGB kronik iritabilite ve karşı gelme olarak birbirinde iki farklı boyuta sahiptir ancak kanıtlar bu iki özelliğin birbirinden ayrı olarak değerlendirilemeyeceğini göstermektedir. Kronik iritabilite depresyon, anksiyete ve intihar eğilimi riskinin güçlü bir şekilde yordarken, karşı gelme davranışı yıkıcı ve saldırgan davranışlarla ilişkilidir (84). DSM-V’te “Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları” başlığı altında yer alır. Tanı kriterleri öfkeli/kolay kızan duygudurum, tartışmacı/karşı gelen davranış ve kin besleme olarak üç boyuta ayrılmıştır. Belirtiler 5 yaş altındaki çocuklarda en az 6 ay süreyle, çoğu gün; 5 yaş ve üzerindeki çocuklarda en az 6 ay süreyle, haftada 1 kez ortaya çıkmış olmalıdır (10). Kronik bir iritabilite ve öfke söz konusudur. KOKGB,

okul öncesi yaşta en sık görülen bozukluklar arasında yer alır (13). Evans ve ark. KOKGB'nin iritabil boyutu içe yönelim bozukluklarına önemli derecede eşlik edebildiği ve sonraki süreç için de içe yönelim bozukluklarını öngörebildiği için tanı sınıflamasına “kronik iritabilite/öfke ile giden” KOKGB alt tipinin eklenmesinin kanıtlar doğrultusunda gerekli olduğunu önermektedirler (85).

Aralıklı Patlayıcı Bozukluk (APB): APB, DSM-V'in “Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları” başlığı altında yer alıp, tekrarlayıcı öfke patlamaları ile kendini gösterir. Bu öfke patlamaları, sözel saldırı, eşyalara, hayvanlara ya da diğer kişilere karşı bedensel saldırı şeklinde olabilir. Bu davranış patlamaları dürtüseldir. Tasarlanmış ya da somut bir amaca yönelik değildir. Tanının konulabilmesi için kronolojik yaş en az altı olmalıdır (10).

Davranım Bozukluğu (DB): DB, kişinin başkalarının temel haklarını çiğnemesi ve yaşa uygun toplum kurallarının devamlı olarak bir biçimde yok sayılması ile tanımlanır. Çocuklarda DB, insanlara ve hayvanlara karşı saldırganlık gösterme, eşyalara zarar verme, yangın çıkarma, çalma davranışı, ev ve okuldan kaçma gibi önemli kuralların ihlali edilmesi ile belirir. DB'de görülmesi beklenen kriterler; insanlara ve hayvanlara karşı saldırganlık, eşyaları kırıp dökme, dolandırıcılık ya da hırsızlık ve kuralları büyük ölçüde çiğneme, dört alt başlıkta sınıflandırılır (10). Başlangıç yaşına ya da KD özellikler gösterip göstermemesine göre alt tiplere ayrılmıştır (86). KD özelliklerin düşük empati, umursamazlık ve pişmanlık/suçluluk duymama ile orta-güçlü düzeyde ilişkili olduğu gösterilmiştir (66). Geniş örneklemlerle bir çalışmada, DB saptanan çocukların %46,1'inde KD özellikler olduğu belirlenmiştir. DB'e KD özelliklerin eşlik etmesi durumunda davranışların yıkıcılığının daha şiddetli olduğu saptanmıştır (87). DB madde kullanım bozuklukları ve antisosyal özellikler ile de ilişkilendirilmiştir (88).

Antisosyal Kişilik Bozukluğu: Antisosyal Kişilik Bozukluğu on beş yaşından itibaren süregelen, başkalarının haklarını umursamayan ve çiğneyen yaygın bir örüntü ile karakterizedir. Yasal yükümlülöklere uymama, yalan söyleme, dürtüsellik, sinirlilik, saldırganlık, kendisi ve başkalarının güvenliğini umursamama, sorumsuzluk ve pişmanlık duymama özellikleri ile tanınır (10).

Depresyon: Depresyon, çökkün duygudurum veya ilgi kaybının çekirdek belirtiler olduğu bir bozukluktur. Çökkün duygudurum çocuklarda kolay kızan bir duygudurum şeklinde görülebilir. Uyku düzeninde bozulma, iştah değişiklikleri, psikodevinsel kışkırtma ya da yavaşlama, enerji azlığı, odaklanma güçlüğü ya da kararsızlık, değersizlik hissi ya da suçluluk duyguları, özkıyım düşünceleri diğer tanı kriterleri arasında yer alır. Depresyon tanısı konulabilmesi için tablo en az iki hafta sürmelidir. DSM-V depresyonun şiddetini hafif, orta ve ağır olarak üç gruba ayırmıştır (10).

İritabilite kesitsel ve boylamsal olarak depresyonla bağlantılıdır. Pediatrik depresyonda bir semptom olarak epizodik iritabilite görülür. Ancak, depresif duygudurum ya da anhedoninin yokluğunda iritabilite nadirdir. Boylamsal olarak, kronik iritabilite bipolar bozukluktan veya dışsallaştırma bozukluklarından ziyade depresyonu öngörmektedir. Kanıtlar, iritabilite ve depresyon arasındaki bağlantının çoğunlukla paylaşılan genetik riskle açıklanabileceğini göstermektedir. Gerek boylamsal gerek kesitsel etkide ailedeki depresyon öyküsü ve olumsuz ebeveynlik stillerinin katkısının olduğu düşünülmektedir (89).

Erken çocuklukta depresyon %1,1 sıklığında görülür (13). Çocukluk depresyonunun yıkıcı davranış belirtilerinden özellikle iritabilite ve öfke nöbeti ile ilişkili olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (52,54). Yetişkinlikteki depresyon ise çocuklukta dışa yönelim davranışları ile ilişkilendirilmiştir (90).

Okul öncesinde depresyonu olan çocukların %42'sine DEHB, %20-80'ine KOKGB tanısı eşlik edebilmektedir (4)

Yıkıcı Duygu Durumu Düzenleyememe Bozukluğu (YDDB): DSM-V'e yeni bir tanı olarak eklenen YDDB, "Depresyon Bozuklukları" ana başlığı altında yer alır. Şiddetli ve tekrarlayıcı öfke patlamaları ile epizodik olmayan ve süreğenlik gösteren iritabil duygudurum ile karakterizedir. Bozukluk, en az bir yıl boyunca sürmeli ve ardışık üç ay ve daha uzun bir belirtisiz dönem olmamalıdır. Yine DSM-5 kriterlerinin karşılanması için kışkırtan nedenle şiddet veya süre açısından açıkça orantısız öfke patlamaları haftada en az üç kez görülmelidir. Belirtilerin ev, okul ve akranlarıyla beraber olduğu üç ortamdan en az ikisinde olması ve en az bir ortamda ağır biçimde kendini göstermesi gereklidir. Tanı koyma yaşı altı ile on sekiz yaş arasında

sınırlandırılmış olup, başlangıç yaşı on yaşın altında olmalıdır (10). YDDB semptomları okul çağında artış gösterir ve kronik bir seyir gösterme eğilimindedir. Depresyon ve anksiyete bozuklukları ile birlikteliği sıktır (91). Her ne kadar altı yaşın altında YDDB tanısının konulamayacağı düşünülse de Martin ve ark. çalışmalarında YDDB belirtileri olan okul öncesi çocuklarda yıkıcı davranışlar ve saldırganlığın daha sık görüldüğünü saptamıştır (92). Moore ve ark. (93) çalışmalarında tonik iritabiliteyle kıyaslandığında öfke patlamalarının daha stabil özellikte seyrettiği, kalıtsallığın daha fazla olduğu ve YDDB tanısının daha güçlü bir göstergesi olabileceğini bildirmiştir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: DEHB, gelişimsel düzeye uygun olmayan ve süregiden dikkatsizlik ve/veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtileri ile karakterize, toplum, okul veya iş ile ilgili alanlardan en az ikisinde bozulmalara neden olan, belirtilerin on iki yaşından önce görülmeye başlandığı ve en az altı ay devam ettiği nörogelişimsel bir bozukluktur (10). DEHB, nörogelişimsel bozukluklar içinde çocuklarda en sık görülenidir (94). DEHB'li çocuk ve ergenlerin, diğer akranlarına kıyasla daha düşük akademik başarı, bozulmuş sosyal işlevsellik, artan madde kullanım bozukluğu riski, yetişkinlikte işgücü piyasalarına katılımın düşük olması gibi çeşitli olumsuz sonuçlar yaşama olasılığı daha yüksektir (95–98). 2023 yılında yayınlanan bir metaanalizde 3-12 yaş arası DEHB yaygınlığının %7,6 olduğu bildirilmiştir (99).

2.2.6. Yıkıcı Davranışların Etiyolojisi

Genetik faktörler (100), doğum öncesi sigara ve alkol kullanımı, doğum öncesi viral hastalık, anne stresi ve kaygısı, düşük doğum ağırlığı, peri-partum ve erken yenidoğan komplikasyonları, bebeklik döneminde ebeveynlik stilleri, ebeveyn stresi (101), ebeveynin ruhsal durumu (102), çocuğun otonomik reaktivitesi (39) ya da çocuğun aşırı kilolu ve obez olması (103) gibi pek çok faktör yıkıcı davranışlara yatkınlık yaratabilmektedir.

2.2.6.1. Psikodinamik Etkenler

Sigmund Freud'a göre ölüm yani yıkma dürtüsü tüm canlı varlıkların başlangıca yani cansız duruma dönmeye dair biyolojik ihtiyaçlarından türer. Ruhsal

işleyişte ölüm ve yaşam dürtüleri arasında temel bir çatışma vardır. Bu çatışmada ölüm dürtüsü baskınsa ruhsal yaşama saldırganlık hâkim olur, yaşam dürtüsü baskınsa yıkıcı bileşen kısmen etkisiz hale gelir ve saldırganlık yaşam ve benliğin hizmetine girer (104).

Melanie Klein'a göre bebek doğum sırasında rahim içi konumunu kaybeder ve bunu düşman güçlerin saldırısı olarak algılar. Bebek kendi yıkıcı düşlemlerinde memeyi ısırır, yutar, yok eder ve buna misilleme geleceğinden korkar. Klein, yaşamın ilk üç ayında yıkıcı dürtüler ve zulmedilme kaygısının en yoğun olduğu dönemi paranoid-şizoid konum olarak tanımlar (105).

Danold Winnicot'a göre antisosyal kişilik örüntüleri annenin bebeğin fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılama sorunlarına dayanır (106).

Davranış sorunu olan çocukların psikanalizin ilgi alanına girmesi Freud'un öğrencisi ve "Asi Gençlik" kitabının yazarı olan August Aichhorn sayesinde olmuştur. Ona göre her çocuk ilkel dürtülerini doyurma peşinde olduğundan doğuştan antisosyal özelliktedir. Eğitimle birlikte bu içgüdülerini bastırarak gerçek hayata uyum için dönüştürmesi gereklidir (69).

2.2.6.2. Genetik Etkenler

Yıkıcı davranışlar ile ilgili yapılan genetik çalışmalar spesifik bir genin nedeniyle değil de gen-çevre etkileşimi neticesinde yıkıcı davranışların ortaya çıktığını göstermektedir (107,108).

Dışa yönelim bozukluklarına ilişkin yürütülen genom çapında ilişkilendirme çalışma sonuçlarına göre tek nükleotid polimorfizmlerine ilişkin daha geniş çaplı araştırmalara ihtiyaç duyulduğu anlaşılmaktadır (109).

GABRA2, MAOA, SLC6A4, AVPR1A aday genleri DB ile ilişkili bulunmuştur. Gen-çevre etkileşimi çalışmaları, DB'deki genetik yatkınlıkların aynı zamanda daha yüksek riskli ortamlarda bulunmaya da yol açtığını ve çevresel faktörlerin metilasyon yoluyla DB'deki genetik faktörlerinin önemini değiştirebileceğini göstermektedir (110).

DEHB, DB ve KOKGB'nin etiolojisinde genetik faktörler çevresel faktörlerden daha ön planda yer almaktadır (111). KD özelliklerin kalıtsallığı %36-67 arasındadır. Yapılan moleküler çalışmaların çoğu oksitosin ve serotonin genlerine odaklansa da KD ile ilişkilendirilebilecek kanıtlar yeterli değildir (112).

Saldırgan davranışların altında yatan nöronal adaptasyonların DNA metilasyonu, histon modifikasyonları ve kodlayıcı olmayan RNA tarafından yönlendirilen epigenetik olaylar olduğu düşünülmektedir (113). Çocuklarda saldırganlığın kalıtsallığı yaklaşık %50'dir (114).

İritabilite orta derecede kalıtsaldır (53).Yapılan bir ikiz çalışmasının sonucuna göre çocuk ve ergenlerde tonik iritabilitenin kalıtsallığı %54, fazik iritabilitede öfke nöbetlerinin sık görüldüğü durumda kalıtsallık %61, fazik iritabiliteye şiddetli öfke nöbetlerinin hâkim olduğu durumda ise kalıtsallık %63'tür (93). İritabilite ve depresyon arasındaki bağlantının büyük kısmı paylaşılan genetik risklerle açıklanabilmektedir (89). Yani genetik faktörler, iritabilite ve depresyon arasındaki fenotipik örtüşmenin temelini oluştursa da bu durumun hangi genlerle ilişkili olduğu belirsizliğini korumaktadır (53).

5HTR-2A (115), OXTR (116), COMT (117) ve AMPA reseptör geni GluA3'ün (118) işlev bozukluğu gibi pek çok gen çeşitli araştırmalarda yıkıcı davranışlarla ilişkilendirilmiştir.

Serotonerjik ilişkili genetik polimorfizmlerin antisosyal davranışla ilişkili olduğu ve düşük düzeyde eksprese edilen MAOA genotipinin dürtüsel saldırganlığa yatkınlık oluşturduğu ileri sürülmektedir (119).

2.2.6.3. Nörobiyolojik Nedenler

Çocuk ve ergenlerdeki yıkıcı davranış örüntüleri hipotalamo-hipofizer-adrenal (HHA) aks, gonadal hormon sistemi (120), otonom sinir sistemi (39) gibi pek çok sistem açısından ele alınmıştır.

Otonom Sinir Sistemi: Otonom sinir sisteminin fizyolojik ölçümleri olan kalp atış hızı ve cilt iletkenliği antisosyal özellikler ile ilişkili bulunmuştur (121).

Hipotalamo-hipofizer-adrenal aks: DB ve KOKGB'de kortizol stres yanıtının baskılanmış olduğu bilinmektedir (122). Bir başka çalışmada ise erken çocuklukta iritabilite şiddetine göre diurnal kortizol salınımının farklılaştığı bildirilmiştir (123).

Genel olarak psikofizyolojik ve hormonal açıdan reaktif ve proaktif saldırganlık arasında keskin bir sınır çizilememiştir. Her iki tipte de akut strese düşük bazal kortizol ve vagal değişkenlik yanıtı gibi benzer özellikler bulunmaktadır (124).

Nörotransmitterler: Serotonin sentezinin azlığının da aşırılığının da saldırganlığa yol açtığı hayvan modellerinde gösterilmiştir. DA fazlalığının da saldırganlığa yol açabileceği düşünülmektedir (125).

2.2.6.4. Nöroanatomi ve Emosyonel İşleme

DB'de amigdala, insula ve orbitofrontal korteks gibi limbik bölgelerde daha küçük gri madde hacmi ile duygu işleme, duygu düzenleme ve pekiştirmeye dayalı karar vermeden sorumlu beyin ağlarında işlevsel anormallikler bildirilmiştir (86).

Patolojik ritabiliteye ödül sistemi ve tehdit sistemindeki işlev bozukluklarının aracılık ettiği varsayılır (126). İritabilitede ödül ve tehdidi algılama sistemlerinde bozulma görülür. İritabil gençlerin yüzden duygu okuma sırasında amigdala ve prefrontal korteks arasındaki nöral bağlantılarda disfonksiyon olduğundan dolayı yüzden duygu okumada daha fazla hata yaptıkları ve nötral yüz emosyonlarını tehdit edici algıladıkları öne sürülmüştür Aynı zamanda kronik ve şiddetli iritabilite varlığında dikkatte bozulma meydana gelir (44). KD özellikler ise korku işlemelemedeki bozulmalarla karakterizedir (127).

Ventral striatum disfonksiyonunun frustrasyon ve saldırganlığa yol açtığı düşünülmektedir (125).

Yıkıcı davranışlarda elektroensefalografi ile elde edilen beyin aktivitesine ilişkin elde edilen veriler tutarsızdır (128).

2.2.6.6. Psikososyal Etmenler

Yıkıcı davranışlar pek çok psikososyal risk etmeni ile ilişkilendirilmiştir. Düşük sosyoekonomik durum ile antisosyal özellikler arasında güçlü bir ilişki bulunduğu anlaşılmıştır (129). Psikososyal etmenler arasında ebeveyne ait özellikler arasında

ebeveynin psikopatolojisinin yeri dikkat çekicidir. Ebeveynde şiddetli ruhsal bozukluk varlığı ve ebeveynin depresyonu çocuğun yıkıcı davranış bozuklukları ile ilişkilidir (130). Özellikle anne depresyonu çocukta hem dışsallaştırma hem de içselleştirme bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir (17). Ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarının da dışa yönelim davranışları üzerine etkisi bulunmaktadır. Özellikle kontrolcü, otoriter veya ihmalkâr ebeveynlik çocukta daha şiddetli dışa yönelim sorunlarına yol açabilmektedir (131).

Prenatal stres, stres hormonlarının aktifleşerek bebeğin kendi HHA gelişimini etkileyebilir. Ayrıca, gebelik/doğum komplikasyonlarına (preterm doğum, düşük doğum ağırlığı, preeklampsi, gestasyonel diyabet) ve doğum sonrası annenin bebeğe verdiği bakımın bozulmasına yol açabilir. Bu durum da uzun vadede çocuktaki çeşitli psikopatolojilerle ilişkilendirilmiştir (132,133).

Annenin gebelikte sigara (134) veya uyuşturucu madde (135) kullanımı, anne stresi (136,137), kaygısı, depresyonu, annenin gebelikte obez yada fazla kilolu olması, enfeksiyon/inflamasyon öyküsü, eşinden şiddet görmesi (135) dışa yönelim bozukluklarında belirlenmiş prenatal risk faktörlerinden bazılarıdır. Prenatal risk faktörleri hormonal ve bağışıklık sisteminde değişimlere yol açarak yıkıcı davranışlara yol açabilmektedir (135). Özellikle prenatal dönemde annenin stres, kaygı ve depresyon belirtileri çocukta erken doğum ve telomer uzunluğunun azalmasına yol açarak kaygı, depresyon, DEHB ve DB riskini artırmaktadır. Aynı zamanda, HHA aracılığıyla fetal beyin etkilenmektedir. İn vivo beyin görüntüleme çalışmalarında anne stresinin frontotemporal ağların fonksiyonunda değişimlere yol açtığı, kortekste incelmeye ve amigdalada genişlemeye neden olduğu saptanmıştır (138). YDÇBDÖ kullanılarak yapılan bir değerlendirmeye göre prenatal sigara maruziyeti doza bağımlı olarak iritabilite ile ilişkilendirilmiş, ancak karşı gelme ile böyle bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır (46).

Prenatal faktörlerin haricinde düşük doğum ağırlığı (139) doğum ve yenidoğan komplikasyonları (86,140), ebeveyn psikopatolojileri (16) dâhil olmak üzere yaşamın erken dönemindeki bir dizi risk faktörünün de yıkıcı davranışlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Preterm doğumun antenatal steroid kullanımına bağlı olarak çocuklukta ruhsal belirtilere neden olabileceği düşünülmektedir (141). Gebelikte

çocuğun sigaraya maruziyeti ve annenin hamilelikte stres yaşaması çocuğun okul öncesi dönemde yönetici işlevlerinde gerilik ve davranış sorunlarında artış ile ilişkilendirilmiştir. Aynı zamanda bu iki risk faktörünün bir arada olması yıkıcı davranışların ortaya çıkış olasılığını artırmaktadır (142).

2.2.7. Okul Öncesi Yıkıcı Davranışların Tedavisi

2.2.7.1. Farmakolojik Olmayan Tedaviler

Erken çocuklukta yıkıcı davranışlar için günümüzde kabul gören öncelikli tedavi yaklaşımı psikosoyal müdahalelerdir (143). Ancak herhangi bir müdahalenin diğerine bir üstünlüğünü gösteren yeterli kanıt bulunmamaktadır (144). 2-13 yaşta klinik olarak anlamlı yıkıcı davranışı olan çocuklarda Çocuklukta Ebeveyn Yönetimi Eğitimi ve Ebeveyn-Çocuk Etkileşimi Terapisi yıkıcı davranışları azaltabilir. Ebeveyn temelli bu müdahalelere bilişsel davranışçı terapi eklenmesinin ise yararı gösterilememiştir (145). Erken çocuklukta davranım sorunları için kullanılabilen ebeveyn eğitim programlarından *Incredible Years* ve Triple P-olumlu ebeveynlik programları kısa vadede çocuk davranış problemlerini iyileştirmek için etkili bulunmuştur (146). Okul öncesi çocuklar günün büyük kısmını okulda geçirdiğinden öğretmen temelli tedavi programları da çocuklardaki dışsallaştırma sorunlarının yönetiminde kullanılabilir (147).

2.2.7.2. Farmakolojik Tedaviler

Okul öncesi dönemde ruhsal bozukluklar için ilaç kullanımına dair kanıtlar oldukça sınırlıdır (4).

Çocuklardaki öfke patlamaları ve saldırgan davranışların farmakolojik tedavisinde en fazla kanıta sahip olan ilaç risperidondur. Stimülanların DEHB'deki öfke patlamalarında fayda sağlayabildiği gösterilmiştir (148).

Çocuk ve ergenlerde kronik iritabilite tedavisinde en güçlü kanıtlar antipsikotiklere aittir. Kombine müdahalelerin orta düzeyde etkili olduğu saptanmıştır (149). Antidepresan kullanımı ise yeterli etki boyutunda değildir (150)

Yapılan çalışmalar sonucunda kanıtlar çocuk ve ergenlerdeki yıkıcı ve saldırgan davranışlar için psikostimülanların, alfa-2 agonistlerin ve atomoksetinin yararlı

olabileceğini düşündürmektedir (151). Güncel veriler, yıkıcı davranış bozukluklarında antipsikotik kullanımını önermek için yeterli kanıt olmadığını (152), 5 yaşın altındaki çocuklar içinse kanıt olmadığını göstermektedir (153). Tüm antipsikotikler arasında risperidonun yıkıcı davranış bozukluklarının kısa süreli tedavisinde etkili olabileceği ancak metabolik yan etki profili nedeniyle dikkatli olunması gerektiği bildirilmiştir (152). Risperidon hariç antipsikotik ve duygudurum düzenleyiciler için ise yeterince kanıt bulunmamaktadır (154). Ercan ve ark. (155), olağan gelişim gösteren okul öncesi çocuklarda davranım bozukluğu tedavisi için risperidonun etkili olduğunu ve iyi tolere edildiğini raporlamıştır.

2.3. EBEVEYN PSİKOPATOLOJİSİ

2.3.1. Ebeveyn Psikopatolojisi Olarak Depresyon

Erken çocuklukta, duyguların etkili bir şekilde düzenlenmesi büyük ölçüde ebeveyn-çocuk etkileşimi aracılığıyla gerçekleşir (156). Ailedeki depresyon pediatrik iritabilite ve depresyon ile ilişkili bulunmuştur (89). Anne depresyonu, çocuğun dışsallaştırma ve içselleştirme sorunları ve anne ebeveynlik stresi arasında bir ilişki olduğu çalışma kanıtları ile desteklenmektedir (17). Bu konudaki çalışmaların genellikle annelere odaklandığı anlaşılmaktadır. Ancak her ne kadar baba depresyonunun çocuğun dışa yönelim davranışlarında anne depresyonu kadar güçlü bir etkisi bulunmasa da (157) baba depresyonunun okul öncesi çocuklarda depresyon ve dışa yönelim bozuklukları için risk oluşturabileceği belirtilmiştir. Çocukların depresif semptomlarının da ebeveynlerin depresyonunu etkilemesi olasıdır ancak bu konuda yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır (158).

2.3.2. Ebeveyn Psikopatolojisi Olarak Anksiyete

Anksiyete, ortada somut bir tehlike olmaksızın yaşanan, çarpıntı, terleme gibi belirtilerin de eşlik edebildiği tanımlanması zor bir korku ve endişe duygusudur (159).

Annedeki anksiyete ile okul öncesi çocukların içselleştirme-dışsallaştırma davranışları önemli ölçüde aynı yönlü ilişkiye sahiptir (20). Yapılan bir çalışmada

babadaki içe yönelim sorunları çocuklarda azalan dışa yönelim belirtileri ile ilişkili bulunmuştur (160).

2.3.3. Ebeveyn Psikopatolojisi Olarak Stres

Bireyin dengesini bozabilen biyolojik, psikolojik ya da sosyolojik herhangi bir etken stres olarak tanımlanabilir. Bir kişi için stresli sayılabilen bir yaşantı, atfedilen anlama bağlı olarak bir başkası için aynı şekilde değerlendirilmeyebilir (2).

Ebeveyn stresi ile çocuğun yıkıcı davranışları arasında karşılıklı bir ilişki bulunduğu varsayılabılır (161). Hem baba hem de anne ebeveynlik stresi, ergen yaş grubundaki depresif belirtilerle doğrudan ilişkili bulunmuştur. Ancak anne stresi baba stresine kıyasla daha önemli bir etkide olduğu anlaşılmıştır (162).

Yapılan bir çalışmada babadaki ebeveynlik stresinin, annenin stresi ile çocukların sorunlu davranışları arasındaki ilişkiyi tamponlayabileceği saptanmıştır .Yani babanın stres düzeyi düşük olduğunda anne stresi ile çocuk yıkıcı davranışı arasındaki ilişki azalmaktadır (163). Anne kaygısı ile annedeki ebeveynlik stresi arasında bir ilişki olduğuna dair kanıtlar çelişkili bulunmuştur (17).

Yaygın anksiyete bozukluğu ve KOKGB tanılı okul öncesi çocukların ebeveynlerinin stres düzeyinin karşılaştırıldığı bir çalışmada KOKGB’li çocukların ebeveynleri daha yüksek stres düzeyi bildirmişlerdir (164).

Kronik ebeveynlik stresine maruziyet ebeveyn tükenmişliğine yol açabilmektedir. Ebeveyn tükenmişliğinin bir sonucu olarak ise kişiler çocuklarından duygusal olarak uzaklaşabilmektedir (165).

Ebeveyn stresi ailenin ekonomik zorlukları ile çocuk davranışı arasında aracı olma ya da hostile ve tutarsız ebeveynlik tutumlarına yol açma gibi çeşitli yollardan erken çocuklukta yıkıcı davranış bozuklukları gelişimini etkileyebilmektedir (166).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. AMAÇ

Erken çocuklukta yıkıcı davranışların tanı alabilirliği günümüzde kabul gören bir düşüncedir (29). Ancak erken yaşlardaki tanılama konusunda DSM sisteminden çok, gelişimsel özellikleri göz önüne alan boyutsal değerlendirme yaklaşımının kullanımı daha işlevseldir. Boyutsal yaklaşımlar içinde ise yıkıcı davranışlar ile çocukluğun normatif yanlış davranışı ayrımını en iyi göz önüne seren yaklaşımlardan biri Wakschlag'ın çok boyutlu yaklaşımıdır (12). Alanyazın incelendiğinde ülkemizde ise okul öncesi dönemde görülen yıkıcı davranışların boyutsal değerlendirildiği yalnızca bir çalışmaya rastlanmış, erken çocukluk haricindeki yaş gruplarında ise yıkıcı davranışların boyutsal yaklaşımına ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır.

DEHB'de ruhsal komorbiditeler oldukça sık olarak görülmektedir (167). Yıkıcı davranışlar hem içe yönelim hem de dışa yönelim bozukluklarında karşımıza gelebilmektedir (10). Alanyazındaki bilgilere göre, DEHB ile yıkıcı davranışlar sıklıkla birlikte görülmektedir (168). Ancak özellikle erken çocukluk döneminde sadece tanımlar arası ilişkilere ya da bağlantılara bakmak biyopsikososyal açıdan ruhsal bozuklukları anlamayı zorlaştırır. Bu ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi için çalışmalarda çocuk ve aileye ilişkin özellikleri birlikte değerlendirmek faydalı olabilir (15). Bu noktada ebeveyne dair pek çok özellik (ruhsal belirtiler, ebeveynlik stili ve yetkinliği, ekonomik durum, marital sorunlar vb.) devreye girse de hepsini sorgulamanın mümkün olmadığı düşünülmektedir. Eğer ebeveyn özelliklerinden birini seçmek gerekirse, ebeveynin ruhsal belirtilerinin, ruhsal belirtiler içinde de görülme sıklığıyla dikkat çeken depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin incelenmesi ilk olarak akla gelebilmektedir.

Çalışmamızın ana amacı Denizli ilinde okul öncesi çocuklardaki yıkıcı davranış alt boyutlarını, çocuğun DEHB belirtileri ve ebeveynin depresyon, anksiyete ve stres düzeyini dikkate alarak araştırmaktır. Erken çocuklukta gelişimsel olarak olağan kabul edilen normatif yanlış davranışların şiddetindeki değişimlerin ruhsal psikopatoloji bağlamında DEHB belirti düzeyi ile ilişkisini incelerken ebeveynin depresyon, anksiyete ve stres düzeyini de göz önüne almak, erken çocuklukta gelişimsel olarak

ortaya çıkan yıkıcı belirtilerin sınırını çizmenin önemini bir kez daha gözler önüne serecektir.

Çalışmamızdaki amaçlarımızı şu şekilde belirledik;

1. Denizli ili Pamukkale ve Merkezefendi ilçelerinde anaokulu öğrencilerindeki yıkıcı davranışları (toplam yıkıcı davranış, öfke nöbeti, karşı gelme, saldırganlık ve diğerleri için düşük endişe duyma) çok boyutlu değerlendirmek,

2. Ebeveynin bildirdiği prenatal, natal, postnatal özelliklerin yıkıcı davranışlar ile olan ilişkisini incelemek,

3. Ebeveynin bildirdiği çocuk psikiyatri başvurusu varlığının yıkıcı davranışlar ile ilişkisini incelemek,

4. Yıkıcı davranışların alt boyutlarının DEHB görünümleri ile ilişkisini incelemek,

5. Yıkıcı Davranışların alt boyutlarını ebeveynin depresyon, anksiyete ve stres düzeyi ile ilişkisini incelemek,

6. Okul öncesi dönemde yıkıcı davranış ve alt boyutlarının yordayıcılarını saptamak.

3.2.VARSAYIMLAR

1. Çocukların yaşı arttıkça ile yıkıcı davranış toplam ve alt boyut puanları azalmaktadır.

2. Erkeklerin yıkıcı davranış toplam ve alt boyut puanları kızlardan daha yüksektir.

3. Yıkıcı davranış toplam ve alt boyut puanları yüksek olan çocuklarda ebeveynin depresyon/anksiyete/stres düzeyleri daha yüksektir.

3. DEHB puanları daha yüksek olan çocukların yıkıcı davranış alt boyut puanları daha yüksektir.

4. Öfke Nöbeti, Saldırganlık ve Karşı Gelme alt boyutları ile DEHB hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm arasında ilişki bulunmaktadır.

5. DEHB- DE baskın görünümde de inhibisyon ve emosyon düzenlenmesinde sorun olabileceği varsayımından yola çıkıldığında okul öncesi dikkat eksikliği belirtileri ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti, Saldırganlık ve Karşı Gelme alt boyutlarının ilişkilidir.

6. Ebeveynin DASÖ-21 puanları YDÇBDÖ puanlarıyla pozitif yönde ilişkilidir.

7. Gebelikte stres yaşadığını bildiren annelerin çocuklarında YDÇBDÖ puanları daha yüksektir.

8. Katı duygusuz özelliklerin kalıtsallığının diğer yıkıcı davranışlardan daha yüksek olması nedeniyle düşük endişe puanı üzerine etkili faktör sayısının daha azdır.

3.3. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma epidemiyolojik ve analitik bir araştırmadır.

3.4. ARAŞTIRMANIN TARİHİ

Araştırma 02 Mart-22 Nisan 2022 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini; 2021-2022 eğitim öğretim yılında, randomize olarak seçilen Denizli ili Pamukkale ve Merkezefendi ilçelerindeki anaokuluna giden 3-6 yaş arasındaki çocuklar oluşturmaktadır.

Wakschlag ve ark. (7), okul öncesi dönemdeki yıkıcı davranışların (DSM-4 için KOKGB için dört semptom ve/veya DB için üç semptomu karşılayan ve bozulmanın olduğu) sıklığını %23 olarak bulmuştur. Ülkemizde Ercan ve ark. (77), 6-13 yaş arasındaki 5830 çocuğu dâhil ettikleri EPICPAT-T çalışmasında yaygınlık işlevsellik bozulduğunda KOKGB için %2,2; DB için %0,29 olarak bulunmuştur. Yine Türkiye’de yapılan başka bir çalışmaya bakıldığında, 7-15 yaş arası 2045 öğrenci arasında DEHB, KOKGB ve DB prevalansları sırasıyla % 6,2, %6,7 ve %14,4 olarak bulunmuştur (78). Alanyazında, ülkemizde okul öncesinde yıkıcı davranışların

sıklığını araştıran kapsamlı bir çalışma bulunmamakla birlikte DB için saptanan oranların oldukça geniş olduğu göz önüne alınarak çalışmamız için DB yaygınlığı %10 kabul edilmiştir. Davranım bozukluğu prevalansı %10 kabul edilerek, yapılacak olan sapma payı $d=0,05$ olarak alındığında %95 güven düzeyinde çalışmaya 138 kişinin dâhil edilmesinin uygun olacağı görülmüştür. Okul sayılarına göre; prevalansı %10 kabul edilerek, yapılacak olan sapma payı $d=0,2$ olarak alındığında %95 güven düzeyinde çalışmaya dokuz okul (beş devlet ve dört özel anaokulu) dâhil edilmiştir. Denizli ilinde Pamukkale ilçesinde bir özel anaokulu, iki devlet anaokulu, Merkezefendi ilçesinde  özel anaokulu, üç devlet anaokulu randomize olarak çalışmaya seçilmiştir.

Bu okullardaki öğrencilerin ebeveynlerine müdür ve müdür yardımcıları aracılığıyla www.onlineanketler.com aracılığıyla çevrim içi anket formu gönderilmiştir. Anketin ilk sayfasında katılmayı kabul edip etmedikleri sorularak katılmayı kabul edenler anket formuna yönlendirilmiştir. Gönüllü katılımcılar tarafından eksiksiz şekilde doldurulan anket formları çalışmaya kabul edilmiştir.

evrim içi anket linki 538 kişiye ulaşmış olup 528 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. 379 katılımcı anketteki tüm soruları yanıtlamış olup, 43 katılımcı çocukları yaş kriterine uymadığı için çalışmaya dâhil edilmemiştir. Formu dolduran katılımcıların %81,5'i ($n=273$) anneler, %8,6'sı ($n=29$) babalar, %9,2'si ($n=32$) anne ve baba birlikte, %0,6'sı ($n=2$) anne ve baba dışında bakımveren diğer kişilerdir.

Anket formunu eksiksiz şekilde dolduran 336 katılımcıyla çalışma tamamlanmıştır.

3.6. ARAşTIRMAYA DâHİL ETME VE DIşLAMA KRİTERLERİ

Çalışmaya dâhil olma ve çalışmadan dışlanma ltleri aşağıda yer almaktadır;

Dâhil edilme ltleri;

-Pamukkale ve Merkezefendi ilçelerindeki özel ve devlet anaokulları içerisinden randomize olarak seçilen dokuz anaokuluna gidiyor olmak,

-36-72 ay yaş aralığında olmak,

- Ebeveyne çevrim içi anket formunun bağlantısının iletilmesi,
- Ebeveyninin anket formunu görüntüleyebilmesi,
- Ebeveyninin okuma yazma biliyor olması ve okuduğunu anlayabilmesi,
- Ebeveyninin çalışmaya katılmaya gönüllü olması,
- Ebeveyninin çevrim içi anket formunu eksiksiz şekilde doldurması.

Dışlanma ölçütleri;

- 36-72 ay yaş aralığında olmamak,
- Çocukta Otizm Spektrum Bozukluğu tanısı olduğunun bildirilmesi,
- Ebeveynine çevrim içi anket formunun bağlantısının ulaşmaması,
- Ebeveyninin anket formunu görüntüleyememesi,
- Ebeveyninin okuma yazma bilmiyor olması ve okuduğunu anlayamaması,
- Ebeveyninin çalışmaya katılmaya gönüllü olmaması,
- Ebeveyninin çevrim içi anket formunu eksik doldurması.

3.7. ETİK İLKELERE UYGUNLUK

Araştırma konusu Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunulmuş, 11.01.2022 tarihli ve E-60116787-020-155497 sayılı kararı ile Etik Kurul onayı; T.C. Denizli Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün 03.02.2022 tarih ve E-16605029-44-42658187 sayılı kararı ile onay alındıktan sonra çalışma yürütülmüştür.

3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çocukların yıkıcı davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla, ebeveynler tarafından Sosyodemografik Veri Formu, Okul Öncesi Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu doldurulmuştur. Ebeveynlerdeki

ruhsal belirtilere yönelik Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği ebeveyn tarafından doldurulan ve çalışmamıza ait bir diğer formdur.

3.8.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form, araştırmaya katılan çocuklar ve ailelerine dair sosyodemografik veriler ile çocuklardaki yıkıcı davranışların olası etiyojilerine ilişkin bilgi toplayabilmek adına tarafımızca oluşturulmuştur. İçeriğinde, formu dolduran ebeveynin cinsiyeti, anne babanın yaşları, öğrenim düzeyleri ve meslekleri, çocuğun cinsiyeti, yaşı ve kardeş sayısı, ailenin gelir durumu, aile birlikteliği, aile yapısı, annenin çalışmaya dahil edilen çocuğa olan gebeliğinde hastalık geçirme durumu, gebelikte stresli olay yaşayıp yaşamadığı, gebelikte sigara kullanımı, çocuğun doğum zamanı, doğum şekli ve doğum kilosu, doğumda komplikasyon gelişip gelişmediği, çocuğun kuvözde kalıp kalmadığı, çocuğun psikiyatri başvurusu, ruhsal bozukluğu, kronik hastalığı, çocuğun anne baba veya kardeşinde psikiyatrik bozukluk ve kronik hastalık varlığına dair sorular yer almaktadır.

3.8.2. Okul Öncesi Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği (YDÇBDÖ)

Wakschlag ve ark. (6) tarafından 2014 yılında geliştirilen “Okul Öncesi Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği” nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akkuzu (169) tarafından 2020 yılında yapılmıştır. 78 sorudan oluşan ölçeğin alt boyutları öfke nöbeti geçirme (22 soru), karşı gelme (22 soru), saldırganlık (25 soru) ve diğerleri hakkında endişelenmemedir (9 soru). 0-5 arasında dereceleme “asla”, “nadiren (haftada 1 kereden az)”, “haftanın bazı (1-3) günleri”, “haftanın çoğu (4-5) günü”, “haftanın her günü”, “her gün birçok kez” şeklindedir. Cronbach’s alfa katsayısı YDÇBDÖ Toplam puanı için 0,983, Öfke Nöbeti alt ölçeği için 0,960, Karşı Gelme alt ölçeği için 0,959, Saldırganlık alt ölçeği için 0,957, Diğerleri için Düşük Endişe alt ölçeği için 0,921’dir. Kesme puanları ölçeğin toplamı için 20, öfke nöbeti alt boyutu için 8, karşı gelme alt boyutu için 20, saldırganlık alt boyutu için 4, diğerleri için düşük endişe alt boyutu için ise 1 puandır (169). Çalışmamızda saptanan Cronbach’s alfa katsayısı YDÇBDÖ Toplam puanı için 0,96;

Öfke Nöbeti alt ölçeği için 0,959, Karşı Gelme alt ölçeği için 0,961, Saldırganlık alt ölçeği için 0,929, Diğerleri için Düşük Endişe alt ölçeği için 0,89 olarak bulunmuştur.

3.8.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu (DEHB-DÖ-IV Okul Öncesi)

Kara E. McGoyk ve ark. (170) tarafından 2007 yılında geliştirilen DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu'nun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eskil ve Şeydaoğlu (171) tarafından 2020 yılında yapılmıştır. 18 maddeden oluşan 4 puanlık likert tipi (0: hiç doğru değil, 3: çok doğru) bir ölçektir. "Dikkat eksikliği" ve "hiperaktivite/dürtüsellik" olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten elde edilen puanların artışı sorun davranış şiddetinin arttığının bir göstergesidir. İç tutarlılık katsayıları alt boyutlardan dikkat eksikliği için 0,937, hiperaktivite/dürtüsellik için 0,908, toplam iç tutarlılık katsayısı ise 0,954'tür. Dikkat eksikliği alt boyutu için kestirim değeri 12,5, hiperaktivite alt boyutu için 9,5, toplam puan için ise 22 olarak saptanmıştır.

3.8.4. Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği (DASÖ-21)

Lovibond ve Lovibond (172) tarafından 1995 yılında tarafından geliştirilen DASÖ-21 42 maddeden oluşan DASÖ'nün kısaltılmasıyla oluşmuştur. DASÖ-21'in Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sarıçam (173) tarafından 2018 yılında yapılmıştır. Dörtlü likert tipindeki ölçeğin alt ölçekleri: depresyon, anksiyete ve strestir. Cronbach's alfa iç tutarlılık güvenirlilik katsayısı depresyon alt ölçeği için 0,87, anksiyete alt ölçeği için 0,85 ve stres alt ölçeği için 0,81 olarak bulunmuştur. 21 sorudan oluşan ölçek 4'lü likert tipindedir. 0 puan "bana uygun değil", 1 puan "bana biraz uygun", 2 puan "bana genellikle uygun", ve 3 puan "bana tamamen uygun" anlamında kullanılmıştır. Depresyon, anksiyete ve stres, normal, hafif, orta, ağır, çok ağır olarak değerlendirilmektedir.

3.9. İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME

Veriler SPSS 25,0 paket programıyla analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma, ortanca (25. ve 75. yüzdeler), minimum-maksimum

değerler ve kategorik veriler frekans, yüzde olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile incelenmiştir. Bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi (post hoc: Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi) kullanılmıştır. Sayısal veriler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde ise Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İncelenen bağımlı değişkenler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olan faktörlerin incelenmesinde ise tek değişkenli ve çok değişkenli doğrusal regresyon analizi modelleri kullanılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Annenin çalışmamızda değerlendirilen çocuğa olan gebeliğinde hastalık geçirdiğini, eşinden boşandığını, şiddete maruz kaldığını veya kaza geçirdiğini bildirmesi; çocuğun doğum sonrasında ağlamaması, siyanoz öyküsü, nöbet geçirmesi ve diğer doğum sonrası tıbbi sorunların varlığı ile çocuğun ruhsal bozukluk tanısının olması çalışmamızda sorgulanmış ancak değerlendirilen sayıların yetersiz olması nedeniyle istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirme açısından sayısı yeterli olan gebelikte ekonomik stres ve yakın kaybının ile doğum sonrası sarılık gelişmesinin ise analizinin yapılması istatistiksel olarak uygun görülmüştür. Çok değişkenli doğrusal regresyon analizine tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde anlamlı bulunan değişkenler dâhil edilmiştir. Bu değişkenler arasında gebelikte ekonomik zorluk veya yakın kaybı yaşanması gebelikte stres yaşanması durumu tarafından kapsandığı için tek değişkenli doğrusal regresyonda anlamlı bulunsa dahi çok değişkenli doğrusal regresyon analizine dâhil edilmemiş, yalnızca gebelikteki stres varlığı çok değişkenli regresyon ile değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmamızda anaokuluna giden 336 çocuğun yıkıcı davranış belirtilerine dair veriler değerlendirilmiştir. Çocukların yıkıcı davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla ebeveynler tarafından doldurulan Sosyodemografik Veri Formu, Okul Öncesi Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu ile formu dolduran ebeveyndeki ruhsal belirtilere yönelik Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği'nden elde edilen bulgular bu bölümde incelenmiştir.

4.1. KATILIMCILARIN VE AİLELERİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER

4.1.1. Çocukların Cinsiyet Dağılımı

Araştırmamızdaki çocukların %46,1'i (n=155) kız, %53,9'u (n=181) erkek cinsiyettedir (Tablo 1).

Tablo 2: Çocukların Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	n	%
Kız	155	46,1
Erkek	181	53,9
Toplam	336	100,0

4.1.2. Çocukların Yaş Dağılımı

Araştırmamızdaki çocukların %1,2'si (n=4) 3 yaş, %14,9'u (n=50) 4 yaş, %83,9'u (n=282) 5 yaş grubundadır (Tablo 2). Çocukların yaş ortalaması $4,28 \pm 0,72$ [ortanca 4 (5-6), min-max 3-5 yıldır.

Tablo 3: Çocukların Yaş Dağılımı

Yaş	n	%
3	4	1,2
4	50	14,9
5	282	83,9
Toplam	336	100,0

4.1.3. Çocukların Kardeş Sayısı

Araştırmamızdaki çocukların %33,9'unun (n=114) kardeşi yoktur. Çocukların %51,2'si (n=172) iki kardeş, %11,9'u (n=40) üç kardeş, %3'ü (n=10) dört kardeştir (Tablo 3).

Tablo 3: Kardeş Sayısı

Kardeş Sayısı	n	%
0	114	33,9
1	172	51,2
2	40	11,9
3	10	3,0
Toplam	336	100,0

4.1.4. Anne Yaşı, Eğitim Düzeyi ve Çalışma Durumu

Araştırmamızdaki çocukların annelerin yaş ortalaması $33,98 \pm 5,06$ [ortanca 34(31-37), min-max 22-49] yıldır (Tablo 4).

Tablo 4: Anne Yaşı

Anne Yaşı	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)
	$33,98 \pm 5,06$ (22-49)	34 (31-37)

Araştırmamızdaki çocukların annelerinin %18,5'i (n=62) ilköğretim (ilkokul ve ortaokul), %25'i (n=84) lise, %50,9'u (n=171) üniversite, %5,7'si (n=19) yüksek lisans mezunudur (Tablo 5).

Tablo 5: Anne Eğitim Düzeyi

Anne Eğitim Düzeyi	n	%
İlköğretim	62	18,5
Lise	84	25
Üniversite	171	50,9
Yüksek lisans	19	5,7
Toplam	336	100

Araştırmamızdaki çocukların annelerinin %46,7'si (n=157) ev hanımı, %18,2'si (n=61) memur, %8'i (n=27) işçi, %27,1'i (n=91) özel sektörde çalışmaktadır (Tablo 6).

Tablo 6: Anne Çalışma Durumu

Anne Çalışma Durumu	n	%
Çalışmıyor	157	46,7
Memur	61	18,2
İşçi	27	8
Özel Sektör	91	27,1
Toplam	336	100

4.1.5. Baba Yaşı, Eğitim Düzeyi ve Çalışma Durumu

Araştırmamızdaki babaların yaş ortalaması $37,03 \pm 5,13$ [ortanca 36 (33-40), min-max 24-52] yıldır (Tablo 7).

Tablo 7: Baba Yaşı

Baba Yaşı	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)
	37,03 \pm 5,13 (24-52)	36 (33-40)

Araştırmamızdaki çocukların babalarının %23,5'i (n=79) ilköğretim (ilkokul ve ortaokul), %27,4'ü (n=92) lise, %40,5'i (n=136) üniversite, %8,6'sı (n=29) yüksek lisans mezunudur (Tablo 8).

Tablo 8: Baba Eğitim Düzeyi

Baba Eğitim Düzeyi	n	%
İlköğretim	79	23,5
Lise	92	27,4
Üniversite	136	40,5
Yüksek lisans	29	8,6
Toplam	336	100

Araştırmamızdaki çocukların babalarının %4,8'i (n=16) çalışmıyor, %16,7'si (n=56) memur, %20,5'i (n=69) işçi olarak çalışırken, %57,1'i (n=192) özel sektörde çalışmakta, %0,9'u (n=3) ise emeklidir (Tablo 9).

Tablo 9: Baba Çalışma Durumu

Baba Çalışma Durumu	n	%
Yok	16	4,8
Memur	56	16,7
İşçi	69	20,5
Özel Sektör	192	57,1
Emekli	3	0,9
Toplam	336	100

4.1.6. Aile Yapısı

Araştırmamızdaki çocukların aile yapısı incelendiğinde, %87,2'sinin (n=293) çekirdek aile, %12,8'inin (n=43) geniş aile yapısında olduğu, %92,6'sının (n=311) anne ve babasının birlikte olduğu, %7,4'ünün (n=25) ise boşanmış olduğu anlaşılmıştır (Tablo 10).

Tablo 10: Aile Yapısı

		n	%
Aile birlikteliği	Anne-baba birlikte	311	92,6
	Boşanmış	25	7,4
	Toplam	336	100
Aile Biçimi	Çekirdek	293	87,2
	Geniş	43	12,8
	Toplam	336	100

4.1.7. Ailenin Aylık Gelir Düzeyi

Katılımcıların ailelerinin aylık gelir düzeyi ebeveynlerin beyanı esas alınarak belirlenmiştir. Araştırmanın verilerinin toplandığı dönemdeki aile gelirleri 4013 TL'nin altında, 4013-5004 TL arasında, 5005-13073 TL arasında ve 13074 TL ve üzerinde olarak gruplandırılmıştır. Buna göre, %5,7 (n=19) olgunun gelir durumu 4013 TL'nin altında, %25,9 (n=87) 4013-5004 TL arasında, %43,5 (n=146) olgunun 5005-13073 TL arasında, %25 (n=84) olgunun gelir durumu da 13074 TL ve üzerinde olacak şekilde dağılım göstermiştir (Tablo 11).

Tablo 11: Ailenin Aylık Gelir Düzeyi

Aile geliri	n	%
4013 TL'nin altında	19	5,7
4013-5004 TL arasında	87	25,9
5005-13073 TL arasında	146	43,5
13074 TL ve üzerinde	84	25
Toplam	336	100

4.2. ÇOCUKLARIN DOĞUM ÖNCESİ, DOĞUM VE DOĞUM SONRASI DÖNEMLERİNE İLİŞKİN VERİLER

4.2.1. Annenin Gebelikte Hastalık Geçirme Durumu

Araştırmamızdaki çocukların %98,5'inin (n=331) anneleri gebelikleri sırasında herhangi bir hastalık geçirmemiştir (Tablo 12).

Tablo 12: Annenin Gebelikte Hastalık Geçirme Durumu

		n	%
Gebelikte Annenin Hastalığı	Var	5	1,5
	Yok	331	98,5
	Toplam	336	100

4.2.2. Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumu

Araştırmamızdaki çocukların %75,3'ünün (n=253) annesi gebeliğinde stresli olay yaşamamış, %24,7'sinin (n=83) annesi ise gebeliğinde stresli olay yaşamıştır. Gebeliğinde stresli olay yaşayan annelerin en sık tanımladığı faktör ise %12,5 (n=42) yüzdesi ile ekonomik zorluk olarak saptanmıştır. Annenin gebeliğinde kaza geçirme oranı %2,7 (n=9), şiddete maruziyet %2,1 (n=7), boşanma %0,9 (n=3), yakın kaybı ise %5,1 (n=17) olarak bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 13: Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumu

		n	%
Anne Gebelikte Stresli Olay	Yaşadı	83	24,7
	Yaşamadı	253	75,3
	Toplam	336	100
Gebelikte Yaşanan Stresli Olay	Kaza	9	2,7
	Ekonomik zorluk	42	12,5
	Şiddet	7	2,1
	Boşanma	3	0,9
	Yakın kaybı	17	5,1
	Diğer	20	6

4.2.3. Annenin Gebeliğinde Sigara Kullanımı

Araştırmamızdaki çocukların %89,6'sının (n=301) annesi gebeliğinde sigara kullanmamış, %10,4'ünün (n=35) annesi sigara kullanmıştır (Tablo 14). Gebelikte sigara kullananların sigara tüketimi ise günde ortalama $0,59 \pm 2,33(0-20)$ tanedir.

Tablo 14: Annenin Gebeliğinde Sigara Kullanımı

Gebelikte Sigara Kullanımı	n	%
Kullandı	35	10,4
Kullanmadı	301	89,6
Toplam	336	100,0

4.2.4. Doğuma İlişkin Özellikler

Araştırmamızdaki çocukların %78'i (n=262) zamanında, %11,9'u (n=40) zamanından önce, %10,1'i (n=34) zamanından sonra dünyaya gelmiştir. Doğumların %25,3'ü (n=85) normal doğum, %74,7'si (n=251) sezaryen doğum ile gerçekleşmiştir. Çocukların %8,9'unun doğum kilosu (n=30) 2500 gramın altında, %86,6'sının (n=291) 2500-4000 gram arasında, %4,5'inin (n=15) ise 4000 gramın üzerindedir (Tablo 15).

Tablo 15: Çalışmadaki Çocuğun Doğumuna İlişkin Özellikler

		n	%
Doğum zamanı	Zamanından önce	40	11,9
	Zamanında	262	78
	Zamanından sonra	34	10,1
	Toplam	336	100
Doğum şekli	Normal doğum	85	25,3
	Sezaryen	251	74,7
	Toplam	336	100
Doğum kilosu	2500 gram altı	30	8,9
	2500-4000 gram arası	291	86,6
	4000 gram üstü	15	4,5
	Toplam	336	100

4.2.5. Doğum Sonrası Döneme İlişkin Özellikler

Araştırmamızdaki çocukların %12,2'si (n=41) kuvöz bakımı almış, %87,8'i (n=295) kuvöz bakımı almamıştır. Çocukların %20,8'inin (n=70) doğumunda tıbbi sorun yaşanmış, %79,2'sinin (n=266) doğumunda ise herhangi bir tıbbi sorun yaşanmamıştır. Doğum sonrasında yaşanan tıbbi sorunlar arasında en sık neden ise katılımcıların %16,1'inde (n=54) bildirilen sarılıktır (Tablo 16).

Tablo 16: Doğum Sonrasına İlişkin Özellikler

		n	%
Kuvöz bakımı	Aldı	41	12,2
	Almadı	295	87,8
	Toplam	336	100
Çocuğun doğumu sonrasında tıbbi sorunu	Oldu	70	20,8
	Olmadı	266	79,2
	Toplam	336	100
Doğum sonrası yaşanan tıbbi sorun	Mor doğum	5	1,5
	Ağlamama	2	0,6
	Sarılık	54	16,1
	Nöbet	1	0,3
	Diğer	17	5,1

4.3. ÇOCUKLARDA RUHSAL BOZUKLUK VARLIĞINA İLİŞKİN VERİLER

Araştırmamızdaki çocukların %9,2'sinin (n=31) çocuk psikiyatri başvurusu bulunurken, %90,8'inin (n=305) hiç çocuk psikiyatri başvurusu olmadığı belirtilmiştir. Çocukların %1,2'sinde (n=4) ruhsal bozukluk tanısı mevcutken, %98,8'inde (n=332) herhangi bir ruhsal bozukluk bulunmadığı bildirilmiştir. Ruhsal bozukluğa sahip çocukların %0,9'unda (n=3) bilişsel gelişimde gecikme, %0,6'sında (n=2) DEHB, %0,6'sında (n=2) ise kaygı bozukluğu tanılarının olduğu anlaşılmıştır (Tablo 17).

Tablo 17: Çocuğun Psikiyatrik Tanısına İlişkin Veriler

		n	%
Çocuk psikiyatri başvurusu	Var	31	9,2
	Yok	305	90,8
	Toplam	336	100
Çocuğun ruhsal bozukluğu	Var	4	1,2
	Yok	332	98,8
	Toplam	336	100
Çocuğun psikiyatrik tanısı	DEHB	2	0,6
	Bilişsel gelişimde gecikme	3	0,9
	Kaygı bozukluğu	2	0,6

4.4. ÇOCUKLARDA KRONİK HASTALIKLAR VARLIĞI

Araştırmamızdaki çocukların %87,2'sinin (n=293) ek bir kronik hastalığının olmadığı, %12,8'inin (n=43) kronik hastalığının olduğu saptanmıştır. Kronik hastalıklar içinde en yaygın olarak belirtilen tanı çocukların % 8,6'sında (n=29) saptanan solunumsal hastalıktır (Tablo 18).

Tablo 18: Çocuğun Kronik Hastalığı

		n	%
Çocuğun kronik hastalığı	Var	43	12,8
	Yok	293	87,2
	Toplam	336	100
Çocuğun kronik hastalık tanısı	Solunumsal hastalık	29	8,6
	Kardiyolojik hastalık	7	2,1
	Endokrin hastalık	1	0,3
	Diğer	6	1,8

4.5. ÇOCUKLARIN ANNE BABA VE KARDEŞLERİNDE KRONİK VE RUHSAL HASTALIK VARLIĞINA İLİŞKİN VERİLER

Çocukların anne, baba ve kardeşlerinin %11,9'unda (n=40) kronik hastalık mevcutken, %88,1'inde (n=296) herhangi bir kronik hastalık bulunmamaktadır.

Çocukların anne, baba ve kardeşlerinin %6'sında (n=20) ruhsal bozukluk tanısı mevcutken, %94'ünde (n=316) herhangi bir ruhsal bozukluk bulunmamaktadır. Ruhsal bozukluğa sahip ebeveyn/kardeşlerin %2,4'ünde (n=8) depresyon, %0,9'unda (n=3) otizm ve %3'ünde (n=10) kaygı bozukluğu tanılarının olduğu saptanmıştır(Tablo 19).

Tablo 19: Çocuğun Anne, Baba ve Kardeşlerindeki Kronik ve Ruhsal Hastalık

		n	%
Çocuğun ailesinde kronik hastalık	Var	40	11,9
	Yok	296	88,1
	Toplam	336	100
Çocuğun ailesinde ruhsal bozukluk	Var	20	6
	Yok	316	94
	Toplam	336	100
Çocuğun ailesindeki ruhsal bozukluk tanısı	Depresyon	8	2,4
	Otizm	3	0,9
	Kaygı bozukluğu	10	3

4.6. ÖLÇEKLERDEN ELDE EDİLEN VERİLER

4.6.1. Ölçek Puan Ortalamaları

4.6.1.1. Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Araştırmaya katılan çocukların YDCDBÖ Toplam puanlarının ortalaması 34,14 ± 35,2, ortanca değeri 26 (min=0, max=251, IQR=12-42) olarak saptanmıştır. Katılımcıların Öfke Nöbeti puanlarının ortalaması 10,05 ± 12,52, ortanca değeri 6 (min=0, max=100, IQR=3-13), Karşı Gelme puanlarının ortalaması 15,25 ± 14,18, ortanca değeri 12 (min=0, max=99, IQR=6-19,75), Saldırganlık puanlarının ortalaması 6,36 ± 8,32, ortanca değeri 4 (min=0, max=77, IQR=1-8), Düşük Endişe puanlarının

ortalaması $2,48 \pm 3,89$, ortanca değeri 1 (min=0, max=29, IQR=0-4) olarak bulunmuştur.

4.6.1.2. DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu Puan Ortalamaları

Araştırmaya katılan çocukların DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu toplam puanlarının ortalaması $8,82 \pm 7,48$, ortanca değeri 7 (min=0, max=44, IQR=3-12) olarak saptanmıştır. Katılımcıların dikkat eksikliği puanlarının ortalaması $3,93 \pm 3,93$, ortanca değeri 3 (min=0, max=21, IQR=1-6), hiperaktivite/dürtüsellik puanlarının ortalaması $4,89 \pm 4,05$, ortanca değeri 4 (min=0, max=23, IQR=2-7) olarak hesaplanmıştır.

4.6.1.3. Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği (DASÖ-21) Puan Ortalamaları

Araştırmaya katılan ebeveynlerin kendilerine ilişkin doldurduğu DASÖ-21 toplam puanlarının ortalaması $9,77 \pm 10,01$, ortanca değeri 7 (min=0, max=63, IQR=2-14) olarak saptanmıştır. Katılımcıların anksiyete puanlarının ortalaması $2,5 \pm 3,16$, ortancası 1 (min=0, max = 21, IQR=0-4), depresyon puanlarının ortalaması $3,04 \pm 3,77$, ortanca değeri 2 (min=0, max=21, IQR=0-5), stres puanlarının ortalaması $4,24 \pm 3,94$, ortanca değeri 3 (min=0, max=21, IQR=1-6) olarak hesaplanmıştır.

4.7. YDÇBDÖ TOPLAM PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ

4.7.1. Cinsiyete Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Çocukların cinsiyetine göre YDÇBDÖ Toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,56$) (Tablo 20).

Tablo 20: Cinsiyete Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Cinsiyet	YDÇBDÖ Toplam			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Kız (n=155)	$35,19 \pm 40,18$ (1-251)	26,0 (11-42)	- 0,58	0,56
Erkek (n=181)	$33,24 \pm 30,37$ (0-234)	26,0 (12-44)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ:

Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.2. Yaş ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi

Çocukların yaşı ile YDÇBDÖ Toplam puanları arasında ters yönde, çok zayıf düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0,006$) (Tablo 21).

Tablo 21: Yaş ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Toplam	Yaş
YDÇBDÖ Toplam	r	1	-0,149
	p		0,006
Yaş	r	-0,149	1
	p	0,006	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.3. Kardeş Sayısı ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi

Çocukların kardeş sayısı ile YDÇBDÖ Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,271$) (Tablo 22).

Tablo 22: Kardeş Sayısı ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Toplam	Kardeş Sayısı
YDÇBDÖ Toplam	r	1	-0,060
	p		0,271
Kardeş Sayısı	r	-0,060	1
	p	0,271	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.4. Anne Yaşı ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi

Anne yaşı ile YDÇBDÖ Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,689$) (Tablo 23).

Tablo 23: Anne Yaşı ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Toplam	Anne Yaşı
YDÇBDÖ Toplam	r	1	-0,022
	p		0,689
Anne Yaşı	r	-0,022	1
	p	0,689	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.5. Baba Yaşı ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi

Baba yaşı ile YDÇBDÖ Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,607$) (Tablo 24).

Tablo 24: Baba Yaşı ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Toplam	Baba Yaşı
YDÇBDÖ Toplam	r	1	0,083
	p		0,131
Baba Yaşı	r	0,083	1
	p	0,131	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.6. Anne Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi

Anne eğitim düzeyi ile YDÇBDÖ Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,131$) (Tablo 25).

Tablo 25: Anne Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Toplam	Anne Eğitim Düzeyi
YDÇBDÖ Toplam	r	1	0,083
	p		0,131
Anne Eğitim Düzeyi	r	0,083	1
	p	0,131	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.7. Baba Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi

Baba eğitim düzeyi ile YDÇBDÖ Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,472$) (Tablo 26).

Tablo 26: Baba Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Toplam	Baba Eğitim Düzeyi
YDÇBDÖ Toplam	r	1	0,039
	p		0,472
Baba Eğitim Düzeyi	r	0,039	1
	p	0,472	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.8. Ailenin Aylık Gelir Düzeyi ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi

Ailenin aylık gelir düzeyi ile YDÇBDÖ Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,776$) (Tablo 27).

Tablo 27: Ailenin Aylık Gelir Düzeyi ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Toplam	Ailenin Aylık Gelir Düzeyi
YDÇBDÖ Toplam	r	1	0,016
	p		0,776
Ailenin Aylık Gelir Düzeyi	r	0,016	1
	p	0,776	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.9. Anne Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Anne çalışma durumuna göre YDÇBDÖ Toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,63$) (Tablo 28).

Tablo 28: Anne Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Anne Çalışma Durumu	YDÇBDÖ Toplam			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Çalışmıyor (n=157)	34,98±38,02 (0-251)	23,0 (10-48,5)	-	0,63
Çalışıyor (n=179)	33,40±32,60 (0-247)	26,0 (14-41)	0,49	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.10. Baba Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Baba çalışma durumuna göre YDÇBDÖ Toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,64$) (Tablo 29).

Tablo 29: Baba Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Baba Çalışma Durumu	YDÇBDÖ Toplam			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Çalışmıyor (n=19)	32,10 ± 23,21 (4-104)	28,0 (15-45)	-0,46	0,64
Çalışıyor (n=317)	34,26 ± 35,81 (0-251)	25,0 (12-42)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.11. Aile Yapısına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Aile yapısına göre YDÇBDÖ Toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,14$) (Tablo 30).

Tablo 30: Aile Yapısına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Aile Yapısı	YDÇBDÖ Toplam			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Çekirdek (n=293)	33,56 ± 34,65 (0-251)	25,0 (11,5-41,5)	-1,46	0,15
Geniş (n=43)	38,07 ± 38,95 (1-247)	33,0 (17-49)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.12. Anne Baba Birlikteliğine Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Anne baba birlikteliğine göre YDÇBDÖ Toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,55$) (Tablo 31).

Tablo 31: Anne Baba Birlikteliğine Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Anne Baba Birlikteliği	YDÇBDÖ Toplam			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Birlikte (n=311)	34,07 ± 33,86 (0-251)	26,0 (12-42)	-0,59	0,55
Boşanmış (n=25)	35,80 ± 49,74 (1-247)	17,0 (9,5-43,5)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.13. Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Gebeliğinde stresli olay yaşayan annelerin çocuklarının YDÇBDÖ Toplam puanları, stresli olay yaşamayan annelerin çocuklarından anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,005$) (Tablo 32).

Tablo 32: Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Gebelikte Stresli Olay	YDÇBDÖ Toplam			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yaşamadı (n=253)	30,38 ± 28,79 (0-234)	24,0 (11-41)	-2,82	0,005
Yaşadı (n=83)	45,61 ± 14,62 (1-251)	29,0 (17-53)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.14. Annenin Gebelikte Ekonomik Zorluk Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Gebelik döneminde ekonomik zorluk yaşayan annelerin çocuklarının YDÇBDÖ Toplam puanları, gebelikte ekonomik zorluk yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,002) (Tablo 33).

Tablo 33: Annenin Gebelikte Ekonomik Zorluk Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Gebelikte Ekonomik Zorluk	YDÇBDÖ Toplam			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yaşamadı (n=253)	31,44±31,25 (0-247)	24,0 (11-41)	-3,12	0,002
Yaşadı (n=83)	53,07 ± 52,16 (4-251)	34,5 (19,5-68)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.15. Annenin Gebelikte Yakın Kaybı Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Annenin gebeliğinde yakın kaybı yaşamasına göre YDÇBDÖ Toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,58) (Tablo 34).

Tablo 34: Annenin Gebelikte Yakın Kaybı Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Gebelikte Yakın Kaybı	YDÇBDÖ Toplam			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yaşamadı (n=319)	34,20 ± 35,73 (0-251)	26,0 (12-42)	-0,55	0,58
Yaşadı (n=17)	33,12 ± 52,16 (5-94)	27,0 (15,5-50,5)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.16. Annenin Gebelikte Sigara Kullanım Durumuna Göre YDÇBDÖ

Toplam Puanları

Annenin gebeliğinde sigara kullanımına göre YDÇBDÖ Toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,28$) (Tablo 35).

Tablo 35: Annenin Gebelikte Sigara Kullanım Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Anne Gebelikte Sigara	YDÇBDÖ Toplam			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Kullanmadı (n=301)	33,62 ± 34,91 (0-251)	25,0 (12-42)	-1,08	0,28
Kullandı (n=35)	38,63 ± 37,78 (1-205)	28,0 (16-50)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.17. Doğum Zamanına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Çocuğun doğum zamanına göre YDÇBDÖ Toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,15$) (Tablo 36).

Tablo 36: Doğum Zamanına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Doğum Zamanı	YDÇBDÖ Toplam			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Zamanında (n=296)	33,48 ± 35,69 (0-251)	25,0 (12-42)	-1,44	0,15
Erken (n=40)	39,03 ± 31,30 (1-115)	34,5 (12,5-56,5)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.18. Doğum Şekline Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Çocuğun doğum şekline göre YDÇBDÖ Toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,35$) (Tablo 37).

Tablo 37: Doğum Şekline Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Doğum Şekli	YDÇBDÖ Toplam			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Normal (n=85)	32,31 ± 35,28 (0-247)	23,0 (9-47,5)	-0,95	0,35
Sezaryen (n=251)	34,76 ± 35,26 (1-115)	27,0 (13-42)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.19. Doğum Kilosu ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi

Doğum kilosu ile YDÇBDÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,919$) (Tablo 38).

Tablo 38: Doğum Kilosu ile YDÇBDÖ Toplam Puanlarının İlişkisi

Doğum Kilosu	YDÇBDÖ Toplam			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	X ²	p
Düşük (n=30)	38,33 ± 49,15 (1-243)	26,0 (8,75-40,25)	0,196	0,907
Normal (n=291)	33,92 ± 33,98 (0-251)	26,0 (12,0-44,0)		
Yüksek (n=15)	30,07 ± 25,78 (7-104)	26,0 (11,0-32,0)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.20. Doğum Sonrasında Tıbbi Sorun Varlığına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Doğum sonrasında tıbbi sorun yaşayan çocukların YDÇBDÖ Toplam puanları doğum sonrası sorun yaşamayan çocuklardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,01$) (Tablo 39).

Tablo 39: Doğum Sonrasında Tıbbi Sorun Varlığına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Doğum Sonrası Tıbbi Sorun	YDÇBDÖ Toplam			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=266)	35,56 ± 34,55 (0-247)	23,0 (11-42)	-2,59	0,01
Var (n=70)	40,14 ± 35,18 (1-251)	37,18 (16-49)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.21. Doğum Sonrasında Sarılık Gelişme Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Doğum sonrasında sarılık gelişen çocukların YDÇBDÖ Toplam puanları sarılık gelişmeyen çocuklardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,01$) (Tablo 40).

Tablo 40: Doğum Sonrasında Sarılık Gelişme Durumuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Doğum Sonrası Sarılık	YDÇBDÖ Toplam			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=282)	32,78 ± 34,54 (0-247)	23,0 (11-42)	-2,58	0,01
Var (n=54)	41,24 ± 37,98 (1-251)	36,5 (19-52,25)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.22. Kuvöz İhtiyacına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Doğum sonrasında kuvöz bakımı alınmasına göre YDÇBDÖ Toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,76$) (Tablo 41).

Tablo 41: Kuvöz İhtiyacına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Kuvöz İhtiyacı	YDÇBDÖ Toplam			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=295)	34,20 ± 35,05 (0-251)	26,0 (11-42)	-0,31	0,76
Var (n=41)	33,73 ± 36,70 (1-234)	26,0 (14,5-42)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.23. Çocuk Psikiyatri Başvurusuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Çocuk psikiyatri başvurusu olan çocukların YDÇBDÖ Toplam puanları çocuk psikiyatrisine başvurmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p=0,003$) (Tablo 42).

Tablo 42: Çocuk Psikiyatri Başvurusuna Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Çocuk Psikiyatri Başvurusu	YDÇBDÖ Toplam			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=305)	31,65 ± 31,32 (0-251)	24,0 (11,5-41)	-2,93	0,003
Var (n=31)	58,65 ± 56,67 (1-234)	42,0 (23-76)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.24. Çocukta Kronik Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Çocuğun kronik hastalığının olmasına göre YDÇBDÖ Toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,11$) (Tablo 43).

Tablo 43: Çocukta Kronik Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Çocukta Kronik Hastalık	YDÇBDÖ Toplam			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=293)	31,74 ± 29,45 (0-247)	25,0 (11-42)	-1,59	0,11
Var (n=43)	50,47 ± 56,67 (1-251)	29,0 (15-55)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.25. Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Ruhsal Bozukluk Varlığına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Anne, baba veya kardeşinde ruhsal bozukluk olan çocukların YDÇBDÖ Toplam puanları ailesinde ruhsal bozukluk olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,03$) (Tablo 44).

Tablo 44: Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Ruhsal Bozukluk Varlığına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Çocuğun Ailesinde Ruhsal Bozukluk	YDÇBDÖ Toplam			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=316)	32,79 ± 33,04 (0-247)	25,0 (12-42)	-2,113	0,035
Var (n=20)	55,50 ± 56,87 (11-251)	41,0 (16,5-84,75)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.26. Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Fiziksel Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Anne, baba veya kardeşinde fiziksel hastalık olan çocukların YDÇBDÖ Toplam puanları ailesinde fiziksel hastalık olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,04$) (Tablo 45).

Tablo 45: Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Fiziksel Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Toplam Puanları

Çocuğun Ailesinde Fiziksel Hastalık	YDÇBDÖ Toplam			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=296)	33,46 ± 36,00 (0-251)	24,5 (11-42)	-2,06	0,04
Var (n=40)	39,20 ± 28,45 (1-113)	33,0 (18-53,5)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.7.27. DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu Puanlarının YDÇBDÖ Toplam Puanları ile İlişkisi

YDÇBDÖ Toplam puanları ile DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Ölçeği toplam ve dikkat eksikliği puanları arasında aynı yönde orta derecede ilişki ($p=0,000$), hiperaktivite alt boyut puanları arasında aynı yönde zayıf ilişki ($p=0,000$) bulunmuştur (Tablo 46).

Tablo 46: DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu Puanlarının YDÇBDÖ Toplam Puanları ile İlişkisi

YDÇBDÖ Toplam		DEHB Toplam	DEHB Dikkat eksikliği	DEHB Hiperaktivite
	r	0,496	0,476	0,443
	p*	0,000	0,000	0,000

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği, DEHB: Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu

4.7.28. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21) Puanlarının YDÇBDÖ Toplam Puanları ile İlişkisi

YDÇBDÖ Toplam puanı ile DASÖ toplam, depresyon ve stres puanları arasında aynı yönde orta derecede ilişki ($p=0,000$), DASÖ anksiyete puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki ($p=0,000$) saptanmıştır (Tablo 47).

Tablo 47: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21(DASÖ-21) Puanlarının YDÇBDÖ Toplam Puanları ile İlişkisi

YDÇBDÖ Toplam		DASÖ Toplam	DASÖ Anksiyete	DASÖ Depresyon	DASÖ Stres
	r	0,509	0,383	0,454	0,515
	p*	0,000	0,000	0,000	0,000

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği, DASÖ-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21

4.7.29. YDÇBDÖ Toplam Puanının Tek Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Annenin gebelikte stresli olay yaşamasının YDÇBDÖ Toplam puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır ($p=0,001$; $B=0,187$). Annenin gebelikte ekonomik zorluk yaşamasının YDÇBDÖ Toplam puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır ($p=0,0001$; $B=0,204$). Çocuğun çocuk psikiyatri başvurusu olmasının YDÇBDÖ Toplam puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır ($p=0,0001$; $B=0,222$). Çocuğun kronik hastalığının YDÇBDÖ Toplam puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır ($p=0,001$; $B=0,178$). Ailede ruhsal bozukluk varlığının YDÇBDÖ Toplam puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır ($p=0,005$; $B=0,153$) (Tablo 48).

DEHB-DÖ-IV toplam ($p=0,0001$; $B=0,538$), dikkat eksikliği ($p=0,0001$; $B=0,49$) ve hiperaktivite ($p=0,0001$; $B=0,517$) puanlarının YDÇBDÖ Toplam puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır (Tablo 48).

DASÖ toplam ($p=0,0001$; $B=0,469$), anksiyete ($p=0,0001$; $B=0,4$), depresyon ($p=0,0001$; $B=0,396$) ve stres ($p=0,0001$; $B=0,494$) puanlarının YDÇBDÖ Toplam puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır (Tablo 48).

Tablo 48: YDÇBDÖ Toplam Puanının Tek Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

	Standardize Katsayılar	p	%95 Güven aralığı	
			Lower bound	Upper bound
Toplam	Beta			
Cinsiyet	-0,028	0,612	-0,002	0,001
Yaşı	-0,091	0,094	-0,004	0
Anne yaşı	-0,044	0,421	-0,022	0,009
Baba yaşı	-0,058	0,286	-0,024	0,007
Kardeş sayısı	-0,052	0,344	-0,003	0,001
Anne eğitim	0,013	0,807	-0,002	0,003
Anne çalışma	-0,022	0,685	-0,002	0,001
Baba eğitim	-0,03	0,585	-0,004	0,002
Baba çalışma	0,014	0,796	-0,001	0,001
Aile yapısı	0,043	0,434	-0,001	0,001
Anne-baba birliktelik	0,013	0,807	-0,001	0,001
Aile geliri	0,008	0,889	-0,002	0,003
Gebelikte stres	0,187	0,001*	0,001	0,004
Gebelikte ekonomik stres	0,204	0,0001*	0,001	0,003
Gebelikte yakın kaybı	-0,007	0,902	-0,001	0,001
Gebelikte sigara kullanımı	0,044	0,426	-0,001	0,001
Doğum zamanı	0,051	0,35	-0,001	0,001
Doğum şekli	0,03	0,579	-0,001	0,002
Doğum kilosu	-0,044	0,426	-0,002	0,001
Doğum sonrası tıbbi sorun	0,088	0,109	0	0,002
Sarılık	0,088	0,106	0	0,002
Kuvöz	-0,004	0,937	-0,001	0,001
Çocuk psikiyatri başvurusu	0,222	0,0001*	0,001	0,003
Çocukta kronik hastalık	0,178	0,001*	0,001	0,003
Ailede ruhsal bozukluk	0,153	0,005*	0	0,002
Ailede fiziksel hastalık	0,053	0,333	-0,001	0,001
DEHB-DÖ toplam	0,538	0,0001*	2,107	2,961
DEHB-DÖ dikkat eksikliği	0,49	0,0001*	3,54	5,219
DEHB-DÖ hiperaktivite	0,517	0,0001*	3,692	5,291
DASÖ toplam	0,469	0,0001*	1,315	1,983
DASÖ anksiyete	0,4	0,0001*	3,355	5,555
DASÖ depresyon	0,396	0,0001*	2,772	4,619
DASÖ stres	0,494	0,0001*	3,58	5,252

* p<0,05 anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği, DEHB-DÖ: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu, DASÖ-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21

4.7.30. YDÇBDÖ Toplam Puanları Üzerine Etkili Olduğu Düşünülen Değişkenlerin Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon ile Analizi

DEHB-DÖ-IV dikkat eksikliği (p=0,009; B=0,173) ve hiperaktivite (p=0,0001; B=0,244) puanlarının yükselmesi ile YDÇBDÖ Toplam puanlarının arttığı saptanmıştır (Tablo 49).

DASÖ stres ($p=0,0001$; $B=0,316$) puanlarının yükselmesi ile YDÇBDÖ Toplam puanlarını arttığı saptanmıştır (Tablo 49).

Tablo 49: YDÇBDÖ Toplam Puanları Üzerine Etkili Olduğu Düşünülen Değişkenlerin Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon ile Analizi

Bağımlı	Bağımsız	Standardize	p	%95 Güven aralığı	
		Katsayılar Beta		Lower bound	Upper bound
YDÇBDÖ Toplam	Gebelikte stresli olay	0,065	0,145	-1,814	12,33
	Çocukta kronik hastalık	0,065	0,142	-2,305	16,065
	Çocuk psikiyatri başvurusu	0,055	0,223	-4,122	17,596
	Ailede ruhsal bozukluk	0,059	0,179	-0,218	21,683
	DEHB-DÖ dikkat eksikliği	0,181	0,007*	0,45	2,786
	DEHB- DÖ hiperaktivite	0,234	0,001*	0,888	3,175
	DASÖ anksiyete	-0,011	0,883	-1,711	1,472
	DASÖ depresyon	0,02	0,795	-1,217	1,587
	DASÖ stres	0,304	0,0001*	1,292	4,146

* $p<0,05$ anlamlıdır. Bağımlı değişken: YDÇBDÖ Toplam puanı YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği, DEHB-DÖ: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu, DASÖ: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21

4.8. YDÇBDÖ ÖFKE NÖBETİ ALT ÖLÇEK PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ

4.8.1. Cinsiyete Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Çocuğun cinsiyetine göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,23$) (Tablo 50).

Tablo 50: Cinsiyete Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Cinsiyet	YDÇBDÖ Öfke Nöbeti			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Kız (n=155)	10,23 ± 14,54 (0-100)	5,0 (3-12)	- 1,21	0,23
Erkek (n=181)	9,90 ± 10,53 (0-75)	7,0 (3-13)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.2. Yaş ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi

Çocuğun yaşı ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları arasında ters yönde, çok zayıf düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0,016$) (Tablo 51).

Tablo 51: Yaş ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Öfke Nöbeti	Yaş
YDÇBDÖ Öfke Nöbeti	r	1	-0,132
	p		0,016
Yaş	r	-0,132	1
	p	0,016	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.3. Kardeş Sayısı ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi

Çocuğun kardeş sayısı ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,463$) (Tablo 52).

Tablo 52: Kardeş Sayısı ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Öfke Nöbeti	Kardeş Sayısı
YDÇBDÖ Öfke Nöbeti	r	1	-0,040
	p		0,463
Kardeş Sayısı	r	-0,040	1
	p	0,463	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.4. Anne Yaşı ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi

Anne yaşı ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,837$) (Tablo 53).

Tablo 53: Anne Yaşı ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Öfke Nöbeti	Anne Yaşı
YDÇBDÖ Öfke Nöbeti	r	1	-0,011
	p		0,837
Anne Yaşı	r	-0,011	1
	p	0,837	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.5. Baba Yaşı ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi

Baba yaşı ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,213$) (Tablo 54).

Tablo 54: Baba Yaşı ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Öfke Nöbeti	Baba Yaşı
YDÇBDÖ Öfke Nöbeti	r	1	-0,068
	p		0,213
Baba Yaşı	r	-0,068	1
	p	0,213	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.6. Anne Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi

Anne eğitim düzeyi ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,209$) (Tablo 55).

Tablo 55: Anne Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Öfke Nöbeti	Anne Eğitim Düzeyi
YDÇBDÖ Öfke Nöbeti	r	1	0,069
	p		0,209
Anne Eğitim Düzeyi	r	0,069	1
	p	0,209	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.7. Baba Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi

Baba eğitim düzeyi ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,671$) (Tablo 56).

Tablo 56: Baba Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Öfke Nöbeti	Baba Eğitim Düzeyi
YDÇBDÖ Öfke Nöbeti	r	1	0,023
	p		0,671
Baba Eğitim Düzeyi	r	0,023	1
	p	0,671	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.8. Ailenin Aylık Gelir Düzeyi ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi

Ailenin aylık gelir düzeyi ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,388$) (Tablo 57).

Tablo 57: Ailenin Aylık Gelir Düzeyi ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Öfke Nöbeti	Ailenin Aylık Gelir Düzeyi
YDÇBDÖ Öfke Nöbeti	r	1	0,047
	p		0,388
Ailenin Aylık Gelir Düzeyi	r	0,047	1
	p	0,388	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.9. Anne Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Anne çalışma durumuna göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,21$) (Tablo 58).

Tablo 58: Anne Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Anne Çalışma Durumu	YDÇBDÖ Öfke Nöbeti			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Çalışmıyor (n=157)	9,89 ± 12,48 (0-75)	6,0 (2-12,5)	-0,49	0,63
Çalışıyor (n=179)	10,20 ± 12,55 (0-100)	7,0 (3-13)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.10. Baba Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Baba çalışma durumuna göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,76$) (Tablo 59).

Tablo 59: Baba Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Baba Çalışma Durumu	YDÇBDÖ Öfke Nöbeti			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Çalışmıyor (n=19)	9,39 ± 8,47 (0-31)	6,0 (4-18)	-0,31	0,76
Çalışıyor (n=317)	10,09 ± 35,81 (0-100)	6,0 (3-13)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.11. Aile Yapısına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Aile yapısına göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,15$) (Tablo 60).

Tablo 60: Aile Yapısına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Aile Yapısı	YDÇBDÖ Öfke Nöbeti			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Çekirdek (n=293)	9,85 ± 12,05 (0-91)	6,0 (3-12,5)	-1,44	0,15
Geniş (n=43)	11,47 ± 15,43 (1-100)	9,0 (4-13)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.12. Anne Baba Birlikteliğine Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Anne baba birlikteliğine göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,96$) (Tablo 61).

Tablo 61: Anne Baba Birlikteliğine Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Anne Baba Birlikteliği	YDÇBDÖ Öfke Nöbeti			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Birlikte (n=311)	9,91 ± 11,78 (0-91)	6,0 (3-13)	-0,05	0,96
Boşanmış (n=25)	11,80 ± 19,82 (0-100)	6,0 (3-11,5)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.13. Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Gebeliğinde stresli olay yaşayan annelerin çocuklarının YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları, stresli olay yaşamayan annelerin çocuklarından anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,02) (Tablo 62).

Tablo 62: Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Gebelikte Stresli Olay	YDÇBDÖ Öfke Nöbeti			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yaşamadı (n=253)	8,76 ± 9,66 (0-75)	6,0 (2-12)	-2,41	0,02
Yaşadı (n=83)	14,00 ± 18,24 (0-100)	8,0 (4-18)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.14. Annenin Gebelikte Ekonomik Zorluk Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Gebelik döneminde ekonomik zorluk yaşayan annelerin çocuklarının YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları, gebelikte ekonomik zorluk yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,003) (Tablo 63).

Tablo 63: Annenin Gebelikte Ekonomik Zorluk Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Gebelikte Ekonomik Zorluk	YDÇBDÖ Öfke Nöbeti			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yaşamadı (n=253)	9,09 ± 10,90 (0-100)	6,0 (2,75-12)	-2,94	0,003
Yaşadı (n=83)	16,81 ± 19,45 (0-91)	9,5 (4-22,25)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.15. Annenin Gebelikte Yakın Kaybı Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Annenin gebeliğinde yakın kaybı yaşamasına göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,22$) (Tablo 64).

Tablo 64: Annenin Gebelikte Yakın Kaybı Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Gebelikte Yakın Kaybı	YDÇBDÖ Öfke Nöbeti			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yaşamadı (n=319)	10,06 ± 12,76 (0-100)	6,0 (3-13)	-1,22	0,22
Yaşadı (n=17)	9,88 ± 6,70 (3-22)	6,0 (4-16)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.16. Annenin Gebelikte Sigara Kullanım Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Annenin gebeliğinde sigara kullanmasına göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,35$) (Tablo 65).

Tablo 65: Annenin Gebelikte Sigara Kullanım Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Anne Gebelikte Sigara	YDÇBDÖ Öfke Nöbeti			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Kullanmadı (n=301)	9,78 ± 12,00 (0-100)	6,0 (3-12,5)	-	0,35
Kullandı (n=35)	12,40 ± 16,39 (0-91)	9,0 (4-19)	0,94	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.17. Doğum Zamanına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Çocuğun doğum zamanına göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,51$) (Tablo 66).

Tablo 66: Doğum Zamanına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Doğum Zamanı	YDÇBDÖ Öfke Nöbeti			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Zamanında (n=296)	9,83 ± 12,53 (0-100)	6,0 (3-12)	-0,66	0,51
Erken (n=40)	11,70 ± 12,46 (0-46)	9,0 (2-18)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.18. Doğum Şekline Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Çocuğun doğum şekline göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,32) (Tablo 67).

Tablo 67: Doğum Şekline Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Doğum Şekli	YDÇBDÖ Öfke Nöbeti			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Normal (n=85)	9,61 ± 13,23 (0-100)	6,0 (2-13)	-1,00	0,32
Sezaryen (n=251)	10,20 ± 12,30 (0-91)	6,0 (3-13)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.19. Doğum Kilosu ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi

Doğum kilosu ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0,419) (Tablo 68).

Tablo 69: Doğum Kilosu ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının İlişkisi

Doğum Kilosu	YDÇBDÖ Öfke Nöbeti			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	X ²	p
Düşük (n=30)	10,13 ± 49,15 (0-75)	4,5 (2-12,25)	1,155	0,561
Normal (n=291)	10,14 ± 12,37 (0-100)	6 (3-13)		
Yüksek (n=15)	8,2 ± 7,68 (1-31)	5 (4-11)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.20. Doğum Sonrasında Tıbbi Sorun Varlığına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Doğum sonrasında tıbbi sorun yaşayan çocukların YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları doğum sonrası sorun yaşamayan çocuklardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,04$) (Tablo 69).

Tablo 69: Doğum Sonrasında Tıbbi Sorun Varlığına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Doğum Sonrası Tıbbi Sorun	YDÇBDÖ Öfke Nöbeti			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=266)	9,62 ± 12,65 (0-100)	6,0 (2-11,25)	-	0,04
Var (n=70)	11,69 ± 11,98 (0-71)	8,5 (3-16,5)	2,07	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.21. Doğum Sonrasında Sarılık Gelişme Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Doğum sonrasında sarılık gelişen çocukların YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları, sarılık gelişmeyen çocuklardan anlamlı olarak yüksektir ($p=0,02$) (Tablo 70).

Tablo 70: Doğum Sonrasında Sarılık Gelişme Durumuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Doğum Sonrası Sarılık	YDÇBDÖ Öfke Nöbeti			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=282)	9,56 ± 12,49 (0-100)	6,0 (3-11)	-	0,02
Var (n=54)	12,65 ± 12,47 (0-71)	10,0 (3-18,25)	2,44	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.22. Kuvöz İhtiyacına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Doğum sonrasında kuvöz bakımı almasına göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,69$) (Tablo 71).

Tablo 71: Kuvöz İhtiyacına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Kuvöz İhtiyacı	YDÇBDÖ Öfke Nöbeti			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=295)	10,00 ± 12,47 (0-100)	6,0 (3-13)	-0,39	0,69
Var (n=41)	10,44 ± 13,01 (0-75)	6,0 (3-15)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.23. Çocuk Psikiyatri Başvurusuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Çocuk psikiyatri başvurusu olan çocukların YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları çocuk psikiyatrisine başvurmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir (p=0,004) (Tablo 72).

Tablo 72: Çocuk Psikiyatri Başvurusuna Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Çocuk Psikiyatri Başvurusu	YDÇBDÖ Öfke Nöbeti			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=305)	9,08 ± 10,74 (0-100)	6,0 (3-12)	-2,89	0,004
Var (n=31)	19,68 ± 21,85 (0-91)	11,0 (4-32)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.24. Çocukta Kronik Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Kronik hastalığı olan çocukların YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları, kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir (p=0,04) (Tablo 73).

Tablo 73: Çocukta Kronik Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Çocukta Kronik Hastalık	YDÇBDÖ Öfke Nöbeti			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=293)	9,12 ± 10,50 (0-100)	6,0 (3-12)	-2,05	0,04
Var (n=43)	16,44 ± 20,88 (1-91)	10,0 (3-19)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.25. Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Ruhsal Bozukluk Varlığına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Çocuğun anne, baba veya kardeşinde ruhsal bozukluk olmasına göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,08) (Tablo 74).

Tablo 74: Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Ruhsal Bozukluk Varlığına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Çocuğun Ailesinde Ruhsal Bozukluk	YDÇBDÖ Öfke Nöbeti			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=316)	9,79 ± 12,23 (0-100)	6,0 (3-13)	-1,75	0,08
Var (n=20)	14,25 ± 16,23 (2-71)	9,5 (5,25-16,25)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.26. Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Fiziksel Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Çocuğun anne, baba veya kardeşinde fiziksel hastalık olmasına göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,23) (Tablo 75).

Tablo 75: Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Fiziksel Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları

Çocuğun Ailesinde Fiziksel Hastalık	YDÇBDÖ Öfke Nöbeti			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=296)	9,96 ± 12,81 (0-100)	6,0 (3-13)	-1,20	0,23
Var (n=40)	10,78 ± 10,27 (0-46)	8,0 (4-14,25)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.8.27. DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu Puanlarının YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları ile İlişkisi

YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanı ile DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Ölçeği toplam puanları ve alt boyut puanları arasında aynı yönde zayıf ($p=0,000$) ilişki bulunmuştur (Tablo 76).

Tablo 76: DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu Puanlarının YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları ile İlişkisi

YDÇBDÖ Öfke Nöbeti		DEHB Toplam	DEHB Dikkat eksikliği	DEHB Hiperaktivite
	r	0,377	0,359	0,335
p*	0,000	0,000	0,000	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği, DEHB: Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu

4.8.28. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21) Puanlarının YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları ile İlişkisi

YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları ile DASÖ toplam puanları arasında aynı yönde orta derecede ($p=0,000$) ilişki, DASÖ anksiyete puanları arasında aynı yönde zayıf ($p=0,000$) ilişki, DASÖ depresyon puanları arasında aynı yönde orta derecede ($p=0,000$) ilişki, DASÖ stres puanları arasında aynı yönde orta derecede ($p=0,000$) ilişki saptanmıştır (Tablo 77).

Tablo 77: YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanlarının Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21(DASÖ-21) Puanlarıyla İlişkisi

YDÇBDÖ Öfke Nöbeti		DASÖ Toplam	DASÖ Anksiyete	DASÖ Depresyon	DASÖ Stres
	r	0,439	0,351	0,415	0,429
p*	0,000	0,000	0,000	0,000	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği, DASÖ-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21

4.8.29. YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanının Tek Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Annenin gebelikte stresli olay yaşamasının YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır ($p=0,001$; $B=0,181$). Gebelikte ekonomik zorluk yaşantılarının Öfke Nöbeti puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi

bulunmaktadır (p=0,0001; B=0,204). Çocuğun çocuk psikiyatri başvurusu olmasının ölçek puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır (p=0,0001; B=0,245). Çocukta kronik hastalık varlığının Öfke Nöbeti puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır (p=0,0001; B=0,196) (Tablo 78).

DEHB-DÖ-IV toplam (p=0,0001; B=0,437), dikkat eksikliği (p=0,0001; B=0,376) ve hiperaktivite (p=0,0001; B=0,44) puanlarının YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır (Tablo 78).

DASÖ toplam (p=0,0001; B=0,447), anksiyete (p=0,0001; B=0,398), depresyon (p=0,0001; B=0,364) ve stres (p=0,0001; B=0,468) puanlarının YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır (Tablo 78).

Tablo 78: YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanının Tek Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Öfke Nöbeti	Standardize	p	%95 Güven aralığı	
	Katsayılar		Lower bound	Upper bound
Öfke Nöbeti	Beta			
Cinsiyet	-0,013	0,809	-0,005	0,004
Yaşı	-0,095	0,083	-0,012	0,001
Anne yaşı	-0,037	0,494	-0,059	0,028
Baba yaşı	-0,078	0,152	-0,076	0,012
Kardeş sayısı	0	0,996	-0,006	0,006
Anne eğitim	0,03	0,582	-0,005	0,009
Anne çalışma	0,013	0,818	-0,004	0,005
Baba eğitim	-0,025	0,644	-0,01	0,006
Baba çalışma	0,013	0,806	-0,002	0,002
Aile yapısı	0,043	0,429	-0,002	0,004
Anne-baba birliktelik	0,04	0,469	-0,001	0,003
Aile geliri	0,014	0,793	-0,006	0,008
Gebelikte stres	0,181	0,001*	0,003	0,01
Gebelikte ekonomik stres	0,204	0,0001*	0,003	0,008
Gebelikte yakın kaybı	-0,003	0,954	-0,002	0,002
Gebelikte sigara kullanımı	0,064	0,242	-0,001	0,004
Doğum zamanı	0,048	0,376	-0,002	0,004
Doğum şekli	0,021	0,707	-0,003	0,004
Doğum kilosu	-0,02	0,718	-0,004	0,003
Doğum sonrası tıbbi sorun	0,067	0,221	-0,001	0,006
Sarılık	0,091	0,097	0	0,006
Kuvöz	0,011	0,834	-0,003	0,003
Çocuk psikiyatri başvurusu	0,245	0,0001*	0,003	0,008
Çocukta kronik hastalık	0,196	0,0001*	0,002	0,008
Ailede ruhsal bozukluk	0,084	0,122	0	0,004
Ailede fiziksel hastalık	0,021	0,698	-0,002	0,003
DEHB-DÖ toplam	0,437	0,0001*	0,569	0,893
DEHB-DÖ dikkat eksikliği	0,376	0,0001*	0,879	1,514
DEHB-DÖ hiperaktivite	0,44	0,0001*	1,061	1,658
DASÖ toplam	0,447	0,0001*	0,438	0,679
DASÖ anksiyete	0,398	0,0001*	1,186	1,969
DASÖ depresyon	0,364	0,0001*	0,876	1,543
DASÖ stres	0,468	0,0001*	1,186	1,791

* p<0,05 anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği, DEHB-

DÖ: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu, DASÖ-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-2

4.8.30. YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları Üzerine Etkili Olduğu Düşünülen Değişkenlerin Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon ile Analizi

Çocuğun kronik hastalığının olmasının YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanlarını artırdığı saptanmıştır (p=0,046; B=0,95) (Tablo 79).

DEHB-DÖ-IV hiperaktivite (p=0,0001; B=0,246) puanlarının yükselmesi ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanlarının arttığı saptanmıştır (Tablo 79).

DASÖ stres (p=0,001; B=0,288) puanlarının yükselmesi ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanlarını arttığı saptanmıştır (Tablo 79).

Tablo 79: YDÇBDÖ Öfke Nöbeti Puanları Üzerine Etkili Olduğu Düşünülen Değişkenlerin Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon ile Analizi

Bağımlı	Bağımsız	Standardize Katsayılar Beta	p	%95 Güven aralığı	
				Lower bound	Upper bound
Öfke Nöbeti	Gebelikte stresli olay	0,073	0,119	-0,55	4,793
	Çocukta kronik hastalık	0,095	0,046*	0,071	7,007
	Çocuk psikiyatri başvurusu	0,082	0,092	-0,578	7,626
	DEHB-DÖ dikkat eksikliği	0,046	0,51	-0,293	0,589
	DEHB- DÖ hiperaktivite	0,246	0,001*	0,329	1,192
	DASÖ anksiyete	0,052	0,498	-0,394	0,808
	DASÖ depresyon	-0,006	0,943	-0,541	0,503
	DASÖ stres	0,288	0,001*	0,376	1,455

* p<0,05 anlamlıdır. Bağımlı değişken: YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanı. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği, DEHB-DÖ: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu, DASÖ: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-2

4.9. YDÇBDÖ KARŞI GELME ALT ÖLÇEK PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ

4.9.1. Cinsiyete Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Çocuğun cinsiyetine göre YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,49$) (Tablo 80).

Tablo 80: Cinsiyete Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Cinsiyet	YDÇBDÖ Karşı Gelme			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Kız (n=155)	16,50 ± 16,57 (0-99)	13,0 (6-20)	-	0,49
Erkek (n=181)	14,17 ± 11,69 (0-82)	12,0 (6,5-19)	0,70	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.2. Yaş ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi

Çocuğun yaşı ile YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları arasında ters yönde, çok zayıf düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0,003$) (Tablo 81).

Tablo 81: Yaş ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Karşı Gelme	Yaş
YDÇBDÖ Karşı Gelme	r	1	-0,160
	p		0,003
Yaş	r	-0,160	1
	p	0,003	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.3. Kardeş Sayısı ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi

Çocuğun kardeş sayısı ile YDÇBDÖ Karşı Gelme puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,102$) (Tablo 82).

Tablo 82: Kardeş Sayısı ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Karşı Gelme	Kardeş Sayısı
YDÇBDÖ Karşı Gelme	r	1	-0,089
	p		0,102
Kardeş Sayısı	r	-0,040	1
	p	0,463	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.4. Anne Yaşı ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi

Anne yaşı ile YDÇBDÖ Karşı Gelme puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,878$) (Tablo 83).

Tablo 83: Anne Yaşı ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Karşı Gelme	Anne Yaşı
YDÇBDÖ Karşı Gelme	r	1	-0,008
	p		0,878
Anne Yaşı	r	-0,008	1
	p	0,878	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.5. Baba Yaşı ile Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi

Baba yaşı ile YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,921$) (Tablo 84).

Tablo 84: Baba Yaşı ile Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Karşı Gelme	Baba Yaşı
YDÇBDÖ Karşı Gelme	r	1	-0,005
	p		0,921
Baba Yaşı	r	-0,005	1
	p	0,921	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.6. Anne Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi

Anne eğitim düzeyi ile YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları arasında istatistiksel olarak aynı yönde, çok zayıf ilişki olduğu bulunmuştur ($p=0,047$) (Tablo 85).

Tablo 85: Anne Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Karşı Gelme	Anne Eğitim Düzeyi
YDÇBDÖ Karşı Gelme	r	1	0,108
	p		0,047
Anne Eğitim Düzeyi	r	0,108	1
	p	0,047	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.7. Baba Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi

Baba eğitim düzeyi ile YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,194$) (Tablo 86).

Tablo 86: Baba Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Karşı Gelme	Baba Eğitim Düzeyi
YDÇBDÖ Karşı Gelme	r	1	0,071
	p		0,194
Baba Eğitim Düzeyi	r	0,071	1
	p	0,194	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.8. Ailenin Aylık Gelir Düzeyi ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi

Ailenin aylık gelir düzeyi ile YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,358$) (Tablo 87).

Tablo 87: Ailenin Aylık Gelir Düzeyi ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Karşı Gelme	Ailenin Aylık Gelir Düzeyi
YDÇBDÖ Karşı Gelme	r	1	0,050
	p		0,358
Ailenin Aylık Gelir Düzeyi	r	0,050	1
	p	0,358	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.9. Anne Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Anne çalışma durumuna göre YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,51$) (Tablo 88).

Tablo 88: Anne Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Anne Çalışma Durumu	YDÇBDÖ Karşı Gelme			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Çalışmıyor (n=157)	15,42 ± 15,23 (0-84)	12,0 (5-20)	0,67	0,51
Çalışıyor (n=179)	15,10 ± 13,17 (0-99)	13,0 (6-19)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.10. Baba Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Baba çalışma durumuna göre YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,56$) (Tablo 89).

Tablo 89: Baba Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Baba Çalışma Durumu	YDÇBDÖ Karşı Gelme			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Çalışmıyor (n=19)	14,84 ± 9,90 (0-45)	15,0 (9-19)	-0,60	0,56
Çalışıyor (n=317)	15,27 ± 14,40 (0-99)	12,0 (6-20)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.11. Aile Yapısına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Aile yapısına göre YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,20$) (Tablo 90).

Tablo 90: Aile Yapısına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Aile Yapısı	YDÇBDÖ Karşı Gelme			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Çekirdek (n=293)	15,00 ± 13,87 (0-84)	12,0 (6-19)	-1,28	0,20
Geniş (n=43)	16,93 ± 16,20 (1-99)	16,0 (6-22)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.12. Anne Baba Birlikteliğine Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Anne baba birlikteliğine göre YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,72$) (Tablo 91).

Tablo 91: Anne Baba Birlikteliğine Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Anne Baba Birlikteliği	YDÇBDÖ Karşı Gelme			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Birlikte (n=311)	15,19 ± 13,65 (0-84)	12,0 (6-20)	-0,36	0,72
Boşanmış (n=25)	16,00 ± 19,82 (0-99)	13,0 (3-18,5)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.13. Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumuna Göre

YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Gebeliğinde stresli olay yaşayan annelerin çocuklarının YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları, stresli olay yaşamayan annelerin çocuklarından anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,004$) (Tablo 92).

Tablo 92: Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Gebelikte Stresli Olay	YDÇBDÖ Karşı Gelme			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yaşamadı (n=253)	13,91 ± 13,00 (0-82)	11,0 (6-19)	-2,89	0,004
Yaşadı (n=83)	19,31 ± 14,00 (0-99)	15,0 (9-23)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.14. Annenin Gebelikte Ekonomik Zorluk Yaşantılama Durumuna Göre

YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Gebelik döneminde ekonomik zorluk yaşayan annelerin çocuklarının YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları, gebelikte ekonomik zorluk yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,003$) (Tablo 93).

Tablo 93: Annenin Gebelikte Ekonomik Zorluk Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Gebelikte Ekonomik Zorluk	YDÇBDÖ Karşı Gelme			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yaşamadı (n=253)	14,37 ± 13,00 (0-99)	11,0 (6-19)	-3,00	0,003
Yaşadı (n=83)	21,40 ± 17,57 (0-84)	16,00 (11-24,25)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.15. Annenin Gebelikte Yakın Kaybı Yaşantılama Durumuna Göre

YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Annenin gebeliğinde yakın kaybı yaşamasına göre YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,84$) (Tablo 94).

Tablo 94: Annenin Gebelikte Yakın Kaybı Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Gebelikte Yakın Kaybı	YDÇBDÖ Karşı Gelme			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yaşamadı (n=319)	15,29 ± 14,24 (0-99)	12,0 (6-20)	-0,22	0,84
Yaşadı (n=17)	14,41 ± 13,40 (1-60)	13,0 (5-17)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.16. Annenin Gebelikte Sigara Kullanım Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Annenin gebeliğinde sigara kullanmasına göre YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,44) (Tablo 95).

Tablo 95: Annenin Gebelikte Sigara Kullanım Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Anne Gebelikte Sigara	YDÇBDÖ Karşı Gelme			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Kullanmadı (n=301)	15,20 ± 14,37 (0-99)	12,0 (6-19)	-0,78	0,44
Kullandı (n=35)	15,69 ± 12,53 (0-60)	15,0 (6-22)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.17. Doğum Zamanına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Çocuğun doğum zamanına göre YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,29) (Tablo 96).

Tablo 96: Doğum Zamanına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Doğum Zamanı	YDÇBDÖ Karşı Gelme			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Zamanında (n=296)	15,10 ± 13,00 (0-99)	12,0 (6-19)	-1,05	0,29
Erken (n=40)	16,33 ± 12,75 (1-60)	13,50 (8-20,75)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.18. Doğum Şekline Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Çocuğun doğum şekline göre YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,18) (Tablo 97).

Tablo 97: Doğum Şekline Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Doğum Şekli	YDÇBDÖ Karşı Gelme			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Normal (n=85)	13,76 ± 13,87 (0-99)	11,0 (5-18,5)	-1,35	0,18
Sezaryen (n=251)	15,75 ± 14,27 (0-84)	13,0 (6-20)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.19. Doğum Kilosu ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi

Doğum kilosu ile YDÇBDÖ Karşı Gelme puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0,688) (Tablo 98).

Tablo 98: Doğum Kilosu ile YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının İlişkisi

Doğum Kilosu	YDÇBDÖ Karşı Gelme			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	X ²	p
Düşük (n=30)	17,47 ± 19,27 (1-82)	12 (4-21,5)	0,219	0,896
Normal (n=291)	15,08 ± 13,68 (0-99)	12 (6-20)		
Yüksek (n=15)	14,13 ± 12,37 (2-45)	11 (7-15)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.20. Doğum Sonrasında Tıbbi Sorun Varlığına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Doğum sonrasında tıbbi sorun yaşayan çocukların YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları, doğum sonrası sorun yaşamayan çocuklardan anlamlı olarak yüksektir (p=0,02) (Tablo 99).

Tablo 99: Doğum Sonrasında Tıbbi Sorun Varlığına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Doğum Sonrası Tıbbi Sorun	YDÇBDÖ Karşı Gelme			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=266)	14,65 ± 14,03 (0-99)	11,5 (6-19)	-2,35	0,02
Var (n=70)	17,53 ± 14,61 (0-84)	15,5 (8,75-22)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.21. Doğum Sonrasında Sarılık Gelişme Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Doğum sonrasında sarılık gelişen çocukların YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları, sarılık gelişmeyen çocuklardan anlamlı olarak yüksektir (p=0,02) (Tablo 100).

Tablo 100: Doğum Sonrasında Sarılık Gelişme Durumuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Doğum Sonrası Sarılık	YDÇBDÖ Karşı Gelme			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=282)	14,78 ± 14,18 (0-99)	12,0 (6-19)	-2,27	0,02
Var (n=54)	17,69 ± 14,07 (0-84)	16,5 (8-23)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.22. Kuvöz İhtiyacına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Doğum sonrasında kuvöz bakımı alınmasına göre YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,96) (Tablo 101).

Tablo 101: Kuvöz İhtiyacına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Kuvöz İhtiyacı	YDÇBDÖ Karşı Gelme			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=295)	15,34 ± 14,31 (0-99)	12,0 (6-19)	-0,052	0,96
Var (n=41)	14,61 ± 13,38 (1-82)	12,0 (6-20)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.23. Çocuk Psikiyatri Başvurusuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Çocuk psikiyatri başvurusu olan çocukların YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları, çocuk psikiyatrisine başvurusu olmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir (p=0,005) (Tablo 102).

Tablo 102: Çocuk Psikiyatri Başvurusuna Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Çocuk Psikiyatri Başvurusu	YDÇBDÖ Karşı Gelme			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=305)	14,44 ± 13,38 (0-99)	12,0 (6-19)	-	0,005
Var (n=31)	23,16 ± 18,96 (0-82)	18,0 (10-32)	2,80	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.24. Çocukta Kronik Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Çocukta kronik hastalık varlığına göre YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,10) (Tablo 103).

Tablo 103: Çocukta Kronik Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Çocukta Kronik Hastalık	YDÇBDÖ Karşı Gelme			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=293)	31,74 ± 29,45 (0-247)	25,0 (6-19)	-	0,10
Var (n=43)	50,47 ± 59,46 (1-251)	29,0 (8-22)	1,67	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.25. Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Ruhsal Bozukluk Varlığına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Anne, baba veya kardeşinde ruhsal bozukluk olan çocukların YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları, ailesinde ruhsal bozukluk olmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir (p=0,045) (Tablo 104).

Tablo 104: Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Ruhsal Bozukluk Varlığına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Çocuğun Ailesinde Ruhsal Bozukluk	YDÇBDÖ Karşı Gelme			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=316)	14,57 ± 13,04 (0-99)	12,0 (6-19)	-2,001	0,045
Var (n=20)	26,00 ± 24,40 (1-84)	18,0 (8,5-44,75)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.26. Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Fiziksel Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Anne, baba veya kardeşinde fiziksel hastalık olan çocukların YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları, ailesinde fiziksel hastalık olmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir (p=0,02) (Tablo 105).

Tablo 105: Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Fiziksel Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları

Çocuğun Ailesinde Fiziksel Hastalık	YDÇBDÖ Toplam			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=296)	14,79 ± 14,05 (0-99)	12,0 (6-19)	-2,29	0,02
Var (n=40)	18,60 ± 14,84 (1-81)	16,0 (9,5-22)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.9.27. YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu Puanlarıyla İlişkisi

YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları ile DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Ölçeği toplam puanları ve alt boyut puanları arasında aynı yönde orta derecede ilişki bulunmuştur (Tablo 106).

Tablo 106: DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu Puanlarının YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarıyla İlişkisi

YDÇBDÖ Karşı Gelme		DEHB Toplam	DEHB Dikkat eksikliği	DEHB Hiperaktivite
	r		0,507	0,482
p*		0,000	0,000	0,000

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği, DEHB: Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu

4.9.28. YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarının Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21(DASÖ-21) Puanlarıyla İlişkisi

YDÇBDÖ Karşı Gelme puanı ile DASÖ toplam puanı arasında aynı yönde orta derecede ilişki, DASÖ anksiyete puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki, DASÖ depresyon puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki, DASÖ stres puanı arasında aynı yönde orta derecede ilişki bulunmuştur. (Tablo 107).

Tablo 107: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21(DASÖ-21) Puanlarının YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanlarıyla İlişkisi

YDÇBDÖ Karşı Gelme		DASÖ Toplam	DASÖ Anksiyete	DASÖ Depresyon	DASÖ Stres
	r		0,442	0,306	0,377
p*		0,000	0,000	0,000	0,000

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği, DASÖ-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21

4.9.29. YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanının Tek Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Çocuğun yaş artışının YDÇBDÖ Karşı Gelme puanlarını negatif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır ($p=0,04$; $B=-0,112$). Kardeş sayısının Karşı Gelme puanlarını negatif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır ($p=0,047$; $B=-0,109$). Annenin gebelikte stresli olay yaşamasının Karşı Gelme puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır ($p=0,002$; $B=0,165$). Gebelikte ekonomik zorluk yaşantılamasının Karşı Gelme puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır ($p=0,003$; $B=0,164$). Çocuğun çocuk psikiyatri başvurusu olmasının Karşı Gelme ölçek puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır ($p=0,001$; $B=0,178$). Çocukta kronik hastalık varlığının Karşı Gelme puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır ($p=0,033$; $B=0,116$). Ailede ruhsal bozukluk varlığının Karşı Gelme puanlarını pozitif yönde

artırıcı etkisi bulunmaktadır (p=0,0001; B=0,191) (Tablo 108).

DEHB-DÖ-IV toplam (p=0,0001; B=0,538), dikkat eksikliği (p=0,0001; B=0,497) ve hiperaktivite (p=0,0001; B=0,510) puanlarının YDÇBDÖ Karşı Gelme puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır (Tablo 108).

DASÖ toplam (p=0,0001; B=0,420), anksiyete (p=0,0001; B=0,335), depresyon (p=0,0001; B=0,365) ve stres (p=0,0001; B=0,451) puanlarının YDÇBDÖ Karşı Gelme puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır (Tablo 108).

Tablo 108: YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanının Tek Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Karşı Gelme	Standardize Katsayılar	p	%95 Güven aralığı	
	Beta		Lower bound	Upper bound
Cinsiyet	-0,082	0,133	-0,007	0,001
Yaşı	-0,112	0,04*	-0,011	0
Anne yaşı	-0,033	0,546	-0,05	0,027
Baba yaşı	-0,032	0,554	-0,051	0,027
Kardeş sayısı	-0,109	0,047*	-0,011	0
Anne eğitim	0,039	0,472	-0,004	0,009
Anne çalışma	-0,011	0,834	-0,004	0,003
Baba eğitim	-0,006	0,91	-0,007	0,007
Baba çalışma	0,007	0,898	-0,002	0,002
Aile yapısı	0,046	0,405	-0,001	0,004
Anne-baba birliktelik	0,015	0,783	-0,002	0,002
Aile geliri	0,039	0,471	-0,004	0,009
Gebelikte stres	0,165	0,002*	0,002	0,008
Gebelikte ekonomik stres	0,164	0,003*	0,001	0,01
Gebelikte yakın kaybı	-0,014	0,804	-0,002	0,01
Gebelikte sigara kullanımı	0,011	0,847	-0,002	0,003
Doğum zamanı	0,028	0,609	-0,002	0,003
Doğum şekli	0,061	0,265	-0,001	0,005
Doğum kilosu	-0,048	0,378	-0,004	0,002
Doğum sonrası tıbbi sorun	0,083	0,13	-0,001	0,005
Sarılık	0,075	0,168	-0,001	0,005
Kuvöz	-0,017	0,759	-0	0
Çocuk psikiyatri başvurusu	0,178	0,001*	0,001	0,006
Çocukta kronik hastalık	0,116	0,033*	0	0,005
Ailede ruhsal bozukluk	0,191	0,0001*	0,001	0,005
Ailede fiziksel hastalık	0,087	0,111	0	0,004
DEHB-DÖ toplam	0,538	0,0001*	0,849	1,193
DEHB-DÖ dikkat eksikliği	0,497	0,0001*	1,454	2,127
DEHB-DÖ hiperaktivite	0,51	0,0001*	1,462	2,109
DASÖ toplam	0,42	0,0001*	0,457	0,733
DASÖ anksiyete	0,335	0,0001*	1,048	1,959
DASÖ depresyon	0,365	0,0001*	0,996	1,75
DASÖ stres	0,451	0,0001*	1,277	1,968

* p<0,05 anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği, DEHB-DÖ: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu, DASÖ-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21

4.9.30. YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları Üzerine Etkili Olduğu Düşünülen Değişkenlerin Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Çocuğun yaşı küçüldükçe YDÇBDÖ Karşı Gelme puanlarının arttığı bulunmuştur ($p=0,01$; $B=-0,118$). Ailede ruhsal bozukluk olmasının YDÇBDÖ Karşı Gelme puanlarını artırdığı saptanmıştır ($p=0,009$; $B=0,119$).

DEHB-DÖ-IV dikkat eksikliği ($p=0,003$; $B=0,204$) ve hiperaktivite ($p=0,0001$; $B=0,231$) puanlarının yükselmesi ile YDÇBDÖ Karşı Gelme puanlarının arttığı saptanmıştır (Tablo 109).

DASÖ stres ($p=0,0001$; $B=0,301$) puanlarının yükselmesi ile YDÇBDÖ Karşı Gelme puanlarını arttığı saptanmıştır (Tablo 109).

Tablo 109: YDÇBDÖ Karşı Gelme Puanları Üzerine Etkili Olduğu Düşünülen Değişkenlerin Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Bağımlı	Bağımsız	Standardize Katsayılar Beta	p	%95 Güven aralığı	
				Lower bound	Upper bound
Karşı Gelme	Yaş	-0,118	0,01*	-4,036	-0,566
	Kardeş sayısı	-0,023	0,604	-2,126	1,239
	Gebelikte stres	0,064	0,155	-0,798	5,016
	Çocukta kronik hastalık	0,015	0,746	-3,135	4,369
	Çocuk psikiyatri başvurusu	0,036	0,436	-2,675	6,191
	Ailede ruhsal bozukluk	0,119	0,009*	1,809	12,442
	DEHB-DÖ dikkat eksikliği	0,209	0,002*	0,275	1,233
	DEHB- DÖ hiperaktivite	0,231	0,001*	0,341	1,276
	DASÖ anksiyete	-0,093	0,205	-1,069	0,23
	DASÖ depresyon	0,037	0,629	-0,431	0,713
	DASÖ stres	0,301	0,0001*	0,499	1,665

* $p<0,05$ anlamlıdır. Bağımlı değişken: YDÇBDÖ Karşı Gelme puanı. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği, DEHB-DÖ: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu, DASÖ: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21

4.10. YDÇBDÖ SALDIRGANLIK ALT ÖLÇEK PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ

4.10.1. Cinsiyete Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Çocuğun cinsiyetine göre YDÇBDÖ Saldırganlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,058$) (Tablo 110).

Tablo 110: Cinsiyete Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Cinsiyet	YDÇBDÖ Saldırganlık			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Kız (n=155)	6,01 ± 9,34 (0-77)	4,0 (1-7)	- 1,89	0,058
Erkek (n=181)	6,65 ± 7,34 (0-48)	5,0 (1-9)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.2. Yaş ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi

Çocuğun yaşı ile YDÇBDÖ Saldırganlık puanları arasında ters yönde, çok zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ($p=0,052$) (Tablo 111).

Tablo 111: Yaş ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Saldırganlık	Yaş
YDÇBDÖ Saldırganlık	r	1	-0,106
	p		0,052
Yaş	r	-0,106	1
	p	0,052	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.3. Kardeş Sayısı ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi

Çocuğun kardeş sayısı ile YDÇBDÖ Saldırganlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,833$) (Tablo 112).

Tablo 112: Kardeş Sayısı ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Saldırganlık	Kardeş Sayısı
YDÇBDÖ Saldırganlık	r	1	-0,012
	p		0,833
Kardeş Sayısı	r	-0,012	1
	p	0,833	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.4. Anne Yaşı ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi

Anne yaşı ile YDÇBDÖ Saldırganlık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,198$) (Tablo113).

Tablo 113: Anne Yaşına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Saldırganlık	Anne Yaşı
YDÇBDÖ Saldırganlık	r	1	-0,70
	p		0,198
Anne Yaşı	r	-0,70	1
	p	0,198	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.5. Baba Yaşı ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi

Baba yaşı ile YDÇBDÖ Saldırganlık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,292$) (Tablo 114).

Tablo 114: Baba Yaşı ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Saldırganlık	Baba Yaşı
YDÇBDÖ Saldırganlık	r	1	-0,058
	p		0,292
Baba Yaşı	r	-0,058	1
	p	0,292	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.6. Anne Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi

Anne eğitim düzeyi ile YDÇBDÖ Saldırganlık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,695$) (Tablo 115).

Tablo 115: Anne Eğitim Düzeyi YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Saldırganlık	Anne Eğitim Düzeyi
YDÇBDÖ Saldırganlık	r	1	-0,022
	p		0,695
Anne Eğitim Düzeyi	r	-0,022	1
	p	0,695	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.7. Baba Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi

Baba eğitim düzeyi ile YDÇBDÖ Saldırganlık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,674$) (Tablo 116).

Tablo 116: Baba Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Saldırganlık	Baba Eğitim Düzeyi
YDÇBDÖ Saldırganlık	r	1	-0,023
	p		0,674
Baba Eğitim Düzeyi	r	-0,023	1
	p	0,674	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.8. Ailenin Aylık Gelir Düzeyi ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi

Ailenin aylık gelir düzeyi ile YDÇBDÖ Saldırganlık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,612$) (Tablo 117).

Tablo 117: Ailenin Aylık Gelir Düzeyi ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Saldırganlık	Ailenin Aylık Gelir Düzeyi
YDÇBDÖ Saldırganlık	r	1	-0,028
	p		0,612
Ailenin Aylık Gelir Düzeyi	r	-0,028	1
	p	0,612	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.9. Anne Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Anne çalışma durumuna göre YDÇBDÖ Saldırganlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,59$) (Tablo 118).

Tablo 118: Anne Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Anne Çalışma Durumu	YDÇBDÖ Saldırganlık			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Çalışmıyor (n=157)	6,86 ± 9,44 (0-77)	4,0 (1-9)	-0,55	0,59
Çalışıyor (n=179)	5,92 ± 7,19 (0-47)	4,0 (1-8)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.10. Baba Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Baba çalışma durumuna göre YDÇBDÖ Saldırganlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,68$) (Tablo 119).

Tablo 119: Baba Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Baba Çalışma Durumu	YDÇBDÖ Saldırganlık			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Çalışmıyor (n=19)	6,00 ± 5,40 (0-18)	5,0 (1-10)	-0,41	0,68
Çalışıyor (n=317)	6,38 ± 8,47 (0-77)	4,0 (1-8)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.11. Aile Yapısına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Aile yapısına göre YDÇBDÖ Saldırganlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,054$) (Tablo 120).

Tablo 120: Aile Yapısına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Aile Yapısı	YDÇBDÖ Saldırganlık			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Çekirdek (n=293)	6,25 ± 8,50 (0-77)	4,0 (1-8)	-1,92	0,054
Geniş (n=43)	7,09 ± 7,00 (0-41)	6,0 (2-10)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.12. Anne Baba Birlikteliğine Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Anne baba birlikteliğine göre YDÇBDÖ Saldırganlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,27$) (Tablo 121).

Tablo 121: Anne Baba Birlikteliğine Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Anne Baba Birlikteliği	YDÇBDÖ Saldırganlık			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Birlikte (n=311)	6,40 ± 8,29 (0-77)	4,0 (1-8)	-1,11	0,27
Boşanmış (n=25)	5,88 ± 8,86 (0-41)	3,0 (0-9,5)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.13. Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Gebeliğinde stresli olay yaşayan annelerin çocuklarının YDÇBDÖ Saldırganlık puanları, stresli olay yaşamayan annelerin çocuklarından anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,03) (Tablo128).

Tablo 122: Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Gebelikte Stresli Olay	YDÇBDÖ Saldırganlık			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yaşamadı (n=253)	5,59 ± 6,54 (0-48)	4,0 (1-7,5)	-2,20	0,03
Yaşadı (n=83)	8,71 ± 11,98 (0-77)	5,0 (2-11)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.14. Annenin Gebelikte Ekonomik Zorluk Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Gebelik döneminde ekonomik zorluk yaşayan annelerin çocuklarının YDÇBDÖ Saldırganlık puanları, gebelikte ekonomik zorluk yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,03) (Tablo 130).

Tablo 123: Annenin Gebelikte Ekonomik Zorluk Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Gebelikte Ekonomik Zorluk	YDÇBDÖ Saldırganlık			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yaşamadı (n=253)	5,78 ± 6,91 (0-48)	4,0 (1-8)	-2,24	0,03
Yaşadı (n=83)	10,38 ± 14,31 (0-77)	6,00 (1-11,5)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.15. Annenin Gebelikte Yakın Kaybı Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Annenin gebeliğinde yakın kaybı yaşamasına göre YDÇBDÖ Saldırganlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,83) (Tablo 124).

Tablo 124: Annenin Gebelikte Yakın Kaybı Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Gebelikte Yakın Kaybı	YDÇBDÖ Saldırganlık			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yaşamadı (n=319)	6,39 ± 8,45 (0-77)	4,0 (1-8)	-0,22	0,83
Yaşadı (n=17)	5,76 ± 5,41 (0-19)	4,0 (1,5-8,5)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.16. Annenin Gebelikte Sigara Kullanım Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Annenin gebeliğinde sigara kullanmasına göre YDÇBDÖ Saldırganlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,40) (Tablo 125).

Tablo 125: Annenin Gebelikte Sigara Kullanım Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Anne Gebelikte Sigara	YDÇBDÖ Saldırganlık			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Kullanmadı (n=301)	6,23 ± 8,23 (0-77)	4,0 (1-8)	-0,81	0,40
Kullandı (n=35)	7,43 ± 9,13 (0-47)	5,0 (1-10)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.17. Doğum Zamanına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Zamanından önce doğan çocukların YDÇBDÖ Saldırganlık puanları zamanında doğanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,006) (Tablo 126).

Tablo 126: Doğum Zamanına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Doğum Zamanı	YDÇBDÖ Saldırganlık			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Zamanında (n=296)	6,08 ± 8,46 (0-77)	4,0 (1-7,75)	-2,73	0,006
Erken (n=40)	8,38 ± 6,96 (0-29)	7,0 (4-12,75)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.18. Doğum Şekline Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Çocuğun doğum şekline göre YDÇBDÖ Saldırganlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,94) (Tablo 127).

Tablo 127: Doğum Şekline Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Doğum Şekli	YDÇBDÖ Saldırganlık			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Normal (n=85)	6,67 ± 8,39 (0-41)	4,0 (1-9)	-	0,94
Sezaryen (n=251)	6,25 ± 8,31 (0-77)	4,0 (1-8)	0,075	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.19. Doğum Kilosu ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi

Doğum kilosuyla YDÇBDÖ Saldırganlık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0,279) (Tablo 128).

Tablo 128: Doğum Kilosu ile YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının İlişkisi

Doğum Kilosu	YDÇBDÖ Saldırganlık			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	X ²	p
Düşük (n=30)	8,37 ± 10,55 (0-48)	5 (1-11)	1,193	0,551
Normal (n=291)	6,24 ± 8,20 (0-77)	4 (1-8)		
Yüksek (n=15)	4,53 ± 4,53 (1-31)	3 (2-7)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.20. Doğum Sonrasında Tıbbi Sorun Varlığına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Doğum sonrasında tıbbi sorun yaşayan çocukların YDÇBDÖ Saldırganlık puanları, doğum sonrası sorun yaşamayan çocuklardan anlamlı olarak yüksektir (p=0,03) (Tablo 129).

Tablo 129: Doğum Sonrasında Tıbbi Sorun Varlığına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Doğum Sonrası Tıbbi Sorun	YDÇBDÖ Saldırganlık			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=266)	5,87 ± 7,67 (0-48)	3,5 (1-7,25)	-3,01	0,03
Var (n=70)	8,21 ± 10,29 (0-77)	6,5 (3-11)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.21. Doğum Sonrasında Sarılık Gelişme Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Doğum sonrasında sarılık gelişen çocukların YDÇBDÖ Saldırganlık puanları, sarılık gelişmeyen çocuklardan anlamlı olarak yüksektir (p=0,02) (Tablo 130).

Tablo 130: Doğum Sonrasında Sarılık Gelişme Durumuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Doğum Sonrası Sarılık	YDÇBDÖ Saldırganlık			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=282)	6,00 ± 7,63 (0-48)	4,0 (1-8)	-2,34	0,02
Var (n=54)	8,20 ± 11,17 (0-77)	6,0 (2,75-10,25)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.22. Kuvöz İhtiyacına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Doğum sonrasında kuvöz bakımı alınmasına göre YDÇBDÖ Saldırganlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,40) (Tablo 131).

Tablo 131: Kuvöz İhtiyacına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Kuvöz İhtiyacı	YDÇBDÖ Saldırganlık			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=295)	6,36 ± 8,41 (0-77)	4,0 (1-8)	-0,84	0,40
Var (n=41)	6,31 ± 7,71 (0-48)	4,0 (2-8,5)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.23. Çocuk Psikiyatri Başvurusuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Çocuk psikiyatri başvurusu olan çocukların YDÇBDÖ Saldırganlık puanları, çocuk psikiyatrisine başvurusu olmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p=0,04$) (Tablo 132).

Tablo 132: Çocuk Psikiyatri Başvurusuna Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Çocuk Psikiyatri Başvurusu	YDÇBDÖ Saldırganlık			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=305)	5,85 ± 7,43 (0-77)	4,0 (1-8)	-2,03	0,04
Var (n=31)	11,32 ± 13,58 (0-48)	6,0 (3-16)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.24. Çocukta Kronik Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Çocukta kronik hastalık bulunmasına göre YDÇBDÖ Saldırganlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,46$) (Tablo 133).

Tablo 133: Çocukta Kronik Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Çocukta Kronik Hastalık	YDÇBDÖ Saldırganlık			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=293)	31,74 ± 29,45 (0-247)	25,0 (11-42)	-1,59	0,11
Var (n=43)	50,47 ± 56,67 (1-251)	29,0 (15-55)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.25. Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Ruhsal Bozukluk Varlığına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Katılımcı çocuğun anne, baba veya kardeşinde ruhsal bozukluk olmasına göre YDÇBDÖ Saldırganlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,08$) (Tablo 134).

Tablo 134: Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Ruhsal Bozukluk Varlığına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Çocuğun Ailesinde Ruhsal Bozukluk	YDÇBDÖ Saldırganlık			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=316)	6,08 ± 7,46 (0-48)	4,0 (1-8)	-1,76	0,08
Var (n=20)	10,80 ± 16,56 (0-77)	6,0 (2,25-14,50)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.26. Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Fiziksel Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Katılımcı çocuğun anne, baba veya kardeşinde fiziksel hastalık olmasına göre YDÇBDÖ Saldırganlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,11) (Tablo 135).

Tablo 135: Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Fiziksel Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları

Çocuğun Ailesinde Fiziksel Hastalık	YDÇBDÖ Saldırganlık			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=296)	6,27 ± 8,56 (0-77)	4,0 (1-8)	-1,61	0,11
Var (n=40)	6,98 ± 6,29 (0-29)	5,0 (2,25-11)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.10.27. YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu Puanlarıyla İlişkisi

YDÇBDÖ Saldırganlık puanı ile DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Ölçeği toplam puanı arasında aynı yönde orta derecede ilişki, DEHB dikkat eksikliği puanı ile arasında aynı yönde orta derecede ilişki, DEHB hiperaktivite puanı ile arasında ise aynı yönde zayıf ilişki bulunmuştur (Tablo 136).

Tablo 136: DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu Puanlarının YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarıyla İlişkisi

YDÇBDÖ Saldırganlık		DEHB Toplam	DEHB Dikkat eksikliği	DEHB Hiperaktivite
	r	0,413	0,411	0,360
	p*	0,000	0,000	0,000

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği, DEHB: Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu

4.10.28. YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21) Puanlarıyla İlişkisi

YDÇBDÖ Saldırganlık puanıyla DASÖ toplam puanı arasında aynı yönde orta derecede ilişki, DASÖ anksiyete puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki, DASÖ depresyon puanı arasında aynı yönde orta derecede ilişki, DASÖ stres puanı arasında aynı yönde orta derecede ilişki bulunmuştur (Tablo 137).

Tablo 137: YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21(DASÖ-21) Puanlarıyla İlişkisi

YDÇBDÖ Saldırganlık		DASÖ Toplam	DASÖ Anksiyete	DASÖ Depresyon	DASÖ Stres
	r	0,460	0,384	0,405	0,452
	p*	0,000	0,000	0,000	0,000

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği, DASÖ-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21

4.10.29. YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının Tek Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Annenin gebelikte stresli olay yaşamasının Saldırganlık puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır ($p=0,003$; $B=0,162$). Gebelikte ekonomik zorluk yaşantılamının Saldırganlık puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır ($p=0,001$; $B=0,183$). Doğum sonrası sorun varlığının Saldırganlık puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır ($p=0,036$; $B=0,115$). Çocuğun çocuk psikiyatri başvurusu olmasının Saldırganlık puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır ($p=0,001$; $B=0,191$). Çocukta kronik hastalık varlığının Saldırganlık puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır ($p=0,001$; $B=0,2$). Ailede ruhsal bozukluk varlığının Saldırganlık puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır ($p=0,014$; $B=0,135$) (Tablo 138).

DEHB-DÖ-IV toplam ($p=0,0001$; $B=0,52$), dikkat eksikliği ($p=0,0001$; $B=0,492$) ve hiperaktivite ($p=0,0001$; $B=0,481$) puanlarının YDÇBDÖ Saldırganlık puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır (Tablo 108).

DASÖ toplam ($p=0,0001$; $B=0,420$), anksiyete ($p=0,0001$; $B=0,377$), depresyon ($p=0,0001$; $B=0,35$) ve stres ($p=0,0001$; $B=0,428$) puanlarının YDÇBDÖ Saldırganlık puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır.

Tablo 138: YDÇBDÖ Saldırganlık Puanlarının Tek Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Saldırganlık	Standardize Katsayılar Beta	p	%95 Güven aralığı	
			Lower bound	Upper bound
Cinsiyet	0,038	0,483	-0,004	0,009
Yaşı	-0,029	0,596	-0,012	0,007
Anne yaşı	-0,071	0,194	-0,109	0,022
Baba yaşı	-0,07	0,202	-0,109	0,023
Kardeş sayısı	-0,029	0,593	-0,012	0,007
Anne eğitim	-0,062	0,261	-0,017	0,005
Anne çalışma	-0,057	0,3	-0,01	0,003
Baba eğitim	-0,086	0,115	-0,022	0,002
Baba çalışma	0,011	0,848	-0,003	0,003
Aile yapısı	0,034	0,535	-0,003	0,006
Anne-baba birliktelik	-0,016	0,766	-0,004	0,003
Aile geliri	-0,055	0,318	-0,017	0,005
Gebelikte stres	0,162	0,003*	0,003	0,014
Gebelikte ekonomik stres	0,183	0,001*	0,003	0,012
Gebelikte yakın kaybı	-0,016	0,764	-0,003	0,002
Gebelikte sigara kullanımı	0,044	0,044	-0,002	0,006
Doğum zamanı	0,089	0,102	-0,001	0,008
Doğum şekli	-0,022	0,688	-0,007	0,004
Doğum kilosu	-0,086	0,114	-0,008	0,001
Doğum sonrası tıbbi sorun	0,115	0,036*	0	0,011
Sarılık	0,097	0,075	0	0,009
Kuvöz	-0,002	0,759	-0,004	0,004
Çocuk psikiyatri başvurusu	0,191	0,0001*	0,003	0,01
Çocukta kronik hastalık	0,2	0,0001*	0,004	0,012
Ailede ruhsal bozukluk	0,135	0,014*	0,001	0,007
Ailede fiziksel hastalık	0,027	0,027	-0,003	0,005
DEHB-DÖ toplam	0,52	0,0001*	0,476	0,681
DEHB-DÖ dikkat eksikliği	0,492	0,0001*	0,842	1,238
DEHB-DÖ hiperaktivite	0,481	0,0001*	0,794	1,181
DASÖ toplam	0,419	0,0001*	0,267	0,429
DASÖ anksiyete	0,377	0,0001*	0,73	1,255
DASÖ depresyon	0,35	0,0001*	0,549	0,995
DASÖ stres	0,428	0,0001*	0,698	1,109

* $p<0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği, DEHB-DÖ: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu, DASÖ-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21

4.10.30. YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları Üzerine Etkili Olduğu Düşünülen Değişkenlerin Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

DEHB-DÖ-IV dikkat eksikliği (p=0,0001; B=0,249) ve hiperaktivite (p=0,018; B=0,167) puanlarının yükselmesi ile YDÇBDÖ Saldırganlık puanlarının arttığı saptanmıştır (Tablo 139).

DASÖ stres puanlarının yükselmesi ile YDÇBDÖ Saldırganlık puanlarını arttığı saptanmıştır (p=0,023; B=0,196) (Tablo 139).

Tablo 139: YDÇBDÖ Saldırganlık Puanları Üzerine Etkili Olduğu Düşünülen Değişkenlerin Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Bağımlı	Bağımsız	Standardize	p	%95 Güven aralığı	
		e Katsayılar		Lower bound	Upper bound
		Beta			
Saldırganlık	Gebelikte stres	0,041	0,375	-0,96	2,54
	Doğum sonrasında tıbbi sorun	0,022	0,625	-1,381	2,295
	Çocukta kronik hastalık	0,09	0,054	-0,036	4,519
	Çocuk psikiyatri başvurusu	0,039	0,411	-1,561	3,805
	Ailede ruhsal bozukluk	0,053	0,249	-1,32	5,063
	DEHB-DÖ dikkat eksikliği	0,249	0,0001*	0,237	0,816
	DEHB- DÖ hiperaktivite	0,167	0,018*	0,06	0,625
	DASÖ anksiyete	0,067	0,379	-0,218	0,57
	DASÖ depresyon	0,006	0,943	-0,335	0,36
	DASÖ stres	0,196	0,023*	0,058	0,769

* p<0,05 anlamlıdır. Bağımlı değişken: YDÇBDÖ Saldırganlık puanı. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği, DEHB-DÖ: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu, DASÖ: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21

4.11.YDÇBDÖ DÜŞÜK ENDİŞE ALT ÖLÇEK PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ

4.11.1. Cinsiyete Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Çocuğun cinsiyetine göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,60) (Tablo 140).

Tablo 140: Cinsiyete Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Cinsiyet	YDÇBDÖ Düşük Endişe			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Kız (n=155)	2,45 ± 3,94 (0-25)	1,0 (0-4)	- 0,53	0,60
Erkek (n=181)	2,51 ± 3,85 (0-29)	1,0 (0-4)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.2. Yaş ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi

Çocuğun yaşı ile YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0,214) (Tablo 141).

Tablo 141: Yaş ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Düşük Endişe	Yaş
YDÇBDÖ Düşük Endişe	r	1	-0,068
	p		0,214
Yaş	r	-0,068	1
	p	0,214	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. p<0,05 anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.3. Kardeş Sayısı ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi

Çocuğun kardeş sayısı ile YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0,432) (Tablo 142).

Tablo 142: Çocuğun Kardeş Sayısı ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Düşük Endişe	Kardeş Sayısı
YDÇBDÖ Düşük Endişe	r	1	0,043
	p		0,432
Kardeş Sayısı	r	0,043	1
	p	0,432	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. p<0,05 anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.4. Anne Yaşı ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi

Anne yaşı ile YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,689$) (Tablo 143).

Tablo 143: Anne Yaşı ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Düşük Endişe	Anne Yaşı
YDÇBDÖ Düşük Endişe	r	1	0,023
	p		0,674
Anne Yaşı	r	0,023	1
	p	0,674	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.5. Baba Yaşı ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi

Baba yaşı ile YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,607$) (Tablo 144).

Tablo 144: Baba Yaşı ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Düşük Endişe	Baba Yaşı
YDÇBDÖ Düşük Endişe	r	1	0,041
	p		0,450
Baba Yaşı	r	0,041	1
	p	0,450	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.6. Anne Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi

Anne eğitim düzeyi ile YDÇBDÖ Düşük Endişe puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,592$) (Tablo 145).

Tablo 145: Anne Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Düşük Endişe	Anne Eğitim Düzeyi
YDÇBDÖ Düşük Endişe	r	1	0,029
	p		0,592
Anne Eğitim Düzeyi	r	0,029	1
	p	0,592	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.7. Baba Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi

Baba eğitim düzeyi ile YDÇBDÖ Düşük Endişe puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,531$) (Tablo 146).

Tablo 146: Baba Eğitim Düzeyi ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Düşük Endişe	Baba Eğitim Düzeyi
YDÇBDÖ Düşük Endişe	r	1	0,034
	p		0,531
Baba Eğitim Düzeyi	r	0,034	1
	p	0,531	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.8. Ailenin Aylık Gelir Düzeyi ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi

Ailenin aylık gelir düzeyi ile YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,776$) (Tablo 147).

Tablo 147: Ailenin Aylık Gelir Düzeyi ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi

Korelasyonlar*		YDÇBDÖ Düşük Endişe	Ailenin Aylık Gelir Düzeyi
YDÇBDÖ Düşük Endişe	r	1	0,016
	p		0,776
Ailenin Aylık Gelir Düzeyi	r	0,016	1
	p	0,776	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.9. Anne Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Anne çalışma durumuna göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,65$) (Tablo 148).

Tablo 148: Anne Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Anne Çalışma Durumu	YDÇBDÖ Düşük Endişe			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Çalışmıyor (n=157)	2,81 ± 4,65 (0-29)	1,0 (0-4)	-0,45	0,65
Çalışıyor (n=179)	2,20 ± 3,05 (0-14)	1,0 (0-4)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.10. Baba Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Baba çalışma durumuna göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,91$) (Tablo 149).

Tablo 149: Baba Çalışma Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Baba Çalışma Durumu	YDÇBDÖ Düşük Endişe			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Çalışmıyor (n=19)	1,89 ± 3,07 (0-13)	1,0 (0-3)	-0,11	0,91
Çalışıyor (n=317)	2,52 ± 3,93 (0-29)	1,0 (0-4)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.11. Aile Yapısına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Aile yapısına göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,68$) (Tablo 150).

Tablo 150: Aile Yapısına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Aile Yapısı	YDÇBDÖ Düşük Endişe			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Çekirdek (n=293)	2,47 ± 3,95 (0-29)	1,0 (0-4)	-0,41	0,68
Geniş (n=43)	2,58 ± 3,48 (0-13)	1,0 (0-5)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.12. Anne Baba Birlikteliğine Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Anne baba birlikteliğine göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,50$) (Tablo 151).

Tablo 151: Anne Baba Birlikteliğine Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Anne Baba Birlikteliği	YDÇBDÖ Düşük Endişe			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Birlikte (n=311)	2,51 ± 3,92 (0-29)	1,0 (0-4)	-0,67	0,50
Boşanmış (n=25)	2,12 ± 3,54 (0-13)	0,0 (0-2,5)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.13. Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Gebeliğinde stresli olay yaşayan annelerin çocuklarının YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları, stresli olay yaşamayan annelerin çocuklarından anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,01) (Tablo 152).

Tablo 152: Annenin Gebelikte Stresli Olay Yaşama Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Gebelikte Stresli Olay	YDÇBDÖ Düşük Endişe			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yaşamadı (n=253)	2,12 ± 3,52 (0-29)	1,0 (0-3,5)	-2,69	0,01
Yaşadı (n=83)	3,59 ± 4,68 (0-20)	2,0 (0-5)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.14. Annenin Gebelikte Ekonomik Zorluk Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Gebelik döneminde ekonomik zorluk yaşayan annelerin çocuklarının YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları, gebelikte ekonomik zorluk yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,004) (Tablo 153).

Tablo 153: Annenin Gebelikte Ekonomik Zorluk Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Gebelikte Ekonomik Zorluk	YDÇBDÖ Düşük Endişe			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yaşamadı (n=253)	2,20 ± 3,58 (0-29)	1,0 (0-4)	-2,86	0,004
Yaşadı (n=83)	4,48 ± 5,23 (0-19)	2,5 (0-8)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.15. Annenin Gebelikte Yakın Kaybı Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Annenin gebelikte yakın kaybı yaşamasına göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,25)(Tablo 154).

Tablo 154: Annenin Gebelikte Yakın Kaybı Yaşantılama Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Gebelikte Yakın Kaybı	YDÇBDÖ Düşük Endişe			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yaşamadı (n=319)	2,45 ± 3,92 (0-29)	1,0 (0-4)	-1,14	0,25
Yaşadı (n=17)	3,06 ± 3,31 (0-11)	2,0 (0-5)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.16. Annenin Gebelikte Sigara Kullanım Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Annenin gebeliğinde sigara kullanmasına göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,22) (Tablo 155).

Tablo 155: Annenin Gebelikte Sigara Kullanım Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Anne Gebelikte Sigara	YDÇBDÖ Düşük Endişe			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Kullanmadı (n=301)	2,41 ± 3,90 (0-29)	1,0 (0-4)	-1,23	0,22
Kullandı (n=35)	3,11 ± 3,76 (0-14)	1,0 (0-5)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.17. Doğum Zamanına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Çocuğun doğum zamanına göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,42) (Tablo 156).

Tablo 156: Doğum Zamanına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Doğum Zamanı	YDÇBDÖ Düşük Endişe			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Zamanında (n=296)	15,10 ± 14,37 (0-99)	12,0 (0-4)	-0,81	0,42
Erken (n=40)	16,33 ± 12,75 (1-60)	13,5 (0-5)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.18. Doğum Şekline Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Çocuğun doğum şekline göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,49$) (Tablo 157).

Tablo 157: Doğum Şekline Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Doğum Şekli	YDÇBDÖ Düşük Endişe			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Normal (n=85)	2,26 ± 3,23 (0-13)	0,0 (0-4)	-0,69	0,49
Sezaryen (n=251)	2,56 ± 4,09 (0-29)	1,0 (0-4)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.19. Doğum Kilosuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Doğum kilosuna göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,412$) (Tablo 158).

Tablo 158: Doğum Kilosu ile YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının İlişkisi

Doğum Kilosu	YDÇBDÖ Düşük Endişe			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	X ²	p
Düşük (n=30)	2,37 ± 5,60 (0-29)	0 (0-2)	1,157	0,561
Normal (n=291)	2,46 ± 3,56 (0-25)	1 (0-4)		
Yüksek (n=15)	3,20 ± 5,78 (0-20)	1 (0-4)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.20. Doğum Sonrasında Tıbbi Sorun Varlığına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Çocuğun doğum sonrasında tıbbi sorun yaşamasına göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,18$) (Tablo 159).

Tablo 159: Doğum Sonrasında Tıbbi Sorun Varlığına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Doğum Sonrası Tıbbi Sorun	YDÇBDÖ Düşük Endişe			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=266)	2,42 ± 3,95 (0-29)	1,0 (0-4)	-1,36	0,18
Var (n=70)	2,71 ± 3,67 (0-19)	1,0 (0-4)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.21. Doğum Sonrasında Sarılık Gelişme Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Doğum sonrası sarılık gelişmesine göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,28$) (Tablo 160).

Tablo 160: Doğum Sonrasında Sarılık Gelişme Durumuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Doğum Sonrası Sarılık	YDÇBDÖ Düşük Endişe			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=282)	2,44 ± 3,92 (0-29)	1,0 (0-4)	-	0,28
Var (n=54)	2,70 ± 3,75 (0-19)	1,0 (0-4)	1,08	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.22. Kuvöz İhtiyacına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Doğum sonrasında kuvöz bakımı alınmasına göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,94$) (Tablo 161).

Tablo 170: Kuvöz İhtiyacına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Kuvöz İhtiyacı	YDÇBDÖ Düşük Endişe			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=295)	2,50 ± 3,76 (0-25)	1,0 (0-4)	-	0,94
Var (n=41)	2,37 ± 4,75 (0-29)	1,0 (0-3,5)	0,07	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.23. Çocuk Psikiyatri Başvurusuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Çocuk psikiyatri başvurusu olan çocukların YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları çocuk psikiyatrisine başvurusu olmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir ($p=0,02$) (Tablo 162).

Tablo 162: Çocuk Psikiyatri Başvurusuna Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Çocuk Psikiyatri Başvurusu	YDÇBDÖ Düşük Endişe			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=305)	2,28 ± 3,49 (0-25)	1,0 (0-4)	-	0,02
Var (n=31)	4,48 ± 6,36 (0-29)	2,0 (0-6)	2,32	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.24. Çocukta Kronik Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Çocukta kronik hastalık bulunmasına göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,24) (Tablo 163).

Tablo 163: Çocukta Kronik Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Çocukta Kronik Hastalık	YDÇBDÖ Düşük Endişe			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=293)	2,29 ± 3,41 (0-25)	1,0 (0-4)	-	0,24
Var (n=43)	3,80 ± 6,12 (0-29)	1,0 (0-6)	1,19	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.25. Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Ruhsal Bozukluk Varlığına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Anne, baba veya kardeşinde ruhsal bozukluk olan çocukların YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları, ailesinde ruhsal bozukluk olmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir (p=0,03) (Tablo 164).

Tablo 164: Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Ruhsal Bozukluk Varlığına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Çocuğun Ailesinde Ruhsal Bozukluk	YDÇBDÖ Düşük Endişe			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=316)	2,36 ± 3,76 (0-29)	1,0 (0-4)	-2,12	0,03
Var (n=20)	4,45 ± 5,23 (0-19)	2,5 (0-7)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.26. Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Fiziksel Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Katılımcı çocuğun anne, baba veya kardeşinde fiziksel hastalık olmasına göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,13) (Tablo 165).

Tablo 165: Çocuğun Anne, Baba veya Kardeşinde Fiziksel Hastalık Varlığına Göre YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları

Çocuğun Ailesinde Fiziksel Hastalık	YDÇBDÖ Düşük Endişe			
	Ortalama+standart sapma (min-max)	Ortanca (interquartile range)	Z	p
Yok (n=296)	2,43 ± 8,56 (0-77)	1,0 (0-4)	-1,51	0,13
Var (n=40)	2,85 ± 3,02 (0-11)	2,0 (0-5)		

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0,05 anlamlıdır. min-max: minimum-maksimum, YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği

4.11.27. YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu Puanları ile İlişkisi

YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları ile DEHB toplam ve alt boyut puanlarının her biri ile arasında aynı yönde zayıf ilişki bulunmuştur (Tablo 166).

Tablo 166: YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu Puanları ile İlişkisi

YDÇBDÖ Düşük Endişe		DEHB Toplam	DEHB Dikkat eksikliği	DEHB Hiperaktivite
	r	0,367	0,331	0,349
	p*	0,000	0,000	0,000

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği, DEHB: Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu

4.11.28. YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21(DASÖ-21) Puanları ile İlişkisi

YDÇBDÖ Düşük Endişe puanı ile DASÖ toplam puanı arasında aynı yönde orta derecede ilişki, DASÖ anksiyete puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki, DASÖ depresyon puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki, DASÖ stres puanı arasında aynı yönde orta derecede ilişki saptanmıştır (Tablo 167).

Tablo 167: YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanlarının Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21(DASÖ-21) Puanları ile İlişkisi

YDÇBDÖ Düşük Endişe		DASÖ Toplam	DASÖ Anksiyete	DASÖ Depresyon	DASÖ Stres
	r	0,436	0,309	0,369	0,449
	p*	0,000	0,000	0,000	0,000

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği, DASÖ-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21

4.11.29. YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanının Tek Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Annenin gebeyken stresli olay yaşamasının Düşük Endişe puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır ($p=0,003$; $B=0,164$). Gebelikte ekonomik zorluk yaşantılamının Düşük Endişe puanlarını pozitif yönde arttırdığı saptanmıştır ($p=0,0001$; $B=0,194$). Çocuk psikiyatri başvurusu varlığının Düşük Endişe puanlarını pozitif yönde arttırdığı saptanmıştır ($p=0,003$; $B=0,164$). Çocukta kronik hastalık varlığının Düşük Endişe puanlarını pozitif yönde arttırdığı saptanmıştır ($p=0,018$; $B=0,129$). Ailede ruhsal bozukluk varlığının Düşük Endişe puanlarını pozitif yönde arttırdığı saptanmıştır ($p=0,019$; $B=0,128$) (Tablo 168).

DEHB-DÖ-IV toplam ($p=0,0001$; $B=0,39$), dikkat eksikliği ($p=0,0001$; $B=0,356$) ve hiperaktivite ($p=0,0001$; $B=0,374$) puanlarının YDÇBDÖ Düşük Endişe puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır (Tablo 168).

DASÖ toplam ($p=0,0001$; $B=0,382$), anksiyete ($p=0,0001$; $B=0,31$), depresyon ($p=0,0001$; $B=0,33$) ve stres ($p=0,0001$; $B=0,407$) puanlarının YDÇBDÖ Düşük Endişe puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır (Tablo 168).

Tablo 168: YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanının Tek Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Düşük Endişe	Standardize Katsayılar	p	%95 Güven aralığı	
	Beta		Lower bound	Upper bound
Cinsiyet	0,009	0,872	-0,013	0,015
Yaşı	-0,051	0,349	-0,03	0,01
Anne yaşı	-0,006	0,91	-0,148	0,133
Baba yaşı	-0,008	0,88	-0,153	0,131
Kardeş sayısı	-0,011	0,836	-0,023	0,018
Anne eğitim	0,012	0,829	-0,021	0,026
Anne çalışma	-0,079	0,149	-0,024	0,004
Baba eğitim	0,018	0,746	-0,022	0,03
Baba çalışma	0,037	0,498	-0,004	0,009
Aile yapısı	0,01	0,858	-0,008	0,01
Anne-baba birliktelik	-0,026	0,629	-0,009	0,005
Aile geliri	-0,004	0,944	-0,024	0,023
Gebelikte stres	0,164	0,003*	0,006	0,03
Gebelikte ekonomik stres	0,194	0,0001*	0,008	0,026
Gebelikte yakın kaybı	0,034	0,531	-0,004	0,008
Gebelikte sigara	0,056	0,31	-0,004	0,013
Doğum zamanı	0,014	0,805	-0,008	0,01
Doğum şekli	0,033	0,541	-0,008	0,016
Doğum kilosu	0,03	0,583	-0,007	0,013
Doğum sonrası tıbbi sorun	0,031	0,575	-0,008	0,014
Sarılık	0,025	0,648	-0,008	0,013
Kuvöz	-0,011	0,838	-0,01	0,008
Çocuk psikiyatri başvurusu	0,164	0,003*	0,004	0,02
Çocukta kronik hastalık	0,129	0,018*	0,002	0,02
Ailede ruhsal bozukluk	0,128	0,019*	0,001	0,014
Ailede fiziksel hastalık	0,035	0,524	-0,006	0,012
DEHB-DÖ toplam	0,39	0,0001*	0,151	0,254
DEHB-DÖ dikkat eksikliği	0,356	0,0001*	0,253	0,451
DEHB-DÖ hiperaktivite	0,374	0,0001*	0,263	0,454
DASÖ toplam	0,382	0,0001*	0,11	0,187
DASÖ anksiyete	0,31	0,0001*	0,256	0,508
DASÖ depresyon	0,33	0,0001*	0,236	0,446
DASÖ stres	0,407	0,0001*	0,305	0,499

* $p<0,05$ anlamlıdır. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği, DEHB-DÖ: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu, DASÖ-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21

4.11.30. YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları Üzerine Etkili Olduğu Düşünülen Değişkenlerin Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon ile Analizi

DEHB-DÖ-IV hiperaktivite ($p=0,043$; $B=0,153$) puanlarının yükselmesi ile YDÇBDÖ Düşük Endişe puanlarının arttığı saptanmıştır (Tablo 169).

DASÖ-21 stres ($p=0,002$; $B=0,292$) puanlarının yükselmesi ile YDÇBDÖ Düşük Endişe puanlarını arttığı saptanmıştır (Tablo 169).

Tablo 169: YDÇBDÖ Düşük Endişe Puanları Üzerine Etkili Olduğu Düşünülen Değişkenlerin Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon ile Analizi

Bağımlı	Bağımsız	Standardize Katsayılar Beta	p	%95 Güven aralığı	
				Lower bound	Upper bound
Düşük Endişe	Gebelikte stres	0,075	0,133	-0,207	1,557
	Çocukta kronik hastalık	0,05	0,316	-0,561	1,73
	Ailede ruhsal bozukluk	0,05	0,318	-0,788	2,422
	DEHB-DÖ dikkat eksikliği	0,124	0,099	-0,023	0,268
	DEHB- DÖ hiperaktivite	0,153	0,043*	0,004	0,29
	DASÖ anksiyete	-0,065	0,428	-0,279	0,118
	DASÖ depresyon	0,048	0,581	-0,126	0,224
	DASÖ stres	0,292	0,002*	0,11	0,466

* $p<0,05$ anlamlıdır. Bağımlı değişken: YDÇBDÖ Düşük Endişe puanı. YDÇBDÖ: Yıkıcı Davranışların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Ölçeği, DEHB-DÖ: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu, DASÖ: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda okul öncesi çocuklardaki yıkıcı davranışların toplam ve alt boyutlarının puanları, sosyodemografik ve klinik özellikler, çocuğun DEHB belirtileri ile ebeveynin depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri bağlamında değerlendirilmiştir.

Çeşitli toplumlarda okul öncesi çocuklardaki yıkıcı davranışlar ve yordayıcılarına yönelik pek çok araştırma yapılmıştır. Alanyazında erken çocuklukta yıkıcı davranışları çok boyutlu değerlendirip yıkıcı davranışları etkileyen faktörlerin araştırıldığı çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmüştür. Ülkemizde erken çocuklukta yıkıcı davranışları çok boyutlu değerlendiren, bunlar ile hem çocuğun DEHB belirtileri hem de ebeveynin depresyon, anksiyete ve stresi arasında ne gibi bir ilişki bulunduğunu kapsamlı olarak inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda yaptığımız çalışmada elde ettiğimiz bulgular aşağıda tartışılmıştır.

5.1. KATILIMCILARIN VE AİLELERİNİN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ

Çalışma dâhilindeki ölçeklerin %81,5'ini anneler, %8,6'sını babalar, %9,2'si anne ve baba birlikte, %0,6'sını anne ve baba dışında bakımveren diğer kişiler tamamlamıştır. Bulgumuza benzer şekilde YDÇBDÖ'yü Türkçe'ye uyarlama çalışmasında katılımcıların %83,2'sini anneler, %15,6'sını babalar, %1,2'sini diğer bakımverenler oluşturmuştur (169).

Çalışmamızdaki çocukların %46,1'ini kızlar, %53,9'unu erkekler oluşturmaktadır. T.C. Millî Eğitim Bakanlığı'nın 2020/2021 okul öncesi örgün eğitim istatistik verileri incelendiğinde Denizli ilinde 410 anaokulu bulunduğu görülmektedir. Bu okul öncesi kurumlarda öğrenim gören erkek öğrencilerin sayısı 8640, kız öğrencilerin sayısı ise 8097'dir. Çocukların okullaşma oranı ise 3-5 yaş grubunda erkeklerde %37,63, kızlarda %37,72, 4-5 yaş grubundaki erkeklerde %47,96, kızlarda %47,82, 5 yaş grubundaki erkeklerde %71,78, kızlarda ise %71,18'dir (174). Buradan yola çıkarak, Türkiye'de okul öncesi eğitim zorunlu olmadığı için, örneklemini anaokuluna giden çocuklar olan çalışmamıza, 3-5 yaş grubunda yer alan çocukların belli bir kısmının dâhil olduğu anlaşılmaktadır. Bu veriler ışığında

değerlendirildiğinde 3-5 yaş grubunda belli bir kısmın okul öncesi eğitime devam etmesinin ve okul öncesindeki erkek öğrencilerin sayısının kız öğrencilerden fazla olmasının erkek katılımcıların kısmen yüksek olmasını açıklayabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, alanyazındaki çalışmalara bakacak olursak, Chicago’da 3-5 yaş arası 1488 çocuğun dâhil edildiği ve anket yönteminin kullanıldığı kapsamlı bir çalışma olan Okul Öncesi Çocukların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Çalışmasında değerlendirilen çocukların %51’ini erkekler, %49’unu ise kızlar oluşturmuştur (60). Bu verilerle uyumlu olarak bizim çalışmamızdaki çocukların %46,1’ini kızlar, %53,9’unu erkekler oluşturmaktadır. Gönüllülük esasıyla yürütülen çalışmalarda ve bizim çalışmamızda da anketi erkek çocukların ebeveynlerinin doldurmuş olması ihtimali de göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızdaki çocukların %1,2’si 3 yaşında, %14,9’u 4 yaşında, %83,9’u ise 5 yaşındadır. Chicago Okul Öncesi Çocukların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Çalışmasında çocukların %35’inin 3 yaşında, %36’sının 4 yaşında, %29’unun ise 5 yaşında olduğu belirtilmiştir (60). Bartın’da yapılan anaokulu örneklemlerle bir çalışmada ise 3 yaş %12,4, 4 yaş %28,7, 5 yaş %52,0 olarak bulunmuştur (175). Çalışmamızdaki yaş dağılımının alanyazındaki örneklemlerden farklı olarak 5 yaşındaki çocuk sayısının diğer yaşlardan önemli ölçüde fazla olduğu görülmektedir. Yukarıdaki Milli Eğitime ait veriden de anlaşılacağı gibi 3 yaştan 5 yaşa doğru gidildikçe okullaşma oranlarının artması bu durumu açıklamaya yardımcı olabilir. Ancak yaş dağılımındaki bu farklılığın verilerimiz üzerindeki olası etkisi göz önünde bulundurulmalıdır.

Araştırmamızda ailedeki çocuk sayısına bakıldığında tek çocuklu aile oranı %33,9, iki çocuklu %51,2, üç çocuklu %11,9, dört çocuklu aile oranı ise %3’tür. Türkiye genelindeki ortalama çocuk sayısı yaklaşık olarak değerlendirildiğinde, şehirde yaşayan aileler iki çocuğa, kırsal bölgede yaşayanlar ise üç çocuğa sahiptir (176). Ülkemizdeki bir çocuk psikiyatri kliniğine başvuran çocukların örneklem olarak seçildiği bir çalışmada, tek çocuklu ailede yaşama oranı %33,4, iki çocuklu ailede yaşama oranı %53,5, üç çocuklu ailede yaşama oranı %10,4, dört çocuklu ailede yaşama oranı ise % 1,8 olarak bulunmuştur (177). Ankara ilinde yapılan anaokulu örneklemlerle bir çalışmada tek çocuklu aile oranı %31,1, iki çocuklu %52,6, 3 çocuk ve

üzeri ise %16,4'tür (178). Bu bulguları destekler biçimde bizim çalışmamızda da ailelerin çoğu bir veya iki çocukludur.

Çalışmamızdaki annelerin yaşlarının ortalaması $33,98 \pm 5,06$ (min-max 22-49) yılı; baba yaşlarının ortalaması ise $37,03 \pm 5,12$ (24-52) yıldır. Edirne'de yapılan anaokulu örneklemlili bir çalışmada anne yaş ortalaması $33,64 \pm 4,88$ (min-max 20-54) yıl, baba yaş ortalaması $37,05 \pm 5,18$ (min-max 25- 64) yıl olarak belirlenmiştir (179). Ülkemizde bir çocuk psikiyatri kliniğine başvuran okul öncesi çocuklarla yapılan bir çalışmada annelerin yaş ortalamaları $30,80 \pm 5,13$ (min-max 20-44) yaş; babalarının ise $35,31 \pm 5,64$ (min-max 20-52) yaş olarak bulunmuştur (180). Çalışmamızdaki okul öncesi çocukların anne-baba yaşına dair veriler alanyazınla uyumludur.

Araştırmamızda değerlendirilen çocukların annelerinin %18,5'i ilköğretim (ilkokul ve ortaokul), %25'i lise, %50,9'u üniversite, %5,7'si yüksek lisans mezunudur. Babalarının ise %23,5'i ilköğretim, %27,4'ü lise, %40,5'i üniversite, %8,6'sı yüksek lisans mezunudur. Eğer ebeveynleri lise eğitimi alma durumuna göre incelersek, annelerin %81,5'i, babalarının ise %76,5'i lise düzeyi ve üzerinde eğitim almıştır. Ülkemizdeki eğitim durumu incelendiğinde, hem kadınlarda hem de erkeklerde ilkokul mezunları en büyük orana sahiptir (176). Türkiye'de kadınların %25'i hiç okula gitmemiş veya ilkokulu bitirmemiştir. Neredeyse üç kadından biri (%34) ilkokul mezunudur. Ortaokul mezunu olanlar %15, mezuniyeti lise ve üzeri olanlar ise %26'dır. Erkeklerin ise %14'i hiç okula gitmemiş veya ilkokulu bitirmemiştir. İlkokul mezunu olanlar %33, ortaokul mezunu olanlar % 21, mezuniyeti lise ve üzeri olanlar ise %33'tür (181). Anaokulu örneklemlili bir çalışmada ebeveynlerin %1,7'si ilkokul mezunu, %17,3'ü lise mezunu, %81'i ise üniversite mezunu olarak bulunmuştur (182). Karabekiroğlu ve ark. (183) tarafından 12-42 aylık çocuklarla yapılan bir çalışmada da annelerin %20,7'si, babaların ise % 25,9'u üniversite mezunu; annelerin %25,9'u, babaların ise %34,1'i lise mezunu olarak saptanmıştır. Çalışmamıza dâhil edilen ebeveynlerin eğitim düzeyinin ülkemiz genelinden yüksek oluşu, okul öncesi eğitimin zorunlu olmaması ve eğitim düzeyi daha yüksek olan ailelerin çocuğunu okul öncesi eğitime göndermesi ile ilişkili olabilir.

Araştırmamızdaki çocukların annelerinin %46,7'si ev hanımı, %18,2'si memur, %8'i işçi iken %27,1'i özel sektörde çalışmaktadır. Babaların çalışma durumuna bakıldığında %4,8'inin çalışmadığı, %16,7'sinin memur, %20,5'inin işçi olduğu; %57,1'inin özel sektörde çalıştığı, %0,9'unun ise emekli olduğu anlaşılmaktadır. Ülkemizdeki bir çocuk psikiyatri kliniğine başvuran çocuklarla yapılan bir araştırmada çalışmayan babaların oranı %9,5, çalışmayan annelerin oranı ise %56,1 olarak saptanmıştır (177). Ülkemizde yapılan anaokulu örneklemleri bir çalışmada çalışan anne oranı %59,2, çalışmayan anne oranı %40,8, çalışan baba oranı %95,9, çalışmayan baba oranı %2 olarak bulunmuştur (184). Düzce'de yapılan bir çalışmada anaokulu öğrencilerinin annelerin %43,4'ünün ev hanımı olduğu, %15,2'sinin işçi, %27,3'ünün memur, %4'ünün ise diğer şekilde sınıflandığı; babaların %2'sinin işsiz olduğu, %27,8'inin işçi olduğu, %24,7'sinin memur olduğu, %20,7'sinin esnaf olduğu, %0,5'inin emekli ve %24,2'sinin diğer şekilde sınıflandığı bulunmuştur (185). Ülkemizdeki anne-babaların çalışma durumuna ilişkin dağılım yüzdeleri bizim çalışmamızdaki sonuçlara yakın olarak değerlendirilebilir.

Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2021 yılı verilerinde, ülkemiz genelindeki çocuklu ailelerin %50,9'u çekirdek aile, %10,1'i tek ebeveyn ve çocuklardan oluşan çekirdek aile ve %13,5'i ise en az bir çekirdek aile ve diğer kişilerden oluşan hane halkı şeklinde olduğu raporlanmıştır (186). Artan eğitim seviyesiyle birlikte aile yapısı geniş aileden çekirdek aileye doğru değişmektedir (187). Ülkemizde yapılan anaokulu örneklemleri bir çalışmada çekirdek aile oranı %87,1, geniş aile oranı %11,4, parçalanmış aile %1,5 olarak bulunmuştur (188) Çalışmamızda değerlendirilen çocukların aile yapısını incelendiğinde, %87,2'sinin çekirdek aile, %12,8'inin geniş aile yapısında olduğunu saptanmıştır. Türkiye'nin genel verileriyle kıyaslandığında çalışmamızdaki çekirdek aile oranının daha yüksek olması, araştırmamızı yaptığımız il olan Denizli'nin sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyi ile ilintili olabilir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre, Türkiye'deki çocukların %92,4'ü öz anne ve babası ile yaşarken, %1'i öz anne veya babası ile yaşamamaktadır. 18 yaş altı çocukların %7'si ise sadece bir ebeveyn ile birlikte yaşamaktadır (181). Ülkemiz genelini yansıtan bu verilerle uyumlu olarak anket çalışmamızı tamamlayan bakımverenlerden alınan bilgilere göre, çocukların

%92,6'sının anne ve babasının birlikte olduğu, %7,4'ünün ise boşanmış olduğunu saptanmıştır.

Çalışmamızdaki katılımcıların %5,7'sinin gelir durumu 4013 TL'nin altında , %25,9'unun 4013-5004 TL arasında, %43,5'inin 5005-13073 TL arasında , %25'inin gelir durumu da 13074 TL ve üzerinde olacak şekilde dağılım göstermiştir. Ülkemizde yapılan anaokulu örneklemleri bir çalışmada aile gelir düzeyi dört sınıfa ayrılmış, 2999 TL ve altı %12,2, 3000-4999 TL arası %24,5, 5000-6999 TL arası %20,4, 7000 TL ve üzeri %36,7 olarak bulunmuştur (184). 2019 yılı Mart-Eylül aylarında ülkemizde yapılan anaokulu örneklemleri bir çalışmada aile gelir düzeyleri incelenmiş, 7000 TL ve altı %71,2, 7001-12000 TL arası %21,6, 12000 TL üstü %7,2 olarak bulunmuştur (178). 2021 Kasım-2022 Eylül tarihleri arasında Edirne'de anaokulu ve ilköğretim okulu örneklemleri bir çalışmada da ailelerin %58,84'ünün gelir düzeyi 3001 TL ile 10000 TL arasında, %6,5'inin 20001 TL üstünde olduğu saptanmıştır (189). Çalışma bulgumuz alanyazınla uyumludur.

Çalışmamızdaki annelerin %24,7'si gebeliklerinde stresli yaşam olayına maruz kaldığını bildirmiştir. Kocaeli'de yapılan okul öncesi DEHB yaygınlık çalışmasında anaokuluna giden çocukların annelerinin %20,8'inin gebeliklerinde ruhsal stres yaşamış olduğu bildirilmiştir (190). Gokoel ve ark. (191) gebelikte algılanan stresi ilk iki trimesterde %27,2, üçüncü trimesterde ise %24,7 oranında raporlamıştır. Akkuzu da okul öncesi çocukların annelerinin gebelikte stres yaşantılama oranını ise % 16,9 olarak bulmuştur (169). Çalışmamızda gebeliğinde stres yaşayan annelerin en sık tanımladıkları faktörler % 12,5 oranı ile ekonomik zorluk ile %5,1 oranındaki yakın kaybidir. 1978-1997 yılları arasında Danimarka'da doğum yapan annelerin incelendiği çalışmada annelerin %1,69'unun gebeliklerinde en az bir yakınlarını kaybettiği bulgulanmıştır (192). Ülkemizde yapılan bir araştırmada gebeliğe bağlı stres yaşama oranı %31,4, ekonomik kaygılar %20,4 olarak belirtilmiştir (193). Elde ettiğimiz verilerin alanyazına benzer olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızdaki annelerin %10,4'ünün gebelikte sigara içtiği saptanmıştır. Ülkemizdeki bir çalışmada anaokuluna giden çocukların %6,2'sinin anneleri gebeliklerinde sigara içtiğini bildirmiştir (194). Yapılan bir başka çalışmada gebeliğin son 3 ayında sigara içme yaygınlığının %6,2 ile %27,2 arasında değiştiği saptanmıştır

(195). Prenatal sigara maruziyetini sigara içme ve dumana maruz kalma şeklinde sınıflandırarak 8586 gebeyi kapsayan başka bir araştırmada, gebelikte sigara içme yaygınlığı %0,94, sigara dumanına maruz kalma yaygınlığı ise %20,79 olarak bildirilmiştir (196). 2012-2013 arasında 815 gebe ile İstanbul’da yapılan bir çalışmada gebelikte sigara kullanma oranı %11,9 olarak bulunmuştur (197). 2017-2018 yılları arasında Brezilya’daki bir araştırmada da prenatal sigara içme oranı %12,55 olarak saptanmıştır (198). Literatürdeki gebelikte sigara tüketimine ilişkin veriler geniş bir aralıkta olmakla birlikte, çalışmamızda saptanan prenatal sigara kullanma oranının diğer çalışmalarla uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmamızdaki çocukların doğum zamanı incelendiğinde, çocukların %78’inin zamanında, %11,9’unun zamanından önce doğduğu, %10,1’inin ise doğumunun geciktiği saptanmıştır. Ülkemizdeki bir çalışmada anaokuluna giden çocukların %86’sının zamanında doğduğu; %70,9’unun sezaryen ile, %29,1’inin ise normal doğum ile doğduğu raporlanmıştır (194). İstanbul’da bir çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran 1028 hastanın katıldığı bir çalışmada çalışmamızdaki orana benzer şekilde hastaların %87,2’sinin doğumunun zamanında, %8,7’sinin erken, %4,1’inin gecikmiş olduğu saptanmıştır (199). Çalışmamızdaki çocukların %25,3’ünün normal doğum , %74,7’sinin ise sezaryen ile doğduğu öğrenilmiştir. 2020 Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) verilerine göre ülkemizde her 1000 doğumdan 573’ü sezaryen ile olmaktadır (200). Çalışmamızdaki çocukların doğum kiloları incelendiğinde çocukların %8,9’u 2500 gramın altında (düşük doğum ağırlığı), %86,6’sı 2500-4000 gram arasında (normal doğum ağırlığı), %4,5’inde 4000 gramın üzerinde (yüksek doğum ağırlığı) doğmuştur. Ülkemizde bir üniversite hastanesinde gerçekleşen doğumlarda ortalama doğum ağırlığı $3221,65 \pm 506,65$ gram olarak bulunmuştur. Düşük doğum ağırlıklı (2500 gramın altı) bebek oranı %7,7 olarak saptanmıştır (201). TNSA’nın 2018 yılındaki raporuna göre ülkemizdeki düşük doğum ağırlıklı bebek oranı %12 olarak saptanmıştır (202). Sonuçlarımızın alanyazınla uyumlu olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızdaki çocukların %20,8’inde doğum sonrası süreçte tıbbi sorun yaşandığı bulgulanmıştır. Doğum sonrası en sık yaşanan sorun sarılık (%16,1) olarak saptanmıştır. Çalışmamızdaki çocukların %12,2’si ise kuvöz bakımı almıştır. Sivas’ta anaokulu, ilkokul, ortaokul ve lise öğrencilerini kapsayan bir çalışmada çocukların

%85,8'inde perinatal dönemde herhangi bir problem saptanmadığı, doğum problemi nedeniyle kuvöz bakımı alanların oranının ise %7,6 olduğu belirtilmiştir (203). Yenidoğan dönemde çocukların üçte ikisinin sarılık geçirdiği kabul edilir (204). Ülkemizde yapılan anaokulu örneklemleri bir çalışmada çocukların %25,7'sinin sarılık geçirdiği raporlanmıştır (178). Bizim çalışmamızda sarılığın tedavi gerektirip gerektirmeyecek şekilde düzey ayrımı yapılmadan sorgulanmış olması, aileler tarafından sadece tıbbi tedavi gerektiren sarılık olarak algılanmasına yol açmış olabilir. Bu durum da çalışmamızda postnatal sarılık oranının alanyazından düşük saptanmasının nedenleri arasında yer alabilir. Çalışmamızda doğum sonrası tıbbi sorun yaşama ve kuvöz bakımı almaya ilişkin elde edilen veriler alanyazınla uyumludur.

Araştırmamızdaki çocukların %9,2'sinin geçmişte çocuk psikiyatri başvurusu olduğu saptanmıştır. Kocaeli'de anaokuluna giden çocuklarla yapılan bir çalışmada çocuk psikiyatri başvurusunun %12,8 olduğu bildirilmiştir (190). Ülkemizdeki anaokulu örneklemleri bir başka çalışmada çocukların %90,4'ünde herhangi bir tıbbi ya da psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı, %9,6'sında en az bir tıbbi ya da psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu saptanmıştır (205). Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada, çocuk psikiyatristine başvurusu olan 0-5 yaş arası çocukların %20,8'ine psikotrop ilaç reçetelendiği bulgulanmıştır (206). Roberts ve ark. (207), yaptıkları metaanaliz çalışmasında okul öncesi psikopatoloji prevalansını %3,6 ile %24 arasında geniş sayılabilecek bir aralıkta saptamıştır. Polanczyk ve ark. (208) tarafından çocuk ve ergenlerde dünya geneli psikiyatrik bozuklukların prevalansını saptamak amacıyla yapılan derleme ve metaregresyon analizinde ise, ruhsal bozukluk tanısı alan çocukların dünya genelindeki havuz prevalansı %13,4 olarak bulunmuştur. Bir başka çalışma olarak da Chicago'da anaokulu ve birinci basamak pediatri kliniklerinden seçilen 4 yaşındaki 796 çocuktan oluşan bir örnekleme DEHB, KOKGB, depresyon ve anksiyete yaygınlık oranlarının, bozukluğa ve kullanılan bozulma kriterine bağlı olarak %0,1'den %13'e kadar değiştiği saptanmıştır (209). Alanyazın incelendiğinde okul öncesinde çocuk psikiyatri başvurusu ve psikiyatrik tanı alarak ilaç kullanan çocuk oranının geniş bir aralıkta ve değişken olduğu görülmüş olup çalışmamızdaki oranlar da bu aralıktaki değerler arasında yer almaktadır. Çalışmamızdaki çocuk psikiyatristine başvuru ve ruhsal bozukluk nedeniyle psikiyatrik ilaç kullanım oranları ile ülkemizdeki diğer çalışmaların oranları arası fark, bizim çalışmamızda örneklemin

seçilen anaokullarına giden çocuklardan oluşmasına bağlı olabilir. Çalışmamızdaki çocuk psikiyatri başvuru oranının alanyazına benzer olduğu görülmüştür.

Çalışmamızdaki çocukların %12,8'inin kronik hastalığının bulunduğu saptanmıştır. Epidemiyolojik araştırmalar, çocuk ve ergenlerin kronik hastalığa sahip olma oranlarının %0,22 ile %44 gibi çok değişken bir yaygınlığa sahip olduğunu göstermektedir (210). Ülkemizde yapılan bir çalışmada anaokuluna giden çocukların %7,5'inin annesi çocuklarında kronik hastalık bulunduğunu beyan etmiştir (211). Başka bir başka çalışmada ise anaokuluna giden çocuklarda sağlık sorunu varlığı %20 olarak bildirilmiştir (212). Yapılan bir başka çalışmada ise çocukların %5,8'inin kronik hastalığı olduğu raporlanmıştır (213). Alanyazındaki çalışmalar çocuklukta kronik hastalıkların değişken oranlarda görüldüğüne işaret etmekle birlikte araştırma sonucumuzun bu verilere benzer olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızdaki çocukların %11,9'unun anne, baba veya kardeşlerinde kronik fiziksel hastalık, %6'sının ise ruhsal bozukluk tanısı bulunmaktadır. Ülkemizde anaokulu örneklemleri bir çalışmada annede sağlık sorunu varlığı %19, babada sağlık sorunu ise %23,8 olarak bildirilmiştir (212). Ülkemizde anaokulu öğrencileri ile yapılan bir başka çalışmada da çocukların %87,8'inin ailesinde psikiyatrik bozukluk bulunmadığı, %83,7'sinin de ailesinde kronik hastalık öyküsü olmadığı saptanmıştır (184). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ailede psikiyatrik tedavi alam öyküsünün %10,3 olduğu bildirilmiştir (214). Alanyazından elde edilen veriler değişen oranlarda olmakla birlikte, sonuçlarımızın bu sonuçlara yakın olduğu düşünülebilir. Örneklemin seçildiği Denizli ili de sonuçlarla ilişkili olabilir.

5.2. ÖLÇEKLERDEN ELDE EDİLEN VERİLER

Araştırmamızda temel ölçek olarak YDÇBDÖ kullanılmış ve katılımcıların YDÇBDÖ Toplam puanlarının ortalaması $34,14 \pm 35,2$, Öfke Nöbeti puanlarının ortalaması $10,05 \pm 12,52$, Karşı Gelme puanlarının ortalaması $15,25 \pm 14,18$, Saldırganlık puanlarının ortalaması $6,36 \pm 8,32$, Düşük Endişe puanlarının ortalaması $2,48 \pm 3,89$ olarak saptanmıştır. YDÇBDÖ ölçeğinin geliştirildiği çalışmada Madde Yanıt Teorisi yöntemi kullanılmış ve boyutlar için toplam puan verilmemiştir (7).

Alanyazın incelendiği kadarıyla, ülkemizde YDÇBDÖ ölçeğinin kullanıldığı tek çalışmanın, ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışması olduğu ve araştırma sonuçlarında puan ortalamaları verilmediğinden bu konuda bir karşılaştırma yapılamamıştır. Deveney ve ark. 4-7 yaşlarındaki 46 çocuğu dâhil ederek inhibisyona yanıtın nöral belirteçleri ile iritabilite arasındaki bağlantıyı, Olay İlişkili Potansiyel kullanarak inceledikleri çalışmada YDÇBDÖ Öfke Nöbeti alt ölçek puanlarının 0 ile 64,9 (16,11 ± 15,09) arasında değiştiği raporlanmıştır (215). Micha ve ark. MAPDB Öfke Nöbeti alt ölçeğinin Yunan toplumuna adaptasyon için yaptıkları çalışmada puan ortalamasını 59,5 ± 31,1 olarak raporlamışlardır (216). Alanyazın incelendiğinde YDÇBDÖ ölçek puanlarıyla ilgili verinin sınırlı olduğu anlaşılmış ve puanlar üstünden karşılaştırma yapmak için daha çok veriye ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

Araştırmamızda DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Versiyonu (DEHB-DÖ-IV-OÖ) kullanılmış ve toplam puan ortalaması 8,82 ± 7,48, dikkat eksikliği puan ortalaması 3,93 ± 3,93, hiperaktivite/dürtüsellik puan ortalaması ise 4,89 ± 4,05 olarak hesaplanmıştır. DEHB-DÖ-IV-OÖ'nün Türkçe'ye adaptasyon çalışmasında DEHB tanısı olmayan grupta toplam ölçek puan ortalaması 8,0 ± 6,6, dikkat eksikliği puan ortalaması 3,4 ± 3,3, hiperaktivite puan ortalaması ise 4,5 ± 4,1 iken DEHB tanılı çocuklarda toplam ölçek puanı 35,0 ± 7,3, dikkat eksikliği puan ortalaması 18,9 ± 3,8, hiperaktivite puan ortalaması ise 16,1 ± 5,2'dir (171). Ölçeğin ülkemizde kullanıldığı diğer çalışmada, DEHB tanısı olmayan çocukların toplam ölçek puan ortalaması 7,4 ± 6,3, dikkat eksikliği puan ortalaması 3,2 ± 3,2, hiperaktivite/dürtüsellik puan ortalaması ise 4,3 ± 3,6, DEHB tanılı çocuklarda toplam ölçek puanı 36,8 ± 9,3, dikkat eksikliği puan ortalaması 16,6 ± 5,6, hiperaktivite/dürtüsellik puan ortalaması ise 20,2 ± 4,9 olarak bulunmuştur (190). Alexandre ve ark. DEHB-DÖ-IV-OÖ ebeveyn puanlamasına göre erkeklerde toplam ölçek puan ortalaması 13,67 ± 7,5, dikkat eksikliği puan ortalaması 5,92 ± 3,83, hiperaktivite/dürtüsellik puan ortalaması 7,75 ± 4,21, kızlarda toplam ölçek puan ortalaması 11,69 ± 7,16, dikkat eksikliği puan ortalaması 4,60 ± 3,43, hiperaktivite/dürtüsellik puan ortalaması ise 7,09 ± 4,37 olarak raporlanmıştır (217). DEHB-DÖ-IV-OÖ'nün Türkçe'ye uyarlama çalışmasında DEHB tanısı olan çocukların puanlarının DEHB tanısı olmayan çocukların puanlarından daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Çalışmamızdaki DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul

Öncesi Versiyonu ölçek toplam ve alt ölçek puanları DEHB tanısı olmayan çocukların puanları ile benzerdir. Çalışmadaki örnekleme anaokulu örnekleme olduğundan ve DEHB açısından ayrıca görüşmeler yapılmadığından, verilerimiz toplum sonucunu yansıtmaktadır ve mevcut veri ile uyumlu görünmektedir.

Araştırmamıza katılan ebeveynlerin kendilerine ilişkin doldurduğu DASÖ-21 toplam puanlarının ortalaması $9,77 \pm 10,01$, anksiyete puanlarının ortalaması $2,5 \pm 3,16$, depresyon puanlarının ortalaması $3,04 \pm 3,77$, stres puanlarının ortalaması $4,24 \pm 3,94$ olarak hesaplanmıştır. DASÖ-21'in Türkçe versiyonunun sağlıklı ve klinik örnekleme psikometrik özelliklerinin araştırıldığı çalışmada, klinik örnekleme depresyon ortalama puanı $10,83 \pm 5,55$, anksiyete ortalama puanı $10,39 \pm 5,18$, stres ortalama puanı $11,85 \pm 4,59$, kontrol grubunda ise depresyon ortalama puanı $5,88 \pm 4,33$, anksiyete ortalama puanı $5,37 \pm 3,88$, stres ortalama puanı ise $7,90 \pm 3,93$ olarak raporlanmıştır (173). Ülkemizde 18-30 yaş arasındaki üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada depresyon ortalama puanı $7,9 \pm 4,61$, anksiyete ortalama puanı $6,3 \pm 3,94$, stres ortalama puanı $8,56 \pm 4,13$ olarak bulunmuştur (218). 18-37 yaş arası üniversite öğrencilerinin katıldığı bir başka çalışmada puanı $1,97 \pm 0,65$, anksiyete ortalama puanı $1,73 \pm 0,57$, stres ortalama puanı $2,16 \pm 0,62$ olarak bulunmuştur (219). Çalışmamızdaki ebeveynlerin depresyon, anksiyete ve stres puan ortalamalarının, DASÖ-21 Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışmasındaki kontrol grubunun verilerine hasta grubunun verilerinden daha yakın olduğu görülmüştür. Araştırmamızda DASÖ-21'i dolduran ebeveynler, rastgele seçilen anaokulu öğrencilerinin anne-babaları olduğundan verilerin toplum örnekleme benzer olması beklenen bir sonuçtur.

5.3. YDÇBDÖ TOPLAM PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ

Çalışmamızda cinsiyete göre YDÇBDÖ Toplam puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Wakschlag ve ark. (6) YDÇBDÖ'nün tüm alt ölçeklerinde erkeklerin puanlarının kızlardan daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. YDÇBDÖ'nün Türkçe'ye uyarlama çalışmasında da erkeklerin YDÇBDÖ Toplam puanının kızlardan anlamlı ölçüde yüksek olduğu raporlanmıştır (169). Yapılan bir başka çalışmada cinsiyet ile okul öncesi çocuğun yıkıcı davranış belirtileri arasında ilişki saptanmamıştır (80). Ülkemizdeki bir çalışmada, Çocuklar İçin Davranış

Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilen okul öncesi yaştaki erkek çocukların dışa yönelim sorunları daha fazla görülmüştür ancak kızlardan anlamlı derecede farklı bulunmamıştır (220). Gray ve ark. 3-5 yaştaki çocuklarda ebeveynin bildirdiği yıkıcı davranışların cinsiyete göre anlamlı olarak farklılık gösterdiğini raporlamıştır (221). Okul öncesi dönemde DB'nin cinsiyetler arası dağılımındaki farkın diğer yaş gruplarından daha az olduğu düşünülebilir (222). Alanyazında yaygın olarak erken çocuklukta yıkıcı davranışların erkeklerde daha sık görüldüğü görüşü hâkimdir. Bu veriler ışığında araştırmamızda Toplam puanın erkeklerde kızlara kıyasla daha yüksek bulunması beklenebilirdi. Denizli'deki okullaşma oranı dikkate alındığında okula gitmeyen çocukların hiçbirinin çalışmamıza dâhil edilmemesi, yıkıcı davranış puanlarında kız ve erkek çocuklar arasında fark saptanmamasının nedenlerinden biri olabilir. Bu açıdan, anaokuluna giden ve gitmeyen okul öncesi yaştaki çocukların tümüne ulaşılabilecek bir örnekleme yapılacak araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda çocuğun yaşı ile Toplam puanlar arasında ters yönlü ilişki saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada okul öncesi yaştaki çocuk için öğretmenin bildirdiği yıkıcı davranış skorları ile çocuğun yaşı arasında ilişki olmadığı raporlanmıştır (223). Akkuzu, YDÇBDÖ Toplam puan için yaşa göre anlamlı fark bulunduğunu, 3 ve 4 yaş arasında anlamlı fark bulunmadığını, 3-5 yaş ve 4-5 yaş arasında ise anlamlı fark saptandığını belirtmiştir (169). Her ne kadar Wakschlag ve ark. (6) toplam puan üzerinden bir değerlendirme yapmış olmasa da spekülasyon olarak 3 alt boyut skorlarının 3 ve 4 yaşta 5 yaşa göre daha yüksek olması nedeniyle toplam ölçek puanının da yüksek olabileceği ile ilgili yorum yapmamızı sağlayabilir. Okul öncesinde yıkıcı davranış belirtilerinin şiddet, sıklık ve bağlama göre normatif yanlış davranış veya yıkıcı davranış bozukluğuna işaret edebileceğinden ve okul çağına doğru azalacağından genel bilgiler başlığı altında bahsedilmiştir. Gelişimsel kazanımlara bağlı olarak 3 yaştan 5 yaşa doğru dışa yönelim davranışlarının azalma eğiliminde olması çalışmamızın alanyazındaki genel görüşle uyumlu olduğu noktalardan biridir.

Çalışmamızda çocukların kardeş sayısı ile YDÇBDÖ Toplam puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Alanyazında YDÇBDÖ Toplam puanı ile çocuğun kardeş sayısı ya da ailedeki çocuk sayısı arasındaki ilişkiye dair veri sunan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. YDÇBDÖ ölçeği haricinde de çalışmalarda genelde ruhsal

bozukluğu olan çocukların kardeşleriyle olan ilişkisi ve bu kardeşlerin ebeveynlerle ilişkisi geri planda kalmaktadır. Oysaki kardeşlerin aile dinamiklerini şekillendirici etkisi olabilir (224). Kılıç ve Şener'in çalışmasında pür DEHB olan çocuklar ile DEHB'ye KOKGB/DB'nin eşlik ettiği çocukların kardeş sayıları kıyaslandığında arada anlamlı fark bulunmamıştır (225). Ülkemizdeki bir çalışmada Okul Öncesi ve Anaokulu Davranış Ölçeğinin dışsallaştırılmış problem alt boyut puanlarında çocukların kardeş sayılarına göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (226). Başka bir çalışmada da kardeş sayısının okul öncesi çocukların davranış sorunları üzerine anlamlı bir etkisi olmadığını saptanmıştır (227). Eratay çalışmasında okul öncesi çocuklarda kardeş sayısına göre davranım problemlerinin farklılık göstermediğini raporlamıştır (228). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada Okul Öncesi Davranış Sorunları Tarama Ölçeği puanlarının kardeş sayısına göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur (229). Tremblay ve ark. (230) erken çocuklukta kardeşe sahip olmanın saldırganlığı artırdığını belirtmiştir. Bir başka çalışmada ise tam tersine, zor mizaçlı çocuklarda dahi kardeş sayısı arttıkça (özellikle kendinden yaşça büyük kardeş), erken çocuklukta görülen dışa yönelim sorunlarının azaldığı raporlanmıştır (231). Kardeşler, 3-6 yaştaki çocuk için gerçek hayatın provasını yapabileceği oyun arkadaşı ya da duygu düzenleme denemelerini yapabileceği bir partner olabilir. Ancak bu ilişki bağlamında şiddetli dalgalanmalar da meydana gelebilir. Bu noktada, ebeveynin kardeş ilişkisine nasıl dâhil olduğu da önem kazanacaktır. Ebeveynin eğitim düzeyi ve aile geliri yükseldikçe evdeki çocuk sayısı arttığında bile çocuklarıyla farkındalık içinde etkileşime girmesi kolaylaşacaktır. Çalışmamızda da anne-baba eğitim düzeyi yüksek olduğundan kardeş sayısı ile YDÇBDÖ Toplam puanları arasında ilişki bulunmamış olabilir.

Çalışmamızda hem anne hem de baba yaşı ile YDÇBDÖ Toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Alanyazın incelendiğinde çocukların yıkıcı davranışları ile genelde annenin ilk çocuğuna olan doğumundaki yaşı ile ilişkinin incelendiği görülmüştür. Ancak biz çalışmamızda anne yaşındaki değişimle çocuğun Toplam puanı arasında bir ilişki olup olmadığını anlamaya çalıştık. Wakschlag ve Keenan'ın düşük sosyoekonomik çevrede yetişen okul öncesi çocuklardaki yıkıcı davranışlarla ilişkili olabilecek faktörleri inceledikleri çalışmada yıkıcı davranışı olan çocukların anne yaşı (ilk doğum sırasındaki) yıkıcı davranışı olmayan çocukların anne yaşından

daha düşük bulunmuştur. Aynı zamanda annenin ilk çocuğunu 18 yaşından önce doğurmuş olması ile okul öncesi çocuğun yıkıcı davranışı arasında ilişki bulunmamıştır (80). Yapılan bir multi-kohort çalışmasında ebeveynin yaşı artmasının çocuğun yıkıcı davranışları üzerine ya olumlu etkisinin olduğu ya da etki etmediği raporlanmıştır (232). Bir başka çalışmada da hem anne hem de baba yaşı ile okul öncesi çocuğun dışsallaştırma davranışı puanları üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır (226). Araştırmada bulduğumuz sonuç bu verilerle uyumlu görünmektedir.

Çalışmamızda hem anne hem de baba eğitim düzeyi ile YDÇBDÖ Toplam puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada anne-babanın eğitim düzeyinin okul öncesi çocukların davranış sorunları üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı raporlanmıştır (227). Diğer iki çalışmada da anne ve baba eğitim düzeylerine göre dışa yönelim davranışlarının anlamlı farklılık saptanmadığı bildirilmiştir (226,233). Araştırmamızda anne-babaların çoğunun lise veya üniversite mezunu olması eğitim düzeyi ile YDÇBDÖ Toplam puanı arasında ilişki bulunmamasının nedenlerinden biri olabilir.

Çalışmamızda aile geliri ve anne-baba çalışma durumuna göre YDÇBDÖ Toplam puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Wakschlag ve ark. (6) yoksul ve yoksul olmayan aileler arasında YDÇBDÖ alt ölçek puanları açısından fark olmadığını raporlamıştır. Ülkemizdeki bir çalışmada da çocukların kavgacı/saldırgan olma özelliklerinin sosyoekonomik düzeylere göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği bildirilmiştir (234). Bu sonuçtan farklı olarak, Akkuzu ise düşük gelirli ailelerin YDÇBDÖ Toplam ölçek puanlarının gelir durumu orta ve iyi olan ailelere göre daha yüksek olduğunu saptamıştır (169). Yapılan pek çok araştırmaya göre de düşük gelirli ailede yetişmenin çocuklarda davranım sorunları için risk faktörü olabileceği düşünülmektedir (235,236). Loeber ve Farrington ise ebeveynin işsiz olmasının çocuğun gelecekteki suç davranışı için risk teşkil edebileceğini öne sürmüşlerdir (237). Çalışmamızda aile gelirine göre Toplam puanlarda fark saptanmaması Türk toplumunda çocuğun bakımına hemen her gelir düzeyinde önem verilmesi ile ilgili olabilir. Aynı zamanda çalışmamızda işsiz ebeveyn oranı düşük olduğundan ebeveyn çalışma durumuna göre Toplam puanların değişiklik göstermemesinin nedenlerinden biri olabilir.

Çalışmamızda aile yapısına göre YDÇBDÖ Toplam puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Çocuğun geniş ailede yaşıyor olması gelecekteki suç davranışı için risk faktörleri arasında yer alabileceği düşünülmektedir (237). Ülkemizde yapılan bir çalışmada geniş ya da çekirdek ailede yaşıyor olmanın anaokulu öğrencilerinin problem davranış puanlarında anlamlı fark yarattığı bildirilmiştir (238). Aksini gösteren çalışmalar da alanyazında mevcuttur. Örneğin ülkemizdeki bir araştırmada, aile yapısı (geniş, çekirdek ve boşanmış) açısından okul öncesi yaşta çocuk psikiyatri başvurusu olan ve olmayan çocuklar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı raporlanmıştır (239). Bir başka çalışmada ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olmasının dışa yönelim davranışlarının şiddeti üzerine etkisinin olmadığı bildirilmiştir (240). Uganda'da ortalama 1-10 yetişkini içeren ailelerle yapılan çalışmada çocukların yıkıcı davranışı ile aile büyüklüğü arasında ilişki saptanmamıştır (241). Araştırma sonuçlarımız bu verilerle uyumlu görünmektedir. Çalışmamızda anne-baba birlikteliğinin YDÇBDÖ Toplam puanları üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunmamıştır. Akkuzu'nun çalışmasında anne-babası boşanmış olan veya ayrı yaşayan çocukların YDÇBDÖ Toplam puanları anne-babası birlikte yaşayan çocuklara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (169). Hem Batı ülkelerinde hem de Türkiye'de yapılan araştırmalarda anne-baba ayrılığının çocukların davranışlarına, uyum becerilerine, ebeveynlik stili algılarına ve geliştirdikleri bağlanma şekline olumsuz etkileri olabileceği gözlemlenmiştir. Bu etkilenme durumu ise çocukların cinsiyetine, yaşına ve çevreden algılanan sosyal desteğe bağlı olarak değişebilmektedir (242). Bu veriyi açıklarken, çocuğun ebeveyninden ayrı kalış süreci, bu durumu nasıl anlamlandırdığı ve çeşitli bireysel, çevresel ve toplumsal faktörlerin etkilerinin olabileceğini de göz önünde bulundurabiliriz. Türk toplumunda çocuğun bakımı ile ebeveynin yanı sıra yakın aile fertlerinin de desteği söz konusu olabilmektedir. Aile birlikteliği açısından farklılık çıkmış olmaması araştırmamızda değerlendirmedığımız yukarıdaki etkenlerin tek başına ya da birlikte koruyucu etkisinin ortaya çıkmasına bağlı olmuş olabilir.

Çalışmamızda gebeliğinde stresli olay yaşadığını bildiren annelerin çocuklarının YDÇBDÖ Toplam puanları stresli olay yaşamayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Günlük hayatta hepimiz stresörle (hastalık, yakın kaybı, ekonomik sorun, boşanma gibi) karşılaşınca çeşitli stres tepkileri veririz. Hamilelikte ise fiziksel değişimler,

hormonal değişikliklerle ilişkili duygu durumunda hızlı değişiklikler ve hamileliğe özgü kaygılar (örneğin çocuğun sağlığına ilişkin kaygı ve doğum ağrısından korkma) yeni stres faktörleri eklenir (132,133). Gebelikte strese maruziyet ise neredeyse çocuklukta görülen tüm psikopatolojilerle ilişkilendirilmiştir (243–246). Dışa yönelim bozukluklarında en iyi bilinen risk faktörlerinden biri prenatal strestir (136,137). Gebelikteki stresin hangi trimesterde yaşandığı önemli olabilir ancak bu konudaki çalışmaların sonuçları çelişkilidir (247–249). Yapılan bir çalışmada evlilik sorunu gibi şiddetli ve süregelen kişisel gerilimleri içeren stresler, çocuğun davranış bozukluğu ile yakından ilişkili bulunmuştur. Bu ilişki, prenatal anne hastalığına, preterm doğum veya doğum komplikasyonlarının etkisi dışlandıktan sonra da sürmüştür. Doğum öncesi kişisel gerginlik olmadığında düşük sosyoekonomik durum ve olumsuz çevrenin çocuğun davranış sorunları ile anlamlı bir şekilde ilişkili olmadığı raporlanmıştır (250). Bu veriler ışığında YDÇBDÖ Toplam puanının gebelikte strese maruz kaldığını bildiren kişilerde daha yüksek bulunması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda gebelik döneminde yaşanan stresin bir alt boyutu olarak gebelikte ekonomik zorluk yaşayan anne çocuklarının YDÇBDÖ Toplam puanları gebelikte ekonomik zorluk yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Ailenin ekonomik zorluk yaşamamasının çocuğun davranım sorunlarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (251). Piotrowska ve ark. çocuklardaki antisosyal davranış ve sosyoekonomik durum arasındaki ilişkiyi inceledikleri metaanaliz çalışmasında ailenin sosyoekonomik durumu iyileştikçe çocuğun davranım problemlerinin azaldığını bulmuştur (129). Gebelik dönemindeki hormonal değişimler de göz önüne alındığında hamilelikte ekonomik zorluğa karşı hassasiyetin artacağı düşünülebilir. Bu bağlamda çalışma bulgumuz beklenen doğrultudadır.

Çalışmamızda annenin gebeliğinde yakın kaybı yaşamasına göre YDÇBDÖ Toplam puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Yapılan çalışmalarda genellikle preterm ve düşük doğum ağırlıklı doğumlar ile gebelikte yakın kaybının ilişkilendirildiği anlaşılmaktadır (252,253). Gebelikte yakın kaybı yaşamamanın doğum ağırlığı ve doğum kilosu üzerine etkisi olabileceği göz önüne alındığında çocuğun davranım sorunları üzerine etkisi olabileceği düşünülebilir. Ancak, Čepický ve Mandys (254) çalışmalarında hamileliklerinde eşleri ölen kadınların hamileliğin uzunluğu ve yenidoğanın ağırlığı üzerinde etkisi olmadığını belirtmişlerdir. Huttenen

ve ark. doğum komplikasyonlarının doğum sonrası baba kaybı yaşamayan gebelikte eşleri ölen kadınlara göre daha yaygın olduğunu saptamışlardır (255). Yapılan bir çalışmada aile üyesinin ölümü gibi şok yaratan bir durumun çocuğun davranış problemleri üzerine etkisinin olmadığı raporlanmıştır (250). Araştırmamızın sonucu bu verilerle uyumlu görülmektedir. Kaybedilen yakının kim olduğu ve aradaki duygusal bağın niteliği gebenin yas döneminin şekillenmesinde önemli olabilir. Daha büyük bir çocuğun ölümünün ve eş ölümünün ayrı ayrı sorgulanmamış olması çalışmamızın kısıtlılıkları arasındadır. Araştırmamızın diğer kısıtlılıkları, gebelikteki yakın kaybının hangi trimesterde gerçekleştiği göre YDÖBDÖ Toplam puanlarını değerlendirmemiş olmamız ve gebelikte yakın kaybı bildiren annelerin sayısının az (17 kişi) olmasıdır.

Çalışmamızda annenin gebeliğinde sigara kullanmasına göre YDÇBDÖ Toplam puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bir çalışmada prenatal sigara tüketimi çocuğun davranış problemleri ile ilişkilendirilmemiştir (256). Diğer yandan, doğum öncesinde sigaraya maruz kalma, çeşitli örneklerde ve gelişim dönemleri boyunca yıkıcı davranışlarla güçlü bir şekilde ilişkilendirilmiştir (134). Talati ve ark. sigara maruziyetini gebelik boyunca neredeyse her gün en az 10 sigara içmiş olmak şeklinde tanımladıkları çalışmada prenatal sigara içen annelerin çocuklarında yıkıcı davranış bozuklukları oranının artmış olduğunu belirtmiştir (257). Araştırmamızda aktif-pasif içicilik ayrımı gözetilmeden yalnızca aktif içiciliğin sorgulanması bulgumuzu etkilemiş olabilir. Gebelikte sigara tüketiminin, annenin stresi, psikopatolojisi ve bebeğin erken doğumu ya da düşük doğum ağırlığı gibi YDÇBDÖ Toplam puanı üzerine etki edebilecek pek çok faktör ile ilişkili olabileceği göz önüne alınmalıdır. Ayrıca gebelikteki sigara kullanımının yoğunluğunun bilinmemesi de diğer faktörler gibi çalışma bulgumuzu etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda çocuğun doğum zamanı, doğum şekli ve doğum kilosunun her birine göre YDÇBDÖ Toplam puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Düşük doğum ağırlığını (<2,500 gram) dışa yönelim bozuklukları ile ilişkilendiren pek çok çalışma bulunmaktadır (258–260). Wakschlag ve Keenan'ın çalışmasında düşük doğum ağırlığı ile okul öncesi yıkıcı davranış belirtileri arasında ilişki saptanmadığı bildirilmiştir (80). Fetal makrozominin (4500 gram veya daha fazla doğum ağırlığı) de hem anne hem de yenidoğan için artan komplikasyon riski ile ilişkili olduğuna dair

çok sayıda kanıt olmasına rağmen, büyük doğum ağırlığı ile dışa yönelim davranışları arasında bilinen doğrudan bir nedensel ilişki bulunmamaktadır (261,262). Prospektif bir vaka-kontrol çalışmasında İngiltere’de bir yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki çok düşük doğum ağırlıklı bebekler ile kontrol grubu 12 yaşına geldiklerinde çok düşük doğum ağırlıklı çocukların DEHB tanısı alma ihtimali önemli derecede daha yüksek bulunurken, aynı ilişki DB için gösterilememiştir (263). Düşük doğum ağırlıklı ve normal doğum ağırlığına sahip çocukların karşılaştırıldığı bir vaka kontrol çalışmasında düşük doğum ağırlıklı çocuklarda DEHB oranının daha yüksek olduğu ancak aynı durumun KOKGB için geçerli olmadığı belirtilmiştir (258). Ülkemizdeki bir çalışmada olguların prenatal, perinatal ve postnatal dönemde herhangi bir sorunu olup olmasına göre erken çocukluktaki ÇDDÖ dışa yönelim puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı raporlanmıştır (220). Akkuzu (169) da bizim bulgumuza benzer şekilde doğum zamanı, doğum kilosu ve doğum şekli ile YDÇBDÖ Toplam puanı arasında anlamlı fark saptamamıştır. Erken doğum, doğum ağırlığı, sezaryen ile doğumun doğum komplikasyonlarına yol açarak bebeğin nörogelişimini etkileme yoluyla yıkıcı davranışlara yatkınlık yaratabildiği ile ilgili veriler olmakla birlikte ilişki bulunamayan araştırmalar da bulunmaktadır. Bu faktörlerle ilişkinin kurulması pek çok karşılıklı etkeni aynı anda değerlendirmeyi gerekli kılmaktadır ve çalışma sonucumuz mevcut bulgularla uyumlu görünmektedir.

Çalışmamızda doğum sonrasında tıbbi sorun (siyanotik doğum, ağlamama, sarılık ve nöbet geçirme) yaşayan çocukların YDÇBDÖ Toplam puanları doğum sonrası sorun yaşamayanlardan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Alanyazında genel olarak doğum komplikasyonlarının çocuğun davranış problemleri üzerine etkili düşünülmektedir (86,140). Doğum sonrasındaki sorunlar farklı etkilerle bu farkın oluşmasını sağlamış olabilir ancak bu konuda elimizde objektif bir değerlendirme olmaması araştırmamızın kısıtlılığı olarak düşünülebilir. Yine de araştırmamızda bulduğumuz sonucun alanyazına benzer olduğu da görülmektedir.

Çalışmamızda doğum sonrasında sarılık gelişen çocukların YDÇBDÖ Toplam puanlarının sarılık gelişmeyen çocuklardan daha yüksek bulunmuştur. Cildin ve skleranın sararmasını tanımlayan sarılık, yeni doğan bebeklerin yaklaşık yarısında ve prematüre bebeklerin çoğunda (<37 gebelik haftasında doğan) genellikle konjuge olmayan bilirubinin artmış serum düzeylerinin bir sonucu olarak ortaya çıkar (264).

Genellikle doğum sonrası ilk bir haftada iyileşir (265). Ancak bilirubin kan-beyin bariyerini geçebilme özelliğine sahiptir ve yüksek konsantrasyonlarda olduğunda gelişmekte olan beyine toksik etkileri olabilmektedir (266–268). Amin, Smith ve Timler yaptıkları gözden geçirme çalışmasında, konjuge olmayan hiperbilirubinemi toksisitesine bağlı gelişen tüm nörolojik ve davranışsal tabloları (DEHB, otizm, öğrenme güçlüğü, dil bozuklukları gibi) şiddetine bakılmaksızın bir nörolojik bozukluklar yelpazesi şeklinde tanımlanabileceğini önermişlerdir (269). Johnson ve Bhutani ise hiperbilirubineminin indüklediği nörolojik tablonun bebeğin prematürite, doğum ve yenidoğan komplikasyonları, bilirubine maruziyetin şiddeti ve süresi, genetik, ailedeki stres, ebeveynin eğitim düzeyi, sosyoekonomik seviye gibi hassasiyet yaratan etkenlerin varlığında çok daha düşük seviyedeki bilirubin seviyelerinde de belirli sekeller kalabileceğini (örneğin ruhsal açıdan işlevselliği bozmayacak düzeyde silik davranışsal problemler gibi) raporlamıştır (270). Bu bağlamda çalışmamızda yenidoğan sarılığı bildiren ailelerin yenidoğan döneminde hem çocuğa ait bireysel faktörleri hem de çeşitli çevresel faktörleri aynı anda değerlendirmenin önemi anlaşılmaktadır. Her ne kadar bilirubineminin indüklediği klinik tabloda kapsayıcı bir tanımla her türlü davranışsal problemin gelişebileceği belirtilmiş olsa da erken çocuklukta yıkıcı davranış ve yenidoğan sarılığı ilişkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Her ne kadar bu konuda alanyazında yeterli veriye ulaşılamasa da çalışmamızda yenidoğan sarılığı geçiren çocukların YDÇBDÖ Toplam puanlarının diğer çocuklardan daha yüksek olması yıkıcı davranışlar ile yenidoğan sarılığının ilişkili olduğu düşündürülebilir ve yüksek düzeyde olmasa dahi hiperbilirubinemi erken çocuklukta YDÇBDÖ Toplam puanlarını yükseltmiş olabilir. Ancak bu konuda kesin yorum yapabilmek için ileri araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Bu bilgiler doğrultusunda çalışma sonucumuz alanyazınla uyumludur.

Çalışmamızda çocuğun kuvözde kalmasına göre YDÇBDÖ Toplam puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Yapılan bir çalışmada DEHB'li çocuklarda kuvözde kalma öyküsüne daha sık rastlandığı bildirilmiştir (271). Ancak yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 24 saatten fazla kalmış olmanın erken çocuklukta sosyo-emosyonel problemlerle ilişkilendirilmesi nedeniyle (183) araştırmamızda kuvözde kalınan süreyi sorgulamamız bir kısıtlılık olarak görülebilir.

Erken çocuklukta psikiyatrik başvurunun en sık nedeni yıkıcı davranışlardır (10). Çalışmamızda çocuk psikiyatri başvurusu olan çocukların YDÇBDÖ Toplam puanları çocuk psikiyatri başvurusu olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Spekülatif olarak, her ne kadar başvuru nedenlerini bilmesek de puanların bu grupta yüksek olmasının başvuru nedeninin yıkıcı davranışlarla ilişkili olabileceği ve buna bağlı olarak da başvuru yapanlarda bu puanların daha yüksek çıktığı düşünülebilir.

Çalışmamızda çocuğun kronik hastalığının olmasına göre YDÇBDÖ Toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Kronik hastalıklar çocukları strese maruz bırakarak duygusal ve davranışsal problemler için risk oluşturabilir. Bu noktada çocuğun yaşına bağlı olarak bilişsel gelişimiyle yakın ilişkili olan stresle başa çıkma yöntemi bu noktada devreye girmektedir (272). Kronik hastalık hormonal değişimler yoluyla çocukta davranım sorunlarına yatkınlık yaratabilir (273). Ebeveynlerde ise hasta olan çocuğa karşı daha çok korumacı bir ebeveynlik tarzı olduğu gözlenebilir (274). Çalışmamızdaki çocukların ne kadar süredir bu durumu yaşadığını ve işlevselliklerinin ne kadar etkilendiğini bilmiyoruz. Ayrıca küçük yaşta olmaları ve spekülatif olarak kendilerine dair farkındalıkları geliştikten sonra bu durumun hayatlarında olması ya da bu durumu farklı bir şey olarak henüz değerlendirmemiş olmaları olasılıklar arasındadır. Tüm bunlar çocuktaki kronik hastalık varlığına göre YDÇBDÖ Toplam puanları açısından fark saptamamızın nedenlerinden olabilir.

Ebeveynlerin psikopatolojileri, erken çocuklukta davranış sorunlarında rol oynayabilmektedir (16). Teorik olarak, ebeveyn psikopatolojisi; paylaşılan ortak genetik özellikler, ebeveynlerin yetkinlik sorunları ve bilişsel çarpıtmalarına maruz kalma, stresli çevrede yaşama da dahil olmak üzere bir dizi süreç yoluyla çocukların davranışsal, duygusal ve sosyal güçlükleri için risk oluşturabilir (275,276). Çalışmamızda anne, baba veya kardeşinde ruhsal bozukluk çocukların YDÇBDÖ Toplam puanları ailesinde ruhsal bozukluk olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir araştırmada okul öncesi yaşta çocuk psikiyatri başvurusu olan çocukların anne-babalarında psikiyatrik hastalık öyküsü çocuk psikiyatri başvurusu olmayan çocukların anne-babalarına göre daha fazla bulunmuştur (239). Anne-baba veya kardeşte psikiyatrik bozukluk varlığı hem genetik geçişin

yüklülüğü hem de aile içi etkileşimin kalitesini bozarak ailede ruhsal bozukluğa göre Toplam puanlar arasında fark yaratmış olabilir.

Çalışmamızda anne, baba veya kardeşinde kronik fiziksel hastalık olan çocukların YDÇBDÖ Toplam puanları ailesinde kronik fiziksel hastalık olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Kanada’da yapılan bir kohort çalışmasında, kanser tanılı çocukların kardeşlerinin genel nüfusa göre ruh sağlığı hizmetlerine daha sık ihtiyaç duydukları bildirilmiştir (277). Yapılan bir gözden geçirme çalışmasında kardeşi kanser olan okul çağı çocuklarının ortalama kaygı, depresyon ve genel uyum düzeyleri kontrol grubuna benzer olduğu belirtilmiştir (278). Bir başka çalışmada ebeveynleri kanser tanısı almış çocukların yıkıcı davranış belirtileri kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur (279). Aile bireylerinde kronik hastalık varlığı her bir aile bireyinin birbirleri ile olan ilişkilerini etkileyecek şekilde aile dinamiklerinde değişime yol açabilir (280–288). Araştırmamızda da benzer bir mekanizma ile elde ettiğimiz sonuç ortaya çıkmış olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların YDÇBDÖ Toplam puanıyla DEHB toplam, dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanları arasında aynı yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda, okul öncesindeki yıkıcı davranışlar ile DEHB’nin sıklıkla birliktelik gösterebileceği raporlanmıştır (223,289). Norveç’te yapılan bir çalışmada okul öncesi çocuklarda DEHB ile KOKGB ve DB komorbiditesi gösterilmiştir (290). Çalışmamızda olduğu gibi yıkıcı davranışlarla DEHB belirtilerinin ilişkili bulunması, yıkıcı davranışlarla DEHB’nin karşılıklı olarak birbirine sıklıkla eşlik etmesinden dolayı beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda YDÇBDÖ Toplam puanıyla DASÖ toplam, anksiyete, depresyon ve stres puanlarının her biri arasında aynı yönde ilişki saptanmıştır. Olumsuz duygulanımın hâkim olduğu depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki teorik ve klinik olarak her zaman ilgi çekici olmuştur (291,292). Stres ise anksiyete ve depresyon gelişimini hızlandırır. Stresli yaşam olaylarının genellikle kronik uyarılma ve işlev bozukluğunu içeren karakteristik bir stres tepkisine yol açtığı düşünülmektedir (293). Ebeveynlerde stres düzeyi arttıkça, çocuklarda sorunlu davranışların gelişiminde doğrudan rol oynayan zorlayıcı disiplin tekniklerinin kullanılma ihtimali de artmaktadır (294–296). Hem annelerin hem de babaların depresif belirtilerinin

çocuğun dışsallaştırma belirtilerine aracılık ettiği düşünülmektedir (297). Bazı çalışmalar, ebeveynin depresif semptomlarının çocuğun dışa yönelim semptomlarını tek yönlü olarak etkilediğini varsayar (298,299). Bazı çalışmalarda ise öfke nöbetlerine ve emosyon düzensizliğine olan eğilim gibi çocuğun dışa yönelim davranışlarının ebeveynin duygu durumu üzerine olan etkilerinden de bahsedilir (300,301). Yapılan bir çalışmada ise annenin depresyonu ile okul öncesi çocuğun yıkıcı davranış belirtileri arasında ilişki saptanmamıştır (80). Akkuzu (169) çalışmasında, ailesinde ruhsal bozukluk olan ile olmayan çocukların YDÇBDÖ Toplam puanları arasında anlamlı fark bulunduğunu belirtmiştir. İsrail’de yapılan bir çalışmada anne ve babaların bildirdikleri anksiyete semptomları ile 3-5 yaş arası çocukları için kendi bildirdikleri dışa yönelim davranışları arasında pozitif ilişki olduğu raporlanmıştır (302). Yapılan bir çalışmada regresyon analizleri sonucunda sosyoekonomik seviye kontrol edildiğinde dahi ebeveynlik stresi ile anne tarafından bildirilen çocuk yıkıcı davranış sorunları arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (102). Bu bilgiler ışığında çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular erken çocuklukta yıkıcı davranışlar ile ebeveynin depresyon, anksiyete ve stres belirtilerinin ilişkili olduğunu destekleyen çalışmalarla uyumludur. Anksiyete, depresyon ve stres belirtileri ebeveynin davranışlarını, ebeveynlik becerilerini ve çocuğa olan yaklaşımını etkileyebilir ve bu da çocuğun yıkıcı davranış puanlarını etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda çocuğun cinsiyeti, kardeş sayısı, ebeveynlerin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile geliri, anne-baba birlikteliği, çekirdek-geniş ailede yaşama, gebelikte yakın kaybı, gebelikte sigara kullanımı, çocuğun doğum zamanı, doğum şekli, doğum kilosu, kuvözde kalma öyküsüne göre YDÇBDÖ Toplam puanları açısından anlamlı farklılık bulmadığımız gibi tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde de yordayıcı bir etkilerinin bulunmadığı anlaşılmıştır.

Çalışmamızda çocuğun yaşı ile Toplam puanlar arasında ters yönde ilişki saptanmıştır. Ancak tek değişkenli doğrusal regresyon analizi sonucunda çocuk yaşının Toplam puanları üzerine etkisi olmadığı belirlenmiştir. 3 yaş grubundan yalnızca 4 çocuk, 4 yaştan ise 50 çocuğun değerlendirilmiş olması araştırmamızda bulduğumuz sonucun nedenlerinden biri olabilir.

Çalışmamızda gebeliğinde stresli olay yaşadığını bildiren annelerin çocuklarının YDÇBDÖ Toplam puanları stresli olay yaşamayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Her ne kadar tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde annenin gebeyken stresli olay yaşamasının YDÇBDÖ Toplam puanları üzerine aynı yönde artırıcı etkisi bulunsa da çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde annenin gebeyken stresli olay yaşamasının Toplam puanını üzerine yordayıcı etkisinin olmadığı anlaşılmıştır. Çalışmamızda gebelikteki stresin ani ya da süreğen olması, stresörün annenin kontrolünde olup olmaması, gebeliğin hangi döneminde stres yaşandığı, aynı anda birden çok stresörün yaşanıp yaşanmadığı ve stresörlerin birbirleri olan ilişkilerine dair bilgilere erişilememektedir. Ayrıca bu konuda elimizde gebelik sırasında yaşanan olası stresli durumla ilgili objektif bir verinin de olmayışı diğer faktörlerle birlikte çalışma bulgumuzu etkilemiş olabilir. Bu konuda yapılacak daha geniş katılımlı ve objektif değerlendirmelerin olduğu araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda annenin gebeyken ekonomik zorluk yaşamasının tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde YDÇBDÖ Toplam puanı üzerine yordayıcı etkisi olmadığı anlaşılmıştır. Yapılan bir çalışmada evlilik sorunu gibi şiddetli ve süreğen stresler olmadığında gebelikteki düşük sosyoekonomik durumun çocuğun davranış sorunları ile anlamlı bir şekilde ilişkili olmadığı raporlanmıştır (250). Ek olarak, gebelikte düşük sosyo-ekonomik duruma sahip olmanın hamilelikten sonra da devam etmesi ve çocukluk dönemine kadar etkilerini sürdürebilmesi kafa karıştırıcı bir özelliktir (248). Alanyazında gebelikteki ekonomik zorluğun çocuğun yıkıcı davranışları üzerine olan etkisine dair bir fikir birliği bulunmadığı anlaşılabilir. Çalışmamızda gebelikte yaşanan ekonomik zorluğun günümüze kadar olan seyrini sorgulamamış olmamız bulgumuzu etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda doğum sonrasında tıbbi sorun yaşayan çocukların YDÇBDÖ Toplam puanları doğum sonrası sorun yaşamayanlardan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Ancak tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde doğum sonrası tıbbi sorun yaşamayanın YDÇBDÖ Toplam puanları üzerine yordayıcı etkisi bulunmamıştır. 3 aylıktan 15 yaşa kadar çocukların değerlendirildiği bir takip çalışmasında doğum komplikasyonlarının çocuğun yıkıcı davranışlarını öngörmediği raporlanmıştır (303). Her ne kadar çalışma bulgumuz yıkıcı davranışlara ilişkin alanyazınla uyumlu gözükse de doğum sonrası yaşanan tıbbi sorunun niteliği ile niceliği ile ilgili gerekli ölçekler

kullanılarak objektif değerlendirmelerin yapılması daha sağlıklı sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir.

Çalışmamızda doğum sonrasında sarılık gelişen çocukların YDÇBDÖ Toplam puanlarının sarılık gelişmeyen çocuklardan yüksek olduğu saptanırken, tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde yordayıcı etki bulunmamıştır. Yapılan çalışmalar yenidoğan sarılığının hayatın ilerleyen dönemlerinde yürütücü işlev bozuklukları, otizm ve DEHB için bir risk faktörü olabileceğini göstermektedir (304,305). Ülkemizde yapılan bir çalışmada olguların postnatal dönemde herhangi bir sorunu olup olmamasına göre erken çocuklukta ÇDDÖ dışı yönelim puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı raporlanmıştır (220). Bir başka çalışmada da hem postnatal sarılık varlığı hem de sarılığa bağlı kan değişimi olması çocuğun davranış problemleri ile ilişkilendirilmemiştir (256). Çalışmamızda postnatal sarılığın süresi ve tedavi gerektirip gerektirmediği sorgulanmamıştır. Oysa ki güncel bir araştırmada sarılık, kan değişimi gerektirmesi hainde postnatal komplikasyon olarak kabul edilmiştir (306). Tüm bunlar yordayıcı etki bulunmamasının nedenlerinden olabilir.

Çalışmamızda çocuk psikiyatri başvurusu olan çocukların YDÇBDÖ Toplam puanları çocuk psikiyatri başvurusu olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuş, tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde çocuğun çocuk psikiyatri başvurusu olmasının ölçek puanlarını pozitif yönde artırdığı saptanmıştır. Ancak çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde çocuk psikiyatri başvuru varlığının Toplam puanları üzerine yordayıcı etkisinin olmadığı anlaşılmıştır. Çalışmamızda çocuk psikiyatri başvurusu olup psikiyatrik tanı alan yalnızca 4 çocuk bulunmaktadır. Aynı zamanda çalışmamızda çocukların psikiyatri başvurularının nedenleri sorgulanmamıştır. Tüm bunlar çalışma sonucumuzu etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda çocuğun kronik hastalığının olmasına göre YDÇBDÖ Toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, tek değişkenli regresyon analizinde çocuğun kronik hastalığının Toplam puanları pozitif yönde artırdığı bulgulanmıştır. Ancak çok değişkenli regresyon analizinde Toplam puan üzerine etkisinin olmadığı anlaşılmıştır. Araştırmamızda kronik hastalığın niteliği, şiddeti ve ne zaman tanı konulduğu gibi özelliklerin incelenmemiş olması, elimizde

bu konu ile ilgili objektif bir değerlendirmenin olmaması Toplam puanları yordayıcı etki bulunmamasının sebepleri arasında bulunabilir.

Çalışmamızda anne, baba veya kardeşinde ruhsal bozukluk çocukların YDÇBDÖ Toplam puanları ailesinde ruhsal bozukluk olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde ailede ruhsal bozukluk olmasının Toplam puanlarını artırdığı anlaşılmıştır. Ancak çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde ailede ruhsal bozukluk varlığının Toplam puanları yordayıcı etkisinin olmadığı anlaşılmıştır. Aile ile tanısız görüşme yapmamış olmamız, ailenin ruhsal bozukluk olarak bildirdiği tanılarının ne olduğu, ne kadar süredir bu tanılarının olduğu ve ruhsal bozuklukların aile dinamiğine olabilecek olası etkilerini tam olarak bilmememiz bu sonucu açıklayabilir.

Çalışmamızda anne, baba veya kardeşinde kronik fiziksel hastalık olan çocukların YDÇBDÖ Toplam puanları ailesinde kronik fiziksel hastalık olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ancak tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde ailede kronik fiziksel hastalık varlığının YDÇBDÖ Toplam puanları üzerine etkisinin olmadığı anlaşılmıştır. Ancak ailede ebeveynin mi yoksa kardeşin mi fiziksel hastalığa sahip olduğunun çalışmamızda sorgulanmamış olması, tanının tıbbi teyidinin sağlanmamış olması ya da formu dolduran kişinin kronik hastalık kavramından algıladığının ne olduğu gibi pek çok neden Toplam puanlar üzerine etki saptamamızın nedenleri arasında yer alabilir.

Tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde DEHB-DÖ-IV toplam, dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarının YDÇBDÖ Toplam puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmuştur. Çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde de DEHB-DÖ-IV dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarının yükselmesi ile YDÇBDÖ Toplam puanlarının arttığı ve yordayıcı etkinin bulunduğu saptanmıştır. Bendiksen ve ark. DEHB tanılı okul öncesi çocuklara DEHB tanısız olmayanlara göre KOKGB ve DB belirtilerinin daha sık eşlik ettiğini bildirmiştir (290). Geçmiş araştırmalar, dikkat eksikliği belirtilerinin yıkıcı davranışlar için bir risk faktörü olduğunu göstermiştir (307–310). Yine benzer şekilde, okul öncesi yaştaki dışı yönelim sorunlarında duygu düzenleme ve dikkat eksikliğinin rolünün incelendiği bir çalışmada, çocukların 2 yaşındayken gösterdikleri dikkat eksikliğinin, okul öncesinde hem eşik altı hem de

şiddetli düzeyde dışa yönelim sorunları olan çocuklar için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (311). Bu bilgiler ışığında çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgularımız erken çocuklukta DEHB belirtilerinin yıkıcı davranışların yordayıcıları arasında olduğunu destekleyen çalışmalarla uyumludur.

Çalışmamızda tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde DASÖ-21 toplam, anksiyete, depresyon ve stres puanlarının YDÇBDÖ Toplam puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi olduğu bulunmuştur. Çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde DASÖ-21 toplam, anksiyete, depresyon ve stres puanları bağımsız değişkenler arasında yer aldığına sadece stres alt boyutunun YDÇBDÖ Toplam puanlarını öngördüğü saptanmıştır. Ebeveyn ruh sağlığının çocuğun yıkıcı davranışları üzerindeki etkisini anlamamıza Granic ve Patterson'ın antisosyal özelliklerin aile dinamiği içinde nasıl geliştiğini açıklayan Baskı Teorisi yardımcı olabilir. Bu teori, çocukta saldırgan davranışların gelişmesi için ebeveyn ve çocukların birbirlerini zorladıkları bir döngünün olduğu hipotezi üzerine kurulur. Çocuğun zorlayıcı davranışlarının ebeveyn tarafından kontrol edilmeye çalışıldıkça pekiştiği düşünülür. Ebeveynlerin itaat talepleri, çocuğun uymayı reddetmesi ve artan davranım sorunları ile son olarak ebeveynin teslim olması ile karakterize bir döngü gelişir. Bilişsel anlamda gerilim yaşayan, stres altındaki anne-baba yetersiz bir ebeveyn olduğunu, çocuğu üzerinde yeterince kontrol sağlayamadığını düşünebilir. Çocuğuyla ilişkisine anksiyete, öfke, iritabilite gibi olumsuz duygular hâkim olabilir. Annenin kendi olumsuz duyguları muhtemelen çocuğun kendi kaygısı, öfkesi ve düş kırıklığıyla birleşerek bahsedilen döngüye dâhil olurlar (312). Wakschlag ve Keenan'ın düşük sosyoekonomik gruptaki okul öncesi çocuklara ilişkin çalışmasında ebeveyn stresinin okul öncesi çocuğun yıkıcı davranış belirtilerinin yordayıcılarından biri olduğu ancak benzer yordayıcılığın anne depresyonu için geçerli olmadığı raporlanmıştır (80). 6-14 yaşındaki çocuklar ve ebeveynlerinin dâhil edildiği bir araştırmada ebeveyn kaygısı, çocuğun hem kaygısı hem de depresyonu ile ilişkilendirirken çocuğun dışa yönelim semptomları ile ilişkili gösterilememiştir (313). Depresyon ve kaygı puanlarının YDÇBDÖ puanlarına etki etmeyip stres puanlarının etki etmesi mevcut alanyazınla uyumlu görünmektedir. Stres puanları yüksek olan ebeveynler çocuklarındaki zorlayıcı davranışları yönetmekte zorlanabilir. Strese bağlı olarak ortaya koydukları ebeveynlik kaliteleri bozulabilir. Zihinsel olarak yaşanan gerilimle birlikte ebeveynler

normal şartlarda tepki gösterilmeyecek durumlara bile tepki göstererek çocuğun normal gelişimini etkileyebilir. Bu durum da çalışmamızda stres puanlarının YDÇBDÖ puanlarını artırıcı etki göstermesini açıklayabilecek olası nedenlerden olabilir.

5.4. YDÇBDÖ ÖFKE NÖBETİ PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ

Genel Bilgiler başlığı altında Öfke Nöbeti alt boyutunun öfke patlaması ve iritabiliteyi kapsayan bir kavram olduğundan bahsedilmiştir. Öfke patlaması, şiddetli, sık ya da uygunsuz bağlamda olduğunda yıkıcı davranış problemlerinin erken belirtilerinden biri olarak kabul edilmektedir (6). Çalışmamızda çocuğun cinsiyetine göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. 9-16 yaştaki 1420 çocuğun dâhil edildiği “*Great Smoky Mountains Study*” epidemiyolojik çalışmasında çocuklarda iritabilitenin cinsiyete göre değişmediği bildirilmiştir (51). Van den akker de öfke patlaması sıklığının okul öncesi kız ve erkek çocuklarda benzer olduğunu bildirmiştir (314). Belden ve ark. (81), yıkıcı davranış gösteren okul öncesi çocukların öfke nöbeti puanları üzerinde cinsiyetin etkisinin olmadığını saptamıştır. Toplum örneklemleri bir çalışmada okul öncesinde görülen öfke nöbeti şiddet ve sıklığının cinsiyete göre değişmediği belirlenmiştir (56). Çalışmamızda cinsiyete göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada erkeklerin YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanlarının kızlardan anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır (169). Prenatal sigara maruziyetinin incelendiği bir çalışmada cinsiyetinin YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları için anlamlı bir risk faktörü olmadığı bildirilmiştir (46). Başka bir çalışmada ise kız ve erkeklerin YDÇBDÖ Öfke Nöbeti ölçek puanları benzer bulunmuştur (60). Ancak Wakschlag ve ark. (6), Okul Öncesi Çocukların Çok Boyutlu Değerlendirilmesi Çalışmasından seçilen örneklem ile yürüttükleri çalışmada YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanlarını erkeklerde kızlardan daha yüksek bulgulamıştır. Yapılan araştırmalar, küçük çocukların çoğunlukla anaokulunda sosyal yeterliliklerini geliştirdiğini ve davranış problemlerini zaman içinde azalttığını göstermektedir (315). Ülkemizde yapılan bir araştırmada anaokuluna devam etme süresinin çocuktaki problem

davranışları anlamlı biçimde azalttığı saptanmıştır (238). Alanyazın incelendiğinde farklı sonuçların olduğu anlaşılmalıdır birlikte, kız ve erkekler arasında YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları bakımından farklılık olmadığı bildiren çalışmaların olduğu anlaşılmaktadır. Bu yönüyle araştırma sonucumuz alanyazına uyumlu görünmektedir. Diğer yandan erkek çocuklarda puanların daha yüksek çıkmış olmaması örneklemimizin okul öncesine devam eden çocuklardan oluşmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda çocuğun yaşı ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları arasında ters yönde ilişki olduğu saptanmıştır. 1 ile 3 yaş arasındaki çocuklar, ebeveynlerinin istekleriyle kendi otonomileri arasında denge kurmaya çalışırken ortaya çıkan öfke nöbetleri, öz düzenleme becerilerinin gelişmesiyle 4-5 yaşa doğru azalır (3). Belden ve ark. (81), yıkıcı davranış gösteren okul öncesi çocukların öfke nöbeti puanlarını yaşın etkilemediğini belirtmiştir. Copeland ve ark. çocuklardaki iritabilitenin yaşla azaldığını raporlamıştır (51). Prenatal sigara maruziyetinin incelendiği bir çalışmada yaşın YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları için anlamlı bir risk faktörü olmadığı bulgulanmıştır (46). Wakschlag ve ark. öfke nöbeti için gelişimsel parametreleri belirledikleri çalışmada çocuk yaşına göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanlarını benzer saptamışlardır. Ancak ölçek maddelerinin üçte birinde 3 yaş grubunda puanlar daha yüksek olarak bildirilmiştir (60). Wakschlag ve ark. (6) bir diğer çalışmada 3 ve 4 yaş grubunun Öfke Nöbeti, Karşı Gelme ve Saldırganlık puanları 5 yaş grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Anaokulu örneklemleri bir çalışmada 5 yaşındaki çocukların 4 yaşındakilere duyguları tanıma ve sosyal yeterlilik skorlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (316). Duyguları düzenleyebilmek için öncelikle duyguları tanımak ve ayırmalarını yapabilmek gerekir. Duygu düzenleme yetisinin yaşam boyu geliştiği varsayılmaktadır. (317). Alanyazınla uyumlu olarak çalışmamızda yaş ile Öfke Nöbeti puanları arasında ters yönde ilişki saptanmasının nedenlerinden biri çocukların yaşları büyüdükçe duygu düzenleme becerilerinin gelişmesi ve öfkelerini kontrol edebilmeleri olabilir.

Çalışmamızda kardeş sayısı ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Alanyazında kardeş sayısının dışa yönelim sorunlarını arttırdığı, koruyucu olduğu ya da etkilemediğine dair çeşitli görüşler bulunmaktadır (220,230,231,234). İncelendiği kadarıyla, YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanı ve çocuğun

kardeş sayısı arasındaki ilişkiye dair veri sunan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Mevcut bulgumuzun kardeş sayısının çocuğun iritabilitesi ile ilişkilendirilmediği çalışmalarla uyumlu olduğu anlaşılmaktadır. Ancak çalışmamızda katılımcı çocuğun sadece kardeş sayısının sorgulanması, kardeş sırasının göz ardı edilmesi çalışma sonuçlarını etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda anne-baba yaşıyla YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. YDÇBDÖ Öfke Nöbeti alt ölçeğinin Yunan toplumuna adaptasyon çalışmasında, çalışmamızdaki bulguyu destekler şekilde ebeveyn yaşı ile Öfke Nöbeti puanları arasında ilişki gösterilememiştir (216). Sonucumuzun sınırlı sayıda bilgi olan alanyazına benzer olduğu düşünülmüştür. Ancak çalışmamızda yıkıcı davranışlarla ilişkili olabilen ebeveyn olma yaşının değerlendirilmediği de akılda tutulmalıdır.

Çalışmamızdaki anne ve babaların eğitim düzeyleri ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızdakine benzer şekilde Yunan toplumuna adaptasyon çalışmasında her iki ebeveynin eğitim durumu ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları arasında ilişki gösterilememiştir (216). Wiggins ve ark. çalışmasında iritabilitesi olan ve olmayan çocuklar arasında ebeveyn eğitime göre bir fark bulunmadığını belirtmiştir (61). Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulguların literatürle uyum olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda anne, baba çalışma durumu veya aylık gelir ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. YDÇBDÖ-Öfke Nöbeti alt ölçeğinin Yunan toplumuna adaptasyon çalışmasında, çalışmamızdaki verileri destekler şekilde her iki ebeveynin çalışma durumu ile Öfke Nöbeti puanları arasında ilişki saptanmamıştır (216). Wakschlag ve ark. çalışmasında YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları ailenin sosyoekonomik durumuna göre farklılık göstermemiştir (60). Yapılan bir çalışmada öfke nöbeti yıkıcı doğada olan çocuklarla kontrol grubu arasında aile geliri açısından farklılık saptanmadığı bildirilmiştir (318). Akkuzu, YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları bakımından ailenin aylık gelirine göre anlamlı fark saptamamıştır (169). Çalışmayan ebeveynin ekonomik bağımsızlığını yitirmiş olacağı ve toplam aile gelirinin azalacağı göz önüne alındığında hem annenin hem de babanın çalışma durumunun Öfke Nöbeti puanını etkileyeceği düşünülmeyle birlikte aile geliri aile

işlevleri üzerine çok boyutlu etkileri olan bir parametredir. Bu nedenler, çalışmamızda aile geliri, anne ve baba çalışma durumları ile Öfke Nöbeti puanları arasında ilişki saptanmamasını açıklamaya yardımcı olabilir.

Çalışmamızda aile yapısına (çekirdek veya geniş aile) göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Alanyazında öfke nöbeti ile geniş ve çekirdek ailede yaşama değişkenleri arasında anlamlı fark bulunmadığı (319) ya da geniş ailedeki çocukların çekirdek ailedeki çocuklardan daha fazla problem davranış sergilediği (238) çalışmalar bulunmaktadır. Çalışmamızda geniş aileye ilişkin aileyi oluşturan kişilerin kim olduğu, yaşları, çocukla olan ilişkisi ya da çocuk bakımına katkıları gibi çeşitli faktörlerin sorgulanmamış olması çalışma bulgumuzu etkilemiş olabilir. Çalışmamızda anne baba birlikteliğine göre Öfke Nöbeti puanlarında farklılık saptanmamıştır. Prenatal sigara maruziyetinin incelendiği bir çalışmada tek ebeveyn olmanın YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları için anlamlı bir risk faktörü olmadığı saptanmıştır (46). YDÇBDÖ-Öfke Nöbeti alt ölçeğinin Yunan toplumuna adaptasyon çalışmasında ebeveynlerin birliktelik durumları ile Öfke Nöbeti puanları arasında aynı yönlü ilişki saptanmıştır (216). 4-5 yaşındaki anaokulu çocukları ile yapılan bir çalışmada tek ebeveynli ailede yaşamayan çocukların sosyo-emosyonel sorunların daha fazla olduğu bulunmuştur (316). Çalışmamızda Öfke Nöbeti puanının anne baba birlikteliği ile ilişkilendirilememiş olması, anne-babası boşanmış katılımcı sayısının az olmasından kaynaklanmış olabilir. Diğer yandan çocuğun hangi ebeveynle kaldığı, ebeveynleriyle olan ilişkisinin niteliği, boşanma sürecinin nasıl geçtiği, çocuk kaç yaşındayken boşanmanın gerçekleştiği, çocuğun mizacı gibi çeşitli bireysel ve çevresel faktörlerin etkisinin çalışma bulgumuzu etkilemiş olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda gebeliğinde stresli olay yaşayan anne çocuklarının Öfke Nöbeti puanları stresli olay yaşamayan annelerin çocuklarından anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Akkuzu da benzer şekilde gebelikte stres yaşayan annelerin çocuklarının Öfke Nöbeti puanlarının gebelikte stres yaşamayanlara göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir (169). Annenin gebelikteki stresi HHA aktifleşmesine bağlı olarak fetal beyni etkileyebilmektedir (320). Çocuklarda duygu düzenleme becerisi gelişiminde HHA'nın da yeri vardır (321). Prenatal strese maruz kalmanın çocukta duygu düzenleme becerisinin gelişiminde aksamalara yol açabilmesi (322)

çalışmamızda Öfke Nöbeti puanının gebelikte stres yaşadığını bildiren annelerin çocuklarında daha yüksek olmasının nedenlerinden biri olabilir.

Çalışmamızda gebelikteki stresin bir alt boyutu olarak ekonomik zorluk yaşayan anne çocuklarının Öfke Nöbeti puanları bu zorluğu yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Ailenin ekonomik zorluk yaşamasının çocuğun davranım sorunlarıyla ilişkili olduğu bilinmektedir (251). Piotrowska ve ark. metaanaliz çalışmasında ailenin sosyoekonomik durumu iyileştikçe davranım problemlerinin azaldığı belirtilmiştir (129). Prenatal sigara maruziyetinin incelendiği bir çalışmada annenin gebelikte aile gelirinin düşük olmasının YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları için anlamlı bir risk faktörü olmadığı saptanmıştır (46). Tüm bunlar göz önüne alındığında kırılgan özellikler barındıran gebelik döneminde yaşanan ekonomik stresin Öfke Nöbeti puanlarını artırması olası görülmektedir.

Çalışmamızda annenin gebeliğinde yakın kaybı yaşamasına göre Öfke Nöbeti puanları açısından ilişki saptanmamıştır. Alanyazın incelendiği kadarıyla, YDÇBDÖ Öfke Nöbeti alt ölçeğinin kullanıldığı çalışmalar arasında annenin gebeliğindeki yakın kaybının ölçek puanlarıyla ilişkisinin değerlendirildiği bir araştırmaya rastlanmamıştır. Yapılan çalışmalar genellikle preterm ve düşük doğum ağırlıklı doğumlar ile gebelikteki yakın kaybının ilişkisi üzerine (252,253) olsa da bu ilişkinin gösterilemediği çalışmalar da bulunmaktadır (254). Yakın kaybının öfke nöbetine etkisine yönelik daha geniş katılımlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda annenin gebeliğinde sigara kullanmasına göre Öfke Nöbeti puanları açısından fark saptanmamıştır. Clark ve ark. Prenatal sigara maruziyetinin tek başına değil de prenatal stresle birlikte değerlendirilmesi gerektiği, iki faktörün birlikte çocuktaki davranışsal disinhibisyona yol açabileceğini raporlamıştır (142). Akkuzu gebeliğinde sigara kullananların Öfke Nöbeti puanlarını kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulmuştur (169). Massey ve ark. prenatal sigara maruziyetinin, YDÇBDÖ alt boyutları arasından Öfke Nöbetinin bir yordayıcısı olduğunu saptamış, bu durumun altında yatan mekanizmanın henüz bilinmediğini ifade etmiştir (46). Bizim çalışmamızda ise gebelikte sigara maruziyeti ile çocuğun öfke nöbeti puanları arasında ilişki bulunamaması yalnızca aktif sigara içiciliğini sorgulamamızdan, sigara

kullandığını bildiren annelerin kaç adet sigara kullandığını bilmememizden, ne kadar süre ile sigara kullandığını sorgulamamış olmamızdan kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda çocuğun doğum zamanı, doğum şekli ve doğum kilosuna göre Öfke Nöbeti puanları açısından fark saptanmamıştır. Prematür doğum ve/veya düşük doğum ağırlığı dışayönelim ve içeyönelim sorunlarındaki artmış risk ile ilişkilendirilmiştir (323,324). Yapılan bir çalışmada, 1500 gramın altında veya 32 haftadan önce doğmuş olmanın genel popülasyona göre 5 yaşındaki depresyon skorları üzerinde farklılık yaratmadığı raporlanmıştır (325). Tayvan’da yapılan bir çalışmada 32 haftadan önce veya 1500 gramın altında doğmanın iritabilite için yordayıcı etkisinin olmadığı raporlanmıştır (326). Akkuzu (169) da araştırmasında bizim çalışmamıza benzer şekilde doğum zamanı, doğum kilosu ve doğum şekli ile Öfke Nöbeti puanları arasında anlamlı fark saptamamıştır. Çalışmamızdan elde edilen doğuma ilişkin veriler alanyazınla uyumludur.

Çalışmamızda, doğum sonrasında tıbbi sorun yaşayan veya sarılık geçiren çocukların Öfke Nöbeti puanları diğer çocuklardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda çalışmamızda kuvözde kalan çocuklar ile kalmayanlar arasında Öfke Nöbeti puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Benzer şekilde, Akkuzu (169) da doğum sonrasında problem yaşayan çocuklar ile yaşamayanlar arasında Öfke Nöbeti puanı açısından anlamlı fark saptarken, kuvözde kalma açısından anlamlı fark olmadığını bildirmiştir. Munhoz ve ark. (327) araştırmalarında postnatal 5. dakikadaki Apgar skorunun iritabilite ile karakterize YDDB ile ilişkisi olmadığını raporlamışlardır. Tayvan’da yapılan bir çalışmada doğum sonrasında sarılık nedeniyle 3 günden fazla fototerapi almış olmak çocuğun okul dönemindeki iritabilitesi ile ilişkili bulunmuş ve iritabilitenin yordayıcılarından biri olduğu belirtilmiştir (326). Yenidoğan sarılığında fizyolojik-patolojik ayrımını yapmak önemlidir. Sarılığın ilk 24 saatte başlaması ya da 10-14 günden uzun süren sarılık ya da yüksek bilirubin düzeyi sarılığın patolojik olduğunun göstergesidir. Yenidoğana yeterli ve uygun emzirmenin sağlanması dehidratasyon sonucu artan hiperbilirubinemiye karşı en önemli koruyucudur. Sarılık geliştikten sonra da kısa sürede etkin tedavi uygulanması önemlidir (328). Bulgumuzda tıbbi sorun yaşayan veya sarılık geçiren çocukların Öfke Nöbeti puanları daha yüksek bulunurken, kuvözde kalma durumuna göre puanların değişiklik göstermemesi dikkat

çekicidir. Sarılığa bağlı farklılık çıkması bilirubinun doğum sonrası kan düzeyi ile ilişkili olabilir ama bu konuya özgü yapılacak araştırmalara ihtiyacımız vardır. Çalışmamızda çocuğun kuvözde kalma sebebini, kalış süresini, kuvöz bakımı sırasında alınan tedavileri sorgulamamış olmamız bu duruma yol açmış olabilir.

Çalışmamızda psikiyatri başvurusu olan çocukların Öfke Nöbeti puanları başvurusu olmayan çocuklardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. YDÇBDÖ Öfke Nöbeti alt ölçeğinde iritabiliteyle ilgili belirli maddeler KOKGB, YDDB ve diğer depresif bozuklukları iyi bir duyarlılık (%70-73) ve özgüllük (%74-83) ile saptadığı bildirilmiştir (61). YDÇBDÖ Öfke Nöbeti alt ölçeğinin Yunan toplumuna adaptasyon çalışmasında, Öfke Nöbeti ile Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeğindeki saldırganlık ve emosyonel reaktivite arasında orta derecede ilişki; kaygı/depresyon, somatik yakınma, uyku sorunu ve dikkat problemleri arasında ise zayıf ilişki raporlanmıştır (216). Yapılan bir çalışmada ise 5-12 yaşta çocuk psikiyatri servis yatışı olan 151 çocuğun % 54,6'sının şikâyetinin öfke patlaması olduğu belirtilmiştir (329). Çalışma sonucumuz alanyazından anlaşıldığı kadarıyla beklenebilecek bir sonuçtur ancak çocuk psikiyatri başvurusunun hangi sebeple yapıldığını sorgulamış olmamız kısıtlılıklar arasında yer alabilir.

Çalışmamızda kronik hastalığı olan çocukların Öfke Nöbeti puanlarının kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığın nasıl tanımlandığına bağlı olarak, çocuklardaki kronik fiziksel hastalık oranı %10-40 arasında değişkenlik gösterir (330). Kronik hastalıkların önemli bir özelliği de çocukların psikososyal gelişiminde aksamaya yol açabilmesidir (331). Kronik hastalığı olan çocuklarda korku, uyum bozukluğu, depresyon ve öfke görülebilir (332). Öfke Nöbeti alt boyutunun özellikle YDDB ve diğer depresif bozukluklarla ilişkilendirildiği düşünülürse (61) kronik hastalığın Öfke Nöbeti puanlarını artırıcı etkisinin çocuklardaki olası depresif belirtilerle ilişkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda çocuğun ailesinde ruhsal bozukluk veya kronik fiziksel hastalık olması bakımından Öfke Nöbeti puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Anne-babaların ruhsal bozuklukları okul öncesi dönemdeki çocuğun davranış sorunları için önem taşır (16). Çocuklar genetik aktarım, modellemeyle öğrenme, stres düzeyi yüksek ortamda yaşama gibi çeşitli faktörler aracılığıyla

ebeveynin ruhsal durumundan etkilenir ve bu da çocuğun davranışlarına yansır (275,276). Bir kardeşte kronik hastalık olması halinde ise ebeveynlerin kardeşler arası farklı tutumları sağlıklı kardeşlerde öfkeye yol açabilmektedir (282). Çocukluk döneminde ebeveynin hastalığına bağlı streslerle başa çıkmak zorunda kalmak nadir rastlanan bir durum değildir (333,334). Özellikle annedeki kronik hastalık çocukta depresyon, madde kullanımı, içe yönelim sorunları ve somatik belirtilerle ilişkilendirilmiştir (281,283–288). Bu çocuklar ihmal edilmişliklerini korku ya da öfke olarak yansıtabilirler (280). Ancak çalışmamızda çocuğun ailesinde ruhsal bozukluk veya kronik fiziksel hastalık olması ile Öfke Nöbeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışma bulgumuzun yazındaki genel görüşü desteklemiyor olmasına araştırmaya katılan çocukların okul öncesi dönemde olmaları, ruhsal bozukluk ve kronik fiziksel hastalığa maruziyet sürelerinin kısa olması neden olmuş olabilir. Çocuğun yakınlarının ne gibi bir hastalığa ya da bozukluğa sahip olduğunun bilinmemesi, hastalığı ya da bozukluğu ne kadar süredir yaşadığı, bu durumların aile içi dinamikleri ve çocuk bakımını nasıl etkilediğinin bilinmemesi de daha geniş bir yorum yapılmasını zorlaştırmaktadır. Bu konuda yapılacak araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda çocukların Öfke Nöbeti puanıyla DEHB toplam, dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanları arasında aynı yönde ilişki saptanmıştır. Akkuzu (169) Öfke Nöbeti puanı ile EÇE-4 'ün DEHB-Hiperaktivite alt ölçek puanı ile aynı yönde zayıf ilişki, DEHB-Kombine alt ölçek puanı ile aynı yönde orta derecede ilişki bildirmiştir. YDÇBDÖ Öfke Nöbeti alt ölçeğinin Yunan toplumuna adaptasyon çalışmasında, araştırmamızdaki verileri destekler şekilde Dikkat sorunları puanları ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları arasında aynı yönlü zayıf ilişki saptanmıştır (216). DEHB'deki işlevsel bozulma için emosyon düzensizliğini (ED) anlamak kilit rol oynar (335). DEHB'deki riskli davranış ve sosyal ilişkilerde güçlükler özellikle duygu disregülasyonunun izlerini taşır (336). Olumsuz duygularını yönetememekten kaynaklanan ED nedeniyle DEHB'li çocuklarda sık öfkelenme ve karşı gelme davranışı görülebilir (337). Okul öncesi dönem de dâhil olmak üzere dikkat eksikliği dışı yönelim davranışları için risk teşkil edebilir (307–311). Yapılan bir çalışmada sık ve işlev bozucu öfke patlaması olan çocuklara en sık konulan ikinci tanının DEHB olduğu raporlanmıştır (318). Bu bilgiler ışığında çalışmamızdan elde ettiğimiz

bulgular, erken çocukluktaki öfke nöbeti ile çocuğun DEHB belirtileri ile ilişkili olduğunu destekleyen çalışmalarla uyumludur.

Çalışmamızda YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları ile DASÖ toplam, anksiyete, depresyon ve stres puanları arasında aynı yönde ilişki saptanmıştır. Depresyonun kalıtsallığı %30-50 (338) olduğundan ebeveynen çocuğa depresyon yatkınlığı aktarılabilir. Erken çocukluktaki iritabilite çocukluk çağında görülen depresyon için transdiagnostik bir yordayıcı olabilmektedir (339). Aynı zamanda çocuklukta depresyonun belirtileri arasında iritabilite ve öfke nöbeti de yer alır (340). Anne-babanın depresyonu çocuk için hem genetik yatkınlık yaratarak hem de etkisi anne karnından itibaren başlayıp kümülatif etki göstererek bir risk faktörü olabilir. Aynı zamanda ailede çatışmanın artmasına neden olma ve çocuklara karşı ebeveynlik duyarlılığını azaltma gibi sonuçları olabilir. Erken dönemlerde yaşanan tüm bu olumsuz faktörler HPA hipoaktivitesi aracılığıyla (341) çocuklarda öfke nöbetlerine yol açabilir. Tüm bunlar ve öfke nöbetinin bir belirti olarak çocukluk depresyonunda yer alabilmesi çalışmamızda ebeveynin depresyon puanları ile çocuktaki Öfke Nöbeti puanları arasında ilişki saptanmasının nedenlerinden olabilir. Depresyon ile anksiyete arasında önemli oranda komorbidite bulunmaktadır (342). Yapılan bir takip çalışmasında, erken çocukluktaki iritabilite ebeveynin anksiyete ve depresyonuyla ilişkili bulunmuştur (343). Anksiyetenin depresyona eşlik edebilmesi ve ebeveynlik tutumlarını etkileyebilmesi nedeniyle çalışmamızda anne-babanın anksiyete puanları ile çocuğun Öfke Nöbeti puanları arasında ilişki bulunmuş olabilir. Yapılan bir çalışmada Çocuk Davranış Kontrol Listesi dışa yönelim belirtileri alt boyutunun (kolay düş kırıklığına uğrama ve öfke patlamasına dair sorular mevcut) kullanılmış ve ebeveyn stresinin çocuktaki dışa yönelim davranışlarına yol açabileceği saptanmıştır (344). Anksiyete bozukluklarında ise tehdit edici olarak algıladıkları durumlar karşısında korku ve stres yaşayabilmesi (345) ve çeşitli durumlarda stresin anksiyeteyi tetikleyebilmesi (346) stres puanlarının Öfke Nöbeti puanlarını artırmasına yol açmış olabilir.

Çalışmamızda çocuğun cinsiyeti, kardeş sayısı, anne-baba yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile geliri, anne-baba birlikteliği, çekirdek-geniş ailede yaşama, gebelikte yakın kaybı, gebelikte sigara kullanımı, çocuğun doğum zamanı, doğum şekli, doğum kilosu, kuvözde kalma öyküsü, ailede ruhsal bozukluk ve kronik hastalık

olmasına göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları açısından anlamlı farklılık bulmadığımız gibi tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde de Öfke Nöbeti puanları üzerine etkilerinin bulunmadığı anlaşılmıştır.

Çocuğun yaşı ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları arasında ters yönde ilişki olduğu saptanmış ancak tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde Öfke Nöbeti puanları üzerine etkisi olmadığı anlaşılmıştır. Çalışmamızda yaş gruplarının homojen dağılmamış olması bu duruma yol açmış olabilir.

Çalışmamızda her ne kadar tek değişkenli doğrusal regresyon modelinde annenin gebelikte stresli olay yaşamasının YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanlarını aynı yönde artırıcı etkisi bulunsa da çok değişkenli doğrusal regresyon modelinde yordayıcı etkisi olmadığı anlaşılmıştır. Bir gözden geçirme çalışmasında doğum sonrasındaki ilk dönemde annenin çocuğa duyarlılık düzeyi ve ekonomik refah düzeyinin yüksek olması gibi olumlu destekleyici çevrenin prenatal stresin çocukta yol açabileceği olası nörobilişsel bozulmaları hafifletebileceği/tersine çevirebileceği bildirilmiştir (347). Bu bağlamda her ne kadar prenatal stres çocuğun stres yanıt sisteminde değişimlere yol açsa da doğum sonrası bakımın niteliğinin de sonucu belirlemede önemli olduğu çıkarımında bulunabiliriz. Çalışmamızda da anne-babaların zorunlu olmamasına rağmen çocuklarını anaokuluna göndermeleri çocuklarına verdikleri değer ve onların eğitimini önemsemelerinin bir göstergesi olabilir. Bu çıkarımla birlikte çalışmamızdaki anne-babaların eğitim düzeyinin yüksek olması da doğum sonrası bakımın kalitesi hakkında bir fikir verebilir. Tüm bunlar çok değişkenli regresyon modelinde gebelikteki stresin Öfke Nöbeti puanları üzerine etkide bulunmamasına yol açmış olabilir.

Çalışmamızda her ne kadar tek değişkenli doğrusal regresyon modelinde gebelikte ekonomik zorluk yaşamamanın Öfke Nöbeti puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmuş olsa da, çok değişkenli doğrusal regresyon modelinde Öfke Nöbeti puanlarını yordayıcı etkisi olmadığı anlaşılmıştır. Bu konuda her sosyoekonomik seviyeden homojen dağılım gösteren ve gebelikteki ekonomik stresin spesifik olarak incelendiği çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda her ne kadar doğum sonrasında tıbbi sorun yaşayan çocukların YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları doğum sonrası sorun yaşamayan çocuklardan anlamlı

olarak yüksek bulunsa da tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde Öfke Nöbeti puanları üzerine yordayıcı etkisinin olmadığı anlaşılmıştır. Doğum sonrasındaki tıbbi sorunlar çok çeşitli olabileceği ve farklı mekanizmalarla etki edebileceği düşünülecek olursa, bu konuda yapılacak doğum sonrası tıbbi sorunun objektif olarak teyit edilebileceği ve tedavi gerekip gerekmediğini değerlendirebilecek gelecek araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda her ne kadar doğum sonrasında sarılık gelişen çocukların YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları, sarılık gelişmeyen çocuklardan anlamlı olarak yüksek bulunsa da tek değişkenli doğrusal regresyon modelinde Öfke Nöbeti puanları üzerine yordayıcı etkisi olmadığı anlaşılmıştır. Bu konuda doğum sonrası sarılığın süresi, fototerapi ya da kan değişimi gerekip gerekmediği, çocuğun dehidrate kalıp kalmadığı, bilirubin kan düzeylerini de inceleyecek gelecek araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Çalışmamızda her ne kadar çocuğun çocuk psikiyatri başvurusu olmasının tek değişkenli regresyon modelinde ölçek puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi olduğu saptansa da çok değişkenli modelde Öfke Nöbeti puanları üzerine etkisi olmadığı anlaşılmıştır. Bu konuda yapılacak çalışmalarda çocuk psikiyatri başvurusu neticesinde takiplerin sürüp sürmediği, faydalanım olup olmadığı gibi verilerin aydınlatılması gereklidir. Çocuk psikiyatri başvurusu bakım verenin çocuğu hekime götürmesi şeklinde gerçekte olduğundan ebeveynlerin başvuruya karar verme süreci, çocuğun şikâyetine nasıl bir anlam yükledikleri ve çocuktaki şikâyet üzerine ebeveynle görüşme yapılmaması çok değişkenli modelde Öfke Nöbeti puanları üzerine yordayıcı etki bulunmamasına yol açmış olabilir. Çünkü kimi zaman çocuk psikiyatri başvurusu ebeveynlerin kendi ruhsal zorlanmalarının bir yansıması olarak görülebilmektedir.

Çalışmamızda hem tek değişkenli hem de çok değişkenli doğrusal regresyon modelinde çocukta kronik hastalık varlığının Öfke Nöbeti puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisinin bulunduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada çocuktaki kronik hastalığın ebeveynlerde genel stres düzeyini artırabileceği raporlanmıştır (348). Çalışmamızda ebeveyn stresi de Öfke Nöbeti puanlarının yordayıcılarından biridir. Ebeveyn stresi ve çocuğun kronik hastalığı birbirlerinin etkisini kuvvetlendirerek Öfke

Nöbeti puanlarını artırmış olabilir. Aynı zamanda öfke nöbetinin kronik hastalığa bağlı çocuktaki depresyonun olası yansıması olabilmesi Öfke Nöbeti puanları üzerine yordayıcı etkiyi açıklamamıza yardımcı olabilir.

Çalışmamızda tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde DEHB-DÖ-IV toplam, dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarının YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanlarını aynı yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır. Ancak çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde sadece DEHB-DÖ-IV hiperaktivite puanlarının yükselmesi ile YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanlarının arttığı ve yordayıcı etkinin bulunduğu saptanmıştır. 6 yaşındaki çocuklarla yapılan bir çalışmada, öfke nöbeti ve kronik iritabilitesi olan çocukların öfke nöbeti ve iritabilitesi olmayan çocuklara göre DEHB eşlik etme yüzdesinin daha fazla olduğu raporlanmıştır (92). Öfke patlaması olan, DEHB'li ve tipik gelişim gösteren üç grup çocuğun kıyaslandığı bir çalışmada öfke patlaması olan grubun %70,93'ünün DEHB tanısı aldığı bildirilmiştir (349). Yapılan bir çalışmada öz-düzenleme zorluğunun emosyonel reaktiviteyi artırabileceği bildirilmiştir (350). Hiperaktivitedeki öz-düzenleme zorluğu (350) öfke nöbetindeki emosyon reaktivitesini artırıyor olabilir. Çalışmamızda hiperaktivite puanlarının Öfke Nöbeti puanlarını yordamasının nedenlerinden biri bu ilişki olabilir.

Çalışmamızda her ne kadar tek değişkenli doğrusal regresyon modelinde DASÖ toplam, anksiyete, depresyon ve stres puanlarının YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanlarını aynı yönde artırıcı etkisi bulunsa da çok değişkenli modelde yalnızca stres puanlarının Öfke Nöbeti puanlarını yordadığı saptanmıştır. Prenatal sigara maruziyetinin incelendiği bir çalışmada annenin depresyon puanlarının YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları için anlamlı bir risk faktörü olmadığı anlaşılmıştır (46). Gelişim dönemi açısından baktığımızda 3-6 yaş gelişimsel olarak yoğun çatışmalarla geçen ve okula başlanılan dönemdir. Aşılması gereken çatışmaların yanında stres düzeyi daha yüksek bir ebeveynle birlikte yaşamak bu dönemin daha zorlu geçmesine yol açabilir. Otizmlili çocuklarla yapılan bir çalışmada ebeveyn stresi ile çocuktaki problem davranışların karşılıklı olarak etkileştikleri bildirilmiştir (351). Erken çocuklukta diğer yaşlara göre çevresel faktörler içinde aile diğer yaşlara göre daha büyük bir alan kaplamaktadır, ebeveynlerle en fazla vakit geçirilen zaman hayatın ilk yıllarıdır. Bu durum da çocuğun okul öncesi çağda ebeveynin stresine daha uzun süre maruz kalmasına ve ebeveynin

stresinin çocuğun Öfke Nöbeti puanlarının artmasına yol açan nedenlerden biri olabilir.

5.5. YDÇBDÖ KARŞI GELME PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ

Çalışmamızda cinsiyete göre Karşı Gelme puanlarında anlamlı fark bulunmamıştır. Karşı Gelme boyutu kurallara uymama anlamına gelmektedir. Eğer karşılaştırmak gerekirse, YDÇBDÖ Karşı Gelme alt boyutu KOKGB'nin inatlaşma boyutuna yakın anlamdadır (12). Karşı gelme davranışı, kurallara ve sosyal normlara karşı direnci ve bunlara uyum sağlamadaki başarısızlığı yansıtır. Oysaki kuralların içselleştirilmesi, erken çocukluk döneminin önemli gelişim görevlerindedir. Kuralları içselleştirme ise çevresel taleplere göre eylemleri düzenleyebilme ve iç-dış kontrol faktörlerine göre gerektiğinde davranışlarını engelleyebilme kapasitesinin varlığını gerektirir (352–355). Karşı gelme davranışının erkeklerde kızlardan daha yaygın olduğu düşünülmektedir (356). Yapılan boylamsal bir çalışmada erkek cinsiyetin karşı gelme davranışının en önemli bağımsız yordayıcılarından olduğu raporlanmıştır (352). Akkuzu'nun çalışmasında erkeklerin Karşı Gelme puanları kızlardan yüksek saptanmıştır (169). Wakschlag ve ark. çocuk cinsiyetinin kurala uymama davranışı için önemli bir yordayıcı olabileceğini bildirmiştir (7). Wakschlag ve ark. (6) bir başka çalışmada, erkeklerin Karşı Gelme skorlarının kızlardan daha yüksek olduğunu raporlamışlardır. Prenatal sigara maruziyetinin incelendiği bir çalışmada çocuğun cinsiyetinin YDÇBDÖ Karşı Gelme boyutunda farklılık yaratmadığı anlaşılmıştır (46). Kurallara uymama, çocukların hata yapmasına, sınırları test etmesine ve farklı bağlamlarda neyin kabul edilebilir olduğunu öğrenmesine izin verdiğinden çocukların dünyayı keşfetmesi adına önem taşır. Böylece çocuklar deneme yanılma yoluyla kendilerine ait bir bakış açısı geliştirebilirler (357). Çocuklar okula başladığındaysa ister istemez kurallarla karşılaşır ve öğretmenin öğrencilere yönelik kuralları çocukların sınır olmaksızın gerçekleştirmek istedikleri faaliyetlere kısıtlama getirir (358). Alanyazında yaygın olarak Karşı Gelme puanları erkeklerde kızlardan daha yüksek olmasına rağmen, çalışmamıza yalnızca anaokuluna devam eden çocukların alınması cinsiyete göre Karşı Gelme puanlarında farklılık saptamamıza yol açmış

olabilir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada okul öncesi eğitim kurumuna devam eden çocukların okula gitmeyenlere göre ahlaki ve sosyal kuralları içselleştirme puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (359). Okula gidiyor olmak bu noktada çocukların uygun davranışları öğrenmesine katkı sağlayan faktörler arasında yer alabilir ve bu nedenle cinsiyet açısından farklılık ortaya çıkmamış olabilir. Bu açıdan toplum temelli daha geniş örneklemlerle araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda çocukların yaşıyla Karşı Gelme puanları arasında ters yönde ilişki olduğu bulunmuştur. Yıkıcı davranışın karşı gelme boyutunun 3,5 yaşından 6 yaşına doğru azaldığı kabul edilir (360). Wakschlag ve ark. (6) 3 ve 4 yaş grubunun Karşı Gelme puanlarını 5 yaş grubundan daha yüksek saptamıştır. Bir izlem çalışmasında ise 3 yaşındaki eşik altı KOKGB yüzdesi %22,6 yaşında iken 6 yaşında %19,4 olarak bulunmuştur (361). Gelişimsel kazanımlara bağlı olarak 3 yaştan 5 yaşa doğru dışa yönelim davranışlarının azalma eğiliminde olacağı göz önüne alınırsa çalışma bulgumuz alanyazınla uyumlu ve beklenen bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızdaki çocukların kardeş sayısı ile Karşı Gelme puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ülkemizde okul öncesi çocuklarla yapılan bir çalışmada çocuğa sınır koyma sorununun doğum sırası, kardeş sayısı ve aile genişliğine göre farklılık göstermediği raporlanmıştır (362). Hacettepe Ruhsal Uyum Envanterinin kullanıldığı bir çalışmada okul öncesi çocuğun dışa yönelim sorunları (söz dinlememeyi kapsamakta) ile kardeş sayısı arasında ilişki saptanmadığı bildirilmiştir (363). Çalışma bulgumuz bu veriler ile uyumludur.

Çalışmamızda da hem anne hem de baba yaşıyla YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yapılan bir çalışmada, ilk 2 yaşta annenin çocuk üzerindeki yetersiz kontrolünün çocuk 4 yaşına geldiğinde karşı gelme davranışının süreklilik göstermesine yol açtığı bildirilmiştir (364). Ebeveynliğin niteliğiyle ilgili bir ipucu sayılabilen çocuğu sözel yolla uygunsuz kontrol çabaları (bağırma, aşağılama, tehdit etme) ise her yaşta çocuk için çocuğun dışa yönelim belirtileriyle ilgilidir (365). Erken yaşta ebeveyn olmayla ilişkili olduğu bilinen düşük gelir, düşük eğitim, marital sorunlar gibi aile özellikleri okul öncesi çocukların sorunlu davranışı için risk teşkil eder (366). Buradan; genç yaşta ebeveyn olmanın, annenin kişilik ve stres durumunun, yetersiz ebeveynliğin çocukların kurallara uyum sağlama

güçlüğünde önemli etkenler olduğu çıkarımında bulunabiliriz. Wakschlag ve Keenan (80) annenin ilk çocuğunun doğumunda daha genç yaşta olmasının DB olan okul öncesi çocukları KOKGB olan çocuklardan ayırıcı bir özellik olduğunu belirtmişlerdir. Kanlıkılıçer ise anne yaşı ile Okul Öncesi Davranış Sorunları Tarama Ölçeğinin dikkatsiz ve aşırı hareketli olmak alt boyutu arasında anlamlı fark bulunmadığını bildirmiştir (367). Prenatal sigara maruziyetinin incelendiği bir çalışmada annelerin gebelikteki ortalama yaşının 30,94 yıl olduğu ve annenin gebelikteki yaşının YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları için anlamlı bir risk faktörü olmadığı saptanmıştır (46). İlk doğumdaki anne yaşının sorgulanmamış olması çalışma bulgumuzu etkilemiş olabilir. Erken yaşta ebeveyn olmanın ebeveynlik özelliklerini etkileyeceği bilinmekle birlikte çalışmamızdaki anne yaş ortalamasının 34 (22-49), baba yaş ortalamasının ise 36 (24-52) olması bizleri erken yaşta ebeveyn olmanın ve özellikle genç annelerin çocuğun karşı gelme davranışını incelemekten uzaklaştırdığı düşünülebilir. Bir diğer yandan da araştırmamızda anne ve baba yaşının artması ve azalmasının YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları ile ilişkisi incelendiğinden diğer araştırmalardan farklıdır. Araştırmamızda annelik yaşına göre bir değerlendirme yapılmamış olması bir kısıtlılık olarak da değerlendirilebilir.

Çalışmamızda anne eğitim düzeyi ile Karşı Gelme puanları arasında aynı yönde ilişki saptanırken, baba eğitim düzeyi ile arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hacettepe Ruhsal Uyum Envanterinin kullanıldığı bir çalışmada anne eğitim düzeyine göre okul öncesi çocuğun dışa yönelim sorunlarının (söz dinlememeyi kapsamakta) anlamlı derecede farklılaştığı, annesi lise mezunu olan çocukların ruhsal uyumlarının annesi lisans mezunu olan çocuklara göre daha yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir (363). Prenatal sigara maruziyetinin incelendiği bir çalışmada annenin lise düzeyi altında eğitim almasının YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları için anlamlı bir risk faktörü olmadığı anlaşılmıştır (46). Akkuzu, baba eğitim düzeyinin düşük ya da yüksek olmasına göre Karşı Gelme puanlarında anlamlı fark raporlamıştır. Ancak anne eğitim düzeyi ile Karşı Gelme puanları arasında ilişki saptamamıştır (169). Anne eğitim düzeyinin yükselmesi çocuktan beklentilerin artmasına yol açıyor olabilir. Bu da çocuklara aşırı kural koymayla sonuçlanabilir. Anne eğitim düzeyi ile Karşı Gelme puanları arasındaki aynı yönlü ilişkideki nedenlerden biri bu durum olabilir. Baba eğitim düzeyinin ise aile geliri, anne ve diğer çocuklarla ilişki, ebeveyn yetkinliği gibi

pek çok faktör üzerinde etkisi bulunabilir ve bu nedenle bir ilişki saptanmamış olabilir. Diğer yandan hem anne hem de babanın doğup büyüdüğü çevre, kendi ailelerinden öğrendikleri de tutumlarını etkileyebilecek diğer değişkenler olarak düşünülebilir. Bu konuda daha kapsamlı araştırmalar yapılması uygun olabilir.

Çalışmamızda anne-baba çalışma durumu ve aylık gelire göre Karşı Gelme puanları açısından fark saptanmamıştır. Çocuğun maddi zorluk içinde yaşayan bir ailede büyümesi davranım sorunlarının gelişmesine zemin hazırlayabilir (235,236). Wakschlag ve ark. (6) çalışmalarında yoksul ve yoksul olmayan aileleri kıyasladığında YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları arasında fark olmadığını raporlamışlardır. Akkuzu da Karşı Gelme puanlarında düşük gelirli ile orta ve iyi gelirli aileler arasında fark saptamamıştır (169). Araştırmamızda bulduğumuz sonuçlar alanyazınla uyumlu görünmektedir. Ayrıca aile gelirinin ve onunla ilişkili olarak anne-babanın çalışma durumunun aile işlevleri üzerine olan etkisinin çok boyutlu olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenler, çalışmamızda aile geliri, anne ve babaların çalışma durumları ile YDÇDÖ Karşı Gelme puanları arasında ilişki saptanmamasını açıklamaya yardımcı olabilir.

Çalışmamızda aile yapısına (çekirdek veya geniş aile) göre YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları açısından fark saptanmamıştır. Alanyazında geniş ailede yaşama ile çocukların dışa yönelim davranışları arasında ilişki bulunmadığı (241), geniş ya da çekirdek ailede yaşamanın okul öncesi yaşta çocuk psikiyatri başvurusu olan ve olmayan çocuklar arasında farklılık göstermediği çeşitli araştırmalar bulunmaktadır (239). Ülkemizde aile büyüklerinin çekirdek aileye yakın konumda ancak başka evde yaşadıkları ve erken yaşlardaki çocuğun bakımına müdahil oldukları sıklıkla gözlenir. Bu durum bir yandan çekirdek ailenin kendi içindeki kuralları gevşetebilirken, diğer yandan özellikle deneyimsiz anne-babalara çocuk yetiştirme konusunda destek sağlıyor olabilir. Oysaki bu aile üyelerinin çekirdek aileye etkisi çalışmamızda değerlendirilmemiştir. Aynı zamanda geniş aile yapısında anne, baba ve çocukların haricinde hangi akraba ile birlikte yaşandığı, akrabanın yaşı, aileye ekonomik katkıda bulunma durumu, birlikte yaşanan süre gibi verilere çalışmamızdan ulaşılamamaktadır. Gelecek araştırmalarda ailenin özelliklerini objektif değerlendirmeyi sağlayacak standardize bir ölçek kullanılması, çocuğun bakım veren anne-baba dışı aile büyükleri ve akraba olan kuzenler gibi pek çok yeni ailevi ilişkinin

çocuğun karşı gelme davranışını etkileyip etkilemediğini belirlenebilmesini sağlayacaktır.

Çalışmamızda anne baba birlikteliğine göre çocuğun Karşı Gelme puanları açısından fark saptanmamıştır. Çeşitli toplumlardaki çalışmalarda boşanmanın çocukların psikososyal uyumuna olumsuz etkilerinden bahsedilmiştir. Ancak çocuğun yaşı, cinsiyeti, sosyal destek durumu gibi pek çok etken bu etkilerin dengesini değiştirebilir (242). Prenatal sigara maruziyetinin incelendiği bir çalışmada tek ebeveyn olmanın YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları için anlamlı bir risk faktörü olmadığı anlaşılmıştır (46). Wakschlag ve ark. tek ebeveynli olmanın erken çocuklukta kurala uymama davranışı için önemli bir yordayıcı olduğunu saptanmışlardır (7). Akkuzu anne-babası boşanmış olan veya ayrı yaşayan okul öncesi çocukların ailesi birlikte yaşayan çocuklara göre Karşı Gelme puanlarında anlamlı fark olduğunu raporlamıştır (169). Bir başka araştırmada ise okul çağındaki karşı gelme davranışının boşanmamış aileler ile boşanmış aileler arasında farklılık göstermediği belirtilmiştir (368). Çalışma bulgumuzun nedenleri arasında ebeveynin bu durumu yönetme yeteneği hakkında bilgi edinmememiz yer alabilir.

Çalışmamızda gebeliğinde stresli olay yaşayan anne çocuklarının Karşı Gelme puanları ise stresli olay yaşamayan annelere göre daha yüksek saptanmıştır Akkuzu (169), gebelikte stres yaşayanların Karşı Gelme puanlarının stres yaşamayanlara göre daha yüksek olduğunu raporlamıştır (169). Glover'in prenatal stresi evrimsel açıdan incelediği çalışmasında prenatal stresin çocukta potansiyel tehlikeye karşı uyanık olmayı, saldırganlığı ve daha güvenli yeni ortamlar aramak için dürtüsellik ve kuralları çiğnemeyi artırmaya yardımcı olmuş olabileceği raporlanmıştır (369). Yapılan bir gözden geçirme çalışmasında prenatal stresin çocuk üzerindeki etkisinde olası ölçülmemiş pek çok karşılıklı faktörün etkisinin bulunabileceği, strese maruz kalmanın yanında gebenin bunu nasıl deneyimlediğine ve başa çıktığına göre sonucun değiştirebileceği, stresin zamanlaması ve kronikleşmesine bağlı olarak farklı sonuçlar gelişebileceği raporlanmıştır. Sonuçta prenatal strese bağlı olarak anne-çocuk etkileşimlerinin bozulabileceği bildirilmiştir (370). Gebeliğin stresli geçmesi daha sonra ebeveynlik sırasında daha hostile ebeveynliğe neden olabilmektedir. Bu durum da ilerleyen dönemde çocukta artmış kurallara uymama durumu ile ilişkilendirilebilir

(371). Alanyazındaki görüş birliği prenatal strese maruz kalmanın çocukların karşı gelme davranışı ile ilişkili olduğu yönündedir ve araştırma sonucumuzla uyumludur.

Çalışmamızda gebeliğinde ekonomik stres yaşayan annelerin çocuklarının YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları, ekonomik stres yaşamayan annelerin çocuklarından anlamlı olarak daha yüksektir. Ailenin ekonomik zorluk yaşamasının çocuğun davranış problemleriyle ilişkili olduğu bilinmektedir (251). Prenatal sigara maruziyetinin incelendiği bir çalışmada annenin gebelikte düşük gelirli olmasının YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları için anlamlı bir risk faktörü olmadığı saptanmıştır (46). Yapılan bir metaanalizde ailenin sosyoekonomik durumu iyileştiğinde çocukların davranış sorunlarının azaldığı bildirilmiştir (129). Benzer durumun gebelikteki etkisine bakarsak, çalışmamızda gebelikteki stresin bir alt boyutu olarak ekonomik zorluk yaşayan anne çocuklarının Karşı Gelme puanlarını ekonomik zorluk yaşamayanlardan daha yüksek saptanmıştır. İnsanın temel yaşam ihtiyaçlarını giderebilmesi ve bedensel/ruhsal sağlık için ekonomik olarak refaha ulaşmış olması gereklidir. Gebelikte ekonomik zorluk, doğum öncesi bakım hizmeti almada güçlük, sağlıklı beslenememe, doğacak çocuğun geleceği için kaygı duyma gibi anne ve çocuk sağlığını etkileyebilecek pek çok alana dokunmaktadır. İnsanca yaşama hakkının sağlanmasında bu kadar kritik olan ekonomik şartların, bir gebenin yaşayacağı stresin kronikleşmesi ve günlük her olayda kendini hatırlatması ekonomik zorluğu gebeliğin diğer stresörlerinden daha özellikli kılabilir. Muhtemelen gebelikteki bu durum çocuk doğduktan sonra da varlığını sürdürebilir ve tüm aile sistemini etkilemeye devam edebilir. Bu durum da özellikle ebeveynlerin çocuklarına nasıl ebeveynlik yaptıklarını etkileyebilir. Buna bağlı olarak da çocuğun karşı gelme davranışı puanları, ekonomik açıdan zorluk yaşamayanlardan daha yüksek olabilir.

Çalışmamızda gebelikteki bir diğer stresör olarak yakın kaybı yaşama durumuna göre Karşı Gelme puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızda gebelikte kaybedilen yakının kimliği sorgulanmamıştır. Oysaki ölen kişi ile gebenin yakınlık düzeyi gebenin bu durumdan nasıl etkilenebileceğini önemli şekilde etkileyebilir. Bu durumun etkileri de yukarıda belirttiğimiz stresörler gibi daha uzun vadede anneyi ve babayı etkileyebilir. Karşı Gelme puanları açısından farklılık çıkmamış olmasının nedeni yakınlık düzeyinin sorgulanmamış olması olabilir.

Çalışmamızda annenin gebeliğinde sigara kullanmasına göre YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Gebelikte sigara maruziyeti (46) ve sigara kullanımının (169) YDÇBDÖ Karşı Gelme puanlarının etkilemediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Öte yandan, prenatal sigaraya maruziyeti, çeşitli örneklemlerde davranış sorunlarıyla güçlü bir şekilde ilişkilendirilmiştir (134). Çalışmamızda böyle bir ilişki bulamamızın sebepleri arasında pasif içiciliğin ve sigara içiminin hangi trimesterde olduğunun sorgulanmaması yer alabilir. Gebelikte içilen sigara sayısının, annenin stresi, ekonomik durum, annenin sağlığı, bebeğin erken doğumu ya da düşük doğum ağırlığı gibi çocuğun karşı gelme davranışı üzerine etki edebilecek pek çok faktör ile ilişkilendirilebileceği de göz önüne alınmalıdır.

Çalışmamızda çocuğun doğum zamanı, doğum şekli ve doğum kilosuna göre Karşı Gelme puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Alanyazında düşük doğum ağırlığını davranım sorunlarıyla ilişkilendiren çalışmaların yanında (259,260), doğum ve doğum sonrası sorunlara daha geniş çerçeveden bakılarak okul çağındaki karşı gelme ve davranış sorunlarının yenidoğan ve perinatal sağlık sorunlarından etkilenmediğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (372). Erken doğum eylemi için kullanılan kortikosteroidlerin fetüsün HHA'yı baskılayarak çevresel stresörlere duyarlılığın azalmasına neden olduğu ve bebeklerin stresi düzenleme yeteneğini etkilediği gösterilmiştir (373,374). Akkuzu (169) çalışmalarında doğum zamanı, doğum kilosu ve doğum şekline göre Karşı Gelme puanları açısından fark saptamamıştır. Doğum zamanı ve doğum kilosu anne ve bebeğin bedenindeki birtakım değişimlere cevaben ortaya çıkan bir sonuç olarak düşünülebilir. Bu cevap annenin hastalığı, stresi ya da çocuktaki çeşitli hastalıklar gibi farklı bireysel ve çevresel nedenlere bağlanabilir. Her ne kadar çalışmamızda doğum şeklinin seçimini sorgulamasak da doğum şekli tıbbi gereklilik ya da ailenin tercihi olmasına göre çok farklı anlamlara gelebilir. Komplikasyona işaret eden sezaryen gerekliliği ön planda hipoksi riskini akıllara getirir. Eğer nöropsikolojik alandan bakmak gerekirse, doğumda gelişen hipoksi beyin gelişimini etkileyerek çocuklardaki nörogelişimsel bozukluklara ve davranım sorunlarına yatkınlık yaratabilir. Bu kadar çok etkenin dahil olduğu doğumsal özelliklere sınırlı bir çerçeveden bakmak mümkün olamayacağı için çalışma sonucumuz yazında benzer sonuçların yanında yerini alabilir.

Çalışmamızda doğum sonrasında tıbbi sorun yaşayan çocukların YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları tıbbi sorun yaşamayan çocuklardan daha yüksek saptanmıştır. Bahsedilen tıbbi sorunlar arasında sarılık incelenmiştir. Çalışmamızda sarılık gelişen çocukların Karşı Gelme puanları sarılık gelişmeyen çocuklardan daha yüksek bulunmuştur. Akkuzu (169) bizim bulgumuzdan farklı olarak doğum sonrasında problem yaşama ile Karşı Gelme puanı arasında anlamlı fark saptamamıştır. Alanyazında doğum sonrası sarılık ve diğer postnatal sorunlardan birini yaşamamanın YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları üzerine etkisinin incelendiği başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Doğum sonrası bilirubin toksisitesi beyin hücrelerini etkileyebilmekte ve öğrenme, davranış, biliş, duyum ve dil alanlarını etkileyebilmektedir (269). Doğum sonrası sarılığın olması, bilirubin toksisitesine bağlı olarak çıkmış olabilir ancak araştırmamızda doğum sonrası sarılığın olup olmadığı sorgulanmakla birlikte yaşanan bu durumun ciddiyetinin sorgulanmamış olması çalışmamızın kısıtlılıkları arasındadır.

Çalışmamızda doğum sonrasında kuvöz bakımı alınmasına göre Karşı Gelme puanları açısından fark saptanmamıştır. Sonucumuza benzer şekilde Akkuzu (169) kuvözde kalan çocuklar ile kalmayanların Karşı Gelme puanları arasında anlamlı fark olmadığını bildirmiştir. Bulgumuzda tıbbi sorun yaşayan çocukların Karşı Gelme puanları daha yüksek saptanırken, kuvözde kalma durumuna göre Karşı Gelme puanlarının değişiklik göstermemesi dikkat çekicidir. Bu durumun sebeplerinden biri çocuğun kuvözde kalma sebebini sorgulamamamız olabilir ve bu da bir kısıtlılık olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda çocuk psikiyatri başvurusu olan çocukların Karşı Gelme puanları çocuk psikiyatrisine başvurmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Ülkemizde çocuk psikiyatri başvurusu olan infant ve okul öncesi çocuklarla yapılan bir çalışmada en sık başvuru şikâyeti çocuğa sınır koyma sorunu olarak bulunmuştur (362). Başka bir çalışmada çocuk psikiyatri başvurusu olan okul öncesi çocukların ÇDDÖ alt boyut puanları sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu saptanmıştır (220). Okul öncesi dönemde çocuk psikiyatrisi başvurusu nedenlerinin incelendiği bir araştırmada hem erkekler için hem de kızlar için en sık nedenlerden biri laf dinlememe olarak gösterilmektedir (375). Yine başka bir araştırmada da karşıt olma karşı gelme tanısı okul öncesinde başvuru yapan çocuklarda alınan tanılardan biridir (376).

Alanyazındaki bu veriler de göz önüne alındığında çocuk psikiyatrisi başvurusu olan ailelerin çocuklarında Karşı Gelme puanlarının daha yüksek olması beklenen bir bulgudur.

Çalışmamızda çocukta kronik hastalık varlığına göre Karşı Gelme puanları açısından fark saptanmamıştır. Kronik hastalık yaşayan çocuklarda hastalık ciddiyeti ve ne zamandır bu durumla karşı karşıya kaldığı sorgulanmamıştır. Bu durumların olası bir etkisine bağlı olarak gruplar arasında farklılık çıkmamış olabilir ancak bu konuda daha geniş katılımlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda anne, baba veya kardeşinde ruhsal bozukluk olan çocukların Karşı Gelme puanları ailesinde ruhsal bozukluk olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada ailede ruhsal bozukluk varlığı ile çocukların dışa yönelim davranışları (içinde kurallara uymama da bulunmakta) ilişkili bulunmuştur (377). Gross ve ark., annenin süreğen depresif belirtilerini çocuktaki karşı gelme davranışı ile ilişkili bulmuştur (378). Ülkemizdeki bir araştırmada okul öncesinde psikiyatri başvurusu olan çocuklar ile kardeşleri ve kontrol grubunu karşılaştırdıklarında çocuk psikiyatri başvurusu olan çocukların kardeşlerinin ÇDDÖ dışayönelim puanları sağlıklı kontrollerden daha yüksek bulunmuştur (220). Prenatal sigara maruziyetinin incelendiği bir çalışmada annedeki DEHB semptomlarının YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları için anlamlı bir risk faktörü olduğu anlaşılmıştır (46). Akkuzu (169) da ailesinde ruhsal bozukluk olan çocuklarla olmayanlar arasında Karşı Gelme puanlarında anlamlı fark bildirmiştir. Araştırmamızda bulduğumuz sonuç alanyazınla uyumlu görünmektedir. Çalışmamızda anne, baba veya kardeşinde kronik fiziksel hastalık olan çocukların Karşı Gelme puanlarının ailesinde hastalık olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Anne, baba ya da kardeşte kronik hastalık varlığı ailenin hasta olmayan bireylerinde bir uyum sürecini gerekli kılar. Aile rutinleri, dinamikleri ve gelecek planlarında değişim olabilir ve sağlıklı kardeşler güçlü ve bunaltıcı duygular yaşayabilirler (379). Bu bağlamda sağlıklı çocukta karşı gelme davranışı görüleceği düşünülebilir ancak bu durumun bağımsız bir süreç mi yoksa kardeş ya da ebeveynin hastalığına uyum sürecinde ortaya çıkan bir belirti mi olduğunu anlamak gerektiği yorumunda bulunabiliriz. Ebeveynin kronik hastalığı çocuklarda olağan gelişimsel görevlerin getirdiği strese ek olarak ebeveyni kaybetme tehdidi, azalan ebeveyn erişilebilirliği, değişen ev düzeni ve rutinler, sosyo-ekonomik

açından zorluk gibi potansiyel olarak stresli bir ortamla karşı karşıya kalırlar (380). Bir derleme çalışmasında kardeşinde kronik hastalık olan çocukların ebeveyn ilgisinin adil dağılmaması, kuralların eşit şekilde uygulanmaması ve hasta kardeşe karşı aşırı hoşgörölü davranmanın kıskançlığa yol açabileceği ve hasta olmayan kardeşte dışa yönelim davranışları ile ortaya çıkabileceği raporlanmıştır (381). Çalışma sonucumuzun alanyazını desteklediği görölmektedir.

Çalışmamızda Karşı Gelme puanları ile DEHB toplam, dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanları arasında aynı yönde ilişki saptanmıştır. 2021 yılında yapılan bir metaanaliz çalışmasında 1-7 yaş arasındaki çocuklarda dünya geneli DEHB yaygınlığı %4,3, KOKGB yaygınlığı %4,9 olarak saptanmıştır (13). DEHB ve KOKGB birlikte ortaya çıkma eğilimindedir ve DEHB'li çocukların yaklaşık %40-60'ında KOKGB de mevcuttur (382-384). Ülkemizde yapılan bir çalışmada 4-6 yaş grubundaki çocuklarda DEHB'li çocukların karşı gelme puanları kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (385). DEHB ve KOKGB' arasındaki yüksek komorbidite oranına bakarsak Karşı Gelme puanları ile DEHB ölçek puanları arası ilişki beklenen bir bulgudur.

Çalışmamızda Karşı Gelme puanı ile DASÖ toplam, anksiyete, depresyon ve stres puanları arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Erken çocuklukta çocukların kurallara uymayı öğrenebilmesi için ebeveynlerin özerkliği destekleyen tutumları önemlidir (63). Ebeveyn stresi, çocuk yetiştirme tutumlarını etkileyebilmektedir (386). Yapılan bir çalışmada annenin fazla kontrolcü ve daha az yol gösteren tutumunun erken çocuklukta karşı gelme davranışı ile ilişkili olduğu raporlanmıştır (387). Rodriguez ve ark. sert ebeveyn tutumu ile çocuğun karşı gelme davranışının ilişkili olabileceğini belirtmiştir (388). Yapılan bir çalışmada ebeveyn-çocuk etkileşim terapisi uygulanan ebeveynlerde depresyon ve stres puanlarının azaldığı, çocukta ise karşı gelme davranışlarının azaldığı raporlanmıştır (389). Bir başka çalışma ebeveynin anksiyete, depresyon ve stresinin toplam skorunun çocuğun karşı gelme davranışı, sert ve tutarsız ebeveyn tutumları ile arasında aynı yönlü ilişki bulunduğunu raporlamıştır (390). Buradan stres düzeyi yüksek annelerin, çocukların özerkliğini kısıtlamaya yol açarak çocuğun karşı gelme davranışını artırabileceklerine dair bir çıkarımda bulunulabilir. Benzer şekilde ebeveyn depresyonu da çocuğun karşı gelme davranışı için bir risk faktörü olabilir (356). Thomas ve ark. DEHB'li çocuk anneleriyle

yaptıkları çalışmalarında depresyondaki annelerin çocukların karşı gelme davranışlarını görmezden gelme (komutu ortadan kaldırmak ve çocuğun kendisinden istenileni yapmamasına izin vermek) olasılığının depresyonda olmayan annelere göre daha yüksek olduğunu, bu durumun da çocuğun karşı gelme davranışını pekiştirdiğini belirtmiştir (391). Yapılan boylamsal bir çalışmada postnatal ilk beş ayda anne veya babadaki depresif belirtilerin karşı gelme davranışının en önemli bağımsız yordayıcılarından biri olduğu raporlanmıştır (301). Diğer yandan bir başka çalışmada erken çocuklukta çocuğun kurallara uymaması anne depresyonunun daha kronik ve yüksek gidişatlarının en güçlü yordayıcısı olduğu raporlanmıştır (378). Depresif bozukluğu olan kişilerin %67'sine anksiyete bozukluğu eşlik eder ve depresyon hastalarının yaşam boyunca anksiyete bozukluğu tanısı alma ihtimali ise %75'tir (392). Ebeveynin ruhsal durumunun erken çocuklukta psikopatolojilerin hemen hepsinde önemli bir yere sahip olması, ebeveynlik tutumlarını olumsuz yönde etkileyebilmesi sebebiyle çalışma bulgumuz beklenen sonuçla uyumludur.

Çalışmamızda çocuğun cinsiyeti, kardeş sayısı, anne-baba yaşı, çalışma durumu, baba eğitim düzeyi, aile geliri, anne-baba birlikteliği, çekirdek ya da geniş ailede yaşama, gebelikte yakın kaybı, gebelikte sigara kullanımı, çocuğun doğum zamanı, doğum şekli, doğum kilosu, kuvözde kalma öyküsü ve çocukta kronik hastalık varlığına göre YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları açısından anlamlı farklılık bulmadığımız gibi tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde de Karşı Gelme puanları üzerine etkilerinin bulunmadığı anlaşılmıştır.

Çalışmamızda hem tek değişkenli hem de çok değişkenli regresyon modelinde çocuğun yaşı arttıkça Karşı Gelme puanlarının azaldığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada çocukların karşı gelme davranışının şiddetli ya da normatif olduğu her iki durumda da 1,5-3,5 yaş arasında artma eğiliminde olduğu, 3,5-5 yaş arasında azalma eğiliminde olduğu raporlanmıştır (393). Bir başka çalışmada ise karşı gelmenin 5 yaşından sonra azaldığı, eğer ailenin sosyoekonomik düzeyi düşükse karşı gelmedeki azalmanın daha yavaş gerçekleştiği bildirilmiştir (394). Çocuğun yaşı büyüdükçe kuralları içselleştirip onlara uyum sağlamayı öğrenmesi beklenir. Çalışma bulgumuz bu doğrultuda açıklanabilir.

Çalışmamızda her ne kadar kardeş sayısına göre Karşı Gelme puanlarında farklılık saptanmasa da tek değişkenli lineer regresyon modelinde kardeş sayısının Karşı Gelme puanlarını negatif yönde artırıcı etkisi bulunmuştur. Çok değişkenli lineer regresyon analizinde ise Karşı Gelme puanları üzerine yordayıcı etkisinin olmadığı anlaşılmıştır. Lev Vygotsky'e göre oyun, sosyal rollerin ve kuralların içselleştirilmesini sağlar. Çocuklar oynayarak öğrenirler (395). Japonya'da yapılan bir çalışmada kardeş sayısı erken çocuklukta sokakta oynama ile ilişkili bulunmuştur (396). Daha çok oynamak da daha çok paylaşmak anlamına gelebilir. Yapılan bir çalışmada erken çocuklukta yaş büyüdükçe çevreyle paylaşımların da arttığı raporlanmıştır (397). Bu tip nedenlerin bir araya gelmesi kardeş sayısının tek değişkenli modelde Karşı Gelme puanlarını yordayıcı etkisini açıklamaya yardımcı olabilir. Ancak çalışmamızda nispeten daha çok 5 yaş grubu bulunmaktadır. Yaş grubunun homojen dağılmaması çok değişkenli analizde etkinin kaybolmasına neden olmuş olabilir. Homojen örneklerde yapılacak araştırmalar ileride literatüre katkı sağlayabilir. Çalışmamızda katılımcı çocuğun sadece kardeş varlığının sorgulanması, kardeş sırasının bilinmemesi çalışma bulgumuzu etkilemiş olabilir. Gelecek çalışmalarda kardeş ilişkisinin özelliklerini ve kardeşlere yönelik ebeveyn tutumlarını değerlendiren ölçeklerin kullanılması ailesel faktörlerin daha objektif olarak ortaya konulmasını sağlayacaktır.

Çalışmamızda her ne kadar anne eğitim durumu ile Karşı Gelme puanları arasında aynı yönlü ilişki saptansa da tek değişkenli lineer regresyon analizinde Karşı Gelme puanları üzerine yordayıcı etkisinin olmadığı anlaşılmıştır. Çalışmamızda annelerin eğitim düzeyi yüksek (%81,6'sı lise ve üzeri) sayılabilir. Annelerin eğitim düzey dağılımı homojen olmadığından bu sonuç ortaya çıkmış olabilir.

Çalışmamızda gebeliğinde stresli olay yaşayan annelerin çocuklarının YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları, stresli olay yaşamayan annelerin çocuklarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Her ne kadar tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde Karşı Gelme puanlarını yordamış olsa da çok değişkenli modelde yordayıcı etkide bulunmamıştır. Çalışmamızda prenatal stresin bir alt boyutu olarak gebeliğinde ekonomik stres yaşayan annelerin çocuklarının YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları, ekonomik stres yaşamayan annelerin çocuklarından anlamlı olarak daha yüksektir. Her ne kadar tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde Karşı Gelme

puanlarını yordamış olsa da çok değişkenli modelde yordayıcı etkide bulunmamıştır. Lauterascu ve ark. çalışmasında gebelikte strese maruziyetin çocuktaki DEHB, DB, depresyon ve anksiyete için risk oluşturabileceğinin çalışmalarda gösterildiği, ancak farklı stres türlerinin erken beyin gelişimi üzerinde farklı etkileri olup olmadığının bilinmediğini raporlamıştır (320). Çalışmamızda stres türlerinin karışık bir şekilde değerlendirilmesi mevcut sonucun ortaya çıkmış olmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda doğum sonrasında tıbbi sorun yaşayan çocukların YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları, doğum sonrası sorun yaşamayan çocuklardan anlamlı olarak yüksek bulunsa da tek değişkenli modelde yordayıcı etki saptanmamıştır. Doğum sonrası tıbbi sorununun tıbbi kayıtlardan teyit edilememesi çalışma bulgumuzun nedenlerinden biri olabilir.

Çalışmamızda doğum sonrasında sarılık gelişen çocukların YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları, sarılık gelişmeyen çocuklardan anlamlı olarak yüksek bulunsa da tek değişkenli modelde yordayıcı etki saptanmamıştır. Yenidoğan sarılığında emzirme politikalarının da yeri bulunduğu toplumun gelişmişliği ve alınan sağlık hizmetlerinin kalitesiyle ilişkili olabileceğini düşünebiliriz. Çalışmamızda annelerin eğitim düzeyi yüksek olduğundan emzirme konusunda daha bilinçli olabilirler. Aynı zamanda sarılık gelişse bile erken fark edilip müdahale için kısa sürede hastaneye başvurunun sağlanması anlamına gelebilir.

Çalışmamızda çocuk psikiyatri başvurusu olan çocukların YDÇBDÖ Karşı Gelme puanları, çocuk psikiyatrisine başvurusu olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuş, tek değişkenli regresyon modelinde çocuk psikiyatri başvurusu Karşı Gelme puanlarına yordayıcı etki göstermiştir. Ancak çok değişkenli modelde yordayıcı etki saptanmamıştır. Bu konuda çocuk psikiyatri başvurusunun teyit edilebileceği ve başvuru şikâyetinin değerlendirildiği araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda çocukta kronik hastalık varlığına göre Karşı Gelme puanları açısından fark saptanmamıştır. Ancak tek değişkenli doğrusal regresyon modelinde Karşı Gelme puanları üzerine yordayıcı etkisi olduğu anlaşılmıştır. Çok değişkenli regresyon modelinde ise yordayıcı etkisinin bulunmadığı saptanmıştır. Kronik hastalığı olan bir çocuğa sahip olmanın tüm aile sistemini etkilediği ve ebeveyn tutumlarında belirgin değişimler yarattığı düşünülürse çocuğun karşı gelme davranışı

için risk teşkil etmesi şaşırtıcı olmaz. Ancak bulgumuzu yorumlarken çocuk ve aileye ait pek çok faktörün etkileşim halinde olduğundan çok değişkenli modelde bir etkisi ortaya çıkmamış olabilir.

Çalışmamızda tek değişkenli ve çok değişkenli regresyon modellerinde ailede ruhsal bozukluk olmasının Karşı Gelme puanlarını yordadığı saptanmıştır. Erken çocuklukta yapılan bir takip çalışmasında annede depresyon ve antisosyal davranış öyküsü olmasının çocuğun kurallara uymama davranışının önemli bağımsız yordayıcıları olduğunu bildirilmiştir (352). Trambly'in yıkıcı davranışların gelişimsel kökenine yönelik gözden geçirme çalışmasında yıkıcı davranışların erken dönemde gelişiminde ebeveynlerin kendi ruhsal öyküsünde benzer davranışların olmasının çocuk üzerinde epigenetik etkilere yol açarak beyin gelişimine olan etkisini vurgulamıştır (398). Erken çocuklukta özellikle anne-babanın ruhsal bozuklukları çocuğa kural koymama ya da aşırı kural koymayla sonuçlanabilir. Bu durumda da çocukların kuralları içselleştirmesi aksayabilir. Tüm bu sebepler çalışma bulgumuzda olduğu gibi ailedeki ruhsal öykünün Karşı Gelme puanlarını öngörücü etkisini açıklamaya yardımcı olabilir.

Çalışmamızda her ne kadar anne, baba veya kardeşinde kronik fiziksel hastalık olan çocukların Karşı Gelme puanlarının ailesinde hastalık olmayanlara göre daha yüksek saptansa da tek değişkenli regresyon modelinde Karşı Gelme puanları üzerine etkisinin olmadığı anlaşılmıştır. Bu konuda daha geniş örneklerle yapılacak ve ailedeki hastalık durumunu tıbbi kayıtlar üzerinden teyit edebilecek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tek değişkenli ve çok değişkenli doğrusal regresyon modellerinde DEHB-DÖ-IV dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarının YDÇBDÖ Karşı Gelme puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmuştur. Koronavirüs karantinası döneminde yapılan bir çalışmada, 5-18 yaşındaki DEHB'li çocuklarda karşı gelme davranışının hem içe yönelim hem de dışa yönelim bozuklukları için bir yordayıcı olduğu bulunmuştur (399). 6-10 yaş çocuklarla yapılan bir çalışmada DEHB belirti şiddetinin çocuğun çeşitli bağlamlardaki karşı gelme davranışını öngördüğü raporlanmıştır (400). Drabick ve ark. çalışmalarında çocuktaki hiperaktivite/dürtüsellik ve dikkatsizlik belirtilerinin ebeveynin sert disiplin yöntemlerinin kullanılmasına ve ebeveyn-çocuk

çatışmasına zemin hazırladığını bildirmiştir (401). DEHB görünümleri açısından bakmak gerekirse dikkat eksikliği olan bir çocuk oyuna dalmışken komut vermek ya da hiperaktif/dürtüsel bir çocuk etrafta koşuşturduğu sırada ebeveynin söylediklerini yerine getirmesinin zor olacağı düşünülebilir. Tüm bu durumlar da çalışmamızda Karşı Gelme puanları üzerine yordayıcı etkiyi anlamamıza yardımcı olabilir.

KOKGB ve DEHB'nin sık eşlik eden tanılar olması DEHB puanlarının Karşı Gelme puanlarını yordamasına yol açmış olabilir.

Çalışmamızda tek değişkenli regresyon modelinde DASÖ-21 toplam, anksiyete, depresyon ve stres puanlarının YDÇBDÖ Karşı Gelme puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmuş olsa da çok değişkenli modelde yalnızca stres puanlarının Karşı Gelme puanlarını yordadığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada ebeveynin stresi azaldığında DEHB'li çocukların karşı gelme davranışının azaldığı bildirilmiştir (402). Bir başka çalışmada çocuğun karşıt gelme davranışlarının ebeveynlerde strese ve ebeveynler arası ilişkinin olumsuz etkilenmesine yol açtığı raporlanmıştır (403). Ebeveynlerin çocuklardan beklentisinin ne olduğu ve bu beklentiye çocuğa nasıl iletildiği oldukça önemlidir. Bu beklentilerde çocuğun yaşı, fiziksel ve bilişsel becerileri dikkate alınmalıdır. Çocuktan istenilenlerin sıklığı, zamanlaması, nasıl iletildiği ve çocuğun kurala uyum göstermesinden algılananın ne olduğu ebeveynlerden ebeveyne farklılık gösterebilir. Bu da hem çocuğun davranışını hem de ebeveynlerin bu konudaki algısını etkileyebilir. Eğer anne-baba çocuğa nadiren yerine getirmesi için istekte bulunuyorsa, bu aynı zamanda çocuklara kurala uymamak için daha az şans tanınmış olması anlamına gelebilir. Karşı gelme davranışını değerlendirirken ebeveynin çocuğa karşı gelme davranışı için ne kadar fırsat tanıdığını da değerlendirmek önemli olabilir (404). Bu bağlamda, ebeveyn stresliyse çocuğuna uygun zamanda komut veremeyebilir. Tüm bu sebepler stres puanlarının Karşı Gelme puanlarını yordamasına yol açmış olabilir. Yaşantılanan stresin hem anksiyete hem de depresyona (405) yol açabileceği düşünülürse stresi depresyon ve anksiyetenin ortak başlangıç noktası olarak almak çalışma bulgumuzu daha iyi anlamamızı sağlayabilir.

5.6. YDÇBDÖ SALDIRGANLIK PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ

Saldırgan davranışı bir bozukluk olarak tanımlamadan önce birkaç noktanın dikkate alınması gerekir. Okul öncesi çocukların tipik itiş kakış oyunu, ilerideki sosyal içerikli oyunlar için bir yapı iskelesi oluşturur. Şakacı dövüşü saldırgan davranıştan ayıran şey, incitme veya korkutma niyetinin olmamasıdır. Okul öncesi yıllarda çocuklar, oyuncakları kapmak ve bir oyun arkadaşını itmek gibi araşsal ve fiziksel saldırganlık ifadelerine başvurma eğilimindedir. İsim takma, eleştirme ve alay etme gibi başkalarına yönelik saldırgan davranışlar olarak sergilenen düşmanca saldırganlık çok daha sonra, 7 yaş civarında ortaya çıkar (406). YDÇBDÖ Saldırganlık maddelerinden diğer çocuklara kaba söz söyleme, saldırgan davranma, lakap takma, zorbalık yapma ve onları oyuna almama maddeleri nadiren her çocukta görülebildiği ancak haftada 1 kereden daha sık olursa klinik önem taşıdığı belirtilmiştir (6).

Çalışmamızda cinsiyete göre YDÇBDÖ Saldırganlık puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Sözel saldırganlık erkek ve kızlarda benzer oranlarda görülürken; erkeklerde fiziksel kızlarda ise ilişkiyel saldırganlık daha fazla görülür. Hem fiziksel hem de ilişkiyel saldırganlığın genetik belirleyicileri vardır. Cinsiyet kromozomlarına bağlı prenatal hormon maruziyeti saldırganlık tipine genetik yatkınlığın nedenlerinden biri olarak gösterilebilir. Ancak YDÇBDÖ Saldırganlık alt ölçeği incelendiğinde, cinsiyet faktörünün belirgin olduğu saldırganlık sınıflamalarına göre ayrı bir puanlama yapılmadan alt ölçeğin toplam puanı elde edilir (6). YDÇBDÖ Saldırganlık boyutu kullanılarak saldırganlığın akran ya da kardeş ilişkisi bağlamında incelendiği bir çalışmada erkeklerin kızlardan daha saldırgan olarak tanımlanmıştır (407). MAPDB Türkçe adaptasyon çalışmasında erkeklerin Saldırganlık puanları kızlardan anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (169). Wakschlag ve ark. (6), erkeklerin Saldırganlık puanlarını kızlardan daha yüksek olarak saptamışlardır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada okul öncesi yaştaki erkek çocukların ÇDDÖ saldırganlık puanlarının kızlardan daha yüksek olduğu ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirtilmiştir (220). Bir başka çalışmada okul öncesi çocuklarda cinsiyete göre saldırganlık puanlarında değişim saptanmamıştır (408). Çin'de yapılan bir araştırmada okul öncesi çocuklarda saldırgan davranışların erkeklerde daha sık görüldüğü ancak cinsiyetler arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (409). Bu

veriler ışığında Saldırganlık puanlarının erkeklerde kızlara kıyasla daha yüksek bulunması beklenebilirdi. Ancak çalışmamızda kız ve erkek çocukların Saldırganlık puanları arasında istatistiksel fark bulunmadı. Araştırma grubunda yer alan ebeveynlerin eğitim düzeyinin toplum ortalamasına göre daha yüksek olması, çocukların eğitim hayatına başlamış ve devam ediyor olmaları gibi nedenler bu sonucun çıkmasına neden olmuş olabilir. Aynı zamanda yıkıcı davranış alt boyutları arasında kız ve erkeklerde saldırganlığın kendi içinde farklı şekilde sınıflandırılabilmesi, saldırganlık ve cinsiyet araştırmalarında bu ayrımı gözetilen ölçüklerin kullanılmasını gerektirebilir.

Çalışmamızda çocukların yaşıyla Saldırganlık puanları arasında ters yönlü ilişki saptanmıştır. Saldırgan davranışlar, motor ve bilişsel alanlardaki gelişimsel yeterlilikle değişime uğrar. Fizyolojik belirtilere tahammül, özellikle kendini yatıştırma veya üzgünken yardım arama durumlarında duyguların düzenlenmesi ve dikkat gelişimi çocuklarda kademeli olarak ilerler. Okul öncesi dönemde bu öz-düzenleme kapasitesinde artan bilişsel yeterlilik önemlidir (410). Öz-düzenleme ve engelleme kapasitesi hayatın ilk 30 ayında gelişmekte olduğundan, fiziksel saldırganlık sıklığı artar ve ardından istikrarlı bir şekilde azalır (75). YDÇBDÖ Saldırganlık boyutu kullanılarak saldırganlığın akran ya da kardeş ilişkisi bağlamında incelendiği bir çalışmada yaşa göre saldırganlık sıklığında herhangi bir değişim saptanmamıştır (407). Wakschlag ve ark. (6) 3 ve 4 yaş grubunun Saldırganlık puanlarını 5 yaş grubundan daha yüksek bulmuştur. Türk çocuklarında yapılan başka bir araştırmada 5 yaşındaki çocukların 6 yaşındaki çocuklara kıyasla daha saldırgan olduğu bulunmuştur (411). Yaş artışı ile birlikte dil becerileri, sosyal beceriler, başa çıkma becerileri gibi birçok alanda kazanımlar olduğu için saldırganlık puanlarının azalması beklenir bir sonuç olarak görülebilir.

Çalışmamızda çocuğun kardeş sayısıyla Saldırganlık puanı arasında ilişki saptanmamıştır. Alanyazın incelendiğinde, kardeş sayısının çocuğun saldırganlığı üzerine etkilerinin değişken olduğu görülmektedir. 1 ay-17 yaş arasındaki 1075 çocuğun incelendiği bir çalışmada, kardeşler arası psikolojik zorbalık (kardeşe isim takma, kötü şeyler söyleme veya onu yanında istemediğini söyleme), birbirlerinin eşyalarına zarar verme ve fiziksel saldırganlık durumu incelendiğinde zorbalığa maruz

kalan çocuk oranı %37,6 olarak bulunmuş, mağduriyet en fazla 2-5 yaş (%45) ve 6-9 yaş (%46) grubunda saptanmıştır. Küçük kardeşle arasındaki yaş farkının bir yıldan az olması veya daha büyük kardeşle beş yıldan fazla yaş farkı olmasının zorbalığı artırdığı bulunmuştur. En az bir ebeveyni üniversite mezunu olan çocuklarda ebeveyni lise mezunu olanlara göre daha çok kardeş zorbalığı yaptıkları raporlanmıştır. Genel olarak erkeklerin, yaşı birbirine yakın kardeşlerin daha çok zorba davranışta bulunduğu, kendinden küçük kardeş tarafından yaralanmanın kendinden 5 yaş büyük kardeş tarafından yaralanma ihtimalinden daha fazla olduğu bulunmuştur (412). Ülkemizdeki bir tez çalışmasında, çocukların kardeş sayısına göre kavgacı/saldırgan olma durumları arasında fark bulunmamıştır (234). Başka bir tez çalışmasında ise okul öncesi çocuklarda kardeş sayısına göre göre saldırganlık puanlarında kardeş sayısı 1 ve 2 olanlar arasında anlamlı fark bulunmazken, kardeş sayısı 1 ve 2 olanların 3 ile 4 ve üzeri kardeş sayısı olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu raporlanmıştır (408). YDÇBDÖ Saldırganlık boyutu kullanılarak saldırganlığın akran ya da kardeş ilişkisi bağlamında incelendiği bir çalışmada hem kendinden küçük bir kardeşe sahip olma hem de büyük bir kardeşe sahip olma açısından saldırganlık sıklığında herhangi bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır (407). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kardeş sayısı değişkenininin 60-72 ay arasındaki çocukların kırgınlık-saldırganlık puan ortalamalarında anlamlı bir farklılaşma yaratmadığı raporlanmıştır (413). Bir başka çalışmada da anaokuluna giden çocuklarda kardeş sayısının saldırganlık puanlarında farklılaşmaya sebep olmadığı bildirilmiştir (414). Çalışma bulgumuzu yorumlarken saldırganlığın hangi bağlamlarda ortaya çıktığını bilmek önemlidir. Bu bağlamlardan biri kardeşler arası ilişkidir. Kardeş ilişkisi ise kardeş sayısı, çocuğun kaçınıcı sırada doğduğu, diğer kardeşlerin sağlık durumu veya ekonomik durum gibi ailevi çeşitli faktörlerden etkilenebilir. Bu noktada da, bulgumuzun birbirinden farklı sonuçların bulunduğu alanyazınla uyumsuz olmadığı söylenebilir.

Çalışmamızda hem anne hem de baba yaşı ile Saldırganlık puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Tremblay ve ark.'ın araştırmasında çocuğun fiziksel saldırganlığı için annenin ilk çocuğuna olan doğumundaki yaşının, annenin çalışmada değerlendirilen çocuğu doğduğu zamanki yaşından daha iyi bir yordayıcı olduğu belirtilmiştir. Annenin ilk doğumdaki yaşının, antisosyal davranış, düşük eğitim, sigara ve içki kullanımı, bekâr ebeveyn olma, yoksulluk ve depresyon gibi genç

annelikle ilişkili birçok eşzamanlı değişkeni kontrol ettikten sonra önemli bir belirleyici olmaya devam ettiği bildirilmiştir. Bu durum erken yaşta anne olanların çocuğun saldırganlığını yatıştırma becerisinde yetersizlik yaşamasıyla açıklanmıştır (230). Ülkemizde yapılan bir araştırmada, okul öncesi çocukların kavgacı/saldırgan olma ölçek puan ortalamaları ile hem anne yaşı hem de baba yaşına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (234). Kanlıklıçer ise annenin yaşına göre Okul Öncesi Davranış Sorunları Tarama Ölçeği düşmanlık-saldırganlık alt boyut puanlarının değişmediğini belirtmiştir (367). Çalışmamızda, anne yaşı ile çocuğun Saldırganlık puanı arasında ilişki kurulamamış olması ilk doğumdaki anne yaşının sorgulanmamış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Erken yaşta ebeveyn olmanın ebeveynlik özelliklerini etkileyeceği bilinmekle birlikte çalışmamızdaki anne yaş ortalamasının 34 (22-49), baba yaş ortalamasının ise 36 (24-52) olması erken yaştaki ebeveynliğin çocuğun saldırganlığı üzerine olan etkisini değerlendirmemizi engellediği düşünülebilir.

Çalışmamızda anne ve baba eğitim düzeyi ile YDÇBDÖ Saldırganlık puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Anne babaların eğitim durumu, hem kendilerinin mesleki durumunu ve aile gelirini hem de çocuk yetiştirme stilini belirlemede önem arz etmektedir. Ebeveynlerin eğitim durumu yükseldikçe okul öncesi çocuklara karşı ebeveynin demokratik tutumda olma ihtimali artmakta, bu da çocuğun saldırganlığını azaltmaktadır. Eğitim düzeyiyle ters orantılı olan otoriter tutumsa çocukta saldırganlığı artırıcı etki gösterebilir (415). Yapılan bir çalışmada, ebeveynlerin eğitim düzeyinin düşük olmasının okul öncesi dönemdeki çocuklarının saldırganlıkla ilişkili olabileceğinden bahsedilmiştir (416). Bir başka çalışmada en az bir ebeveyni üniversite mezunu olan çocuklarda ebeveyni lise mezunu olanlara göre kardeşlerine karşı daha çok saldırganlık gösterdiği raporlanmıştır (412). Ülkemizdeki bir tez çalışmasında ise annesi üniversite mezunu olan okul öncesi çocukların saldırganlık puanlarının, anneleri ilköğretim ve okuryazar olmayan çocuklarınkine göre daha yüksek olduğu, baba eğitim durumu lise olanlar ise ilköğretim ve üniversite olanlara göre, üniversite olanlar da ilköğretim olanlara daha yüksek ortalamaya sahip olduğu saptanmıştır (408). Bir başka çalışmada hem anne hem de baba eğitim seviyeleri düştükçe, okul öncesi çocuklardaki saldırganlık davranışları artış gösterdiği bildirilmiştir (417). Alanyazın incelendiğinde eğitim düzeyinin daha yüksek olduğu

durumlar da daha düşük olduğu anne-baba eğitim durumlarının da saldırganlıkla ilişkili olabileceği anlaşılmaktadır. Araştırmamızda eğitim seviyesi lise altında olan annelerin oranı %18,5, babaların oranının ise %23,5 olarak bulgulanmıştır ve genel örneklem içinde lise ve üstü eğitim seviyesi olan anne ve babaların oranı daha yüksektir. Eğitim düzeyinin artması ya da azalması ile puanlar arasında bir ilişki bulunamamış olması örneklemin büyük kısmının lise ve üstünde eğitim almasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda anne-baba çalışma durumu ve aile gelirine göre YDÇBDÖ Saldırganlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. 2022 yılında yayınlanan bir derleme çalışmasında, okul öncesi çocuklarda saldırganlık ile ebeveynin mesleği arasındaki ilişkiye dair veri sunan sınırlı sayıda çalışma olduğu, sonuçlarınsa tutarsız olduğu bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada, işsizlik, düşük ebeveyn eğitim düzeyi ve düşük sosyoekonomik durum ile okul öncesi saldırganlık arasında aynı yönlü bir ilişki olabileceği raporlanmıştır (416). Ülkemizdeki bir çalışmada aile gelir düzeyine göre saldırganlık puanlarının farklılık göstermediği raporlanmıştır (418). İlköğretim çağındaki çocuklarla yapılan bir çalışmada annesi çalışmayan çocukların Saldırganlık Ölçeği saldırganlık puan ortalamalarının annesi çalışan çocukların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (419). Tremblay ve ark. çalışmasında düşük gelirli ailede yetişmenin, erken çocukluktaki saldırganlık davranışı için risk faktörü olduğu raporlanmıştır (75). YDÇBDÖ Saldırganlık boyutuna göre akranlara ve kardeşlere saldırganlığın yoksulluk sınırı ve altındaki çocuklarda diğer çocuklardan daha sık görüldüğu bildirilmiştir (407). Wakschlag ve ark. (6) çalışmalarında yoksul ve yoksul olmayan aileleri kıyasladığında YDÇBDÖ Saldırganlık puanları arasında fark olmadığını raporlamışlardır, ancak çalışmada anne-baba çalışma durumuna dair bir veriye rastlanmamıştır. Bu sonuçtan farklı olarak, Akkuzu düşük gelirli ailelerin Saldırganlık alt ölçek puanlarının gelir durumu orta ve iyi olan ailelere göre daha yüksek olduğunu saptarken, orta ve iyi gelir düzeyi arasında yapılan ikili analizde ise anlamlı fark bulunmadığını belirtmiştir (169). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada, çocukların kavgacı/saldırgan olma alt boyutu puan ortalamaları arasında sosyoekonomik düzeylerine göre anlamlı bir fark olmadığı bulgulanmıştır (234). Benzer şekilde, Ankara'daki anaokulu öğrencileri ile yapılan bir araştırmada Saldırganlık Ölçeği fiziksel ve ilişkisel saldırganlık alt ölçeklerinden elde

edilen ortalamaların ailenin gelir düzeyi durumuna göre farklılaşmadığı raporlanmıştır (420). Çalışmamızda anne/baba eğitim düzeyi, çalışma durumu ve aile gelirinin Saldırganlık puanları açısından farklılaşmamış olmasının pek çok sebebi olabilir. Bu üç değişken birbiriyle sıkı ilişki içinde olup çocuk yetiştirme tarzını ve aile dinamiğini etkileyebilir. Aynı zamanda aile yapılanmasında birbiriyle etkileşim halinde olan pek çok faktör devreye girer ve sosyoekonomik durum çeşitli yönlerden etkilenir. Örneklemimizdeki anne/babaların öğrenim düzeylerinin ülkemiz genelinden yüksek olması bulgularımızın toplum genelini yansıtmamasını engellemiş olabilir. Bu nedenler, araştırma bulgumuzu açıklamaya yardımcı olabilir.

Çalışmamızda çekirdek ya da geniş ailede yaşama ve anne-baba birlikteliğine göre Saldırganlık puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışma bulgumuza benzer şekilde, Uysal ve Dinçer aile yapısı ile okul öncesi saldırganlık arasında ilişki bulunmadığını raporlamıştır (421). Çin’de yapılan bir araştırmada okul öncesi çocuklarda saldırgan davranış puanlarının tek ebeveyn ile yaşama ve çekirdek ya da geniş ailede yapısına göre farklılaşmadığı saptanmıştır (409). Bir derleme çalışmasına göre, okul öncesi çocukların tek ebeveynli ailede yaşama durumunun çocuğun saldırganlığı ile ilişkisi açısından fikir birliğine varılamadığı bildirilmiştir (416). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada da anaokuluna giden 60-72 aylık çocuklarda aile yapısına göre problem davranış puanlarında farklılık saptanmamıştır (422). Tek başına çocuk yetiştirmek durumunda kalan anne/babalar artan sorumluk ile baş edebilmek adına çocuk üzerinde daha fazla hâkimiyet kurma çabasına girip otoriter ebeveynlik tarzını benimseyebilirler (415). Ama her zaman böyle bir sonuç ortaya çıkmaz ve anne babalar ayrı da olsa çocuklarıyla aralarındaki sağlıklı bağlar kurmayı başarabilirler. Araştırmamızda da Türkiye’deki araştırmalara benzer bir sonuç olduğu görülmüştür. Türk toplum yapısında aile büyüklerinin çocuğun bakımı konusunda ebeveynlere destek olabilmesi, aile yapısı açısından farklılık ortaya çıkmamasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda gebeliğinde stresli olay yaşayan annelerin çocuklarının YDÇBDÖ Saldırganlık puanları, stresli olay yaşamayan annelerin çocuklarıkinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Akkuzu araştırma sonucumuza benzer şekilde gebelikte stres yaşayanların Saldırganlık puanlarının stres yaşamayanlara göre daha yüksek olduğunu raporlamıştır (169). Labella ve Masten çalışmalarında prenatal

stresin gebelik döneminde strese maruziyetin hem gebelikte hem de gebelikten sonraki etkileriyle çocuğun strese yanıt sistemlerinde bazı değişimlere (stres yanıt sistemlerinin hem az çalışması hem de çok çalışması) sebep olup çocuğu saldırganlık gelişmesi açısından risk altında bırakabileceğini raporlamıştır. Prenatal stresin sadece hormonal sistemler üzerine etkisi olmadığı, hipokampüste glukokortikoid reseptörlerinde azalmaya yol açma gibi epigenetik değişimlerin de saldırganlık da önemli olabileceği bildirilmiştir (423). Gebelikte strese maruz kalan çocukların hem fizyolojik hem de genetik pek çok değişim sonucunda çocukta saldırganlık gelişmesinde payı olabileceği anlaşılmaktadır. Bu veriler ışığında Saldırganlık puanlarının daha yüksek bulunması çalışmamızın beklenen bir sonucudur.

Çalışmamızda gebelik döneminde ekonomik zorluk yaşamaya göre Saldırganlık puanları açısından anlamlı fark saptanmıştır. Ailenin çocuğun doğumunda stresör olarak yaşadığı ekonomik güçlük, çocukluk ve ergenlik yıllarındaki davranış sorunları için en güçlü ve tutarlı risk faktörlerinden biridir (424). Prenatal stresörlerin önemli bir özelliği ise doğum öncesi döneme sınırlı kalmayıp doğum sonrası dönemde de devam edebilmesidir (425). Yapılan bir çalışmada ekonomik sorunların da dâhil edildiği prenatal risk skorunda artışın okul öncesi dönemde saldırganlıkla ilişkili olduğu raporlanmış (426). Stresörlerin etkileri yukarıda da belirttiğimiz gibi sadece gebelik dönemi ile sınırlı kalmayıp, sonrasında da çocuğu etkilemeye devam edebilir. Tüm bunlar göz önüne alındığında yaşamın hassas bir dönemi olduğu kabul edilen gebelik döneminde ekonomik stres yaşadığını bildirenlerin Saldırganlık puanlarının daha yüksek olması olası görülmektedir.

Çalışmamızda gebelik döneminde yakın kaybı yaşanmasına göre Saldırganlık puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızda gebelikte yakın kaybı yaşadığını bildiren anne sayısı 17'dir. Gebelikte yakın kaybının stres oluşturması olasıdır ancak önemli olan bu kaybın oluşturduğu stres ve etkisini değerlendirebilmektir. Gelecek araştırmalarda bu konu incelenebilir.

Çalışmamızda annenin gebeliğinde sigara kullanmasına göre YDÇBDÖ Saldırganlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Yapılan kapsamlı çalışmalarda gebelikte sigara içildiğinde nikotin ve karbonmonoksitin noradrenerjik sistemi etkileyip dopamin ve serotoninini azaltması

yoluyla (427) erken çocuklukta saldırganlığa neden olduğu gösterilmiştir (230,428). Tremblay ve ark. çalışmasında annenin gebelikte sigara içmesinin erken çocuklukta saldırganlık davranışı için risk faktörü olduğu raporlanmıştır (75). Danimarka’da yapılan bir çalışmada da annenin doğum öncesi sigara içmesi, erkek çocukların hayatlarının ilerleyen döneminde suç işleyerek tutuklanmalarıyla bağlantılı bulunmuştur (429). Ancak beklenenin aksine bizim çalışmamızda annenin gebeliğinde sigara kullanmasına göre Saldırganlık puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Benzer şekilde Akkuzu da prenatal sigara kullanımı ile Saldırganlık puanları arasında bir ilişkiye rastlamamıştır (169). Çocuğun saldırgan davranışlarını etkileyebilecek bir diğer faktör de gebelikte annenin ne düzeyde sigara kullandığıdır. Gebelikte özellikle yoğun sigara kullanımı saldırgan davranışlarla daha çok ilişkilidir (430). Çalışmamızda Saldırganlık puanı ile prenatal sigara kullanımı arasında ilişki kurulamamış olması, gebelikte annenin ne düzeyde sigara kullandığının bilinmemesi ve sigara dumanına maruziyeti göz ardı ederek yalnızca aktif içiciliğin sorgulanmış olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda erken doğan çocukların Saldırganlık puanları zamanında doğanlara göre anlamlı olarak daha yüksekken, çocuğun doğum şekli ve doğum kilosuna göre Saldırganlık puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Okul öncesi çocuklarda, saldırganlığın da içinde olduğu davranış sorunları ile erken doğum arasındaki ilişkiyi inceleyen bir gözden geçirmede, erken doğan çocukların zamanında doğan çocuklara kıyasla daha çok davranış sorunu olduğu bulunmuştur (431). Japonya’da preterm doğan çocuklarda yapılan başka bir araştırmada, preterm doğan çocukların saldırgan davranışlar açısından daha yüksek risk altında olduğu bulunmuştur (432). Başka bir çalışma sonucuna göre 32-35 hafta arasında doğan okul öncesi çocukların saldırgan davranış puanlarının daha yüksek olduğu ancak erken doğmanın saldırgan davranışlar için bir risk faktörü olmadığı bulunmuştur (433). Araştırmamızda bulduğumuz sonuç alanyazınla uyumlu görünmektedir. Düşük doğum ağırlığı ve preterm doğum, daha yüksek çocukluk saldırganlığı ile ilişkili olan bir perinatal risk faktörüdür (95,325). Saldırganlık için erken doğumun bir risk faktörü olduğu düşünülse de (434), Kanada’da yapılan bir araştırmada 32-36 haftalık doğan çocukların term doğmuş 4-10 yaş arası çocuklarla kıyaslandığı bir çalışmada iki grubun saldırganlığı arasında fark bulunmadığı raporlanmıştır (435). Ülkemizdeki bir

çalışmada prenatal, perinatal özellikler ve doğum şekliyle yakın bağlantılı olan postnatal dönemde sorun olup olmamasına göre okul öncesi ÇDDÖ saldırganlık puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (220). Akkuzu (169) da doğum zamanı, doğum kilosu ve doğum şekli ile Saldırganlık puanı arasında anlamlı fark saptamamıştır. Çalışmamızdan elde edilen doğuma ilişkin veriler ile çocuğun saldırganlığı arasındaki ilişkinin benzeri olan bulgular yazında mevcuttur.

Çalışmamızda doğum sonrasında tıbbi sorun yaşayan çocukların Saldırganlık puanları doğum sonrası sorun yaşamayanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuş, doğum sonrasında sarılık gelişen çocukların Saldırganlık puanları, sarılık gelişmeyen çocuklardan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Çocuklukta saldırganlık için risk taşıyan doğum komplikasyonları (preeklampsi, preterm doğum, gestasyonel diyabet) direkt beyin hasarı (forseps kullanımı), hipoksi/anoksiye yol açarak (kord basısı) indirekt beyin hasarı ya da perinatal asfiksi yoluyla gerçekleşebilir (427). Doğum komplikasyonlarının çocuklukta dışsallaştırma davranışının gelişiminde nasıl bir rol oynadığı tam olarak bilinmemekle birlikte, doğum komplikasyonlarının prefrontal korteks, hipokampus ve dopamin sisteminde hasara yol açarak dışsallaştırma sorunlarına yol açabileceği öne sürülmektedir (436–438). Akkuzu (169) doğum sonrasında problem yaşanmış olması ile Saldırganlık puanı arasında ilişki saptamıştır. Bu konu ile ilgili alanyazında yeterli veriye ulaşılacakla birlikte, Hokkanen ve ark. yaptığı çalışmada, neonatal hiperbilirübineminin çocukluk döneminde bilişsel sorunlar, dikkat sorunları ve hiperaktivite/impulsivite ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Ayrıca nörogelişimsel bozukluklarla arasında bir bağ olabileceğini belirtmişlerdir (304). Araştırmamızda bulduğumuz doğum sonrası sarılık olan çocuklarda saldırganlık puanlarının yüksek olması da hiperbilirübinemiden kaynaklanıyor olabilir ancak araştırmamızın katılımcılarının doğum sonrasındaki bilirübin düzeylerinin bilinmemesi bu konuda yorum yapmamızı zorlaştırmaktadır. Bu konuyla ilgili daha geniş katılımlı ve aradaki nedenselliği net olarak sorgulayan araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda doğum sonrasında kuvöz bakımı alınmasına göre YDÇBDÖ Saldırganlık puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızda doğum sonrasında tıbbi sorun geçirdiğini bildirilen çocuk sayısı 70'ken, kuvözde kalan çocuk sayısı 41'dir. Yenidoğanın kuvöz bakımı ihtiyacını doğum ya da doğum sonrasına

ilişkin bir komplikasyon geliştiği ya da gelişme riski bulunması nedeniyle ileri bakım gerektiği şeklinde yorumlayabiliriz. Akkuzu (169) da bizimkine benzer şekilde kuvözde kalan ile kalmayan çocuklar arasında Saldırganlık puanlarında anlamlı fark olmadığını bildirmiştir. Araştırmamızda çocukların kuvözde kalma nedenini sorgulamamış olmamız Saldırganlık puanlarını etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda çocuk psikiyatri başvurusu olan çocukların YDÇBDÖ Saldırganlık puanları, çocuk psikiyatrisine başvurusu olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Erken çocuklukta psikiyatrik başvuruların en sık nedeni yıkıcı davranışlardır (439). Bu nedenle çalışmamızda çocuk psikiyatri başvuruları olan çocukların Saldırganlık puanlarının yüksek bulunması beklenen bir sonuç olarak düşünülebilir. Ülkemizde yapılan bir araştırmada çocuk psikiyatri başvurusu olan okul öncesi çocukların ÇDDÖ saldırganlık puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (220). Yine ülkemizde yapılan başka bir araştırmada okul öncesinde çocuk psikiyatrisi polikliniğe başvuran çocukların en sık aldığı tanılardan ikisi OSB ve DEHB'dir (375). OSB ve DEHB gibi tanıları olan çocuklarda da saldırgan davranışlar görülebilmektedir (440,441). Psikiyatrik başvurusu olan çocukların yukarıda bahsettiğimiz tanıları daha sık alabilmeleri çalışma bulgumuzun nedenlerinden biri olabilir.

Çalışmamızda çocukta kronik hastalık bulunmasına göre YDÇBDÖ Saldırganlık puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Çocuklukta kronik hastalıklar ebeveynler açısından aşırı koruyuculuğu teşvik etmektedir (442). Ebeveynin çocuğu yetersiz denetimi, çocuklukta saldırganlıkla bağlantılı olduğu için (443) aşırı koruyucu tutumun tam tersi etki yaratacağı düşünülebilir. Ebeveynlik tarzının yanında kronik hastalığın çocuğun işlevselliği üzerindeki etkisi (yorgunluk, sık hastalık dönemleri veya semptomatik dönemler, azalan atletik yeterlilik) nedeniyle saldırganlık daha az görülebilir (444). Bunun aksine de yapılan bir çalışmada kronik fiziksel hastalığı olan 4 yaşındaki çocukların diğer çocuklardan iki kat daha fazla saldırgan davranış sergilediği raporlanmıştır (445). Çalışmamızda çocukta kronik hastalık bulunmasına göre Saldırganlık puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Kronik hastalığın niteliği, ne zamandır olduğu ve çocuğun bu durumla başa çıkabilmek için ne gibi tedaviler aldığı, hastane yatışının olup olmadığı, bu durumla ilgili ev ortamının ve anne-baba davranışlarının nasıl etkilendiği gibi birçok değişkenin çocuğa etkisi

olabilir. Bu konularla ilgili yeterli bilginin bulunmaması ve kronik hastalık olarak belirtilen durumla ilgili muayene verilerine ulaşamamış olmamız alanyazından farklı bir sonuç elde etmemize yol açmış olabilir.

Çalışmamızda çocuğun ailesinde ruhsal bozukluk olmasına göre Saldırganlık puanları açısından fark saptanmamıştır. Yapılan bir derleme çalışmasında ailedeki ruhsal bozukluğun okul öncesi dönemdeki çocukların saldırganlığının ortaya çıkmasına etkide bulunabildiğinden bahsedilmiştir (416). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada annelerin ruhsal belirtileri ile okul öncesi yaştaki çocuğun ÇDDÖ saldırganlık puanı arasında anlamlı ilişki gösterilmiştir (220).Yapılan bir çalışmada babada DEHB belirtilerinin olması çocukta okul öncesi dönemde görülen saldırganlık ile ilişkili bulunmuştur (446). Bu araştırmaların aksine Gross ve ark. çalışmalarında annenin süregelen depresif belirtilerini çocuktaki saldırganlık ile ilişkili bulmamışlardır (378). Alanyazında ailedeki ruhsal bozukluğun çocuğun saldırganlığı üzerine etkileri konusunda fikir birliği bulunmamakla birlikte ailede kimin ruhsal hastalığı olduğunu sorgulamayımız ailevi ilişkilerin etkilenebilmesi bağlamında çalışma bulgumuzu etkilemiş olabilir.

Katılımcı çocuğun anne, baba veya kardeşinde fiziksel hastalık olmasına göre YDÇBDÖ Saldırganlık puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Aile fertlerinde kronik hastalığın varlığı aile işleyişini etkileyen ve çocuklar için stres yaratan bir durumdur (447). Yapılan araştırmalar, kronik hasta ebeveynlere sahip çocukların psikososyal sorunlar açısından yüksek risk altında olduğunu göstermektedir (380,448). Ebeveynin çocuğu daha çok gözeterek koruyucu davranmasının, saldırganlığın gelişimine karşı koruyucu işlevi (443) sebebiyle kronik hastalığı olan ebeveynlerin çocuk gözetiminde yetersizliği çocukta saldırgan davranışların gelişimine neden olabilir. Sieh ve ark. metaanaliz çalışmasında ebeveynlerdeki kronik hastalıkların çocuktaki saldırganlık için risk oluşturabileceğini raporlamıştır. Çalışmamızda beklenenin aksine ailede fiziksel hastalık olması ile Saldırganlık puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Ailede kimin fiziksel hastalığa sahip olduğunun sorgulanmaması bu sonuca yol açmış olabilir. Eğer ki kronik hastalığı olan aile üyesi çocuğun ebeveynlerinden biriye çocuğun bakımının etkilenip etkilenmediği ya da eğer ebeveyn hastanede yatarak tedavi görmesi gerekiyorsa çocukla kimin ilgilendiği gibi pek çok faktör çocuğun ebeveynin kronik hastalığından

etkilenme durumunu değiştirebilir. Çalışmamızda ocuğun anne, baba veya kardeşinde kronik hastalığa göre Saldırđanlık puanlarının farklılaşmaması çocuğun bakımının sağlanmasında aksamayı engelleyen çeşitli koruyucu faktörler sayesinde olabilir.

Çalışmamızda Saldırđanlık puanları ile DEHB-D-IV toplam, dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanları arasında aynı yönde ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda saldırdanlıkla hiperaktivite arasında zayıf derecede, dikkat eksikliğiyle orta derecede ilişki bulunması dikkat çekicidir. Ogelman'ın ülkemizde yapılan çalışmasında hiperaktivite-dikkat dağınlığı düzeylerine göre çocukların saldırdanlık puanlarında farklılık bulunmadığı raporlanmıştır (411). Ergenlerle yapılan bir çalışmada DEHB tanısı olanların saldırdanlık skorları DEHB tanısı olmayanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (449). Saylor ve Amann çalışmalarında ergenlik ncesi DEHB kombine görünüm tanılı çocukların %50'sinden fazlasında klinik olarak anlamlı saldırdanlık olduğunu, özellikle impulsif saldırdanlığın DEHB'ye eşlik ettiğini bildirmiştir (43). Connor ve ark çalışmalarında DEHB belirtileri olan çocukların saldırdanlık puanlarının kontrol grubundaki çocuklardan daha yüksek olduğunu bildirmiştir (450). DEHB semptomları saldırdanlık alt tiplerinin tümüyle anlamlı bir şekilde ilişkilendirilmiştir (451). DEHB'de baskın semptomun hiperaktivite ya da dikkatsizlik olmasına göre ayrışan DEHB görünümleri komorbidite açısından da bazı farklar gösterir. Çeşitli alışmalarda DEHB kombine tipte saldırdanlık puanları dikkat eksikliği tipe göre daha yüksek olarak saptanmıştır (452,453). Akkuzu (169) Saldırđanlık puanı ile EE-4 'n DEHB-Hiperaktivite alt ölçek puanı ile aynı yönde zayıf ilişki, DEHB-Kombine alt ölçek puanı ile aynı yönde zayıf ilişki olduğunu bildirmiştir. Yapılan bir çalışmada DEHB semptomları yetişkinlerdeki saldırdanlık ile ilişkili bulunmuştur (454). Çocuklarda DEHB ve saldırdanlık sıklıkla birlikte görülebildiğinden alışmamızda DEHB puanları ile Saldırđanlık puanlarının ilişkili bulunmasına yol açmış olabilir. Alanyazındaki bilgiler de sonuçlarımız ile uyumludur.

Çalışmamızda Saldırđanlık puanlarıyla DASÖ-21 toplam, anksiyete, depresyon ve stres puanları arasında ilişki saptanmıştır. Çocuğun saldırdan davranışı ile ebeveynlik stresi arasında karşılıklı bir döngü olduğu düşünülebilir. Saldırđanlık gösteren çocuklar, ebeveynlerin stresini artırır, ebeveynlerin yüksek stres düzeyi ise çocuğun davranış sorunlarını şiddetlendirir (312). Erken çocukluktaki saldırdanlığın

aile değişkenlerinin incelendiği bir gözde geçirme çalışmasında, incelenen çalışmalardan sadece birinin aile stresi ile okul öncesi çocukta saldırganlık arasındaki ilişkiyi incelediği ve daha yüksek aile stresi düzeylerinin öfke/saldırganlık ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (416). Ülkemizde yapılan bir çalışmada çocuktaki saldırganlık puanları ile annenin depresyon ve anksiyete puanlarının ilişkili olduğu raporlanmıştır (455). Bir başka çalışmada saldırganlık anne veya babadaki depresyon puanları ile 4,5-7 yaşlarındaki çocukların saldırganlık puanları ilişkili bulunmuştur (456). Depresyon, anksiyete ve stresinin ebeveynlerin tahammül becerilerini, ebeveynlik stillerini, çocukla geçirdikleri anların kalitesini etkiliyor olabilir. Buna ek olarak bu kişilerin zihinsel gerginliğini de arttırıyor olabilir. Bunlar da kendi aralarında karşılıklı etkileşimle çocuğun saldırgan davranışlarının ortaya çıkmasını kolaylaştırıyor olabilir. Buna bağlı olarak da saldırganlık puanları ile depresyon, anksiyete ve stres puanları arasında bir ilişki çıkmış olabilir. Bu konuda yapılacak ileri ve kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda çocuğun cinsiyeti, kardeş sayısı, anne-baba yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile geliri, anne-baba birlikteliği, çekirdek ya da geniş ailede yaşama, gebelikte yakın kaybı, gebelikte sigara kullanımı, doğum şekli, doğum kilosu, kuvözde kalma öyküsü, ailesinde fiziksel hastalık bulunmasına göre YDCBDÖ Saldırganlık puanları açısından anlamlı farklılık bulmadığımız gibi tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde de Saldırganlık puanları üzerine etkilerinin bulunmadığı anlaşılmıştır.

Çalışmamızda her ne kadar çocukların yaşı ile Saldırganlık puanları arasında zıt yönde ilişki saptansa da tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde yaşın Saldırganlık puanları üzerine etkide bulunmadığı anlaşılmıştır. Ölçek puanları incelendiğinde sözel saldırganlıkla ilgili soru sayısının toplam Saldırganlık soruları içinde daha az sayıda olduğu görülmektedir. Sözel saldırganlığın konuşma becerisinin edinimine bağlı olarak yaşla arttığından daha önce bahsedilmiştir. Çalışmamızda küçük yaşlardaki çocuklar için fiziksel saldırganlık, büyük yaşlar için ise sözel saldırganlıkla ilişkili sorular puanlamayı arttıracak şekilde işaretlenmiş olabilir. Aynı zamanda çalışmamızda 3 ve 4 yaşındaki çocuk sayısı 5 yaşa göre azdır. Tüm bunlar yaşın Saldırganlık puanları üzerinde etki oluşturmamasına yol açmış olabilir. Bu

konuda saldırganlık tiplerine göre gruplandırılmış ölçeklerin kullanılmasında fayda olabilir.

Çalışmamızda gebeliğinde stresli olay yaşayan annelerin çocuklarının YDÇBDÖ Saldırganlık puanları, stresli olay yaşamayan annelerin çocuklarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Tek değişkenli doğrusal regresyon modelinde gebelikte stresli olay yaşamamanın Saldırganlık puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunduğu saptansa da çok değişkenli modelde Saldırganlık puanları üzerine etkisi olmadığı bulgulanmıştır. MacKinnon ve ark.'nın çalışmasında yapılan lojistik regresyon analizinde cinsiyet, ebeveyn eğitimi, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, ebeveyn sosyal sınıfı, annenin sigara içmesi, çocuğun depresif ve kaygı belirtileri dışarıda bırakıldığında bile prenatal stresin çocuktaki davranım bozukluğunu öngördüğünü saptanmıştır (137). Çok değişkenli modelde saldırganlık puanlarının üzerine etki bulmamış olmamız, prenatal stresle ilgili elimizde objektif bir değerlendirme olmamasına bağlı olmuş olabilir. Bu konuya özgü yapılacak kapsamlı araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Çalışmamızda gebelik döneminde ekonomik zorluk yaşayan annelerin çocuklarının YDÇBDÖ Saldırganlık puanları, gebelikte ekonomik zorluk yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olup tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde gebelikte ekonomik zorluk yaşantılamının Saldırganlık puanlarını aynı yönde artırıcı etkisi bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada gebelikte annede ruhsal bozukluk varlığı, sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı, genç gebelik (<20 yaş), orta öğrenimi tamamlamamış olma, işsizlik, ekonomik sorunlar, sınırlı (<4 kişi) sosyal destek ve bekâr olmayı kapsayan prenatal risk çocuğun 12 ve 20 aylık olduğunda sergilediği saldırganlık ile ilişkili bulunmuştur (457). Prenatal stresin içine ekonomik zorluk ve bir yakının ölümünün de dâhil edildiği bir çalışmada prenatal stresin ve prenatal ekonomik zorluğun annede doğum sonrası depresyonu öngördüğü raporlanmıştır (458). Yapılan bir çalışmada postnatal depresyonun erken çocuklukta saldırganlığa yol açabileceği bildirilmiştir (459). Her ne kadar postnatal depresyon durumunu araştırmamış olsak da prenatal stresin ve prenatal ekonomik zorluğun doğum sonrasında da süreklilik gösterebilmesi ve postpartum depresyon için risk oluşturması çalışmamızda prenatal stresin Saldırganlık puanlarını artırmasına yol

açmış olabilir. Gelecek araştırmalarda prenatal stres ve ekonomik zorluğun çocukta saldırganlığa yol açmasında postpartum depresyonun rolü aydınlatılabilir.

Çalışmamızda zamanından önce doğan çocukların YDÇBDÖ Saldırganlık puanları zamanında doğanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunsa da tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde Saldırganlık puanları üzerine yordayıcı etkisi olmadığı saptanmıştır. Yapılan bir toplum temelli çalışmada erken doğmuş olma ile 4-8 yaş arasındaki saldırgan davranışlar arasında belirgin bir ilişki bulunmadığı raporlanmıştır (435). Anaokulu örneklemleri bir çalışmada term ve preterm doğan çocukların saldırgan davranış puanları arasında fark bulunmadığı bildirilmiştir (460). Erken doğumun kendisinden çok erken doğuma bağlı komplikasyonların çocuğun gelişiminde önemlidir. Çalışmamızda erken doğumun Saldırganlık puanlarını yordamamış olması erken doğuma bağlı ciddi komplikasyon gelişmemiş olması nedeniyle olabilir ancak bu konuyu sorgulamamış olmamız bir kısıtlılık olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda doğum sonrasında tıbbi sorun yaşayan çocukların YDÇBDÖ Saldırganlık puanları, doğum sonrası sorun yaşamayan çocuklardan anlamlı olarak yüksektir. Tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde doğum sonrası sorun varlığının Saldırganlık puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır. Ancak çok değişkenli regresyon analizinde Saldırganlık puanları üzerine etkisi olmadığı anlaşılmıştır. Yapılan bir ikiz çalışmasında doğum komplikasyonlarının 4 ve 5 yaşındaki çocukların dışı yönelim puanlarını (kurallara uymama ve saldırganlık puanlarının toplamı) öngördüğü ancak olumsuz duygulanım da analize dâhil edildiğinde yordayıcı etkinin bulunmadığı raporlanmıştır (461). Doğum sonrası yaşanan birçok farklı tıbbi sorun olabilir ve bunlar farklı mekanizmalarla çocuğu ve aileyi etkileyebilir. Çok değişkenli analizde bir etki görememiş olsak da genetik ve çevresel faktörlerden etkilenmeden de her çocuğun doğumda ve doğum sonrası dönemde sorun yaşama olasılığı olabilir. Bu sorunların minimize edilmesi ileride ortaya çıkması olasılığı olan saldırganlık davranışlarını olumlu yönde etkileyebilir.

Çalışmamızda doğum sonrasında sarılık gelişen çocukların YDÇBDÖ Saldırganlık puanları, sarılık gelişmeyen çocuklardan anlamlı olarak yüksek bulunsa da tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde Saldırganlık puanları üzerine

yordayıcı etkisi olmadığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada yenidoğan sarılığı geçiren çocukların saldırganlık puanları kontrol grubunun puanlarından yüksek olsa da arada anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (462). Alanyazında saldırganlık ve yenidoğan sarılığı ilişkisine dair kısıtlı bilgi olması yorum yapmayı güçleştirmektedir. Bu konuda yapılacak ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda çocuk psikiyatri başvurusu olan çocukların YDÇBDÖ Saldırganlık puanları, çocuk psikiyatrisine başvurusu olmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir. Tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde çocuğun çocuk psikiyatri başvurusu olmasının Saldırganlık puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmaktadır. Ancak çok değişkenli regresyon analizinde Saldırganlık puanları üzerine etkisi olmadığı anlaşılmıştır. Ülkemizde yapılan bir araştırmada okul öncesi dönemde psikiyatrik muayeneye başvuran ve başvurusu olmayan çocuklar karşılaştırılmış, psikiyatri başvurusu olan çocukların annelerindeki psikiyatrik hastalık öyküsü sıklığının daha fazla olduğu, anne tutumlarının kontrol grubuna göre daha zorlayıcı ve katı nitelikte olduğu, çocuklarının davranış problemleri karşısında daha fazla yetersizlik hissettikleri saptanmıştır (239). Başka bir çalışmada okul öncesi dönemde saldırganlık nedeniyle çocuk psikiyatri başvurusu olan çocuklar ile çocuk psikiyatri başvuru olmayan sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılmış, lojistik regresyon analizine göre çocuk psikiyatri başvuru olan çocuklarda hiperaktivite puanlarının, annede ebeveynlikteki yetersizliğinin ve babanın öfke kontrol sorununun saldırgan davranışlarla ilişkili olduğu bulunmuştur (463). Bu bağlamda, okul öncesi saldırganlığın ebeveynlerle ilgili pek çok değişkenle yakın ilişkide olabilmesi nedeniyle çalışmamızda çok değişkenli regresyon modelinde çocuk psikiyatri başvurusu olmasının Saldırganlık puanları üzerine bir etkide bulunmamış olabilir. Bu konuda yapılacak kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda her ne kadar çocukta kronik hastalık bulunmasına göre YDÇBDÖ Saldırganlık puanları açısından anlamlı fark saptanmamış olsa da tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde çocukta kronik hastalık varlığının Saldırganlık puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmuştur. Ancak çok değişkenli regresyon analizinde Saldırganlık puanları üzerine etkisi olmadığı anlaşılmıştır. Aile içi ilişkiler, ailede başka hasta kişi olup olmadığı, tedavide kullanılan ilaçların yan etkileri, hastalığın çocuğun işlevselliğini ne düzeyde etkilediği gibi pek çok değişken

Saldırganlık puanlarını etkileyebileceğinden çok değişkenli regresyon modelinde kronik hastalık Saldırganlık puanları üzerine etkide bulunmamış olabilir.

Çalışmamızda her ne kadar çocuğun anne, baba veya kardeşinde ruhsal bozukluk olmasına göre YDÇBDÖ Saldırganlık puanları açısından anlamlı fark saptanmamış olsa da tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde ailede ruhsal bozukluk varlığının Saldırganlık puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunmuştur. Ancak çok değişkenli regresyon analizinde Saldırganlık puanları üzerine etkisi olmadığı anlaşılmıştır. Çocuğun anne, baba veya kardeşindeki ruhsal bozukluğun ne olduğu, aile dinamiğini ve ilişkileri nasıl etkilediği tam olarak bilinemediği için, bu konuda farklı değişkenlerin de etkisinin söz konusu olabileceğinden dolayı bir etki bulunamamış olabilir.

Çalışmamızda YDÇBDÖ Saldırganlık puanı ile DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV Okul Öncesi Ölçeği toplam, dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanları arasında aynı yönde ilişki bulunmuştur. Tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde toplam, dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarının, çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarının yükselmesi ile YDÇBDÖ Saldırganlık puanlarının arttığı saptanmıştır. Yapılan bir derlemede, çocuklarda DEHB'ye sıklıkla saldırganlık eşlik ettiği ve DEHB'deki emosyonel disregülasyonun saldırganlık riskini artırdığı bildirilmiştir (440). Otizmli çocuklarla yapılan bir çalışmada, çocuklardaki saldırgan davranışların en önemli iki yordayıcısından birinin DEHB varlığı olduğu bildirilmiştir (464). Ayaz ve ark. çalışmalarında DEHB hiperaktif/dürtüsellik puanlarının çocuklardaki saldırganlığı öngördüğünü raporlamıştır (465). Boomsma ve ark. yaptıkları ikiz çalışmasında hiperaktivite/dürtüsellik ve dikkat eksikliğinin saldırgan davranışlar üzerine olan yordayıcı etkisinin genetik modellemesini raporlamışlardır (466). Gagne ve ark. çalışmalarında okul öncesindeki DEHB ve saldırgan davranışların azalmış inhibitör kontrolle ilişkili olduğunu belirtmiştir (467). Yapılan bir başka çalışmada inhibitör kontrolün DEHB'li çocuklardaki hiperaktivite ve dikkat eksikliği belirtilerini yordadığı saptanmıştır (468). Bu bağlamda inhibitör kontrol yetersizliğinin hem DEHB'yi hem de saldırgan davranışları etkileyen bir faktör olabilmesi ve DEHB belirtilerinin saldırganlık üzerine etkisine dair genetik kanıtların bulunması çalışma sonucumuzda olduğu gibi DEHB'nin Saldırganlık puanları üzerine yordayıcı etkisini açıklamaya yardımcı olabilir.

Çalışmamızda YDÇBDÖ Saldırganlık puanlarıyla DASÖ toplam, anksiyete, depresyon ve stres puanları arasında aynı yönde ilişki bulunmuştur. Her ne kadar tek değişkenli regresyonda DASÖ depresyon, anksiyete ve stres puanlarının yükselmesi ile Saldırganlık puanları yükselmiş olsa da çok değişkenli regresyonda yalnızca stres puanlarının yükselmesi ile Saldırganlık puanlarını arttırdığı saptanmıştır. Çocuklardaki saldırganlığın yönetiminde ebeveynin stres düzeyi önemli bir yer tutmaktadır (469). Yapılan bir çalışmada ebeveynin stresi ile çocuğun saldırgan davranışlarının karşılıklı etkileşimde olduğu saptanmıştır (470). Çocukların duygu düzenlemeyi öğrenebilmesinde ebeveynlerin duygu düzenleme becerileri önem taşır (471). Carrère ve Bowie ebeveyndeki emosyonel disregülasyonun çocukta saldırganlığa yol açabileceğini bildirmiştir (472). Gelişim gecikmesi olan çocuklarla yapılan bir çalışmada ebeveynlerin stresi azaldığında çocuğun duygu düzensizliğinin de azaldığı gösterilmiştir. Ebeveyn stresi ile çocuğun duygu düzensizliği arasında aşırı müdahil olan ebeveyn tutumunun aracı olduğu raporlanmıştır (473). Bir başka çalışmada ebeveynin stresi, duygu düzensizliği ve frustrasyon toleransı çocukla ebeveynin ilişkisindeki saldırganlığı öngördüğü bildirilmiştir (474). Ebeveynin duygu düzenleme becerisinin dışında ebeveynlik tutumunu anlamak da bulgumuzu değerlendirmeye yardımcı olabilir. Her ne kadar çalışmamızda ebeveynlik tarzını sorgulamış olmasak da stresin ebeveynlik üzerine etkide bulunup çocuk-ebeveyn etkileşimi üzerine bozucu olması muhtemeldir. Stres puanlarının Saldırganlık puanlarını yordamasının nedenlerinden biri de bu durum olabilir.

5.7. YDÇBDÖ DİĞERLERİ İÇİN DÜŞÜK ENDİŞE PUANLARININ DİĞER VERİLERLE İLİŞKİSİ

YDÇBDÖ Diğerleri için Düşük Endişe boyutu duyarsız (*callous*) davranışları ölçer. Ölçek maddeleri arasında sinirli/engellenmiş/üzgün olduğunda başkalarının duygularını umursamama, ebeveynlerin veya diğer yetişkinlerin duygularını umursamama, birini korkutan/üzen şeyleri yapma, diğer insanları memnun etmeyi umursamıyormuş gibi davranma, birinin sinirlenmesi/üzülmesi ile ilgilenmeme, başkalarını kızdırmaktan keyif alma, başkalarını küçük düşürmeye veya utandırmaya çalışma, başkasının kötü/üzgün hissetmesini umursamıyor gibi davranma yer alır.

Başkaları için düşük endişe duyma, çocuğun diğer insanların duygularına karşı duyarsız olma eğilimini yansıtır ve bu nedenle antisosyal kişiliğin katı-duygusuz (KD) olma temel bileşenine benzer (475). Waller ve ark. metaanaliz çalışmasında KD özelliklerin duygusuz (düşük empati), umursamaz (düşük toplum yanlısı sosyallik) ve pişmanlık duymayan (düşük suçluluk) davranışları kapsayan çok boyutlu bir yapıyı temsil ettiği şeklinde bir tanımlama önermişlerdir (66). Waller ve Hyde çalışmalarında, KD özellikleri özellikle şiddetli ve kronikleşme eğilimi yüksek antisosyal davranışları olan çocuklar için kullanıldığını, KD özelliklerin ortaya çıkışı kalıtsal nedenlere bağlı olsa da ebeveyn tutumları KD şiddetinde tamponlayıcı görev görebileceğini bildirmiştir (476). KD özellikler görülen çocuklarda antisosyal davranış güçlü bir şekilde kalıtsal olarak, KD'nin eşlik etmediği çocuklarda antisosyal davranış varlığı birincil olarak çevresel etkiler tarafından yönlendirildiği düşünülmektedir (477,478). Mizaç özelliği olarak düşük endişeli çocuklar cezadan nispeten etkilenmedikleri için katı özellikler geliştirebilir (479). KD özellikler ise saldırganlıkla sıkı ilişki halindedir (480). KD özellikler davranım bozukluğu olmasa bile bağımsız tanısal değere sahip olabilir (87,481-483). Gençlerde KD özellikler üzerine yapılan birçok araştırma, biyolojik bağlantılara odaklanırken (484), sertlik ve sıcaklık gibi ebeveynlik boyutlarının KD özelliklerin gelişiminde önemli olduğunu gösteren çalışmalar yazında önemli bir yer edinmiştir (485).

Çalışmamızda çocuğun cinsiyetine göre YDÇBDÖ Başkaları İçin Düşük Endişe puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Düşük Endişe alt boyutunun kullanıldığı çalışmalarda erkeklerin ölçek puanlarının kızlardan yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmada erkeklerin Düşük Endişe puanlarının kızlardan yüksek olduğu belirtilmiştir (169). White ve ark. Düşük Endişe puanlarını 80 persentilin altını düşük ölçek puanı, 80 persentilin üzerini ise yüksek ölçek puanı olarak belirledikleri çalışmalarında yüksek puana sahip grubun %59,8'inin kız, %40,2'sinin ise erkek cinsiyette olduğunu, bizim sonucumuza benzer şekilde kız ve erkeklerin ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını raporlamışlardır (65). Wakschlag ve ark. (6), YDÇBDÖ Düşük Endişe puanlarının erkeklerin kızlardan daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Düşük endişe alt boyutunun katı/duygusuz (KD) özellikleri yansıttığı göz önüne alınırsa Katı-Duygusuz Özellikleri Tarama Ölçeğinin verileri de cinsiyet-düşük endişe puanı ilişkisini

yorumlamaya yardımcı olabilir. Katı-Duygusuz Özellikleri Tarama Ölçeğinin Türkçe uyarlama çalışmasında erkek ve kızların ölçek puanları arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (486). YDÇBDÖ Düşük Endişe alt ölçeğinin kullanıldığı çalışmalar incelendiğinde cinsiyetle ölçek puanlarının ilişkilendirildiği çalışmalar olduğu kadar bu ilişkinin ortaya konulmadığı çalışmaların da bulunduğu görülmüştür. Çalışma bulgumuzun alanyazında benzerleri bulunmakla birlikte, Türkiye’de okul öncesi eğitimin zorunlu olmaması, çocuklarına okul öncesinde eğitim aldirmek isteyen ailelerin çocuklarının okula gitmesi, araştırma örnekleminizin okula giden çocuklardan oluşması ve ebeveynlerin büyük kısmının lise ve üzerinde eğitim durumlarının olması gibi nedenler bu sonucun ortaya çıkmasına neden olmuş olabilir. Bu konuda yapılacak daha geniş katılımlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda çocuğun yaşı ile Düşük Endişe puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çocuğun olağan gelişimi sırasında dışa yönelim belirtileri yaşla gerileme eğilimindedir (487,488) ve 2 yaşından itibaren çocuklarda KD özellikler gözlenebilir (489). Yapılan bir çalışmada 5 yaşındaki çocukların prososyal davranış düzeyinin 4 yaşındakilere göre daha gelişmiş olduğu bulunmuştur (316). Ülkemizde YDÇBDÖ’nün kullanıldığı çalışmada Düşük Endişe puanı için 3 ile 4 yaş arasında anlamlı fark bulunmazken, 3-5 yaş ile 4-5 yaş puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır (169). Wakschlag ve ark. (6) 3 yaşındaki çocukların Düşük Endişe puanlarının 5 yaşındakilerden daha yüksek olduğunu raporlamıştır. Empati, vicdan gibi kavramlara çocuğun gelişimsel kazanımları olarak bakarsak yaşla birlikte Düşük Endişe puanlarının azalma eğiliminde olmasını bekleriz. Çalışmamızda çocuğun yaşı ile Düşük Endişe puanları arasında ilişki saptanmamasının nedenlerinden biri 3 ile 4 yaş grubundaki çocukların 5 yaş grubuna göre az sayıda olması olabileceği gibi araştırmamızda 3-4 yaş ve 5 yaş grubu karşılaştırması yapılmaması, yaşın artması ve azalmasına bağlı puanların değişimine bakılması bu sonucun çıkmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda çocuğun kardeş sayısı ile Düşük Endişe puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Alanyazında Düşük Endişe puanı ve çocuğun kardeş sayısı arasındaki ilişkiye dair veri sunan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. KD özellikler DB’nin belirleyicilerinden olduğundan DB ve kardeş sayısına ilişkin veriler düşük endişe puanını ve kardeş sayısı ilişkisini yorumlamaya yardımcı olabilir. Moran ve ark.

toplum örneklemlerinde çalışmalarında çocuğun kardeş sayısı ile KD özellikler arasında anlamlı ilişki bulunduğunu ancak lineer regresyon analizinde KD özellikler üzerine etkisinin bulunmadığını raporlamıştır (490). Ülkemizdeki bir çalışmada kardeş sayısının okul öncesi yaştaki çocukların davranım problemleri üzerine önemli bir etkisi olmadığını belirtilmiştir (227). Araştırmamızda bulduğumuz sonuç alanyazınla uyumlu gibi görünmektedir.

Çalışmamızda anne ve baba yaşı ile Düşük Endişe puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Katı/duygusuz davranış üzerine genetik etki orta düzeydeyken (%25) paylaşılmış çevresel risk faktörleri yüksek düzeyde (%48) etki gösterir. Ailevi (örneğin, ihmal ve ebeveyn stresörleri) ve sosyokültürel bağlam özellikleri çevresel risk faktörlerini oluşturur (491). Sert ve olumsuz tutumların baskın olduğu ebeveynlik ve çocuğa karşı yetersiz ebeveyn sıcaklığı KD için önemli birer ailevi risk faktörüdür (482). Yapılan bir çalışmada annenin genç yaşta olmasının yetişkinlikteki antisosyal kişiliğin önemli öngörücülerden olduğu raporlanmıştır (492). Farrington ve ark. genç yaşta anne (21 yaş) ve babaya (23 yaş) sahip olmanın antisosyal belirtileri öngörmediğini raporlamıştır (493). Piquero ve Lawton'ın çalışmasında, doğumda genç anne yaşı (<18) suç davranışıyla ilişkili bulunmuştur (494). Bu durumun pek çok nedeni olabilir ancak düşük gelir, partner şiddeti, marital sorunların daha sık görüldüğü genç yaşta anne olmanın çocuğun zorlayıcı davranışlarını yönetme becerisinde yetersizlikle sonuçlanması olasılık dahilindedir. Yapılan bir çalışmada düşük doğum ağırlığına sahip çocuklar, anneleri doğumda 18 yaş altı veya 40 ila 49 yaş arası olduğunda, ilerleyen yıllarda yüksek suç işleme davranışı göstermişlerdir (495). Genç yaşta anne olmak (özellikle ilk çocuğa doğumda) annenin çocuğun saldırganlığını yatıştırma becerisinde yetersizlik yaşamaya yol açmaktadır (230). Saldırganlık sıklıkla KD özelliklere eşlik ettiğinden (480) ebeveynlik becerisinin düşük endişe özelliği üzerine de benzer etkisi olabilir. Bir başka çalışmada düşük doğum ağırlığının (DDA) suç işleme olasılığını artırıp artırmaması, doğum sırasındaki anne yaşının 18 yaş altı veya 40 yaş üstünde olmasına bağlı bulunmuştur. Aynı çalışmada DDA ile ileri baba yaşı arasında anlamlı bir etkileşim etkisi saptanmamıştır (495). Çin'de yapılan bir çalışmada anne yaşı ile çocuğun KD puanları arasında ilişki bulunmamıştır (496). Çalışma bulgumuz ebeveyn yaşı ile çocuğun başkaları için düşük endişe duyması arasında ilişki bulunamamış olması yazındaki çocuğun yıkıcı davranışları ile ebeveyn

yaşı arasında ilişkinin gösterilemediği çalışmalar ile uyumludur. Erken yaşta ebeveyn olmanın ebeveynlik özelliklerini etkileyeceği bilinmekle birlikte çalışmamızda yaşın artması ya da azalması ile puanlar arasındaki ilişki incelenmiş ve bu konuda bir ilişki bulunamamıştır. Ayrıca araştırmamıza katılan ebeveynlerin yaş ortalamasının da çok düşük olmaması da bu duruma neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda anne ve baba eğitim düzeyi, çalışma durumu ve aile geliri ile YDÇBDÖ Düşük Endişe puanı arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır. Akkuzu bizim çalışmamıza benzer şekilde Düşük Endişe puanlarında ebeveyn eğitimi ve aile geliri açısından fark saptamamıştır (169). Akkuzu (169)'nun tez çalışması haricinde ebeveyn eğitimi ve düşük endişe hakkında başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırma sonucumuz mevcut veri ile uyumludur. Piquero ve Lawton'ın çalışmasında, düşük anne eğitimi (< lise) suç davranışına etkili aile sorunları arasında tanımlanmıştır (494). Çin'de yapılan bir çalışmada anne eğitim düzeyi ile çocuğun KD puanları arasında ilişki bulunmamış, ancak aile gelirin KD puanları ile ilişkili olduğu raporlanmıştır (496). Loeber ve Farrington ise düşük sosyoekonomik düzeyin ve annenin eğitim düzeyinin düşük olmasının çocuğun gelecekteki suç davranışı için risk faktörleri arasında yer alabileceğini öne sürmüşlerdir (237). Ülkemizde yapılan bir araştırmada ebeveynlerin eğitim düzeyi yükseldikçe okul öncesi çocuklara karşı ebeveynin demokratik tutumda olma ihtimali arttığı, öğrenim düzeyi düştükçe otoriter tutum arttığı saptanmıştır (415). Ebeveynlikteki olumsuz tutumların baskınlığı KD'ye yol açabileceğinden (482) eğitim düzeyi arttıkça Düşük Endişe puanlarının azalacağı düşünülebilir ancak bu konudaki araştırmaların artması gerekmektedir. Loeber ve Farrington ebeveynin işsiz olmasını çocuğun gelecekteki suç davranışı için risk faktörleri arasında yer alabileceğini öne sürmüşlerdir (237). Ebeveynin işsiz olması aile gelirin azalması ile benzer mekanizmalara yol açabilir. Aile gelirin azalması ile KD davranışlar artış gösterir (129). Ekonomik zorluk, ebeveyn sağlığı ve iyilik halini bozarak, ebeveynin çocuğa ilgi ve duyarlılığının azaltır ve çocukların KD'sini etkiler (497,498). Böylece, KD için risk yaratan sert ve olumsuz ebeveynlik tutumları ile ebeveynin çocuğuyla sıcak bir ilişki kurmasını zorlaştıran bir ortam yaratılmış olur (482). Wakschlag ve ark. (6) çalışmalarında yoksul ve yoksul olmayan aileleri kıyasladığında YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları arasında fark saptamamıştır.

Alanyazında KD açısından gelir düzeyi ile ilişkili araştırmalar bulunmakla birlikte Düşük Endişe açısından bulgumuz alanyazınla uyumlu görünmektedir.

Çalışmamızda aile yapısına göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları açısından fark saptanmamıştır. Alanyazında diğerleri hakkında düşük endişe duyma ve aile yapısı hakkında başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Moran ve ark. 5-16 yaş örneklemleri çalışmalarında aile fert sayısının artışı ile KD puanlarının arttığını raporlamıştır (490). Çin’de yapılan bir çalışmada tek ebeveynli ailede yaşama ile çocuğun KD puanları arasında ilişki bulunmamıştır (496). Farrington’ın çalışmasında hem parçalanmış ailede hem de geniş ailede yaşamının yetişkinlikteki antisosyal kişiliğin çocuklukta önemli öngörücülerinden olduğu raporlanmıştır (492). Ergenlikteki suç davranışıyla ilişkili bir sistematik gözden geçirme çalışmasında ergenin geniş ailede yaşıyor olması suç işleme için bir risk faktörü olarak belirtilmiştir (499). Kalabalık aile ve çocuk bakımına anne-baba dışı bakımverenin sık değişmesi aileye kaotik bir yapı kazandırabilir (479). Ancak Türk toplumunda bu her zaman kaotik aile demek değildir. Büyükanne, büyük baba ve geniş ailenin destekleyici bir tarafı da olabilir. Çekirdek aile ve geniş ailede fark olmaması Türk aile yapısı ile ilişkili olabilir ama bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Araştırmamızda anne-babası boşanmış olan veya ayrı yaşayan okul öncesi çocuklar ile anne-babası birlikte olan çocukların Düşük Endişe puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Çin’de yapılan bir çalışmada tek ebeveynli ailede yaşama ile çocuğun KD puanları arasında ilişki bulunmamıştır (496). Tek başına çocuk yetiştirmek durumunda kalan anne/babalar artan sorumluluk ile baş edebilmek adına çocuk üzerinde daha fazla hâkimiyet kurma çabasına girip otoriter ebeveynlik tarzını benimseyebilirler (415). Tek ebeveynli bir ailede büyümenin çocukların yıkıcı davranışları için bir öngörücü olduğu düşünülmektedir (7). Ancak her zaman böyle olmak zorunda değildir. Anne babalar ayrı da olsa çocuklarıyla aralarındaki sağlıklı bağlar korumayı başarabilirler ve ilişkilerini uygun bir şekilde devam ettirmeyi sağlayabilirler. Akkuzu da bizim sonucumuza benzer şekilde anne-babası boşanmış olan veya ayrı yaşayan okul öncesi çocuklar ile anne-babası birlikte olan çocukların Düşük Endişe puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (169). Bu konu ile ilgili Türk toplumu ile yabancı toplumlar arasında farklılık olabilir ama ilerleyen dönemde yapılacak araştırmalar ile bu konudaki bilginin artmasına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda prenatal strese maruz kalan çocukların YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları, stresli olay yaşamayan annelerin çocuklarınkinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda gebelikte prenatal stresin alt boyutu olarak ekonomik zorluk yaşayan annelerin çocuklarının YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları, gebelikte ekonomik zorluk yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Çalışma bulgumuza benzer şekilde, Akkuzu da gebeliğinde stres yaşayan annelerin çocuklarının Düşük Endişe puanlarını gebelikte stres yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu raporlamıştır (169). Yapılan bir araştırmada prenatal maternal kortizol artması ile okul öncesi kız çocuklarda KD özelliklerin azaldığı bildirilmiştir (500). Glenn'in çalışmasında KD özellikleri açıklayan teorilerden bahsedilirken prenatal stresin otonom sinir sistemi ve HPA'yı içeren stres yanıt sisteminin baskılanmasıyla KD'deki sosyal ve fiziksel tehdide karşı dayanıklılıkla ilişkili olabileceğinden bahsedilmektedir (501). Alanyazın incelendiğinde annenin gebelikte yaşadığı ekonomik stres ile çocuğun diğer insanlar için düşük endişe duyması arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle suç davranışı ve KD örüntüsüyle ilgili çalışmalar incelenmiştir. Azalan aile geliri ile KD davranışların artış gösterdiği düşünülmektedir (129). KD belirtiler gösteren çocuklarda sadece DB olan çocuklara göre yoksulluk daha sıktır (482). Bu durum göz önüne alındığında tıpkı çalışma bulgumuzda olduğu gibi yaşamın hassas bir dönemi olan gebelikte yaşanan ekonomik stresin Düşük Endişe puanlarını artırması olası görülmektedir. Düşük Endişenin prenatal stres (özellikle prenatal ekonomik stres) ile ilişkisi konusunda yapılacak ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda annenin gebelikte yakın kaybı yaşamasına göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları açısından fark saptanmamıştır. Alanyazında düşük endişe ve gebelikteki yakın kaybı ilişkisinin değerlendirildiği başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Gebelikte kaybedilen kişinin anneye yakınlığı, ilişkileri, ölümün travmatik olup olmaması gibi pek çok değişkeni sorgulamamış olmamız bulgumuzu etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda annenin gebeliğinde sigara kullanmasına göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları açısından fark saptanmamıştır. Her ne kadar kanıt düzeyinde olmasa da doğum öncesi sigara maruziyetinin antisosyal davranışın etiolojisinde yeri olduğu düşünülmektedir. Ampirik kanıtlar günde yarım paket veya daha fazla sigara içen

annelerin çocuklarında davranışsal riskin arttığını göstermektedir (502). Akkuzu ise bizim sonucumuza benzer şekilde prenatal sigara kullanımı ile Düşük Endişe puanları arasında ilişki saptamamıştır (169). Wakschlag ve ark. prenatal sigara maruziyetinin Düşük Endişe puanlarını predikte etmediğini bildirmiştir (134). Loeber ve Farrington ise annenin gebelikteki sigara kullanımının çocuğun gelecekteki suç davranışı için risk faktörleri arasında yer alabileceğini öne sürmüşlerdir (237). Araştırmamızda aktif-pasif içicilik ayrımı gözlemlenmemiş olması çalışmamızın Düşük Endişe puanlarını etkilemiş olabilir. Ayrıca günlük içilen sigara miktarının çok ya da az olmasının da değerlendirilmeye alınamamış olması da sonucu açıklayabilecek bir diğer neden olabilir.

Çalışmamızda doğum zamanı, doğum şekli ve doğum kilosuna göre Düşük Endişe puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Çeşitli çalışmalarda antisosyal davranışlar ile hamilelik, doğum komplikasyonları (503,504) ve DDA (494,495) arasında güçlü ilişkilerin varlığı gösterilmiştir. Piquero ve Lawton'ın çalışmasında, DDA'nın çocuğun suç davranışına etkisinin yalnızca olumsuz aile ortamlarında kendini gösterdiği saptanmıştır (494). Akkuzu (169) ise çalışmalarında bizim çalışmamıza benzer şekilde doğum zamanı, doğum kilosu ve doğum şekli ile Düşük Endişe puanı arasında anlamlı fark saptamamıştır. Çalışma bulgumuzda doğumsal bilgilerle düşük endişe arasında anlamlı ilişki saptanmamasının nedenleri arasında doğumsal özelliklerin olumsuz aile yaşantısı ile önemli derecede ilişki içerisinde olması yer alabilir ancak bu konuda gelecekte yapılacak araştırmalara ihtiyaç vardır. Araştırma sonucumuz alanyazınla uyumlu görünmektedir.

Çalışmamızda çocuğun doğum sonrasında tıbbi sorun yaşamasına göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları açısından fark saptanmamıştır. Alanyazın incelendiğinde, çocuğun düşük endişe özelliğiyle doğum sonrasında tıbbi sorun yaşanmış olması veya kuvözde kalmış olma arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların kısıtlı olduğu anlaşılmıştır. Gelecek araştırmalarda doğum sonrası tıbbi sorunu objektif değerlendirmeyi sağlayacak standardize bir ölçek kullanılması alanyazında kısıtlı çalışmanın olduğu bu alana katkı sağlayabilir.

Çalışmamızda doğum sonrası sarılık gelişmesine göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları açısından fark saptanmamıştır. Alanyazın incelendiğinde doğum sonrası

sarılık geçirilmesi ve düşük endişe ilişkisinin incelendiği başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Cohen ve ark.'ın gözden geçirme çalışmasında yenidoğan sarılığının bilirubin yapım-yıkım dengesine bağlı ortaya çıktığını, en sık nedenin hemolize bağlı bilirubin artışı nedeniyle olduğunu ve kalıcı nörolojik sekellere neden olabileceğini bildirmiştir (505). Çalışmamızda çocukların sarılık süresini ve bu sıradaki kan bilirubin seviyelerini sorgulamamış olmamız Düşük Endişe puanları üzerine etki saptanmamasına yol açmış olabilir.

Çalışmamızda doğum sonrasında kuvöz bakımı alınmasına göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları açısından fark saptanmamıştır. Alanyazın incelendiğinde, çocuğun düşük endişe özelliğiyle kuvözde kalmış olma arasındaki ilişkinin incelendiği tek çalışmaya rastlanmıştır. Akkuzu (169) çalışmasında bizimkine benzer şekilde kuvözde kalanlar ile kalmayanlar arasında Düşük Endişe puanı arasında anlamlı fark olmadığını bildirmiştir. Çocukların kuvözde kalış nedenlerinin ve ne kadar süreyle kaldıklarının bilinmemesi bu konuda yorum yapmayı zorlaştırmaktadır.

Çalışmamızda çocuk psikiyatri başvurusu olan çocukların YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları çocuk psikiyatri başvurusu olmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir. Hem klinik hem de toplum örneklemelerinde yapılan çalışmalarda KD özelliklerin yaşam boyunca DEHB, KOKGB, DB ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi dışa yönelim bozuklukları ile yakın ilişkili olduğu saptanmıştır (506–509). Longman ve ark. çalışmasında KD özellikleri ile davranış probleminin ciddiyeti arasında anlamlı bir pozitif ilişki bulunmuştur (510). Erken çocuklukta psikiyatri başvurusunun sıklıkla yıkıcı davranışlar nedeniyle olduğunu kabul edersek, düşük endişe duymanın da bu başvurular arasında yeri olduğu yorumunda bulunabiliriz.

Alanyazın incelendiğinde, çocuğun düşük endişe özelliğiyle kronik hastalığa sahip olması arasındaki ilişkiye dair başka bir çalışmaya rastlanmadığından KD özellikler üzerinden incelenmiştir. Moran ve ark. toplum örneklemli çalışmalarında çocukta genel sağlıkla ilgili sorun olması ile KD özellikler arasında anlamlı ilişki bulunduğunu ancak lineer regresyon analizinde KD özellikler üzerine etkisinin bulunmadığını raporlamıştır (490). Çalışmamızda çocukta kronik hastalık bulunması ile YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu konuda yapılacak araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Çalışmamızda ailesinde ruhsal bozukluk olan çocukların YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları, ailesinde ruhsal bozukluk olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. KD belirtiler gösteren çocuklarda sadece DB olan çocuklara göre yoksulluk, anne psikopatolojisi ve anneye karşı partner şiddeti daha sıktır (482). Akkuzu (169) da bizim bulgumuza benzer şekilde ailesinde ruhsal bozukluk olan çocuklar ile olmayanlar arasında Düşük Endişe puanlarında anlamlı fark bulunmuştur. Moran ve ark. toplum örneklemleri çalışmalarında ebeveynde ruhsal bozukluk varlığı ile KD özellikler arasında anlamlı ilişki bulunduğunu raporlamıştır (490). Ruhsal bozuklukların genetik geçişi ve çocuk yetiştirme tarzlarını etkileyebilmesi çalışma bulgumuzu açıklamaya katkıda bulunabilir.

Çalışmamızda çocuğun ailesinde fiziksel hastalık olmasına göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Akkuzu (169) ise ailesinde kronik fiziksel hastalık olan çocuklar ile olmayanlar arasında Düşük Endişe puanlarında anlamlı fark bulunmuştur. Alanyazın incelendiğinde, çocuğun düşük endişe özelliğiyle ailesinde kronik fiziksel hastalığa sahip olması arasındaki ilişkiye dair başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda ailedeki kronik hastalık tanımının sınırlarının net olarak çizilmemesi ve objektif olarak tanısal değerlendirme yapılmaması arada ilişki bulunmamasının nedenleri arasında yer alabilir.

Çalışmamızda YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları ile DEHB toplam ve alt boyut puanlarının her biri ile arasında aynı yönde zayıf ilişki bulunmuştur. Akkuzu (169) Düşük Endişe puanı ile EÇE-4 'ün DEHB-Hiperaktivite ve DEHB-Kombine alt ölçek puanlarının her biri ile aynı yönde zayıf ilişki bulunduğunu bildirmiştir. Akkuzu'nun çalışması haricinde doğrudan düşük endişe ve çocuğun DEHB tanısı arasındaki ilişkinin değerlendirildiği başka bir çalışmaya rastlanmadığından KD davranışları incelemenin yol gösterici olabileceği düşünülmüştür. Waller ve arkadaşlarının 3-6 yaşındaki çocuklarla yaptıkları boylamsal çalışmada KD özellikler daha düşük dikkat ve odaklanma seviyeleri ile ilişkili bulunmuş, DEHB ve KD özellikleri olan çocukların daha az suçluluk duyduğu ve yaşlarından beklenen empati düzeyine erişemedikleri raporlanmıştır (511). Çin'de 4-5 yaşındaki çocuklarla yapılan bir çalışmada DEHB tanılı çocukların KD özellik puanları tipik gelişim gösteren çocuklardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (512). 8-12 yaşta kontrol grubu ile kıyaslandığında DEHB tanısı olan çocukların ebeveynlerinin empati puanları diğer gruptan daha düşük

bulunmuştur (513). Yine, Maoz ve ark. çalışmalarında DEHB’li çocuklarda kontrol grubuna kıyasla empatide bozulma olduğunu bildirmiştir (514) .DEHB tanılı çocuklarda KD özelliklere daha sık rastlanıldığı kabul gördüğünden çalışma bulgumuzda olduğu gibi düşük endişe boyutu özelinde de benzer ilişkinin saptanması beklenen bir bulgudur.

Çalışmamızda YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları ile DASÖ-21 toplam, depresyon, anksiyete ve stres puanlarının her biri ile arasında aynı yönde ilişki saptanmıştır. Ebeveyn için stres yaratan durumlar çocuğun KD davranışları için çevresel risk faktörlerini oluştururken (491), ebeveynin stres düzeyi çocuğun KD davranışlarını öngören ruhsal belirtiler arasında yer alır (387). Ebeveynlerde stres düzeyinin artışının uygun disiplin sağlanmasını engelleyerek çocukların yıkıcı davranışlarının artırdığı düşünülebilir (294–296). Childs ve ark. ergenlik öncesi örneklemlerinde ebeveyn depresyonunun fiziksel ceza ile çocuğun KD özellikleri arasındaki bağlantıda önemli olduğunu bildirmiştir. Ancak bu ilişkinin depresyon şiddetine göre değiştiği gözlenmiştir. Ebeveynin ağır depresyonunda fiziksel ceza KD özellikler ile ilişkili bulunurken aynı ilişki hafif depresyon düzeyinde saptanmamıştır (515). Okul öncesi çocuklar için ebeveynin anksiyete düzeyi de duygu düzenleme ve davranım problemleri açısından risk teşkil etmektedir (516). Yapılan bir başka çalışmada ise ebeveyn anksiyetesi ile çocuğun antisosyal özellikleri arasında ilişki saptanmamıştır (517). Alanyazında incelendiği kadarıyla erken çocuklukta ebeveyndeki depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin çocuğun KD özellikleriyle ilişkilendirildiği çalışmalar bulunmakla birlikte doğrudan düşük endişe duyma ile ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Erken çocuklukta empati gelişiminde çeşitli biyolojik ve çevresel faktörlerden etkilenebilir. Sıcak ebeveynlik tutumu ve ebeveyn-çocuk senkronu bunların içinde yer alır ve aksadıklarında empati gelişimi etkilenebilir. Birk ve ark. gözden geçirme çalışmasında ebeveyndeki depresyon ve anksiyetenin ebeveyn ve çocuk arasındaki senkronu bozabileceğini bildirmiştir (518). Her ne kadar ebeveyn ile çocuk uyumunu değerlendirmiş olmasak da çalışmamızda DASÖ-21 depresyon, anksiyete, stres ve toplam puanları ile Düşük Endişe puanları arasında ilişki bulunmasının nedeni ebeveyn ile çocuk arasında bozulmuş senkronizasyon ve ebeveynin depresyon, anksiyete ve stres belirtilerinin ebeveynlik stilini ve becerilerini etkilemiş olması olabilir.

Çalışmamızda çocuğun cinsiyeti, yaşı, kardeş sayısı, anne-baba yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile geliri, anne-baba birlikteliği, çekirdek ya da geniş ailede yaşama, gebelikte yakın kaybı, gebelikte sigara kullanımı, doğum şekli, doğum kilosu, doğum sonrası sorun varlığı, doğum sonrası sarılık geçirme öyküsü, kuvözde kalma öyküsü ve ailesinde fiziksel hastalık bulunmasına göre YDÇBDÖ Diğerleri için Düşük Endişe puanları açısından anlamlı farklılık bulmadığımız gibi tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde de Düşük Endişe puanları üzerine etkilerinin bulunmadığı anlaşılmıştır.

Çalışmamızda prenatal strese maruz kalan çocukların Düşük Endişe puanları, prenatal strese maruz kalmayan çocuklarıkinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde annenin gebeyken stresli olay yaşamasının Düşük Endişe puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunurken, çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde Düşük Endişe puanları üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızda prenatal stresin alt boyutu olarak gebelikte ekonomik zorluk yaşayan annelerin çocuklarının Düşük Endişe puanları, gebelikte ekonomik zorluk yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde annenin gebelikte ekonomik zorluk yaşamasının Düşük Endişe puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunurken çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde Düşük Endişe puanları üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır. Hentges ve ark. gebelik stresinin fetal beyin gelişimini etkileme, doğum sonrası ebeveynin çocuğa karşı tutumunda farklılıklara yol açma, annenin stresinin doğum sonrasında da devam edebilmesi yoluyla çocuklukta psikopatolojilere yol açabileceğini bildirmiştir (371). Barker ve ark. çalışmasında anne yaşı, ekonomik zorluklar, evlilik sorunları, anne psikopatolojisi, madde kötüye kullanımı ve suç davranışını prenatal kümülatif risk olarak belirlemiş, prenatal risk artışını korkusuz mizaç ve KD özelliklerin artışı ile ilişkilendirmişlerdir (482). Piquero ve Lawton, gebelikte annenin devlet yardımı almasını ailevi sorunlardan biri olarak kabul ettikleri çalışmada, DDA'nın çocuğun suç davranışına etkisinin yalnızca sorunlu ailede yetişme durumunda belirgin olduğunu bildirmiştir (494). Tüm bunlar göz önüne alındığında tıpkı çalışma bulgumuzda olduğu gibi yaşamın hassas bir dönemi olan gebelikte yaşanan ekonomik stres arttıkça Düşük Endişe puanlarını üzerine artırıcı

etkide bulunması söz konusu olabilir ancak prenatal dönemde etkisi olabilecek birçok başka faktörün de olabileceği akılda tutulmalıdır.

Çalışmamızda her ne kadar tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde çocuk psikiyatri başvurusu varlığının Düşük Endişe puanlarını pozitif yönde artırdığı saptansa da çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde çocuk psikiyatri başvurusu varlığının Düşük Endişe puanları üzerine etkisinin olmadığı bulgulanmıştır. Daha önce KD ile davranış probleminin ciddiyetinin aynı yönde ilişkili olduğunu belirtmiştik (510). Diğerleri için düşük endişe duymanın da KD özelliklerin öncülü olduğu düşünüldüğünden, bu bağlamda belirti şiddeti arttığında ebeveynin çocuk psikiyatrisine başvuru ihtimaline neden olabileceği düşünülebilir. Yine de çok değişkenli analizde bu etkinin olmadığı da görüldüğünden çocuk psikiyatrisi başvurusunda hangi belirtiler ile başvurunun yapıldığı ya da çocuğun hangi tanıları aldığı gibi değişkenler bağlamında ileride tekrar değerlendirilmesi uygun olabilir.

Çalışmamızda çocukta kronik hastalık bulunması ile YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde çocukta kronik hastalık varlığının Düşük Endişe puanlarını pozitif yönde artırdığı saptanmıştır. Ancak çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde Düşük Endişe puanları üzerine yordayıcı etkisi olmadığı anlaşılmıştır. Çocukta kronik hastalık geliştiğinde çocuğun kendine bir şey olup olmayacağına dair düşüncelerle meşgul olabilir. Kendine ve bedenine odaklanan çocuğun diğer kişilere yönelik ilgisini ve kaygısının da azalması olasıdır. Bu yorum kronik hastalığın Düşük Endişe puanlarını yordayıcı etkisini anlamaya yardımcı olabilir. Ancak erken çocuklukta her bir çocuğun hastalığı algılayışı çocuğa hastalıkla ilgili sürecin ne kadarının anlatıldığı, yaşa ve bilişsel gelişimine bağlı olarak anlatılanın ne kadarını anlayabildiği gibi değişkenlerden etkilenmesi olasıdır. Tüm bunlar çok değişkenli regresyonda yordayıcı etki saptanmamasına yol açmış olabilir. Bu konuda çocuktaki kronik hastalık algısının yüz yüze görüşme yaparak değerlendirilerek Diğerleri için Düşük Endişe özelliği üzerine yordayıcı etkinin incelendiği çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Çalışmamızda ailesinde ruhsal bozukluk olan çocukların YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları, ailesinde ruhsal bozukluk olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek

bulunmuş, tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde ailede ruhsal bozukluk varlığının Düşük Endişe puanlarını pozitif yönde artırdığı saptanmıştır. Ancak yapılan çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde Düşük Endişe puanları üzerine yordayıcı etkisinin olmadığı anlaşılmıştır. Moran ve ark. toplum örneklemleri çalışmalarında lineer regresyon analizinde ebeveynde ruhsal bozukluk varlığının KD özellikler üzerine etkili olduğunu raporlamıştır (490). Ailedeki ruhsal bozukluğun çocukta genetik anlamda yatkınlık yaratabilmesi, ebeveynlik becerilerini ve tutumlarını etkileyebilmesi Düşük Endişe puanları üzerine yordayıcı etki saptamamıza yardımcı olabilir. Ancak çok değişkenli analizde bu etkinin kaybolduğu görülmüştür. Ailenin çocuğun gelişiminde oldukça önemli bir rolü olduğu, özellikle okul öncesi dönemde bu etkinin daha belirgin olabileceği düşünülebilir ancak burada değerlendirmeye alınması gereken birçok farklı parametre olduğu da akılda tutulmalıdır. Bu noktada özellikle ailedeki ruhsal bozukluğun ne olduğu, ruhsal bozukluğun hangi ebeveyninde olduğu, ebeveynin çocuğu ile ilgilenmesini ne düzeyde etkilediği de sorgulanması gereken diğer durumlardır. Bu konuya yoğunlaşacak spesifik araştırmalarla ailedeki ruhsal bozukluğun düşük endişeye olan etkisi ortaya konabilir.

Çalışmamızda YDÇBDÖ Diğerleri için Düşük Endişe puanları ile DEHB toplam ve alt boyut puanlarının her biri ile arasında aynı yönlü ilişki bulunmuştur. Tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde DEHB-DÖ-IV toplam ve alt ölçek puanlarının her birinin Düşük Endişe puanlarını pozitif yönde artırmış olsa da, çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde DEHB-DÖ-IV alt ölçek ve toplam puanlarından sadece hiperaktivite puanlarının yükselmesi ile YDÇBDÖ Düşük Endişe puanlarının arttığı saptanmıştır. Çocuktaki DEHB varlığının KD davranışları üzerine öngörücü etkisi bulunmaktadır (519). Moran ve ark. toplum örneklemleri çalışmalarında yaptıkları lineer regresyon analizinde çocuktaki hiperaktivite puanları ile KD özellik puanlarını aynı yönde artırdığını raporlamıştır (490). Farrington ve ark. çalışmasında impulsif davranışların antisosyal belirtileri öngörücü olduğunu, okulda dikkat eksikliği olmasının öngörücü olmadığını raporlamıştır (493). Yapılan bir çalışmada antisosyal davranışlar nedeniyle cezaevine girme oranının DEHB kombine görünümde dikkat eksikliğine kıyasla daha fazla olduğu bildirilmiştir (520). Yapılan bir çalışmada DEHB kombine tip olan çocuklar strese yanıt olarak baskılı kortizol yanıtı gösterirken, DEHB dikkat eksikliği alt tipinde strese artmış kortizol yanıtı elde edilmiştir. Dikkat eksikliği

alt tipin kortizol düzeyleri hiperaktivite baskın tipten daha yüksek bulunmuştur (521). KD özelliklerde de baskılanmış kortizol yanıtında da baskılı kortizol yanıtı bulunduğu belirtilmişti. Her ne kadar bu konuda bir araştırma yapmış olmasak da benzer durum diğerleri için düşük endişe duyuma için de geçerli olabilir ve bu sebeple yalnızca hiperaktivite puanları Diğerleri için Düşük Endişe duyma puanlarını yordamış olabilir. Gelecek araştırmalarda kortizol seviyesi ile Düşük Endişe puanları arasındaki ilişki incelendiğinde bu konu aydınlatılabilir.

Çalışmamızda YDÇBDÖ Diğerleri için Düşük Endişe puanları ile DASÖ toplam, depresyon, anksiyete ve stres puanlarının her biri ile arasında aynı yönde ilişki saptanmıştır. Tek değişkenli doğrusal regresyon modelinde DASÖ toplam, anksiyete, depresyon ve stres puanlarının Düşük Endişe puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunsa da çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde DASÖ alt boyut ve toplam puanlarından sadece stres puanlarının yükselmesi ile Düşük Endişe puanlarını arttırdığı saptanmıştır. Ebeveynlerdeki depresyon, anksiyete ve stres çocuk ile ilgilenme kapasitesini ve çocuğa karşı hissedilen sıcaklığı önemli ölçüde etkileyebilir. Tek bir ebeveynde depresyon ya da anksiyete bozukluğu olması halinde diğer ebeveynin çocukla ilgilenme konusunda sorumluluğu artabilir ve bu da diğer ebeveyn de stresin artışı ile sonuçlanabilir. Yani depresyon, anksiyete ve stres konusunda ebeveynler arasında da bir etkileşim söz konusu olabilmektedir. Sonuçta da ebeveynlerin bu durumu çocuğun ruhsal ve fiziksel ihtiyaçlarını karşılamada aksamalara yol açabilir. Çocuğun yaşından ötürü sergilediği olağan hareketliliği ya da basit yaramazlıklarına karşı tahammülde azalma görülebilir ve sert bir ebeveynlik tarzı benimsenebilir. Tüm bu karşılıklı etkileşimler neticesinde ebeveynlerin depresyon, anksiyete ve stres puanlarının Düşük Endişe puanlarını artırıcı etkisini açıklamaya yardımcı olabilir. Ancak çok değişkenli analizde depresyon ve anksiyete puanlarının etkisinin olmaması, sadece stres puanlarının etkisinin olması düşünmeye değer bir durum olabilir. Dünya sağlık örgütünün tanımına göre stres, zor bir durumun neden olduğu bir endişe durumu veya zihinsel gerginlik olarak tanımlanabilir (522). Ebeveynin yaşadığı zihinsel gerginlik ve buna bağlı olarak davranışlarının etkilenmiş olması söz konusu olabilir. Bu durum da çocuğun düşük endişe puanlarını etkiliyor olabilir. Anksiyete ve depresyonda da şüphesiz davranışlar etkileniyor olabilir ancak stresin burada neden ayrıştığının anlaşılması için ileri araştırmalara ihtiyaç vardır. . Ebeveynlerde stres,

depresyon ve anksiyete konusunda yapılacak tarama girişimleri KD özelliklerin erken çocukluktaki gelişimsel uzantısı olan diğerleri için düşük endişe özelliğine müdahale anlamında bir adım olabilir. Yetişkinlikte antisosyal özelliklerin erken çocukluktaki ilk belirtilerini tanıyabilmek ve gerekli önlemleri almak belki de tüm toplumu etkileyebilen düzen bozucu davranışları önlemede önem taşımaktadır.

6. ARAŞTIRMAMIZIN GÜÇLÜ YANLARI VE SINIRLILIKLARI

Bilindiği kadarıyla araştırmamız, okul öncesi çocukların öfke nöbeti, karşı gelme, saldırganlık ve düşük endişe özelliklerinin çocuğun DEHB görünümüleri ve ebeveynin depresyon, anksiyete, stres düzeyi ile ilişkisini aynı anda değerlendiren ilk çalışmadır. Özellikle ülkemizde yıkıcı davranış alt boyutlarından düşük endişe özelliğinin kullanıldığı YDÇBÖ Türkçe uyarlama çalışması dışında başka bir çalışma bulunmadığı anlaşılmıştır. Araştırmanın klinikte yapılmamış olması, bu yaş grubu çocuklara en çok ulaşacağımız yer olan okulların seçilmesi, rastgele örneklem yaparak okulların seçilmesi ve toplum temelli olması da çalışmamızın güçlü yönleri olarak düşünülebilir.

Bulgularımız, bazı sınırlılıklar dâhilinde yorumlanmalıdır. Çalışmamızda, birebir görüşme yapmak yerine pandemi döneminde daha güvenilir bulunduğu için yaygınlaşan çevrim içi anket yöntemi kullanılmıştır. Her ne kadar kısa zamanda birçok anaokulu öğrencisine ulaşabilmiş olsak da çevrim içi olarak verilerin toplanması yöntemi veri güvenilirliği bakımından sorun yaratmış olabilir. Örneklemimiz içerisinde yer alan anaokulları, rastgele seçilmiş de olsa yalnızca gönüllü olan katılımcılar çevrim içi anketi tamamlamıştır. Ayrıca çalışmanın isminden çıkarımda bulunarak çocuğu daha çok davranış sorunu gösteren ebeveynler araştırmaya daha fazla ilgi göstermiş olabilirler.

Çalışmamızda anketi dolduranlar büyük çoğunlukla annelerdir. Tek kaynaktan bilgi almış olmak yanlılığa yol açmış olabilir. Gelecekteki araştırmalarda, diğer bakımverenler ve öğretmenler gibi daha fazla bilgi kaynağına ulaşılması verilerin güvenilirliğini arttırabilir.

Çalışmamızın örneklemini, Denizli ili Pamukkale ve Merkezefendi ilçelerindeki anaokulu öğrencileri oluşturması, sonuçların tüm ülkeye genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Bu konuda anaokuluna gidip gitmediğine bakılmaksızın tüm okul öncesi çocukları kapsayan geniş örneklemler çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Çalışmamızdaki yaş dağılımında 5 yaşındaki çocuklar 3 ve 4 yaşındaki çocuklardan önemli ölçüde fazla sayıdadır. Yaş dağılımındaki bu farklılığın bulgularımız üzerindeki olası etkisi göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızda ebeveyn eğitim düzeyinin Türk toplumundan yüksek olması çalışma sonuçlarının toplumun genelini yansıtmamasını engellemiş olabilir. Gelecek araştırmalarda bu durum gözetilebilir.

Stres puanı, depresyon puanı ya da anksiyete puanı daha yüksek olan ebeveynler çocuklarındaki sorunları da olduğundan daha yüksek değerlendirmiş olabilir. Bu durum da çalışmamızın kısıtlılıkları arasında yer alabilir.

7. SONUÇLAR

Bu çalışmada 3-6 yaş grubundaki anaokulu çocuklarının yıkıcı davranışlar ve boyutlarını değerlendirmek ve yıkıcı davranışların çocuk ve ailelerin çeşitli özelliklerine göre nasıl değiştiğini irdelemek amaçlanmıştır. Araştırmamızda;

1. Araştırmanın verilerinin toplandığı dönemdeki açlık ve yoksulluk sınırları ile asgari ücrete göre dört gelir grubu belirlendiğinde, ailelerin %5,7'sinin gelir düzeyinin 4013 TL'nin altında, %25,9'unun 4013-5004 TL arasında, %43,5'inin 5005-13073 TL arasında, %25'inin gelir düzeyinin de 13074 TL ve üzerinde olduğu,
2. Annelerin %24,7'sinin çalışmadaki çocuğa gebeliğinde strese maruz kaldığı,
3. Gebelikteki bildirilen stresin en sık nedeninin (%12,5) ekonomik zorluk olduğu,
4. Çalışmadaki annelerin %10,4'ünün çocuğa olan gebeliğinde sigara kullandığı,
5. Çocukların %20,8'inin doğumunda tıbbi sorun yaşandığı,
6. Doğum sonrasında yaşanan tıbbi sorunlar arasında en sık bildirilen nedenin sarılık (%16,1) olduğu,
7. Çalışmadaki çocukların %9,2'sinin çocuk psikiyatri başvurusu bulunduğu,
8. Çocukların %12,8'inin kronik hastalığının olduğu,
9. Çocukların %11,9'unun ailesinde kronik fiziksel hastalık olduğu,
10. Çocukların %6'sının ailesinde ruhsal bozukluk olduğu,
11. Çocukların DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV hiperaktivite/dürtüsellik puanlarının ortalamasının dikkat eksikliği puanlarının ortalamasından daha yüksek olduğu,
12. Ebeveynlerin DASÖ-21 stres puanlarının depresyon ve anksiyete puanlarından yüksek olduğu,
13. YDÇBDÖ alt ölçek puanlarının toplamının en yüksekten düşüğe doğru sırasıyla Karşı Gelme, Öfke Nöbeti, Saldırganlık ve Düşük Endişe şeklinde olduğu,
14. Çocukların cinsiyetine göre YDÇBDÖ Toplam ve alt ölçek puanlarının farklılık göstermediği ve cinsiyetin puanların hiçbirini üzerine artırıcı ya da azaltıcı etkisinin bulunmadığı,
15. Çocukların yaşıyla YDÇBDÖ Toplam, Öfke Nöbeti, Karşı gelme, Saldırganlık puanları arasında ters yönde ilişki bulunduğu, ancak regresyon modelinde YDÇBDÖ Toplam, Öfke Nöbeti ve Saldırganlık alt boyut puanları üzerine etkisinin olmadığı,

16. Çocuğun yaşının yordayıcı olduğu tek YDÇBDÖ boyutunun Karşı Gelme olduğu, hem tek değişkenli hem de çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde çocuğun yaşı küçülmesinin Karşı Gelme puanlarına artırıcı etkide bulunduğu,
17. Kardeş sayısı ile YDÇBDÖ Toplam ve alt boyut puanları arasında ilişki saptanmadığı, her ne kadar tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde kardeş sayısının sadece Karşı Gelme puanlarını negatif yönde artırıcı etkisi bulursa da çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde Karşı Gelme puanları üzerine etkisinin olmadığı,
18. Anne eğitim düzeyi ile YDÇBDÖ toplam ve alt boyut puanlarından sadece Karşı Gelme ile aynı yönde zayıf ilişki bulunduğu, ancak tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde herhangi bir puan üzerine yordayıcı etkisinin olmadığı,
19. Annenin gebelikte stresli olay yaşamasına göre YDÇBDÖ Toplam ve alt ölçekleri açısından anlamlı fark olduğu, her ne kadar tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde YDÇBDÖ Toplam ve alt ölçek puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi olsa da çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde YDÇBDÖ Toplam ve alt ölçek puanları üzerine yordayıcı etkisinin olmadığı,
20. Annenin gebelikte stres yaratan faktör olarak ekonomik zorluk yaşamasına göre YDÇBDÖ Toplam ve alt ölçek puanları açısından anlamlı fark bulunduğu, tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde gebelikteki ekonomik stresin YDÇBDÖ Toplam ve alt ölçek puanlarını pozitif yönde artırdığı,
21. Annenin gebeliğinde sigara kullanımına göre YDÇBDÖ Toplam ve alt ölçek puanlarında anlamlı fark olmadığı, tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde Toplam ve alt ölçek puanları üzerine yordayıcı etkide bulunmadığı,
22. Doğum zamanına göre puanlarda fark oluşturan tek alt boyutun Saldırganlık olduğu, erken doğan çocukların YDÇBDÖ Saldırganlık puanlarının zamanında doğanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, ancak tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde Saldırganlık puanlarını öngören bir faktör olmadığı,
23. Doğum sonrasında tıbbi sorun yaşayan çocukların YDÇBDÖ Toplam, Öfke Nöbeti, Karşı Gelme ve Saldırganlık alt boyut puanlarının doğum sonrası sorun yaşamayan çocuklardan anlamlı olarak yüksek olduğu, ancak YDÇBDÖ Toplam, Öfke Nöbeti ve Karşı Gelme puanları üzerinde artırıcı etkisinin bulunmadığı,

24. Doğum sonrası tıbbi sorun yaşamaya göre sadece YDÇBDÖ Düşük Endişe puanlarında farklılık oluşmadığı, tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde de Düşük Endişe puanları üzerine öngörücü etkisinin bulunmadığı,
25. Tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde doğum sonrası sorun varlığının sadece Saldırganlık puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunduğu, ancak çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde doğum sonrası tıbbi sorunun Saldırganlık puanları üzerine yordayıcı etkisinin bulunmadığı,
26. Doğum sonrasında sarılık gelişen çocukların YDÇBDÖ Toplam, Öfke Nöbeti, Karşı Gelme ve Saldırganlık puanları sarılık gelişmeyen çocuklardan anlamlı olarak yüksek olduğu, ancak tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde YDÇBDÖ Toplam, Öfke Nöbeti, Karşı Gelme ve Saldırganlık puanları üzerinde artırıcı etkisinin bulunmadığı,
27. Doğum sonrası sarılık gelişmesine göre YDÇBDÖ Düşük Endişe puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadığı, regresyon analizinde yordayıcı etkisinin bulunmadığı,
28. Çocuk psikiyatri başvurusu olan çocukların YDÇBDÖ Toplam ve alt boyut puanlarının çocuk psikiyatrisine başvurmayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu, tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde çocuk psikiyatri başvurusu varlığının YDÇBDÖ Toplam ve alt boyut puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunduğu, ancak çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde Toplam ve alt boyut puanlarını yordayıcı etkide bulunmadığı,
29. Çocuğun kronik hastalığının olmasına göre YDÇBDÖ Toplam, Karşı Gelme, Saldırganlık, Düşük Endişe puanları açısından anlamlı fark saptanmadığı; tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde çocukta kronik hastalık varlığının YDÇBDÖ Toplam, Karşı Gelme, Saldırganlık ve Düşük Endişe puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisinin bulunduğu, ancak çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde yordayıcı etkisinin olmadığı,
30. Kronik hastalığı olan çocukların YDÇBDÖ Öfke Nöbeti puanları, kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu; tek değişkenli ve çok değişkenli doğrusal regresyon analizlerinin her birinde kronik hastalık varlığının Öfke Nöbeti puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunduğu,

31. Ailesinde ruhsal bozukluk olan çocukların YDÇBDÖ Toplam, Karşı Gelme, Düşük Endişe puanlarının ailesinde ruhsal bozukluk olmayanlara göre yüksek olduğu; tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde ailede ruhsal bozukluk varlığının YDÇBDÖ Toplam, Karşı Gelme, Saldırganlık ve Düşük Endişe puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisi bulunduğu, ancak çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde YDÇBDÖ Toplam ve Saldırganlık puanları üzerine yordayıcı etkisi bulunmazken Karşı Gelme puanlarını aynı yönde artırdığı,
32. Ailede ruhsal bozukluk olmasına göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti ve Saldırganlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadığı, tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde ailede ruhsal bozukluk varlığının puanları üzerine etkide bulunmadığı tek boyutun Öfke Nöbeti olduğu,
33. Ailesinde kronik fiziksel hastalık olan çocukların YDÇBDÖ Toplam, Karşı Gelme puanlarının ailesinde fiziksel hastalık olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu, ancak tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde YDÇBDÖ Toplam ve alt boyut puanlarından hiçbiri üzerine yordayıcı etkisinin olmadığı,
34. Çocuğun ailesinde fiziksel hastalık olmasına göre YDÇBDÖ Öfke Nöbeti, Saldırganlık ve Düşük Endişe puanları açısından anlamlı fark saptanmadığı,
35. YDÇBDÖ Toplam ve alt ölçek puanları ile DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV toplam, dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt boyut puanları arasında aynı yönde ilişki bulunduğu,
36. Tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde DEHB-DÖ-IV toplam, dikkat eksikliği ve hiperaktivite puanlarının YDÇBDÖ Toplam ve alt boyut puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisinin olduğu,
37. Çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde DEHB-DÖ-IV hiperaktivite puanlarının yükselmesinin YDÇBDÖ Toplam ve alt boyut puanlarını arttırarak yordayıcı etkisinin olduğu, dikkat eksikliği puanlarının yalnızca YDÇBDÖ Toplam ve Saldırganlık puanları üzerine yordayıcı etkisinin olduğu,
38. YDÇBDÖ Toplam ve alt boyut puanları ile DASÖ-21 toplam, depresyon, anksiyete ve stres puanları arasında aynı yönlü ilişki bulunduğu;
39. Tek değişkenli doğrusal regresyon analizinde DASÖ-21 toplam, anksiyete, depresyon ve stres puanlarının YDÇBDÖ Toplam ve alt boyut puanlarını pozitif yönde artırıcı etkisinin olduğu, ancak çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde

sadece stres puanlarının yükselmesinin YDCBDÖ Toplam ve alt boyut puanlarını artırarak yordadığı sonuçları elde edilmiştir.

Alanyazın incelendiğinde, okul öncesi yaşta yıkıcı davranışların boyutlarının değerlendirildiği sınırlı sayıda çalışma bulunduğu, özellikle karşı gelme ve düşük endişe boyutlarına dair bu eksikliğin daha da belirgin olduğu anlaşılmaktadır. Oysaki erken çocuklukta yıkıcı davranışların yordayıcılarını saptayabilmek önleme ve erken müdahalenin yollarını açacaktır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda antisosyal özelliklerin okul öncesi dönemdeki en erken öncüllerinden olan diğerleri için düşük endişe duyma özelliği konusunda yapılmış yalnızca bir çalışma bulunmaktadır. Diğerleri için düşük endişe duyma özelliğini öngören faktörleri mümkün olan en erken yaşta saptayabilmenin önemli olduğunu düşünüyoruz. Çalışmamızda çocuk yaşının artmasının karşı gelme davranışına karşı koruyucu olması aileler için baş etmesi güç olabilen erken çocuklukta bu davranışların gelişimsel özellikleri hakkında ebeveynlere eğitim sağlanmasının önemli olabileceğini düşündürmektedir. Aileye yıkıcı davranış belirtilerinin erken çocuklukta gelişimsel özelliklerine dair temel bilgilendirmeyi sağlamanın ebeveynin hissedebileceği olası stresin azalmasına katkı sağlayabilir. İritabilite hem çocuklarda hem de yetişkinlerde önemli sonuçları olabilen duygudurum bozukluklarının ve kaygı bozukluklarının bir belirtisi olabilir. Özellikle ailesinde depresyon ya da kaygı bozukluğu öyküsü olan çocuklarda görülen iritabilitenin bu bozuklukların öncü belirtisi olması olasıdır. Erken dönemde işlevsellik bozulması şiddetli hale gelmeden bu öncül işaretleri fark edip gerekli müdahalelerin yapılması çocuk ruh sağlığı adına önem taşımaktadır. Saldırganlık ise sosyal hayatta ciddi sonuçları olabilecek bir davranıştır. Hangi yıkıcı davranış olursa olsun erken yaşlarda ortaya çıkan davranışın şekillenmesinde ebeveyn tutumları önem taşımaktadır. Bu noktada devreye çocuğunun bireysel farklılıklarını anlayabilen ve ona uyum sağlayabilen bir stil gereklidir. Ancak ebeveynde depresif, anksiyöz ya da yoğun stres belirtileri olduğunda büyük olasılıkla ebeveyn tutumları değişmekte ve ebeveynin çocuğa verdiği tepkiler gerektiği şekilde olamamaktadır. Bu da erken çocuklukta öfke nöbeti, karşı gelme ve saldırganlık davranışlarının gelişimsel kazanımlarla sonuçlanmasını engelledebilmekte ve yıkıcı davranış bozuklukları gelişebilmektedir.

DEHB, büyük oranda diğer ruhsal bozukluklara eşlik eden nörogelişimsel bir bozukluktur. Barkley (523) öfke ve ilişkili kavramlarla sonuçlanabilen emosyonel dürtüsellik ve emosyonel özdüzenleme sorunlarının DEHB'nin etiolojisindeki önemine vurgu yapmıştır. DEHB ve yıkıcı davranışları belki de bu yüzden ayrı değerlendirmemek, görülen belirtileri her iki tanı boyutu açısından bütüncül ele almak erken çocuklukta yaşanan problem davranışlara müdahale konusunda yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak; çalışmamız, yıkıcı davranışların sosyodemografik değişkenler, prenatal, natal ve potnatal özellikler, çocuğun psikiyatri başvurusu, çocuğun kronik hastalığı, ailedeki ruhsal ya da fiziksel hastalık, çocuğun DEHB'si, ebeveynin depresyon, anksiyete, stres düzeyi ile ilişkilendirilmesi açısından önemlidir. Bu sayede araştırmamız, yıkıcı davranışlara yönelik risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin belirlenebilmesi; risk altındaki çocuklara yönelik erken müdahalede bulunabilmesi konusunda alanyazına katkı sağlayabilir.

8. KAYNAKLAR

1. Sprafkin J, Volpe RJ, Gadow KD, Nolan EE, Kelly K. A DSM-IV–Referenced Screening Instrument for Preschool Children: The Early Childhood Inventory-4. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2002;41(5):604–12. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709607164>
2. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 15th ed. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2018. 17–104 p.
3. Guerra NG, Williamson AA, Lucas-Molina B. Normal Development: Infancy, childhood and adolescence. In: *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* [Internet]. Geneva; 2012. p. 1–39. Available from: https://iacapap.org/_Resources/Persistent/a03cefc8676b19280f6ffe958aeb11996ad0277d/A.2.-DEVELOPMENT-072012.pdf
4. Zaim N, Harrison J. Pre-school mental health disorders: a review. *Int Rev Psychiatry*. 2020 May;32(3):189–201.
5. McLaughlin KA, Sheridan MA, Humphreys KL, Belsky J, Ellis BJ. The Value of Dimensional Models of Early Experience: Thinking Clearly About Concepts and Categories. *Perspect Psychol Sci* [Internet]. 2021 Sep 7;16(6):1463–72. Available from: <https://doi.org/10.1177/1745691621992346>
6. Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ, Choi SW, Nichols SR, Kestler J, Burns JL, et al. Advancing a Multidimensional, Developmental Spectrum Approach to Preschool Disruptive Behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2014;53(1):82-96.e3. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856713007818>
7. Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Hill C, Danis B, Keenan K, et al. A developmental framework for distinguishing disruptive behavior from normative misbehavior in preschool children. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2007;48(10):976–87. Available from: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2007.01786.x>
8. Hawks JL, Kennedy SM, Holzman JBW, Ehrenreich–May J. Development and Application of an Innovative Transdiagnostic Treatment Approach for Pediatric Irritability. *Behav Ther* [Internet]. 2020;51(2):334–49. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789419300838>
9. Spring L, Carlson GA. The Phenomenology of Outbursts. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2021 Apr;30(2):307–19.
10. Amerikan Psikiyatri Birliği. *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. E K, editor. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.

11. Moreland AD, Dumas JE. Categorical and dimensional approaches to the measurement of disruptive behavior in the preschool years: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2008 Jul;28(6):1059–70.
12. Wakschlag LS, Henry DB, Tolan PH, Carter AS, Burns JL, Briggs-Gowan MJ. Putting Theory to the Test: Modeling a Multidimensional, Developmentally-Based Approach to Preschool Disruptive Behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2012;51(6):593-604.e4. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856712002249>
13. Vasileva M, Graf RK, Reinelt T, Petermann U, Petermann F. Research review: A meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years. *J Child Psychol Psychiatry.* 2021 Apr;62(4):372–81.
14. Halperin JM, Marks DJ. Practitioner Review: Assessment and treatment of preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry.* 2019 Sep;60(9):930–43.
15. Keenan K, Wakschlag LS. More than the Terrible Twos: The Nature and Severity of Behavior Problems in Clinic-Referred Preschool Children. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2000;28(1):33–46. Available from: <https://doi.org/10.1023/A:1005118000977>
16. Breaux RP, Harvey EA, Lugo-Candelas CI. The Role of Parent Psychopathology in the Development of Preschool Children with Behavior Problems. *J Clin Child & Adolesc Psychol* [Internet]. 2014;43(5):777–90. Available from: <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.836451>
17. Fang Y, Luo J, Boele M, Windhorst D, van Grieken A, Raat H. Parent, child, and situational factors associated with parenting stress: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2022 Jul;
18. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE, Williams SH, Baumann BL, Kipp H, et al. Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dev Psychol* [Internet]. 2007;43(1):70—82. Available from: <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.1.70>
19. Fields A, Harmon C, Lee Z, Louie JY, Tottenham N. Parent’s anxiety links household stress and young children’s behavioral dysregulation. *Dev Psychobiol* [Internet]. 2021;63(1):16–30. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/dev.22013>
20. Song Z, Huang J, Qiao T, Yan J, Zhang X, Lu D. Association between Maternal Anxiety and Children’s Problem Behaviors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Sep;19(17).

21. Robinson LR, Bitsko RH, O'Masta B, Holbrook JR, Ko J, Barry CM, et al. A Systematic Review and Meta-analysis of Parental Depression, Antidepressant Usage, Antisocial Personality Disorder, and Stress and Anxiety as Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children. *Prev Sci* [Internet]. 2022; Available from: <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01383-3>
22. Piaget J, Inhelder Barbel. *Çocuk Psikolojisi*. Pinhan Yayıncılık; 2016.
23. Hartke R. The Oedipus complex: A confrontation at the central cross-roads of psychoanalysis. *Int J Psychoanal*. 2016 Jun;97(3):893–913.
24. Knight ZG. A proposed model of psychodynamic psychotherapy linked to Erik Erikson's eight stages of psychosocial development. *Clin Psychol Psychother*. 2017 Sep;24(5):1047–58.
25. Olusanya BO, Sirimanna T, McPherson B. Timely sensory stimulation and early childhood development. Vol. 390, *Lancet* (London, England). England; 2017. p. 2626.
26. Cüceloğlu D. *İnsan ve Davranışı*. 41th ed. İstanbul; 1990. 330–361 p.
27. Reynolds-Keefer L. The Utility of Vygotskian Behavioral Criteria in the Early Childhood Classroom: Learning from Non-compliance. *J Educ Dev Psychol* [Internet]. 2011;1(1). Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/7f56/0da22e6214cc2c719c8c5acd8cb57f2765d9.pdf>
28. Lincoln CR, Russell BS, Donohue EB, Racine LE. Mother-Child Interactions and Preschoolers' Emotion Regulation Outcomes: Nurturing Autonomous Emotion Regulation. *J Child Fam Stud* [Internet]. 2017;26(2):559–73. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0561-z>
29. Wakschlag LS, Tolan PH, Leventhal BL. Research Review: “Ain't misbehavin'”: Towards a developmentally-specified nosology for preschool disruptive behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010 Jan;51(1):3–22.
30. Ling-Tsao L. How much do we know about the importance of play in child development? *Child Educ*. 2002;78(4):230.
31. Alia-Klein N, Gan G, Gilam G, Bezek J, Bruno A, Denson TF, et al. The feeling of anger: From brain networks to linguistic expressions. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2020;108:480–97. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763419302167>
32. Richard Y, Tazi N, Frydecka D, Hamid MS, Moustafa AA. A systematic review of neural, cognitive, and clinical studies of anger and aggression. *Curr Psychol*. 2022 Jun;1–13.

33. Fernandez E, Johnson SL. Anger in psychological disorders: Prevalence, presentation, etiology and prognostic implications. *Clin Psychol Rev.* 2016 Jun;46:124–35.
34. Ramírez JM, Andreu JM. Aggression, and some related psychological constructs (anger, hostility, and impulsivity); some comments from a research project. *Neurosci Biobehav Rev.* 2006;30(3):276–91.
35. Connor DF, Newcorn JH, Saylor KE, Amann BH, Scahill L, Robb AS, et al. Maladaptive Aggression: With a Focus on Impulsive Aggression in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol* [Internet]. 2019;29(8):576–91. Available from: <https://doi.org/10.1089/cap.2019.0039>
36. Oxford Reference [Internet]. [cited 2023 Jun 12]. Available from: <https://www.oxfordreference.com/display/10.1093/acref/9780199534067.001.0001/acref-9780199534067-e-3328>
37. Orobio de Castro B, Merk W, Koops W, Veerman JW, Bosch JD. Emotions in Social Information Processing and Their Relations With Reactive and Proactive Aggression in Referred Aggressive Boys. *J Clin Child Adolesc Psychol* [Internet]. 2005 Feb 1;34(1):105–16. Available from: https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3401_10
38. Blair RJR. Traits of empathy and anger: implications for psychopathy and other disorders associated with aggression. *Philos Trans R Soc B Biol Sci* [Internet]. 2018;373(1744):20170155. Available from: <https://royalsocietypublishing.org/doi/abs/10.1098/rstb.2017.0155>
39. Godleski S, Schuetze P, Eiden RD, Nickerson AB, Ostrov JM. Developmental pathways from prenatal substance exposure to reactive aggression. *J Appl Dev Psychol* [Internet]. 2022;83:101474. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0193397322000867>
40. Potegal M, Nordman JC. Non-angry aggressive arousal and angriffsberietschaft: A narrative review of the phenomenology and physiology of proactive/offensive aggression motivation and escalation in people and other animals. *Neurosci Biobehav Rev.* 2023 Apr;147:105110.
41. Hemming L, Haddock G, Shaw J, Pratt D. Alexithymia and Its Associations With Depression, Suicidality, and Aggression: An Overview of the Literature. *Front psychiatry* [Internet]. 2019;10:203. Available from: <https://europepmc.org/articles/PMC6470633>
42. Spanovic M, Lickel B, Denson TF, Petrovic N. Fear and anger as predictors of motivation for intergroup aggression: Evidence from Serbia and Republika Srpska. Vol. 13, *Group Processes & Intergroup Relations*. Spanovic, Marija: University of Southern California, Seeley G. Mudd Building, Room 501, Los Angeles, CA, US, 90089-1061, spanovic@usc.edu: Sage Publications; 2010. p.

725–39.

43. Saylor KE, Amann BH. Impulsive Aggression as a Comorbidity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016 Feb;26(1):19–25.
44. Brotman MA, Kircanski K, Leibenluft E. Irritability in Children and Adolescents. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2017;13(1):317–41. Available from: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-044941>
45. Carlson GA, Danzig AP, Dougherty LR, Bufferd SJ, Klein DN. Loss of Temper and Irritability: The Relationship to Tantrums in a Community and Clinical Sample. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016 Mar;26(2):114–22.
46. Massey SH, Clark CAC, Sun MY, Burns JL, Mroczek DK, Espy KA, et al. Dimension- and context-specific expression of preschoolers' disruptive behaviors associated with prenatal tobacco exposure. *Neurotoxicol Teratol* [Internet]. 2020;81:106915. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0892036219301436>
47. Beauchaine TP, Tackett JL. Irritability as a Transdiagnostic Vulnerability Trait: Current Issues and Future Directions. *Behav Ther* [Internet]. 2020;51(2):350–64. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789419301315>
48. Leibenluft E, Blair RJR, Charney DS, Pine DS. Irritability in Pediatric Mania and Other Childhood Psychopathology. *Ann N Y Acad Sci* [Internet]. 2003;1008(1):201–18. Available from: <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1196/annals.1301.022>
49. Saatchi B, Olshansky EF, Fortier MA. Irritability: A concept analysis. *Int J Ment Health Nurs*. 2023 Mar;
50. Leibenluft E, Cohen P, Gorrindo T, Brook JS, Pine DS. Chronic Versus Episodic Irritability in Youth: A Community-Based, Longitudinal Study of Clinical and Diagnostic Associations. *J Child Adolesc Psychopharmacol* [Internet]. 2006 Aug 1;16(4):456–66. Available from: <https://doi.org/10.1089/cap.2006.16.456>
51. Copeland WE, Brotman MA, Costello EJ. Normative Irritability in Youth: Developmental Findings From the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2015;54(8):635–42. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856715003226>
52. Wakschlag LS, Estabrook R, Petitchlerc A, Henry D, Burns JL, Perlman SB, et al. Clinical Implications of a Dimensional Approach: The Normal:Abnormal Spectrum of Early Irritability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2015;54(8):626–34. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856715003561>

53. Vidal-Ribas P, Brotman MA, Valdivieso I, Leibenluft E, Stringaris A. The Status of Irritability in Psychiatry: A Conceptual and Quantitative Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2016;55(7):556–70. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089085671630140X>
54. Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E, Maughan B, Eley TC. Adolescent Irritability: Phenotypic Associations and Genetic Links With Depressed Mood. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2012;169(1):47–54. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10101549>
55. Oxford Dictionary [Internet]. [cited 2023 Jun 13]. Available from: <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/tantrum?q=tantrum>
56. Österman K, Björkqvist K. A Cross-Sectional Study of Onset, Cessation, Frequency, and Duration of Children’s Temper Tantrums in a Nonclinical Sample. *Psychol Rep* [Internet]. 2010 Apr 1;106(2):448–54. Available from: <https://doi.org/10.2466/pr0.106.2.448-454>
57. Hoyniak CP, Donohue MR, Quiñones-Camacho LE, Vogel AC, Perino MT, Hennefield L, et al. Developmental pathways from preschool temper tantrums to later psychopathology. *Dev Psychopathol*. 2022;1–13.
58. Potegal M, Kosorok MR, Davidson RJ. Temper Tantrums in Young Children: 2. Tantrum Duration and Temporal Organization. *J Dev Behav Pediatr* [Internet]. 2003;24(3). Available from: https://journals.lww.com/jrnldb/Fulltext/2003/06000/Temper_Tantrums_in_Young_Children__2__Tantrum.3.aspx
59. Potegal M, Davidson RJ. Temper Tantrums in Young Children: 1. Behavioral Composition. *J Dev Behav Pediatr* [Internet]. 2003;24(3):140–7. Available from: https://journals.lww.com/jrnldb/Fulltext/2003/06000/Temper_Tantrums_in_Young_Children__1__Behavioral.2.aspx
60. Wakschlag LS, Choi SW, Carter AS, Hullsiek H, Burns J, McCarthy K, et al. Defining the developmental parameters of temper loss in early childhood: implications for developmental psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2012;53(11):1099–108. Available from: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2012.02595.x>
61. Wiggins JL, Briggs-Gowan MJ, Estabrook R, Brotman MA, Pine DS, Leibenluft E, et al. Identifying Clinically Significant Irritability in Early Childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018 Mar;57(3):191-199.e2.

62. Mayes SD, Mathiowetz C, Kokotovich C, Waxmonsky J, Baweja R, Calhoun SL, et al. Stability of Disruptive Mood Dysregulation Disorder Symptoms (Irritable-Angry Mood and Temper Outbursts) Throughout Childhood and Adolescence in a General Population Sample. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2015;43(8):1543–9. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0033-8>
63. Laurin JC, Joussemet M. Parental autonomy-supportive practices and toddlers' rule internalization: A prospective observational study. *Motiv Emot* [Internet]. 2017;41(5):562–75. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11031-017-9627-5>
64. Zahn-Waxler C, Radke-Yarrow M, Wagner E, Chapman M. Development of concern for others. *Dev Psychol* [Internet]. 1992;28(1):126–36. Available from: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0012-1649.28.1.126>
65. White SF, Briggs-Gowan MJ, Voss JL, Petitclerc A, McCarthy K, Blair RJR, et al. Can the fear recognition deficits associated with callous-unemotional traits be identified in early childhood? *J Clin Exp Neuropsychol* [Internet]. 2016;38(6):672–84. Available from: <https://doi.org/10.1080/13803395.2016.1149154>
66. Waller R, Wagner NJ, Barstead MG, Subar A, Petersen JL, Hyde JS, et al. A meta-analysis of the associations between callous-unemotional traits and empathy, prosociality, and guilt. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2020;75:101809. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735819303216>
67. Kimonis ER, Frick PJ, Boris NW, Smyke AT, Cornell AH, Farrell JM, et al. Callous-unemotional features, behavioral inhibition, and parenting: independent predictors of aggression in a high-risk preschool sample. *J Child Fam Stud* [Internet]. 2006;15(6):741–52. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9047-8>
68. Wakschlag LS, Perlman SB, Blair RJ, Leibenluft E, Briggs-Gowan MJ, Pine DS. The Neurodevelopmental Basis of Early Childhood Disruptive Behavior: Irritable and Callous Phenotypes as Exemplars. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2018;175(2):114–30. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010045>
69. Costello EJ, Angold A. Bad behaviour: an historical perspective on disorders of conduct. In: Maughan EB, Hill J, editors. *Conduct disorders in childhood and adolescence* [Internet]. New York: Cambridge University Press; 2001. p. 1–31. Available from: <https://perpus.univpancasila.ac.id/repository/EBUPT190455.pdf#page=17>
70. Word Histories [Internet]. [cited 2023 Jun 12]. Available from: <https://wordhistories.net/2017/12/30/tantrum-origin/>

71. Online Etymology Dictionary [Internet]. [cited 2023 Jun 15]. Available from: <https://www.etymonline.com/search?q=irritable>
72. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R). 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1987.
73. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR®). American Psychiatric Pub; 2010.
74. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-II). 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1968.
75. Tremblay RE, Nagin DS, Séguin JR, Zoccolillo M, Zelazo PD, Boivin M, et al. Physical Aggression During Early Childhood: Trajectories and Predictors. *Pediatrics* [Internet]. 2004;114(1):e43–50. Available from: <https://doi.org/10.1542/peds.114.1.e43>
76. Carter AS, Briggs-Gowan MJ, McCarthy KJ, Wakschlag LS. Developmental patterns of normative misbehavior in early childhood: Implications for identification of early disruptive behavior. In: Baillergeon R, editor. *The evolution of disruptive behavior problems in young children*. Denver; 2009.
77. Ercan ES, Polanczyk G, Ardic UA, Yuce D, Karacetin G, Tufan AE, et al. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nord J Psychiatry* [Internet]. 2019;73(2):132–40. Available from: <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1574892>
78. Senol V, Unalan D, Akca RP, Basturk M. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity and other disruptive behaviour disorder symptoms among primary school-age children in Kayseri, Turkey. *J Int Med Res* [Internet]. 2017 Jul 21;46(1):122–34. Available from: <https://doi.org/10.1177/0300060517712865>
79. Carbonneau R, Vitaro F, Brendgen M, Boivin M, Tremblay RE. Early risk factors associated with preschool developmental patterns of single and co-occurrent disruptive behaviors in a population sample. Vol. 58, *Developmental Psychology*. Carbonneau, Rene: Department of Pediatrics, University of Montreal, 3050 Edouard-Montpetit, Suite 225, Montreal, PQ, Canada, H3T 1J7, rene.carbonneau@uMontreal.ca: American Psychological Association; 2022. p. 438–52.
80. Wakschlag LS, Keenan K. Clinical Significance and Correlates of Disruptive Behavior in Environmentally At-Risk Preschoolers. *J Clin Child & Adolesc Psychol* [Internet]. 2001;30(2):262–75. Available from: https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3002_13

81. Belden AC, Thomson NR, Luby JL. Temper Tantrums in Healthy Versus Depressed and Disruptive Preschoolers: Defining Tantrum Behaviors Associated with Clinical Problems. *J Pediatr* [Internet]. 2008;152(1):117–22. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347607005926>
82. Keenan K, Wakschlag LS. Can a Valid Diagnosis of Disruptive Behavior Disorder Be Made in Preschool Children? *Am J Psychiatry* [Internet]. 2002;159(3):351–8. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.351>
83. Wakschlag LS, Leventhal BL, Briggs-Gowan MJ, Danis B, Keenan K, Hill C, et al. Defining the “Disruptive” in Preschool Behavior: What Diagnostic Observation Can Teach Us. *Clin Child Fam Psychol Rev* [Internet]. 2005;8(3):183–201. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10567-005-6664-5>
84. Burke JD, Johnston OG, Butler EJ. The Irritable and Oppositional Dimensions of Oppositional Defiant Disorder: Integral Factors in the Explanation of Affective and Behavioral Psychopathology. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2021;30(3):637–47. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/34053691>
85. Evans SC, Burke JD, Roberts MC, Fite PJ, Lochman JE, de la Peña FR, et al. Irritability in child and adolescent psychopathology: An integrative review for ICD-11. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2017;53:29–45. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735816301659>
86. Fairchild G, Hawes DJ, Frick PJ, Copeland WE, Odgers CL, Franke B, et al. Conduct disorder. *Nat Rev Dis Prim* [Internet]. 2019;5(1):43. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0095-y>
87. Rowe R, Maughan B, Moran P, Ford T, Briskman J, Goodman R. The role of callous and unemotional traits in the diagnosis of conduct disorder. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2010;51(6):688–95. Available from: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2009.02199.x>
88. Erskine HE, Norman RE, Ferrari AJ, Chan GCK, Copeland WE, Whiteford HA, et al. Long-Term Outcomes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2016;55(10):841–50. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856716311571>
89. Vidal-Ribas P, Stringaris A. How and Why Are Irritability and Depression Linked? *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2021 Apr;30(2):401–14.
90. Loth AK, Drabick DAG, Leibenluft E, Hulvershorn LA. Do childhood externalizing disorders predict adult depression? A meta-analysis. *J Abnorm*

Child Psychol. 2014 Oct;42(7):1103–13.

91. Grau K, Plener PL, Hohmann S, Fegert JM, Brähler E, Straub J. Prevalence Rate and Course of Symptoms of Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD). *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2018 Jan;46(1):29–38.
92. Martin SE, Hunt JI, Mernick LR, DeMarco M, Hunter HL, Coutinho MT, et al. Temper Loss and Persistent Irritability in Preschoolers: Implications for Diagnosing Disruptive Mood Dysregulation Disorder in Early Childhood. *Child Psychiatry Hum Dev* [Internet]. 2017;48(3):498–508. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0676-x>
93. Moore AA, Lapato DM, Brotman MA, Leibenluft E, Aggen SH, Hettema JM, et al. Heritability, stability, and prevalence of tonic and phasic irritability as indicators of disruptive mood dysregulation disorder. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2019;60(9):1032–41. Available from: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpp.13062>
94. Perou, R., Bitsko, R. H., Blumberg, S. J., Pastor, P., Ghandour, R. M., Gfroerer, J. C., ... Huang LN. Mental health surveillance among children—United States, 2005–2011. *Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2013;62(2):1–35. Available from: <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000209476200001?SID=C5pGn4Eq45qW9IjSSz>
95. Ros R, Graziano PA. Social Functioning in Children With or At Risk for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *J Clin Child & Adolesc Psychol* [Internet]. 2018;47(2):213–35. Available from: <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1266644>
96. Groenman AP, Janssen TWP, Oosterlaan J. Childhood Psychiatric Disorders as Risk Factor for Subsequent Substance Abuse: A Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2017;56(7):556–69. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089085671730206X>
97. Fletcher JM. The Effects of Childhood ADHD on Adult Labor Market Outcomes. *Health Econ* [Internet]. 2014;23(2):159–81. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.2907>
98. Fleming M, Fitton CA, Steiner MFC, McLay JS, Clark D, King A, et al. Educational and Health Outcomes of Children Treated for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2017;171(7):e170691–e170691. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.0691>
99. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr* [Internet]. 2023;49(1):48. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1>

100. Veroude K, Zhang-James Y, Fernàndez-Castillo N, Bakker MJ, Cormand B, Faraone S V. Genetics of aggressive behavior: An overview. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet* [Internet]. 2016 Jan 1;171(1):3–43. Available from: <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32364>
101. Latimer K, Wilson P, Kemp J, Thompson L, Sim F, Gillberg C, et al. Disruptive behaviour disorders: a systematic review of environmental antenatal and early years risk factors. *Child Care Health Dev* [Internet]. 2012 Sep 1;38(5):611–28. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2012.01366.x>
102. Barry TD, Dunlap ST, Cotten SJ, Lochman JE, Wells KC. The Influence of Maternal Stress and Distress on Disruptive Behavior Problems in Boys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2005;44(3):265–73. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709614726>
103. Nujić D, Musić Milanović S, Milas V, Miškulin I, Ivić V, Milas J. Association between child/adolescent overweight/obesity and conduct disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatr Obes*. 2021 May;16(5):e12742.
104. Quinodoz J-M. Freud'u Okumak. 5th ed. Gürdal Küey A, editor. İstanbul: Bağlam Yayıncılık; 2022. 203–211 p.
105. Demirörs T. Melanie Klein:İçsel Nesne, Nesne İlişkileri Kuramı, Yansıtmacı Özdeşleşme, Paranoid-Şizoid Konum, Depresif Konum, Bölme,Üstbenlik Gelişimi, Çocuk Analizinde Teknik. In: Zabcı N, Postacı Ş, editors. çocuk ve ergen psikanalizi:kuramlar ve kuramcılar. 1th ed. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları; 2022. p. 41–58.
106. Halifeoğlu S. Donald W.Winnicot:Yeterince İyi Anne, Birincil Annelik Tasası, Tutma, Ayna İşlevi, Geçiş Nesnesi ve Geçiş Görüngüleri, Nesnenin Kullanımı ve Hayatta Kalan Nesne, Kendi Başına Olma Yetisi, Sahte Kendilik, Çöküş Korkusu. In: Zabcı N, Postacı Ş, editors. çocuk ve ergen psikanalizi:kuramlar ve kuramcılar. 1th ed. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları; 2022. p. 90–114.
107. Riglin L, Eyre O, Cooper M, Collishaw S, Martin J, Langley K, et al. Investigating the genetic underpinnings of early-life irritability. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2017;7(9):e1241–e1241. Available from: <https://doi.org/10.1038/tp.2017.212>
108. Eilertsen EM, Cheesman R, Ayorech Z, Røysamb E, Pingault J-B, Njølstad PR, et al. On the importance of parenting in externalizing disorders: an evaluation of indirect genetic effects in families. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2022;63(10):1186–95. Available from: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpp.13654>
109. Barr PB, Salvatore JE, Wetherill L, Anokhin A, Chan G, Edenberg HJ, et al. A Family-Based Genome Wide Association Study of Externalizing Behaviors. *Behav Genet*. 2020 May;50(3):175–83.

110. Salvatore JE, Dick DM. Genetic influences on conduct disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* 2018 Aug;91:91–101.
111. Azeredo A, Moreira D, Barbosa F. ADHD, CD, and ODD: Systematic review of genetic and environmental risk factors. *Res Dev Disabil.* 2018 Nov;82:10–9.
112. Moore AA, Blair RJ, Hettema JM, Roberson-Nay R. The genetic underpinnings of callous-unemotional traits: A systematic research review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2019 May;100:85–97.
113. Duclot F, Kabbaj M. Epigenetics of Aggression. *Curr Top Behav Neurosci.* 2022;54:283–310.
114. Odintsova V V, Roetman PJ, Ip HF, Pool R, Van der Laan CM, Tona K-D, et al. Genomics of human aggression: current state of genome-wide studies and an automated systematic review tool. *Psychiatr Genet.* 2019 Oct;29(5):170–90.
115. Nedic Erjavec G, Tudor L, Nikolac Perkovic M, Podobnik J, Dodig Curkovic K, Curkovic M, et al. Serotonin 5-HT_{2A} receptor polymorphisms are associated with irritability and aggression in conduct disorder. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry* [Internet]. 2022;117:110542. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584622000343>
116. Glenn AL, Lochman JE, Dishion T, Powell NP, Boxmeyer C, Qu L. Oxytocin Receptor Gene Variant Interacts with Intervention Delivery Format in Predicting Intervention Outcomes for Youth with Conduct Problems. *Prev Sci.* 2018 Jan;19(1):38–48.
117. Kant T, Koyama E, Zai CC, Beitchman JH, Kennedy JL. COMT Val/Met and Psychopathic Traits in Children and Adolescents: A Systematic Review and New Evidence of a Developmental Trajectory toward Psychopathy. *Int J Mol Sci.* 2022 Feb;23(3).
118. Peng S-X, Pei J, Rinaldi B, Chen J, Ge Y-H, Jia M, et al. Dysfunction of AMPA receptor GluA3 is associated with aggressive behavior in human. *Mol Psychiatry.* 2022 Oct;27(10):4092–102.
119. da Cunha-Bang S, Knudsen GM. The Modulatory Role of Serotonin on Human Impulsive Aggression. *Biol Psychiatry.* 2021 Oct;90(7):447–57.
120. Tackett JL, Reardon KW, Herzhoff K, Page-Gould E, Harden KP, Josephs RA. Estradiol and cortisol interactions in youth externalizing psychopathology. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2015;55:146–53. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453015000645>
121. de Loeff PC, Cornet LJM, de Kogel CH, Fernández-Castilla B, Embregts PJCM, Didden R, et al. Heart rate and skin conductance associations with physical aggression, psychopathy, antisocial personality disorder and conduct

- disorder: An updated meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2022 Jan;132:553–82.
122. Bernhard A, Mayer JS, Fann N, Freitag CM. Cortisol response to acute psychosocial stress in ADHD compared to conduct disorder and major depressive disorder: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021 Aug;127:899–916.
 123. Kessel EM, Frost A, Goldstein BL, Black SR, Dougherty LR, Carlson GA, et al. Developmental pathways from preschool irritability to multifinality in early adolescence: the role of diurnal cortisol. *Psychol Med* [Internet]. 2019/12/20. 2021;51(5):761–9. Available from: <https://www.cambridge.org/core/article/developmental-pathways-from-preschool-irritability-to-multifinality-in-early-adolescence-the-role-of-diurnal-cortisol/D29E501502E898C060635CB4F050BAE5>
 124. Romero-Martínez Á, Sarrate-Costa C, Moya-Albiol L. Reactive vs proactive aggression: A differential psychobiological profile? Conclusions derived from a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2022 May;136:104626.
 125. Rosell DR, Siever LJ. The neurobiology of aggression and violence. *CNS Spectr.* 2015 Jun;20(3):254–79.
 126. Brotman MA, Kircanski K, Stringaris A, Pine DS, Leibenluft E. Irritability in Youths: A Translational Model. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2017;174(6):520–32. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16070839>
 127. Wakschlag LS, Perlman SB, Blair RJ, Leibenluft E, Briggs-Gowan MJ, Pine DS. The Neurodevelopmental Basis of Early Childhood Disruptive Behavior: Irritable and Callous Phenotypes as Exemplars. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2017 Nov 17;175(2):114–30. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010045>
 128. Rudo-Hutt AS. Electroencephalography and externalizing behavior: a meta-analysis. *Biol Psychol.* 2015 Feb;105:1–19.
 129. Piotrowska PJ, Stride CB, Croft SE, Rowe R. Socioeconomic status and antisocial behaviour among children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2015;35:47–55. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735814001652>
 130. Ayano G, Betts K, Maravilla JC, Alati R. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Risk of Disruptive Behavioral Disorders in the Offspring of Parents with Severe Psychiatric Disorders. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2021 Feb;52(1):77–95.
 131. Pinquart M. Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Dev Psychol.*

2017 May;53(5):873–932.

132. Coussons-Read ME. Effects of prenatal stress on pregnancy and human development: mechanisms and pathways. *Obstet Med* [Internet]. 2013;6(2):52–7. Available from: <https://doi.org/10.1177/1753495x12473751>
133. Huizink AC. Prenatal stress and its effect on infant development [Internet]. University Utrecht; 2000. Available from: <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/371/full.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
134. Wakschlag LS, Henry DB, Blair RJR, Dukic V, Burns J, Pickett KE. Unpacking the association: Individual differences in the relation of prenatal exposure to cigarettes and disruptive behavior phenotypes. *Neurotoxicol Teratol*. 2011;33(1):145–54.
135. Tien J, Lewis GD, Liu J. Prenatal risk factors for internalizing and externalizing problems in childhood. *World J Pediatr* [Internet]. 2020;16(4):341–55. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12519-019-00319-2>
136. Sandman CA, Curran MM, Davis EP, Glynn LM, Head K, Baram TZ. Cortical Thinning and Neuropsychiatric Outcomes in Children Exposed to Prenatal Adversity: A Role for Placental CRH? *Am J Psychiatry* [Internet]. 2018 Mar 2;175(5):471–9. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16121433>
137. MacKinnon N, Kingsbury M, Mahedy L, Evans J, Colman I. The Association Between Prenatal Stress and Externalizing Symptoms in Childhood: Evidence From the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2018;83(2):100–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322317318103>
138. Lautarescu A, Craig MC, Glover V. Prenatal stress: Effects on fetal and child brain development. *Int Rev Neurobiol*. 2020;150:17–40.
139. Møllegaard S. The effect of birth weight on behavioral problems in early adolescence: New evidence from monozygotic twins. *Econ Hum Biol* [Internet]. 2020;36:100828. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1570677X19300140>
140. Raine A, Brennan P, Mednick SA. Interaction between birth complications and early maternal rejection in predisposing individuals to adult violence: specificity to serious, early-onset violence. *Am J Psychiatry*. 1997 Sep;154(9):1265–71.
141. Ninan K, Liyanage SK, Murphy KE, Asztalos E V, McDonald SD. Evaluation of Long-term Outcomes Associated With Preterm Exposure to Antenatal Corticosteroids: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2022

Jun;176(6):e220483.

142. Clark CAC, Espy KA, Wakschlag L. Developmental pathways from prenatal tobacco and stress exposure to behavioral disinhibition. *Neurotoxicol Teratol* [Internet]. 2016;53:64–74. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0892036215300490>
143. Comer JS, Chow C, Chan PT, Cooper-Vince C, Wilson LAS. Psychosocial Treatment Efficacy for Disruptive Behavior Problems in Very Young Children: A Meta-Analytic Examination. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2013;52(1):26–36. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089085671200768X>
144. Bakker MJ, Greven CU, Buitelaar JK, Glennon JC. Practitioner Review: Psychological treatments for children and adolescents with conduct disorder problems - a systematic review and meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017 Jan;58(1):4–18.
145. Helander M, Asperholm M, Wetterborg D, Öst L-G, Hellner C, Herlitz A, et al. The Efficacy of Parent Management Training With or Without Involving the Child in the Treatment Among Children with Clinical Levels of Disruptive Behavior: A Meta-analysis. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2022 Jul;
146. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Cochrane review: behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review). *Evid Based Child Health*. 2013 Mar;8(2):318–692.
147. Plueck J, Eichelberger I, Hautmann C, Hanisch C, Jaenen N, Doepfner M. Effectiveness of a Teacher-Based Indicated Prevention Program for Preschool Children with Externalizing Problem Behavior. *Prev Sci* [Internet]. 2015;16(2):233–41. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11121-014-0487-x>
148. Vaudreuil C, Farrell A, Wozniak J. Psychopharmacology of Treating Explosive Behavior. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2021 Jul;30(3):537–60.
149. Breaux R, Baweja R, Eadeh H-M, Shroff DM, Cash AR, Swanson CS, et al. Systematic Review and Meta-analysis: Pharmacological and Nonpharmacological Interventions for Persistent Nonepisodic Irritability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2023 Mar;62(3):318–34.
150. Kim S, Boylan K. Effectiveness of Antidepressant Medications for Symptoms of Irritability and Disruptive Behaviors in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016 Oct;26(8):694–704.
151. Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in

- children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. *Can J Psychiatry*. 2015 Feb;60(2):42–51.
152. Rajkumar RP. Antipsychotics in the Management of Disruptive Behavior Disorders in Children and Adolescents: An Update and Critical Review. *Biomedicines*. 2022 Nov;10(11).
 153. Loy JH, Merry SN, Hetrick SE, Stasiak K. Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane database Syst Rev*. 2017 Aug;8(8):CD008559.
 154. Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. *Can J Psychiatry*. 2015 Feb;60(2):52–61.
 155. Ercan ES, Basay BK, Basay O, Durak S, Ozbaran B. Risperidone in the treatment of conduct disorder in preschool children without intellectual disability. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health [Internet]*. 2011;5(1):10. Available from: <https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-10>
 156. Morris AS, Criss MM, Silk JS, Houlberg BJ. The Impact of Parenting on Emotion Regulation During Childhood and Adolescence. *Child Dev Perspect [Internet]*. 2017;11(4):233–8. Available from: <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cdep.12238>
 157. Cheung K, Theule J. Paternal depression and child externalizing behaviors: A meta-analysis. *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc (Division 43)*. 2019 Feb;33(1):98–108.
 158. Tichovolsky MH, Griffith SF, Rolon-Arroyo B, Arnold DH, Harvey EA. A Longitudinal Study of Fathers' and Young Children's Depressive Symptoms. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53*. 2018;47(sup1):S190–204.
 159. Türkçapar H. Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. *J Clin Psy [Internet]*. 2004;7(80):12–6. Available from: <https://dx.doi.org/>
 160. Weijers D, van Steensel FJA, Bögels SM. Associations between Psychopathology in Mothers, Fathers and Their Children: A Structural Modeling Approach. *J Child Fam Stud [Internet]*. 2018;27(6):1992–2003. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1024-5>
 161. Mackler JS, Kelleher RT, Shanahan L, Calkins SD, Keane SP, O'Brien M. Parenting Stress, Parental Reactions, and Externalizing Behavior From Ages 4 to 10. *J Marriage Fam [Internet]*. 2015;77(2):388–406. Available from:

<https://doi.org/10.1111/jomf.12163>

162. Ren Y, Zou S, Wang H, Ying J, Wang X, Wu X. Fathers and mothers' parenting stress and adolescent depressive symptoms: the mediating roles of overt and covert coparenting conflict behaviors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2022 Dec;16(1):102.
163. Trumello C, Babore A, Cofini M, Baiocco R, Chirumbolo A, Morelli M. The buffering role of paternal parenting stress in the relationship between maternal parenting stress and children's problematic behaviour. *Int J Psychol* [Internet]. 2021;56(5):739–44. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijop.12758>
164. Manti F, Giovannone F, Sogos C. Parental Stress of Preschool Children With Generalized Anxiety or Oppositional Defiant Disorder. *Front Pediatr*. 2019;7:415.
165. Mikolajczak M, Raes M-E, Avalosse H, Roskam I. Exhausted Parents: Sociodemographic, Child-Related, Parent-Related, Parenting and Family-Functioning Correlates of Parental Burnout. *J Child Fam Stud* [Internet]. 2018;27(2):602–14. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0892-4>
166. Tandon M, Giedinghagen A. Disruptive Behavior Disorders in Children 0 to 6 Years Old. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2017 Jul;26(3):491–502.
167. Gnanavel S, Sharma P, Kaushal P, Hussain S. Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World J Clin cases*. 2019 Sep;7(17):2420–6.
168. Jensen PS, Hinshaw SP, Swanson JM, Greenhill LL, Conners CK, Arnold LE, et al. Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and Applications for Primary Care Providers. *J Dev Behav Pediatr* [Internet]. 2001;22(1). Available from: https://journals.lww.com/jrnldb/Fulltext/2001/02000/Findings_from_the_NIMH_Multimodal_Treatment_Study.8.aspx
169. Akkuzu N. Okul öncesi yıkıcı davranışların çok boyutlu değerlendirilmesi ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması (Tıpta uzmanlık tezi). Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2020.
170. McGoey KE, DuPaul GJ, Haley E, Shelton TL. Parent and Teacher Ratings of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Preschool: The ADHD Rating Scale-IV Preschool Version. *J Psychopathol Behav Assess* [Internet]. 2007;29(4):269–76. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10862-007-9048-y>
171. Eski E. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği-IV

Okul Öncesi Sürümü Türkçe Versiyonu:Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması(Yüksek lisans tezi). Mersin:Çağ Üniversitesi; 2020.

172. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behav Res Ther [Internet]. 1995;33(3):335–43. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/000579679400075U>
173. Sarıçam H. The Psychometric Properties of Turkish Version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in Health Control and Clinical Samples. J Cogn Psychother Res [Internet]. 2018;7(1):19–30. Available from: <https://doi.org/10.5455/JCBPR.274847>
174. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. Milli Eğitim İstatistikleri,Örgün Eğitim 2020/2021 [Internet]. Ankara; 2021. Available from: https://sgb.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2021_09/10141326_meb_istatistikler_i_orgun_egitim_2020_2021.pdf
175. Duman N, Deniz T, Kuşen İ. Anaokulu Öğrencilerinin Masal ve Çizgi Film Tercihlerinin İncelenmesi. Journal. 2020;4(1):15–30.
176. Selim S, Üçdoğruk Ş. Türkiye’de Doğurganlık: Kalite -Miktar Yaklaşımı. Journal. 2016;27(1):49–66.
177. Aras Ş, Ünlü G, Taş Varol F. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirtiler, tanılar ve tanıya yönelik incelemeler. Klin Psikiyat [Internet]. 2007;10:28–37. Available from: https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_10_1_28_37.pdf
178. Acehan T. Okul öncesi çocuklarda obezite, çocuğun mizacı, uyku alışkanlıkları ile anne tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi / Okul öncesi çocuklarda obezite, çocuğun mizacı, uyku alışkanlıkları ile anne tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi(Tıpta uzman [Internet]. Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi/ Ankara Bilkent Şehir Hastanesi; 2020. Available from: <file:///C:/Users/Pelin/Downloads/726332.pdf>
179. Karaman M. Edirne İl Merkezindeki Anaokulu Çocuklarının Ebeveynlerinin Obezite Bilgi, Algı Ve Tutumlarının Çocukluk Çağı Obezitesine Etkisi(Tıpta uzmanlık tezi) [Internet]. Edirne:T.C. Trakya Üniversitesi; 2020. Available from: <https://dspace.trakya.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/trakya/7866/0185365.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
180. Coşkun M, Kaya İ. Prevalence and Patterns of Psychiatric Disorders in Preschool Children Referred to an Outpatient Psychiatry Clinic. Anadolu Klin Tıp Bilim Derg [Internet]. 2016;21(1):42–7. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/anadoluklin/issue/17291/180676>

181. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2018 [Internet]. Ankara; 2019. Available from: https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/yayinlar/2019_tnsa_anarapor_compressed.pdf
182. Chen C, Sellberg F, Ahlqvist VH, Neovius M, Christiansen F, Berglind D. Associations of participation in organized sports and physical activity in preschool children: a cross-sectional study. *BMC Pediatr*. 2020 Jul;20(1):328.
183. Karabekiroglu K, Uslu R, Kapci-Seyitoglu EG, Özbaran B, Öztop DB, Özel-Özcan Ö, et al. A nationwide study of social-emotional problems in young children in Turkey. *Infant Behav Dev* [Internet]. 2013;36(1):162–70. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163638312001373>
184. Dönmez S. Anaokulu öğrencilerinde ayrılma kaygısının aile ortamı, annenin sürekli kaygısı ve anne-çocuk bağlanma örüntüleri açısından incelenmesi(Yüksek lisans tezi) [Internet]. İstanbul; 2020. Available from: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/211957>
185. Pesen A. Düzce ilinde anaokuluna giden çocuklarda obezite ve ilişkili faktörler(Tıpta uzmanlık tezi). Düzce:Düzce Üniversitesi; 2020.
186. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Aile,2021 [Internet]. 2022. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Aile-2021-45632>
187. Yapıcı S. Family and Education Relation In the Community. *J Turkish Stud*. 2010;5:1544–70.
188. Sümer H, Bayazit T, Gündoğdu G, EkiciKoşaroğlu N, Kılıç E. Sivas İl Merkezi Kreş Ve Anaokulu Çocuklarında Ev Kazası Geçirme Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler. *Journal*. 2019;4(1):14–25.
189. Ünalın M. Edirne il merkezindeki anaokulu ve ilkokulda eğitim alan öğrencilerin ebeveynlerinin otizm, disleksi ve kaynaştırma eğitimi hakkında bilgi düzeyi ve tutumları(Tıpta uzmanlık tezi) [Internet]. Edirne:Trakya Üniversitesi; 2022. Available from: <file:///C:/Users/Pelin/Downloads/784138.pdf>
190. Yavuz Öztürk S. Okul öncesi dönemde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu yaygınlığı(Tıpta uzmanlık tezi). Kocaeli:Kocaeli Üniversitesi; 2023.
191. Gokoel AR, Abdoel Wahid F, Zijlmans WCWR, Shankar A, Hindori-Mohangoo AD, Covert HH, et al. Influence of perceived stress on prenatal depression in Surinamese women enrolled in the CCREOH study. *Reprod Health* [Internet]. 2021;18(1):136. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01184-x>
192. Khashan AS, McNamee R, Henriksen TB, Pedersen MG, Kenny LC, Abel KM,

- et al. Risk of affective disorders following prenatal exposure to severe life events: A Danish population-based cohort study. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2011;45(7):879–85. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395610003468>
193. Karataş Baran G, Öztaş D, Demir P, Desticioğlu R, Şahin S. Assessment of perceived stress levels and stress factors in pregnant women. *Journal*. 2020;45(1):170–80.
194. Sarişik N. Okul öncesi çocuklarda alerjik hastalık prevalansı ve risk faktörleri araştırılması(Tıpta uzmanlık tezi) [Internet]. Kahramanmaraş; 2020. Available from: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/140014>
195. Beck LF, Morrow B, Lipscomb LE, Johnson CH, Gaffield ME, Rogers M, et al. Prevalence of selected maternal behaviors and experiences, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 1999. *Morb Mortal Wkly report Surveill Summ* (Washington, DC 2002). 2002 Apr;51(2):1–27.
196. Yang Q, Pan L, Shen C, Yao H, Zhu Q, Cheng C, et al. Mothers' prenatal tobacco smoke exposure is positively associated with the occurrence of developmental coordination disorder among children aged 3-6 years: A cross-sectional study in a rural area of Shanghai, China. *Tob Induc Dis*. 2020;18:25.
197. Tarhan P, Yılmaz T. Gebelikte Sigara Kullanımı ve Etkileyen Faktörler. Vol. 3, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. İstanbul University-Cerrahpasa; 2016. p. 140–7.
198. Bianchini BV, Maroneze MC, Timm MS, dos Santos BZ, Dotto PP. Prevalence of Alcohol and Tobacco Use and Perceptions Regarding Prenatal Care among Pregnant Brazilian Women, 2017 to 2018: A Mixed-Methods Study. *Matern Child Health J* [Internet]. 2020;24(12):1438–45. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03012-3>
199. Abalı O, Durukan M, Mukaddes MN, Polvan Ö. Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi. *Haseki Tıp Bülteni* [Internet]. 2006;44(2):60–4. Available from: https://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_5925/Haseki_Tıp_Bülteni-44-0-En.pdf
200. OECD. Caesarean sections [Internet]. 2022. Available from: <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>
201. Ahi S, Borlu A. Bir Üniversite Hastanesinde Doğan Bebeklerde Düşük Doğum Ağırlığı ve Doğum Kiloları ile İlişkili Faktörler. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilim Derg* [Internet]. 2021;1(3):140–50. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1728847>
202. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık

- Araştırması-2018 [Internet]. Ankara; 2019. Available from: https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/yayinlar/2019_tnsa_anarapor_compressed.pdf
203. Gülhan E. Sivas il merkezinde 2-17 yaş arası okul çocuklarda epilepsi prevalansı(Tıpta uzmanlık tezi) [Internet]. Sivas; 2018. Available from: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/605396>
204. Maisels MJ, Avery G, MacDonald MG, Seshia MMK. Jaundice. In: Avery G, MacDonald MG, Seshia MMK, editors. Avery's neonatology: Pathophysiology & Management of the Newborn. 6th ed. Philadelphia; 2005.
205. Kiliç S. Davranışsal inhibisyon anketi'nin ebeveyn formunun 3-7 yaş çocukları için Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması(Tıpta uzmanlık tezi) [Internet]. Konya; 2020. Available from: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/287708>
206. Sevgen FH, Altun H. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran 0–5 Yaş Arası Çocukların Başvuru Şikayetleri ve Psikiyatrik Tanıları. J Mood Disord [Internet]. 2017;7(4):205–11. Available from: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=41d19492-dce1-4977-bd23-c8465011a916%40redis>
207. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of Psychopathology Among Children and Adolescents. Am J Psychiatry [Internet]. 1998 Jun 1;155(6):715–25. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.155.6.715>
208. Polanczyk G V, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry [Internet]. 2015;56(3):345–65. Available from: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpp.12381>
209. Lavigne J V, LeBailly SA, Hopkins J, Gouze KR, Binns HJ. The Prevalence of ADHD, ODD, Depression, and Anxiety in a Community Sample of 4-Year-Olds. J Clin Child & Adolesc Psychol [Internet]. 2009;38(3):315–28. Available from: <https://doi.org/10.1080/15374410902851382>
210. van der Lee JH, Mokkink LB, Grootenhuis MA, Heymans HS, Offringa M. Definitions and Measurement of Chronic Health Conditions in Childhood A Systematic Review. JAMA [Internet]. 2007;297(24):2741–51. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.297.24.2741>
211. Yüksel HH. Edirne il merkezindeki anaokulu çocuklarının annelerinde ortoreksiya nervoza eğilimi(Tıpta uzmanlık tezi) [Internet]. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2017. Available from: <https://dspace.trakya.edu.tr/xmlui/handle/trakya/3011>

212. Çakıcı Tosun M. 4-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarını Önlemeye Yönelik Önlemlerinin İncelenmesi, Ev Kazaları Ve İlkyardım Konusundaki Bilgi, Tutum Ve Davranışlarına Eğitimin Etkisi: Bir Müdahale Çalışması(Tıpta uzmanlık tezi). Kayseri; 2016.
213. Çiçek D. Edirne İl Merkezindeki Anaokulu Çocukları Annelerinin Ev Kazaları Hakkındaki Tutumları(Tıpta uzmanlık tezi). Edirne: Trakya Üniversitesi; 2019.
214. Yalçın M, Eşsizoğlu A, Akkoç H, Yaşan A, Gürgen F. Risk Factors Associated with Substance Use Among Dicle University Students. J Clin Psy [Internet]. 2009;12(3):125–33. Available from: <https://dx.doi.org/>
215. Deveney CM, Briggs-Gowan MJ, Pagliaccio D, Estabrook CR, Zobel E, Burns JL, et al. Temporally sensitive neural measures of inhibition in preschool children across a spectrum of irritability. Dev Psychobiol [Internet]. 2019;61(2):216–27. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/dev.21792>
216. Micha M, Makris G, Michou M, Kanaka-Gantenbein C, Wakschlag L, Pervanidou P. Psychometric Validation of the Greek Version of the Scale “Temper Loss” of the Questionnaire “Multidimensional Assessment Profile of Disruptive Behavior (MAP-DB)”. Child (Basel, Switzerland). 2022 Aug;9(9).
217. Alexandre JL, Lange A-M, Bilenberg N, Gorrissen AM, Søbbye N, Lambek R. The ADHD rating scale-IV preschool version: Factor structure, reliability, validity, and standardisation in a Danish community sample. Res Dev Disabil [Internet]. 2018;78:125–35. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891422218301197>
218. Bahadır Agce Z, Torpil B. Investigation of Occupational Therapy Students’ Occupational Balance, Mental Health Burden and Social Problem Solving Skills in the COVID-19 Pandemic. Journal. 2022;9(1):63–80.
219. Tüzen G. Depresyon, anksiyete ve stresin duygusal yeme ile ilişkisinde aleksitiminin aracı rolü(Yüksek lisans tezi) [Internet]. İstanbul; 2019. Available from: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/107796>
220. Karakoç Demirkaya S, Abalı O. Okul öncesi (2-6 yaş) çocuklarda psikopatolojik belirtiler ve alt gruplardaki risk faktörlerinin sağlıklı kontrol ile karşılaştırılması / Psychopathologic symptoms and comparison of the risk factors with subgroups and healthy control groups in preschool c [Internet]. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2010. Available from: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=RFH7ndot-9ftsZPCikOtWA&no=LjjWnraPp5vg8sjs8USsGA>
221. Gray SAO, Carter AS, Briggs-Gowan MJ, Hill C, Danis B, Keenan K, et al. Preschool children’s observed disruptive behavior: variations across sex, interactional context, and disruptive psychopathology. J Clin child Adolesc

- Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53. 2012;41(4):499–507.
222. Wichstrøm L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2012;53(6):695–705. Available from: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x>
223. Yoder ML, Williford AP. Teacher Perception of Preschool Disruptive Behavior: Prevalence and Contributing Factors. *Early Educ Dev* [Internet]. 2019 Oct 3;30(7):835–53. Available from: <https://doi.org/10.1080/10409289.2019.1594531>
224. Cox MJ. Family Systems and Sibling Relationships. *Child Dev Perspect* [Internet]. 2010;4(2):95–6. Available from: <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1750-8606.2010.00124.x>
225. Kiliç BG, Sener S. [Family functioning and psychosocial characteristics in children with attention deficit hyperactivity disorder with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder]. *Turk Psikiyatri Derg.* 2005;16(1):21–8.
226. Işık E. Erken çocuklukta görülen davranış problemlerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Uludağ Üniversitesi Fen Edeb Fakültesi Sos Bilim Derg* [Internet]. 2021;21(40). Available from: <http://hdl.handle.net/11452/19781>
227. Alisinanoğlu F, Kesicioğlu OS. Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Davranış Sorunlarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi (Giresun İli Örneği). Vol. 3, *Journal of Theoretical Educational Science*. Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe University; 2010. p. 0.
228. Eratay E. OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARINDA DAVRANIŞ PROBLEMLERİ. *Journal.* 2011;6(3):2347–62.
229. Tarkoçin S. Okul öncesi eğitim kurumuna devam eden 48-66 aylık çocukları olan ebeveynlerin çocukları ile iletişim kurma düzeyleri ve davranış sorunları arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yüksek lisans tezi). Bingöl: Marmara Üniversitesi; 2014.
230. Tremblay RE, Nagin DS, Séguin JR, Zoccolillo M, Zelazo PD, Boivin M, et al. Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Can child Adolesc psychiatry Rev = La Rev Can Psychiatr l'enfant l'adolescent.* 2005 Feb;14(1):3–9.
231. Mesman J, Stoel R, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F, Koot HM, et al. Predicting Growth Curves of Early Childhood Externalizing

- Problems: Differential Susceptibility of Children with Difficult Temperament. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2009;37(5):625–36. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10802-009-9298-0>
232. Zondervan-Zwijnenburg MAJ, Veldkamp SAM, Neumann A, Barzeva SA, Nelemans SA, van Beijsterveldt CEM, et al. Parental Age and Offspring Childhood Mental Health: A Multi-Cohort, Population-Based Investigation. *Child Dev* [Internet]. 2020;91(3):964–82. Available from: <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cdev.13267>
233. Yoldaş C, Demircioğlu H. Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Problem Davranışlarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *HÜ Sağlık Bilim Fakültesi Derg* [Internet]. 2022;9(3):553–72. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2044020>
234. Dursun A. Okul öncesi dönemdeki çocukların davranış problemleriyle anne-baba tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi(Yüksek lisans tezi) [Internet]. Burdur: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2010. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12397/7093>
235. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional Defiant and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2000;39(12):1468–84. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709604123>
236. Farrington DP. Implications of criminal career research for the prevention of offending. *J Adolesc* [Internet]. 1990;13(2):93–113. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/014019719090001N>
237. Loeber R, Farrington DP. Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Dev Psychopathol*. 2000;12(4):737–762.
238. Gültekin Akduman G, Günindi Y, Türkoğlu D. Okul Öncesi Dönem Çocukların Sosyal Beceri Düzeyleri ile Davranış Problemleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Uluslararası Sos Araştırmalar Derg* [Internet]. 2015;8(37):673–83. Available from: <https://avesis.gazi.edu.tr/yayin/c4218db2-e4eb-4c3c-83c7-fac9cf7ae684/okul-oncesi-donem-cocuklarin-sosyal-beceri-duzeyleri-ile-davranis-problemleri-arasindaki-iliskinin-incelenmesi>
239. Bilaç Ö, Önder A, Kavurma C, Doğan Y, Uzunoğlu G, Isildar Y, et al. Evaluation of the parental attitudes, competency and attachment styles of the mothers of the children at preschool period who were admitted to child psychiatry services (tur). *J Clin Psy* [Internet]. 2020;23(1):83–91. Available from: <https://dx.doi.org/10.5505/kpd.2020.07078>
240. Seven DS. Ailesel Faktörlerin Altı Yaş Çocuklarının Sosyal Davranış Problemlerine Etkisi. Vol. 51, Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi. Pegem

Akademi Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Hizmetleri Tic. Ltd. Şti.; 2007. p. 477–99.

241. Byansi W, Namatovu P, Sensoy Bahar O, Kiyingi J, Nabayinda J, Mwebembezi A, et al. Family-level correlates of disruptive behavior challenges among children in Southwestern Uganda. *Child Youth Serv Rev* [Internet]. 2022;140:106598. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740922002341>
242. PhD DS-O. Impacts of Divorce on the Behavior and Adjustment Problems, Parenting Styles, and Attachment Styles of Children. *J Divorce \& Remarriage* [Internet]. 2005;42(3–4):127–51. Available from: https://doi.org/10.1300/J087v42n03_08
243. Demir-Lira ÖE, Voss JL, O’Neil JT, Briggs-Gowan MJ, Wakschlag LS, Booth JR. Early-life stress exposure associated with altered prefrontal resting-state fMRI connectivity in young children. *Dev Cogn Neurosci* [Internet]. 2016;19:107–14. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878929315300451>
244. Betts KS, Williams GM, Najman JM, Alati R. The Relationship Between Maternal Depressive, Anxious, And Stress Symptoms During Pregnancy And Adult Offspring Behavioral And Emotional Problems. *Depress Anxiety* [Internet]. 2015;32(2):82–90. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/da.22272>
245. O’Connor TG, Moynihan JA, Caserta MT. Annual Research Review: The neuroinflammation hypothesis for stress and psychopathology in children – developmental psychoneuroimmunology. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2014;55(6):615–31. Available from: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpp.12187>
246. Buss C, Davis EP, Shahbaba B, Pruessner JC, Head K, Sandman CA. Maternal cortisol over the course of pregnancy and subsequent child amygdala and hippocampus volumes and affective problems. Vol. 109, *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. Buss, Claudia: Department of Pediatrics, University of California, Irvine, Irvine, CA, US, 92697, cbuss@uci.edu: National Academy of Sciences; 2012. p. E1312–9.
247. Laplante DP, Barr RG, Brunet A, Du Fort GG, Meaney ML, Saucier J-F, et al. Stress During Pregnancy Affects General Intellectual and Language Functioning in Human Toddlers. *Pediatr Res* [Internet]. 2004;56(3):400–10. Available from: <https://doi.org/10.1203/01.PDR.0000136281.34035.44>
248. Kofman O. The role of prenatal stress in the etiology of developmental behavioural disorders. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2002;26(4):457–70. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763402000155>

249. Glynn LM, Wadhwa PD, Dunkel-Schetter C, Chicz-DeMet A, Sandman CA. When stress happens matters: Effects of earthquake timing on stress responsivity in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2001;184(4):637–42. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937801741932>
250. Stott DH. Follow-up Study from Birth of the Effects of Prenatal Stresses. *Dev Med & Child Neurol* [Internet]. 1973;15(6):770–87. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-8749.1973.tb04912.x>
251. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. *Futur Child*. 1997;7(2):55–71.
252. Khashan AS, McNamee R, Abel KM, Mortensen PB, Kenny LC, Pedersen MG, et al. Rates of preterm birth following antenatal maternal exposure to severe life events: a population-based cohort study. *Hum Reprod* [Internet]. 2008;24(2):429–37. Available from: <https://doi.org/10.1093/humrep/den418>
253. Khashan AS, McNamee R, Abel KM, Pedersen MG, Webb RT, Kenny LC, et al. Reduced Infant Birthweight Consequent Upon Maternal Exposure to Severe Life Events. *Psychosom Med* [Internet]. 2008;70(6). Available from: https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/2008/07000/Reduced_Infant_Birthweight_Consequent_Upon.9.aspx
254. Čepický P, Mandys F. Reproductive outcome in women who lost their husbands in the course of pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 1989;30(2):137–40. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0028224389900609>
255. Huttunen MO, Niskanen P. Prenatal Loss of Father and Psychiatric Disorders. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1978;35(4):429–31. Available from: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1978.01770280039004>
256. Chiu Y-N, Gau SS-F, Tsai W-C, Soong W-T, Shang C-Y. Demographic and perinatal factors for behavioral problems among children aged 4–9 in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2009;63(4):569–76. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1440-1819.2009.01979.x>
257. Talati A, Wickramaratne PJ, Wesselhoeft R, Weissman MM. Prenatal tobacco exposure, birthweight, and offspring psychopathology. *Psychiatry Res* [Internet]. 2017;252:346–52. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178116316584>
258. Breslau N, Brown GG, DelDotto JE, Kumar S, Ezhuthachan S, Andreski P, et al. Psychiatric sequelae of low birth weight at 6 years of age. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 1996;24(3):385–400. Available from: <https://doi.org/10.1007/BF01441637>

259. Breslau N, Chilcoat HD. Psychiatric sequelae of low birth weight at 11 years of age. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2000;47(11):1005–11. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322399003121>
260. Nigg JT, Breslau N. Prenatal Smoking Exposure, Low Birth Weight, and Disruptive Behavior Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2007;46(3):362–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709616804>
261. Buschgens CJM, Swinkels SHN, van Aken MAG, Ormel J, Verhulst FC, Buitelaar JK. Externalizing behaviors in preadolescents: familial risk to externalizing behaviors, prenatal and perinatal risks, and their interactions. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2009;18(2):65–74. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0704-x>
262. Henriksen T. The macrosomic fetus: a challenge in current obstetrics. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2008;87(2):134–45. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00016340801899289>
263. Botting N, Powlis A, Cooke RW, Marlow N. Attention deficit hyperactivity disorders and other psychiatric outcomes in very low birthweight children at 12 years. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997 Nov;38(8):931–41.
264. Dennery PA, Seidman DS, Stevenson DK. Neonatal hyperbilirubinemia. *N Engl J Med*. 2001 Feb;344(8):581–90.
265. Cohen SM. Jaundice in the full-term newborn. *Pediatr Nurs*. 2006;32(3):202–8.
266. Shapiro SM. Bilirubin toxicity in the developing nervous system. *Pediatr Neurol* [Internet]. 2003;29(5):410–21. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887899403005101>
267. Johnson LH, Bhutani VK, Brown AK. System-based approach to management of neonatal jaundice and prevention of kernicterus. *J Pediatr*. 2002 Apr;140(4):396–403.
268. Brito MA, Palmela I, Cardoso FL, Sá-Pereira I, Brites D. Blood–Brain Barrier and Bilirubin: Clinical Aspects and Experimental Data. *Arch Med Res* [Internet]. 2014;45(8):660–76. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188440914002641>
269. Amin SB, Smith T, Timler G. Developmental influence of unconjugated hyperbilirubinemia and neurobehavioral disorders. *Pediatr Res* [Internet]. 2019;85(2):191–7. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41390-018-0216-4>
270. Johnson L, Bhutani VK. The Clinical Syndrome of Bilirubin-Induced Neurologic Dysfunction. *Semin Perinatol* [Internet]. 2011;35(3):101–13.

Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000511000322>

271. Lipińska E, Słopeń A, Pytlińska N, Słopeń R, Wolańczyk T, Bryńska A. The role of factors associated with the course of pregnancy and childbirth in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatr Pol.* 2021 Jun;55(3):659–73.
272. Compas BE, Jaser SS, Dunn MJ, Rodriguez EM. Coping with Chronic Illness in Childhood and Adolescence. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2012;8(1):455–80. Available from: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108>
273. Dobbie M, Mellor D. Chronic illness and its impact: Considerations for psychologists. *Psychol Heal & Med* [Internet]. 2008;13(5):583–90. Available from: <https://doi.org/10.1080/13548500801983041>
274. Eiser C, Berrenberg JL. Assessing the impact of chronic disease on the relationship between parents and their adolescents. Vol. 39, *Journal of Psychosomatic Research*. Netherlands: Elsevier Science; 1995. p. 109–14.
275. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev.* 1999 Jul;106(3):458–90.
276. Dodge KA. Developmental psychopathology in children of depressed mothers. *Dev Psychol.* 1990;26:3–6.
277. van Warmerdam J, Sutradhar R, Kurdyak P, Lau C, Pole JD, Nathan PC, et al. Long-Term Mental Health Outcomes in Mothers and Siblings of Children With Cancer: A Population-Based, Matched Cohort Study. *J Clin Oncol* [Internet]. 2020;38(1):51–62. Available from: <https://doi.org/10.1200/JCO.19.01382>
278. Long KA, Lehmann V, Gerhardt CA, Carpenter AL, Marsland AL, Alderfer MA. Psychosocial functioning and risk factors among siblings of children with cancer: An updated systematic review. *Psychooncology* [Internet]. 2018 Jun 1;27(6):1467–79. Available from: <https://doi.org/10.1002/pon.4669>
279. Möller B, Barkmann C, Krattenmacher T, Kühne F, Bergelt C, Beierlein V, et al. Children of cancer patients: prevalence and predictors of emotional and behavioral problems. *Cancer.* 2014 Aug;120(15):2361–70.
280. Brenner A. *Helping children cope with stress*. Revised. Jossey-Bass; 1997.
281. Brody GH, Flor DL, Hollett-Wright N, McCoy JK, Donovan J. Parent-child relationships, child temperament profiles and children's alcohol use norms. *J Stud Alcohol, Suppl* [Internet]. 1999;(s13):45–51. Available from: <https://doi.org/10.15288/jsas.1999.s13.45>

282. Dunn J. State of the art: Siblings. *Psychologist*. 2000;13:244–8.
283. Hamilton EB, Jones M, Hammen C. Maternal Interaction Style in Affective Disordered, Physically III, and Normal Women. *Fam Process* [Internet]. 1993;32(3):329–40. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1545-5300.1993.00329.x>
284. Frankel KA, Harmon RJ. Depressed Mothers: They Don't Always Look as Bad as They Feel. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1996;35(3):289–98. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709634584>
285. Fisher L, Chalder T. Childhood experiences of illness and parenting in adults with Chronic Fatigue Syndrome. *J Psychosom Res* [Internet]. 2003;54(5):439–43. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399902004580>
286. Keller MB, Beardslee WR, Dorer DJ, Lavori PW, Samuelson H, Klerman GR. Impact of Severity and Chronicity of Parental Affective Illness on Adaptive Functioning and Psychopathology in Children. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1986 Oct 1;43(10):930–7. Available from: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800100020004>
287. Jacob T, Johnson SL. Parent–child interaction among depressed fathers and mothers: Impact on child functioning. *J Fam Psychol*. 1997;11:391–409.
288. Steele RG, Forehand R, Armistead L. The Role of Family Processes and Coping Strategies in the Relationship Between Parental Chronic Illness and Childhood Internalizing Problems. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 1997;25(2):83–94. Available from: <https://doi.org/10.1023/A:1025771210350>
289. Kuja-Halkola R, Lichtenstein P, D'Onofrio BM, Larsson H. Codevelopment of ADHD and externalizing behavior from childhood to adulthood. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2015 Jun 1;56(6):640–7. Available from: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12340>
290. Bendiksen B, Svensson E, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Friis S, Myhre AM, et al. Co-Occurrence of ODD and CD in Preschool Children With Symptoms of ADHD. *J Atten Disord*. 2017 Jul;21(9):741–52.
291. Clark LA. The anxiety and depressive disorders: Descriptive psychopathology and differential diagnosis. In: *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. San Diego, CA, US: Academic Press; 1989. p. 83–129. (Personality, psychopathology, and psychotherapy.).
292. Akiskal HS. Anxiety: Definition, Relationship to Depression, and Proposal for an Integrative Model. In: *Anxiety and the anxiety disorders*. 1st ed. Routledge; 1985.

293. Selye H. The story of the adaptational syndrome [Internet]. Montreal: ACTA; 1952. Available from: <http://www.evolocus.com/Textbooks/Selye1952.pdf>
294. Campbell SB. Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2006.
295. Patterson GR. Mothers: The unacknowledged victims. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1980;45:64.
296. McLoyd VC. The Impact of Economic Hardship on Black Families and Children: Psychological Distress, Parenting, and Socioemotional Development. *Child Dev* [Internet]. 1990;61(2):311–46. Available from: <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8624.1990.tb02781.x>
297. Kane P, Garber J. Parental Depression and Child Externalizing and Internalizing Symptoms: Unique Effects of Fathers' Symptoms and Perceived Conflict as a Mediator. *J Child Fam Stud* [Internet]. 2009;18(4):465–72. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10826-008-9250-x>
298. Elgar FJ, Curtis LJ, McGrath PJ, Waschbusch DA, Stewart SH. Antecedent-Consequence Conditions in Maternal Mood and Child Adjustment: A Four-Year Cross-Lagged Study. *J Clin Child & Adolesc Psychol* [Internet]. 2003;32(3):362–74. Available from: https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3203_05
299. Kouros CD, Garber J. Dynamic Associations between Maternal Depressive Symptoms and Adolescents' Depressive and Externalizing Symptoms. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2010;38(8):1069–81. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9433-y>
300. Podolski C-L, Nigg JT. Parent Stress and Coping in Relation to Child ADHD Severity and Associated Child Disruptive Behavior Problems. *J Clin Child & Adolesc Psychol* [Internet]. 2001;30(4):503–13. Available from: https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3004_07
301. Williford AP, Calkins SD, Keane SP. Predicting Change in Parenting Stress Across Early Childhood: Child and Maternal Factors. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2007;35(2):251–63. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9082-3>
302. Dollberg DG, Hanetz Gamliel K, Levy S. Mediating and moderating links between coparenting, parental mentalization, parents' anxiety, and children's behavior problems. Vol. 35, *Journal of Family Psychology*. Dollberg, Daphna G.: School of Behavioral Sciences, Academic College of Tel Aviv-Yaffo, Rabenu Yeruham Street, P.O.B. 8401, Yaffo, Israel, 6818211, daphna@mta.ac.il: American Psychological Association; 2021. p. 324–34.

303. Pitzer M, Esser G, Schmidt MH, Laucht M. Temperamental predictors of externalizing problems among boys and girls: a longitudinal study in a high-risk sample from ages 3 months to 15 years. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2009;259(8):445–58. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00406-009-0009-1>
304. Hokkanen L, Launes J, Michelsson K. Adult neurobehavioral outcome of hyperbilirubinemia in full term neonates—a 30 year prospective follow-up study. Abdullah J, editor. *PeerJ* [Internet]. 2014;2:e294. Available from: <https://doi.org/10.7717/peerj.294>
305. Wusthoff CJ, Loe IM. Impact of bilirubin-induced neurologic dysfunction on neurodevelopmental outcomes. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2015 Feb;20(1):52–7.
306. Fuchs A, Resch F, Kaess M, Moehler E. Early Parenting Stress Links Obstetric Complications and Child Psychopathology in Middle Childhood in an At-Risk Sample. *J Dev Behav Pediatr* [Internet]. 2022;43(1). Available from: https://journals.lww.com/jrnldb/Fulltext/2022/01000/Early_Parenting_Stress_Links_Obstetric.15.aspx
307. Olson SL, Schilling EM, Bates JE. Measurement of Impulsivity: Construct Coherence, Longitudinal Stability, and Relationship with Externalizing Problems in Middle Childhood and Adolescence. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 1999;27(2):151–65. Available from: <https://doi.org/10.1023/A:1021915615677>
308. Campbell SB, Pierce EW, March CL, Ewing LJ, Szumowski EK. Hard-to-Manage Preschool Boys: Symptomatic Behavior across Contexts and Time. *Child Dev* [Internet]. 1994;65(3):836–51. Available from: <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8624.1994.tb00787.x>
309. Bellanti CJ, Bierman KL. Disentangling the Impact of Low Cognitive Ability and Inattention on Social Behavior and Peer Relationships. *J Clin Child Psychol* [Internet]. 2000;29(1):66–75. Available from: https://doi.org/10.1207/S15374424jccp2901_7
310. Winsler A, Wallace GL. Behavior Problems and Social Skills in Preschool Children: Parent-Teacher Agreement and Relations with Classroom Observations. *Early Educ Dev* [Internet]. 2002;13(1):41–58. Available from: https://doi.org/10.1207/s15566935eed1301_3
311. Hill AL, Degnan KA, Calkins SD, Keane SP. Profiles of externalizing behavior problems for boys and girls across preschool: The roles of emotion regulation and inattention. Vol. 42, *Developmental Psychology*. Calkins, Susan D.: Department of Psychology, University of North Carolina, PO Box 26170, Greensboro, NC, US, 27402-6170, sdcalkin@uncg.edu: American

- Psychological Association; 2006. p. 913–28.
312. Granic I, Patterson GR. Toward a comprehensive model of antisocial development: a dynamic systems approach. *Psychol Rev.* 2006 Jan;113(1):101–31.
 313. Burstein M, Ginsburg GS, Tein J-Y. Parental Anxiety and Child Symptomatology: An Examination of Additive and Interactive Effects of Parent Psychopathology. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2010;38(7):897–909. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9415-0>
 314. Van den akker AL, Hoffenaar P, Overbeek G. Temper Tantrums in Toddlers and Preschoolers: Longitudinal Associations with Adjustment Problems. *J Dev Behav Pediatr* [Internet]. 2022;43(7). Available from: https://journals.lww.com/jrnldb/Fulltext/2022/09000/Temper_Tantrums_in_Toddlers_and_Preschoolers_5.aspx
 315. Cohen JS, Mendez JL. Emotion Regulation, Language Ability, and the Stability of Preschool Children’s Peer Play Behavior. *Early Educ Dev* [Internet]. 2009;20(6):1016–37. Available from: <https://doi.org/10.1080/10409280903305716>
 316. Alwaely SA, Yousif NBA, Mikhaylov A. Emotional development in preschoolers and socialization. *Early Child Dev Care* [Internet]. 2021;191(16):2484–93. Available from: <https://doi.org/10.1080/03004430.2020.1717480>
 317. Cole PM. Moving ahead in the study of the development of emotion regulation. *Int J Behav Dev* [Internet]. 2014;38(2):203–7. Available from: <https://doi.org/10.1177/0165025414522170>
 318. Roy AK, Klein RG, Angelosante A, Bar-Haim Y, Leibenluft E, Hulvershorn L, et al. Clinical Features of Young Children Referred for Impairing Temper Outbursts. *J Child Adolesc Psychopharmacol* [Internet]. 2013;23(9):588–96. Available from: <https://doi.org/10.1089/cap.2013.0005>
 319. Çetin B. Geniş ve çekirdek ailede yaşayan okul öncesi çocukların sosyal beceri düzeyleri ve davranış sorunları açısından incelenmesi (Yüksek lisans tezi) [Internet]. İstanbul: Beykent Üniversitesi; 2019. Available from: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/710067>
 320. Lautarescu A, Craig MC, Glover V. Chapter Two - Prenatal stress: Effects on fetal and child brain development. In: Clow A, Smyth N, editors. *Stress and Brain Health: Across the Life Course* [Internet]. Academic Press; 2020. p. 17–40. (International Review of Neurobiology; vol. 150). Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0074774219301199>
 321. Zeman J, Cassano M, Perry-Parrish C, Stegall S. Emotion Regulation in

- Children and Adolescents. *J Dev Behav Pediatr* [Internet]. 2006;27(2). Available from: https://journals.lww.com/jrnldb/Fulltext/2006/04000/Emotion_Regulation_in_Children_and_Adolescents.14.aspx
322. Sandman CA, Davis EP, Buss C, Glynn LM. Exposure to prenatal psychobiological stress exerts programming influences on the mother and her fetus. *Neuroendocrinology*. 2012;95(1):7–21.
 323. Lahey BB, Lee SS, Sibley MH, Applegate B, Molina BSG, Pelham WE. Predictors of adolescent outcomes among 4–6-year-old children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Vol. 125, *Journal of Abnormal Psychology*. Lahey, Benjamin B.: Department of Public Health Sciences, University of Chicago, MC 2000, 5841 South Maryland Avenue, Chicago, IL, US, 60637, blahey@uchicago.edu: American Psychological Association; 2016. p. 168–81.
 324. Poehlmann J, Schwichtenberg AJM, Schlafer RJ, Hahn E, Bianchi J-P, Warner R. Emerging self-regulation in toddlers born preterm or low birth weight: Differential susceptibility to parenting? *Dev Psychopathol* [Internet]. 2011/01/24. 2011;23(1):177–93. Available from: <https://www.cambridge.org/core/article/emerging-selfregulation-in-toddlers-born-preterm-or-low-birth-weight-differential-susceptibility-to-parenting/3CAB4F03F361A44F416F4B5D0A909531>
 325. Reijneveld SA, de Kleine MJK, van Baar AL, Kollée LAA, Verhaak CM, Verhulst FC, et al. Behavioural and emotional problems in very preterm and very low birthweight infants at age 5 years. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2006 Nov;91(6):F423-8.
 326. Lee KS, Xiao J, Liew Z, Gau SS-F, Tseng W-L. Perinatal and birth correlates of childhood irritability in Taiwan’s national epidemiological study. *J Affect Disord* [Internet]. 2022;299:273–80. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503272101332X>
 327. Munhoz TN, Santos IS, Barros AJD, Anselmi L, Barros FC, Matijasevich A. Perinatal and postnatal risk factors for disruptive mood dysregulation disorder at age 11: 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *J Affect Disord* [Internet]. 2017;215:263–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032716318882>
 328. Üstün N. Neonatal Jaundice. *Journal*. 2019;11(4):213–8.
 329. Carlson GA, Potegal M, Margulies D, Gutkovich Z, Basile J. Rages--what are they and who has them? *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2009 Jun;19(3):281–8.
 330. Stein REK, Silver EJ. Comparing Different Definitions of Chronic Conditions in a National Data Set. *Ambul Pediatr* [Internet]. 2002;2(1):63–70. Available

from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1530156705600846>

331. Maurice-Stam H, Nijhof SL, Monninkhof AS, Heymans HSA, Grootenhuis MA. Review about the impact of growing up with a chronic disease showed delays achieving psychosocial milestones. *Acta Paediatr* [Internet]. 2019;108(12):2157–69. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.14918>
332. Gökler B. Ölümcül Hastalık Karşısında Çocuk, Aile ve Hekim. In: Ekşi A, editor. *Ben Hasta Değilim*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 1999. p. 471–5.
333. Duryea MM. Mothers with chronic physical illness and the parentification of their children [Internet]. ProQuest Dissertations and Theses. [Ann Arbor]: The University of New Mexico PP - United States -- New Mexico; 2007. Available from: <https://www.proquest.com/dissertations-theses/mothers-with-chronic-physical-illness/docview/304840672/se-2?accountid=16733>
334. Worsham NL, Compas BE, Ey S. Children's Coping with Parental Illness. In: Wolchik SA, Sandler IN, editors. *Handbook of Children's Coping: Linking Theory and Intervention* [Internet]. Boston, MA: Springer US; 1997. p. 195–213. Available from: https://doi.org/10.1007/978-1-4757-2677-0_7
335. Graziano PA, Garcia A. Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2016;46:106–23. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735816301350>
336. Barkley RA, Fischer M. The Unique Contribution of Emotional Impulsiveness to Impairment in Major Life Activities in Hyperactive Children as Adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2010;49(5):503–13. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856710002030>
337. Bunford N, Evans SW, Wymbs F. ADHD and Emotion Dysregulation Among Children and Adolescents. *Clin Child Fam Psychol Rev* [Internet]. 2015;18(3):185–217. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0187-5>
338. Kendall KM, Van Assche E, Andlauer TFM, Choi KW, Luykx JJ, Schulte EC, et al. The genetic basis of major depression. *Psychol Med* [Internet]. 2021/03/08. 2021;51(13):2217–30. Available from: <https://www.cambridge.org/core/article/genetic-basis-of-major-depression/02FD064A16A300DBE928334C9317E601>
339. Damme KSF, Norton ES, Briggs-Gowan MJ, Wakschlag LS, Mittal VA. Developmental patterning of irritability enhances prediction of psychopathology in preadolescence: Improving RDoC with developmental science. Vol. 131, *Journal of Psychopathology and Clinical Science*. Damme, Katherine S. F.: Department of Psychology, Northwestern University, 2029

Sheridan Road, Evanston, IL, US, 60208, Kate.Damme@u.northwestern.edu:
American Psychological Association; 2022. p. 556–66.

340. Charles J, Fazeli M. Depression in children. *Aust Fam Physician* [Internet]. 2017 Dec 1;46(12):901–7. Available from: <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.299126478614605>
341. Koss KJ, Gunnar MR. Annual Research Review: Early adversity, the hypothalamic–pituitary–adrenocortical axis, and child psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2018;59(4):327–46. Available from: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpp.12784>
342. Thibaut F. Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017 Jun;19(2):87–8.
343. Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ, Stringaris A, Leibenluft E, Carlson GA, et al. Preschool irritability: longitudinal associations with psychiatric disorders at age 6 and parental psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Dec;52(12):1304–13.
344. McDaniel BT, Radesky JS. Technoference: longitudinal associations between parent technology use, parenting stress, and child behavior problems. *Pediatr Res* [Internet]. 2018;84(2):210–8. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41390-018-0052-6>
345. Shin LM, Liberzon I. The Neurocircuitry of Fear, Stress, and Anxiety Disorders. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2010;35(1):169–91. Available from: <https://doi.org/10.1038/npp.2009.83>
346. McEwen BS, Eiland L, Hunter RG, Miller MM. Stress and anxiety: Structural plasticity and epigenetic regulation as a consequence of stress. *Neuropharmacology* [Internet]. 2012;62(1):3–12. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0028390811002905>
347. Nolvi S, Merz EC, Kataja E-L, Parsons CE. Prenatal Stress and the Developing Brain: Postnatal Environments Promoting Resilience. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2023;93(10):942–52. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322322018534>
348. Cousino MK, Hazen RA. Parenting Stress Among Caregivers of Children With Chronic Illness: A Systematic Review. *J Pediatr Psychol* [Internet]. 2013 Sep 1;38(8):809–28. Available from: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst049>
349. Hirsch E, Davis K, Cao Z, Roy AK. Understanding Phasic Irritability: Anger and Distress in Children’s Temper Outbursts. *Child Psychiatry Hum Dev* [Internet]. 2022;53(2):317–29. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01126-5>

350. Wagner DD, Heatherton TF. Self-regulatory depletion increases emotional reactivity in the amygdala. *Soc Cogn Affect Neurosci* [Internet]. 2013 Apr 1;8(4):410–7. Available from: <https://doi.org/10.1093/scan/nss082>
351. Zaidman-Zait A, Mirenda P, Duku E, Szatmari P, Georgiades S, Volden J, et al. Examination of Bidirectional Relationships Between Parent Stress and Two Types of Problem Behavior in Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord* [Internet]. 2014;44(8):1908–17. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2064-3>
352. Petitclerc A, Boivin M, Dionne G, Zoccolillo M, Tremblay RE. Disregard for rules: the early development and predictors of a specific dimension of disruptive behavior disorders. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2009;50(12):1477–84. Available from: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2009.02118.x>
353. Kochanska G, Aksan N. Children’s Conscience and Self-Regulation. *J Pers* [Internet]. 2006;74(6):1587–618. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-6494.2006.00421.x>
354. Drabick DAG, Strassberg Z, Kees MR. Measuring Qualitative Aspects of Preschool Boys’ Noncompliance: The Response Style Questionnaire (RSQ). *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2001;29(2):129–39. Available from: <https://doi.org/10.1023/A:1005283929585>
355. Dix T, Stewart AD, Gershoff ET, Day WH. Autonomy and Children’s Reactions to Being Controlled: Evidence That Both Compliance and Defiance May Be Positive Markers in Early Development. *Child Dev* [Internet]. 2007;78(4):1204–21. Available from: <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8624.2007.01061.x>
356. Kuczynski L; Kochanska, G; Radke-Yarrow, M; Girnius-Brown O. A developmental interpretation of Young children’s noncompliance. *Dev Psychol*. 1987;
357. Mann M. Understanding Child Noncompliance in the Early Care Setting. *McNair Res J* [Internet]. 2020;16(8). Available from: <https://scholarworks.sjsu.edu/mcnair/vol16/iss1/8/>
358. Australiati SA, Popy SA. Using Least to Most Prompting Techniques to Decrease Non-Compliance Behavior in Early Childhood. *J Sci* [Internet]. 2023;12(01):621–6. Available from: <http://infor.seaninstitute.org/index.php/pendidikan/article/view/1177>
359. Seçer Z, Sarı H. Okul Öncesi Eğitim Kurumuna Devam Eden Ve Etmeyen Çocukların Ahlaki Ve Sosyal Kural Bilgilerinin Çeşitli Değişkenler Açısından

- Karşılaştırmalı Olarak Analizi. Milli Eğitim Derg. 2006;172:126–42.
360. Spieker SJ, Larson NC, Lewis SM, Keller TE, Gilchrist L. Developmental trajectories of disruptive behavior problems in preschool children of adolescent mothers. *Child Dev.* 1999;70(2):443–58.
361. de la Osa N, Penelo E, Navarro JB, Trepas E, Ezpeleta L. Prevalence, comorbidity, functioning and long-term effects of subthreshold oppositional defiant disorder in a community sample of preschoolers. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2019;28(10):1385–93. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01300-0>
362. Uğur Ç, Yılmaz Y, Yürümez E. Emotional and behavioral problems in infants and preschool children: prevalence and sociodemographic risk factors. *Journal.* 2019;5(1):134–41.
363. Çetinkaya A, Özyürek A. Okul Öncesi Dönem Çocuklarda Ego Sağlamlığı Ve Ruhsal Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Journal.* 2021;7(3):147–63.
364. Pettit GS, Bates JE. Family interaction patterns and children's behavior problems from infancy to 4 years. *Dev Psychol.* 1989;25:413–20.
365. Vissing YM, Straus MA, Gelles RJ, Harrop JW. Verbal aggression by parents and psychosocial problems of children. *Child Abuse Negl* [Internet]. 1991;15(3):223–38. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/014521349190067N>
366. Spieker SJ, Larson NC, Lewis SM, White RD, Gilchrist L. Children of Adolescent Mothers: Cognitive and Behavioral Status at Age Six. *Child Adolesc Soc Work J* [Internet]. 1997;14(5):335–64. Available from: <https://doi.org/10.1023/A:1024506711509>
367. Kanlıkılıçer P. Okul Öncesi Davranış Sorunları Tarama Ölçeği : Geçerlilik / Güvenilirlik Çalışması(Yüksek lisans tezi) [Internet]. İstanbul: T.C. MARMARA ÜNİVERSİTESİ; Available from: <https://www.proquest.com/docview/2547078506?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
368. Kasuto M. Boşanmış ailelerin çocuklarının boşanmamış ailelerin çocuklarına göre öz saygı ve ruh sağlığı değişkenlerinin incelenmesi(Yüksek lisans tezi) [Internet]. İstanbul:Işık Üniversitesi; 2017. Available from: <https://acikerisim.isikun.edu.tr/xmlui/handle/11729/1277>
369. Glover V. Annual Research Review: Prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2011;52(4):356–67. Available from: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2011.02371.x>

370. Graignic-Philippe R, Dayan J, Chokron S, Jacquet A-Y, Tordjman S. Effects of prenatal stress on fetal and child development: A critical literature review. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2014;43:137–62. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763414000797>
371. Hentges RF, Graham SA, Plamondon A, Tough S, Madigan S. A Developmental Cascade from Prenatal Stress to Child Internalizing and Externalizing Problems. *J Pediatr Psychol* [Internet]. 2019 Oct 1;44(9):1057–67. Available from: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz044>
372. Wagner AI, Schmidt NL, Lemery-Chalfant K, Leavitt LA, Goldsmith HH. The limited effects of obstetrical and neonatal complications on conduct and attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in middle childhood. *J Dev Behav Pediatr*. 2009 Jun;30(3):217–25.
373. Davis EP, Townsend EL, Gunnar MR, Georgieff MK, Guiang SF, Cifuentes RF, et al. Effects of prenatal betamethasone exposure on regulation of stress physiology in healthy premature infants. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2004;29(8):1028–36. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453003002038>
374. Coe CL, Lubach GR. Prenatal origins of individual variation in behavior and immunity. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2005;29(1):39–49. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763404001496>
375. Alan B. Assessment of symptoms, diagnosis and comorbidity of patients referring to a child and adolescent psychiatry outpatient clinic. *Journal*. 2019;10(4):484–91.
376. Hatice Sevgen F, Altun H. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran 0-5 Yaş Arası Çocukların Başvuru Şikayetleri ve Psikiyatrik Tanıları. Present Complain Psychiatr diagnoses Child aged 0-5 years Present to a child psychiatry Adolesc Clin [Internet]. 2017 Dec;7(4):205–11. Available from: <http://10.0.21.79/jmood.20170806023012>
377. Van Loon LMA, Van de Ven MOM, Van Doesum KTM, Witteman CLM, Hosman CMH. The Relation Between Parental Mental Illness and Adolescent Mental Health: The Role of Family Factors. *J Child Fam Stud* [Internet]. 2014;23(7):1201–14. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9781-7>
378. Gross HE, Shaw DS, Burwell RA, Nagin DS. Transactional processes in child disruptive behavior and maternal depression: A longitudinal study from early childhood to adolescence. *Dev Psychopathol* [Internet]. 2009/01/15. 2009;21(1):139–56. Available from: <https://www.cambridge.org/core/article/transactional-processes-in-child-disruptive-behavior-and-maternal-depression-a-longitudinal-study-from-early-childhood-to-adolescence/DBC09B766C1EC5AB2DE7BDC1BF5A5356>

379. Lummer-Aikey S, Goldstein S. Sibling Adjustment to Childhood Chronic Illness: An Integrative Review. *J Fam Nurs* [Internet]. 2020 Dec 11;27(2):136–53. Available from: <https://doi.org/10.1177/1074840720977177>
380. Chen CY-C. Effects of Parental Chronic Illness on Children’s Psychosocial and Educational Functioning: a Literature Review. *Contemp Sch Psychol* [Internet]. 2017;21(2):166–76. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40688-016-0109-7>
381. Knecht C, Hellmers C, Metzging S. The Perspective of Siblings of Children With Chronic Illness: A Literature Review. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2015;30(1):102–16. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596314003054>
382. Biederman J, Spencer TJ, Newcorn JH, Gao H, Milton DR, Feldman PD, et al. Effect of comorbid symptoms of oppositional defiant disorder on responses to atomoxetine in children with ADHD: a meta-analysis of controlled clinical trial data. *Psychopharmacology (Berl)* [Internet]. 2007;190(1):31–41. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00213-006-0565-2>
383. Bufferd SJ, Dougherty LR, Carlson GA, Klein DN. Parent-reported mental health in preschoolers: findings using a diagnostic interview. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2011;52(4):359–69. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X10001446>
384. Ezpeleta L, de la Osa N, Doménech JM. Prevalence of DSM-IV disorders, comorbidity and impairment in 3-year-old Spanish preschoolers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014 Jan;49(1):145–55.
385. Börekçi B. Okul öncesi çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin, davranışsal, sosyal problemler, aile işlevselliği ve ebeveyn tutumları ile ilişkilerinin değerlendirilmesi (Yüksek lisans tezi) [Internet]. İstanbul: Işık Üniversitesi; 2017. Available from: <https://hdl.handle.net/11729/1201>
386. Hutchison L, Feder M, Abar B, Winsler A. Relations between Parenting Stress, Parenting Style, and Child Executive Functioning for Children with ADHD or Autism. *J Child Fam Stud* [Internet]. 2016;25(12):3644–56. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0518-2>
387. Braungart-Rieker J, Garwood MM, Stifter CA. Compliance and noncompliance: the roles of maternal control and child temperament. *J Appl Dev Psychol* [Internet]. 1997;18(3):411–28. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0193397397800081>
388. Rodriguez CM. Parental Discipline Reactions to Child Noncompliance and Compliance: Association with Parent–Child Aggression Indicators. *J Child Fam Stud* [Internet]. 2016;25(4):1363–74. Available from:

<https://doi.org/10.1007/s10826-015-0308-2>

389. Kohlhoff J, Morgan S, Briggs N, Egan R, Niec L. Parent–Child Interaction Therapy with Toddlers in a community-based setting: Improvements in parenting behavior, emotional availability, child behavior, and attachment. *Infant Ment Health J* [Internet]. 2020;41(4):543–62. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/imhj.21864>
390. Roşca GM, Iuga IA, David OA. “Inside-out mechanisms of parental practices and children’s externalizing problems: the role of authoritarian parenting style, parental irrational beliefs, emotion regulation, and distress“. *Curr Psychol* [Internet]. 2023; Available from: <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04539-8>
391. Thomas SR, O’Brien KA, Clarke TL, Liu Y, Chronis-Tuscano A. Maternal Depression History Moderates Parenting Responses to Compliant and Noncompliant Behaviors of Children with ADHD. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2015;43(7):1257–69. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9957-7>
392. Lamers F, van Oppen P, Comijs HC, Smit JH, Spinhoven P, van Balkom AJLM, et al. Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2011;72(3):341—348. Available from: <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06176blu>
393. Carbonneau R, Boivin M, Brendgen M, Nagin D, Tremblay RE. Comorbid Development of Disruptive Behaviors from age 1½ to 5 Years in a Population Birth-Cohort and Association with School Adjustment in First Grade. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2016;44(4):677–90. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0072-1>
394. Mazza JRSE, Boivin M, Tremblay RE, Michel G, Salla J, Lambert J, et al. Poverty and behavior problems trajectories from 1.5 to 8 years of age: Is the gap widening between poor and non-poor children? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2016;51(8):1083–92. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1252-1>
395. Colliver Y, Veraksa N. The aim of the game: A pedagogical tool to support young children’s learning through play. *Learn Cult Soc Interact* [Internet]. 2019;21:296–310. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210656118303465>
396. Wang Q, Ma J, Harada K, Kobayashi S, Sano H, Kim H. Associations among Outdoor Playtime, Screen Time, and Environmental Factors in Japanese Preschoolers: The ‘Eat, Be Active, and Sleep Well’ Study. *Sustainability* [Internet]. 2021;13(22). Available from: <https://www.mdpi.com/2071-1050/13/22/12499>

397. Van Berkel SR, Van der Pol LD, Groeneveld MG, Hallers-Haalboom ET, Endendijk JJ, Mesman J, et al. To share or not to share: Parental, sibling, and situational influences on sharing with a younger sibling. *Int J Behav Dev [Internet]*. 2014 Jun 16;39(3):235–41. Available from: <https://doi.org/10.1177/0165025414537925>
398. Tremblay RE. Developmental origins of disruptive behaviour problems: the ‘original sin’ hypothesis, epigenetics and their consequences for prevention. *J Child Psychol Psychiatry [Internet]*. 2010;51(4):341–67. Available from: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2010.02211.x>
399. Melegari MG, Muratori P, Bruni O, Donolato E, Giallonardo M, Mammarella I. Externalizing and Internalizing Behaviors in Children with ADHD during Lockdown for COVID-19: The Role of Parental Emotions, Parenting Strategies, and Breaking Lockdown Rules. *Children [Internet]*. 2022;9(6). Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9067/9/6/923>
400. Somers JA, Stiles K, MacNaughton GA, Schiff SJ, Shen Y, Lee SS. Antecedents and Consequences of Child Externalizing Problems: Differences in Dynamic Parent–Child Processes. *Res Child Adolesc Psychopathol [Internet]*. 2023; Available from: <https://doi.org/10.1007/s10802-023-01045-0>
401. Drabick DAG, Beauchaine TP, Gadow KD, Carlson GA, Bromet EJ. Risk Factors for Conduct Problems and Depressive Symptoms in a Cohort of Ukrainian Children. *J Clin Child & Adolesc Psychol [Internet]*. 2006;35(2):244–52. Available from: https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3502_8
402. Ciesielski HA, Loren REA, Tamm L. Behavioral Parent Training for ADHD Reduces Situational Severity of Child Noncompliance and Related Parental Stress. *J Atten Disord*. 2020 Mar;24(5):758–67.
403. Matalon C, Turliuc MN, Mairean C. Children’s opposition, marital and life satisfaction: the mediating role of parenting stress. *Fam Relat [Internet]*. 2022;71(4):1785–801. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/fare.12670>
404. Kalb LM, Loeber R. Child Disobedience and Noncompliance: A Review. *Pediatrics [Internet]*. 2003 Mar 1;111(3):641–52. Available from: <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.641>
405. van Praag HM. Can stress cause depression? *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry [Internet]*. 2004;28(5):891–907. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584604000892>
406. Björkqvist K. Gender differences in aggression. *Curr Opin Psychol [Internet]*. 2018;19:39–42. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X17300854>

407. Dirks MA, Recchia HE, Estabrook R, Howe N, Petitclerc A, Burns JL, et al. Differentiating typical from atypical perpetration of sibling-directed aggression during the preschool years. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2019;60(3):267–76. Available from: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpp.12939>
408. Saitoğlu R. Okul öncesi çocukların sosyal becerileri ile problem davranışlar ve akran ilişkilerinin sosyo-demografik değişkenlere göre incelenmesi(Yüksek lisans tezi). Mersin: Çağ Üniversitesi; 2020.
409. Jia S, Wang L, Shi Y, Li P. Family Risk Factors Associated With Aggressive Behavior in Chinese Preschool Children. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2016;31(6):e367–74. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596316301749>
410. Posner MI, Rothbart MK. Developing mechanisms of self-regulation. *Dev Psychopathol.* 2000;12(3):427–441.
411. Ogelman HG. Aggression Levels of 5- to 6-Year-Old Turkish Children in Terms of Gender, Age, and Peer Relations Variables. *J Res Child Educ* [Internet]. 2013;27(1):1–16. Available from: <https://doi.org/10.1080/02568543.2012.739987>
412. Tucker CJ, Finkelhor D, Shattuck AM, Turner H. Prevalence and correlates of sibling victimization types. *Child Abuse Negl.* 2013 Apr;37(4):213–23.
413. Liman B. 60-72 Aylık Çocukların Sosyal Yetkinlik ve Davranış Durumlarının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Derg.* 2020;1(37):8–19.
414. Kızıılışık Kartal G. Okul öncesi eğitim kurumuna devam eden çocukların davranış sorunları ile annelerinin evlilik uyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi(Yüksek lisans tezi). İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2014.
415. CansınYıldızbaşı İTS. Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Saldırganlık Yönelimleri İle Ebeveynlerinin Anne Baba Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Journal.* 2020;20(1):60–88.
416. Navarro R, Larrañaga E, Yubero S, VÍllora B. Families, Parenting and Aggressive Preschoolers: A Scoping Review of Studies Examining Family Variables Related to Preschool Aggression. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022;19(23). Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/23/15556>
417. Kadan G. Okul öncesi dönem çocuklarında (4-6 yaş) saldırganlık davranışını etkileyen faktörlerin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi(Yüksek lisans tezi)

- [Internet]. PQDT - Global. [İstanbul]: Marmara Üniversitesi (Turkey) PP - Turkey; 2010. Available from: <http://openaccess.marmara.edu.tr/handle/11424/24087>
418. Yeğen T. Okul öncesi dönemde çocukların akran ilişkileri, duygusal ve davranışsal problemleri ve problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi(Yüksek Lisans Tezi). Aksaray:Aksaray Üniversitesi; 2019.
419. Gürsoy F. Annesi Çalışan ve Çalışmayan Çocukların Saldırganlık Eğilimlerinin İncelenmesi. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Derg [Internet]. 2002;1(6-7):7-15. Available from: <http://search/yayin/detay/1568>
420. Erdinç S. Okul öncesi dönem çocuklarında fiziksel ve ilişkisel saldırganlığın çeşitli değişkenler açısından incelenmesi(Yüksek lisans tezi) [Internet]. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2009. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.12575/30269>
421. Uysal H, Dinçer Ç. Okul Öncesi Dönemde Karşılaşılan Fiziksel ve İlişkisel Saldırganlığın Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Eğitim ve Bilim Derg [Internet]. 2013;38(169). Available from: <http://213.14.10.181/index.php/EB/article/view/2288>
422. Özbey S, Alisinanoğlu F. Okul Öncesi Eğitim Kurumuna Devam Eden 60-72 Aylık Çocukların Problem Davranışlarının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. A Study Probl Behav 60-72 Mon Child Who Attend Public Early Child Educ Institution [Internet]. 2009 Feb;1(6):493-517. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=obo&AN=52485951&lang=tr&site=eds-live>
423. Labella MH, Masten AS. Family influences on the development of aggression and violence. Curr Opin Psychol [Internet]. 2018;19:11-6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X17300714>
424. Bradley RH, Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. Annu Rev Psychol [Internet]. 2002;53:371-99. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/11752490>
425. Monk C, Spicer J, Champagne FA. Linking prenatal maternal adversity to developmental outcomes in infants: The role of epigenetic pathways. Dev Psychopathol [Internet]. 2012/10/15. 2012;24(4):1361-76. Available from: <https://www.cambridge.org/core/article/linking-prenatal-maternal-adversity-to-developmental-outcomes-in-infants-the-role-of-epigenetic-pathways/7A665C6DA3A9E546569DE80CA804C5A7>
426. Adrichem DS Van, Huijbregts SCJ, Heijden KB Van Der, Goozen SHM Van, Swaab H. Aggressive behavior during toddlerhood: Interrelated effects of prenatal risk factors, negative affect, and cognition. Child Neuropsychol [Internet]. 2020;26(7):982-1004. Available from:

<https://doi.org/10.1080/09297049.2020.1769582>

427. Liu J. Early health risk factors for violence: Conceptualization, evidence, and implications. *Aggress Violent Behav* [Internet]. 2011;16(1):63–73. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359178910000741>
428. Huijbregts SCJ, Séguin JR, Zoccolillo M, Boivin M, Tremblay RE. Associations of Maternal Prenatal Smoking with Early Childhood Physical Aggression, Hyperactivity-Impulsivity, and Their Co-Occurrence. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2007;35(2):203–15. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9073-4>
429. Brennan PA, Grekin ER, Mednick SA. Maternal Smoking During Pregnancy and Adult Male Criminal Outcomes. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1999;56(3):215–9. Available from: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.3.215>
430. Huijbregts SCJ, Séguin JR, Zoccolillo M, Boivin M, Tremblay RE. Maternal prenatal smoking, parental antisocial behavior, and early childhood physical aggression. *Dev Psychopathol*. 2008;20(2):437–53.
431. Arpi E, Ferrari F. Preterm birth and behaviour problems in infants and preschool-age children: a review of the recent literature. *Dev Med & Child Neurol* [Internet]. 2013;55(9):788–96. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/dmcn.12142>
432. Diez MH, Yorifuji T, Kado Y, Sanada S, Doi H. Preterm birth and behavioural outcomes at 8 years of age: a nationwide survey in Japan. *Arch Dis Child* [Internet]. 2016 Apr 1;101(4):338 LP – 343. Available from: <http://adc.bmj.com/content/101/4/338.abstract>
433. Potijk MR, Winter AF de, Bos AF, Kerstjens JM, Reijneveld SA. Higher rates of behavioural and emotional problems at preschool age in children born moderately preterm. *Arch Dis Child* [Internet]. 2012 Feb 1;97(2):112 LP – 117. Available from: <http://adc.bmj.com/content/97/2/112.abstract>
434. Gerstein ED, Woodman AC, Burnson C, Cheng ER, Poehlmann-Tynan J. Trajectories of Externalizing and Internalizing Behaviors in Preterm Children Admitted to a Neonatal Intensive Care Unit. *J Pediatr* [Internet]. 2017;187:111–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347617305942>
435. Faleschini S, Matte-Gagné C, Côté S, Tremblay RE, Boivin M. Trajectories of behavioral problems among moderate-late preterm children from 4 to 10 years: A prospective population-based study. *Early Hum Dev* [Internet]. 2020;143:104964. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378378219306231>
436. Mednick SA, Kandel E. Genetic and Perinatal Factors in Violence. In: Moffitt

- TE, Mednick SA, editors. *Biological Contributions to Crime Causation* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 1988. p. 121–31. Available from: https://doi.org/10.1007/978-94-009-2768-1_7
437. Cannon TD, van Erp TGM, Rosso IM, Huttunen M, Lönqvist J, Pirkola T, et al. Fetal Hypoxia and Structural Brain Abnormalities in Schizophrenic Patients, Their Siblings, and Controls. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2002;59(1):35–41. Available from: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.1.35>
 438. Brennan PA, Mednick SA, Raine A. Biosocial Interactions and Violence. In: Raine A, Brennan PA, Farrington DP, Mednick SA, editors. *Biosocial Bases of Violence* [Internet]. Boston, MA: Springer US; 1997. p. 163–74. Available from: https://doi.org/10.1007/978-1-4757-4648-8_10
 439. Bufferd SJ, Dougherty LR, Carlson GA, Rose S, Klein DN. Psychiatric Disorders in Preschoolers: Continuity From Ages 3 to 6. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2012;169(11):1157–64. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12020268>
 440. King S, Waschbusch DA. Aggression in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Rev Neurother* [Internet]. 2010 Oct 1;10(10):1581–94. Available from: <https://doi.org/10.1586/ern.10.146>
 441. Kanne SM, Mazurek MO. Aggression in Children and Adolescents with ASD: Prevalence and Risk Factors. *J Autism Dev Disord* [Internet]. 2011;41(7):926–37. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1118-4>
 442. Chesler MA, Barbarin OA. *Childhood cancer and the family: Meeting the challenge of stress and support*. Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel; 1987. xiii, 331–xiii, 331.
 443. Dishion TJ. The Family Ecology of Boys' Peer Relations in Middle Childhood. *Child Dev* [Internet]. 1990;61(3):874–92. Available from: <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8624.1990.tb02829.x>
 444. Gartstein MA, Noll RB, Vannatta K. Childhood Aggression and Chronic Illness: Possible Protective Mechanisms. *J Appl Dev Psychol* [Internet]. 2000;21(3):315–33. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0193397300000435>
 445. Borge AIH, Wefring KW, Lie KK, Nordhagen R. Chronic illness and aggressive behaviour: A population-based study of 4-year-olds. *Eur J Dev Psychol* [Internet]. 2004;1(1):19–29. Available from: <https://doi.org/10.1080/17405620344000004>
 446. Farbiash T, Berger A, Atzaba-Poria N, Auerbach JG. Prediction of Preschool

- Aggression from DRD4 Risk, Parental ADHD Symptoms, and Home Chaos. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2014;42(3):489–99. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9791-3>
447. Pedersen S, Revenson TA. Parental Illness, Family Functioning, and Adolescent Well-Being: A Family Ecology Framework to Guide Research. Vol. 19, *Journal of Family Psychology*. Pedersen, Sara: Research Unit on Children’s Psychosocial Maladjustment, University of Montreal, 3050 Edouard Montpetit Boulevard, Montreal, PQ, Canada, H3T 1J7, sara.pedersen@umontreal.ca: American Psychological Association; 2005. p. 404–19.
 448. Pakenham KI, Cox S. The nature of caregiving in children of a parent with multiple sclerosis from multiple sources and the associations between caregiving activities and youth adjustment overtime. *Psychol & Heal* [Internet]. 2012;27(3):324–46. Available from: <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.563853>
 449. Sultan RS, Liu S-M, Hacker KA, Olfson M. Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Adverse Behaviors and Comorbidity. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2021;68(2):284–91. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X20305899>
 450. Connor DF, Chartier KG, Preen EC, Kaplan RF. Impulsive Aggression in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Symptom Severity, Co-Morbidity, and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Subtype. *J Child Adolesc Psychopharmacol* [Internet]. 2010;20(2):119–26. Available from: <https://doi.org/10.1089/cap.2009.0076>
 451. Becker SP, Luebbe AM, Stoppelbein L, Greening L, Fite PJ. Aggression Among Children with ADHD, Anxiety, or Co-occurring Symptoms: Competing Exacerbation and Attenuation Hypotheses. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2012;40(4):527–42. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9590-7>
 452. Mayes SD, Castagna PJ, DiGiovanni, Craig D Waschbusch DA. Relationship between ADHD, Oppositional Defiant, Conduct, and Disruptive Mood Dysregulation Disorder Symptoms and Age in Children with ADHD and Autism. *Int J Clin Psychiatry Ment Heal* [Internet]. 2020;8:47–57. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Peter-Castagna-2/publication/346637144_Relationship_between_ADHD_Oppositional_Defiant_Conduct_and_Disruptive_Mood_Dysregulation_Disorder_Symptoms_and_Age_in_Children_with_ADHD_and_Autism/links/5fd38e4945851553a0abf55e/
 453. Ferrin M, Vance A. Differential effects of anxiety and depressive symptoms on working memory components in children and adolescents with ADHD combined type and ADHD inattentive type. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2014;23(12):1161–73. Available from:

<https://doi.org/10.1007/s00787-013-0509-4>

454. Murray A, Lavoie J, Booth T, Eisner M, Ribeaud D. To what extent does emotional dysregulation account for aggression associated with ADHD symptoms? An experience sampling study. *Psychiatry Res* [Internet]. 2021;303:114059. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178121003565>
455. Hesapçıoğlu ST, Ceylan MF, Erdoğan B, Kandemir G, Çöp E. Okul Öncesi Çocuklarda Duygusal ve Davranışsal Sorunlar Annedeki Hangi Psikiyatrik Belirtiler ile İlişkilidir? *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci* [Internet]. 2017;30(1):6–11. Available from: <https://dusunenadamdergisi.com.tr/storage/upload/pdfs/1585648206-tr.pdf>
456. Fanti KA, Panayiotou G, Fanti S. Associating Parental to Child Psychological Symptoms: Investigating a Transactional Model of Development. *J Emot Behav Disord* [Internet]. 2013;21(3):193–210. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1063426611432171?casa_token=BI0rJdwvHtsAAAAA:0OqG2ardhnDSKAn2NwvXq5DOfkfN6rkGmvi_Eu6F_ANgicStzyrYwvfauxyA_xRzky948KQYqqXSVHw
457. van Adrichem DS, Huijbregts SCJ, der Heijden KB, van Goozen SHM, Swaab H. Prenatal risk and physical aggression during the first years of life: The gender-specific role of inhibitory control. *Infancy* [Internet]. 2019;24(5):807–26. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/infa.12307>
458. Liu CH, Giallo R, Doan SN, Seidman LJ, Tronick E. Racial and Ethnic Differences in Prenatal Life Stress and Postpartum Depression Symptoms. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2016;30(1):7–12. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941715002563>
459. Murray L, Fearon P, Cooper P. Postnatal Depression, Mother–Infant Interactions, and Child Development. In: *Identifying Perinatal Depression and Anxiety* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2015. p. 139–64. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118509722.ch9>
460. O’Meagher S, Norris K, Kemp N, Anderson P. Parent and teacher reporting of executive function and behavioral difficulties in preterm and term children at kindergarten. *Appl Neuropsychol Child* [Internet]. 2020;9(2):153–64. Available from: <https://doi.org/10.1080/21622965.2018.1550404>
461. DiLalla LF, Jamnik MR, Marshall RL, Weisbecker R, Vazquez C. Birth Complications and Negative Emotionality Predict Externalizing Behaviors in Young Twins: Moderations with Genetic and Family Risk Factors. *Behav Genet* [Internet]. 2021;51(5):463–75. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10519-021-10062-y>

462. Magai DN, Koot HM, Newton CR, Abubakar A. Long-Term Mental Health and Quality of Life Outcomes of Neonatal Insults in Kilifi, Kenya. *Child Psychiatry Hum Dev* [Internet]. 2022;53(2):212–22. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01079-1>
463. Ekinci Ö, Topcuoğlu V, Bez Y, Sabuncuoğlu O, Berkem M. Erken Çocukluk Döneminde Agresyon: Klinik Bir Örnekleme İlişkili Faktörler. Vol. 24, *Marmara Medical Journal*. Marmara University; 2011. p. 174–80.
464. Chen C, Shen Y-D, Xun G-L, Cai W-X, Shi L-J, Xiao L, et al. Aggressive behaviors and treatable risk factors of preschool children with autism spectrum disorder. *Autism Res* [Internet]. 2017;10(6):1155–62. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/aur.1751>
465. Ayaz AB, Erol Güler E, Yıldırım B, Yazkan Akgül G, Büyükdeniz A, Çubukçuoğlu Taş Z. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konulan çocuklarda saldırgan davranışları yordayan etkenler. *Factors Predict Aggress Behav Child with attention-deficit/hyperactivity Disord* [Internet]. 2016 Jun;17(3):231–9. Available from: <http://10.0.21.79/apd.198960>
466. Boomsma DI, van Beijsterveldt TCEM, Odintsova V V, Neale MC, Dolan C V. Genetically Informed Regression Analysis: Application to Aggression Prediction by Inattention and Hyperactivity in Children and Adults. *Behav Genet* [Internet]. 2021;51(3):250–63. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10519-020-10025-9>
467. Gagne JR, Chang C-N, Fang H, Spann C, Kwok O-M. A multimethod study of inhibitory control and behavioural problems in preschoolers. *Infant Child Dev* [Internet]. 2019;28(1):e2115. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/icd.2115>
468. Ramos-Galarza C, Acosta-Rodas P, Pérez-Salas C, Ramos V. El control inhibitorio y la sintomatología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Ecuatoriana Neurol* [Internet]. 2021;28(3). Available from: <https://revecuatneurol.temp.publicknowledgeproject.org/index.php/revecuatneurol/article/view/1700>
469. Sameroff A, editor. *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. The transactional model of development: How children and contexts shape each other. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2009. xiv, 290–xiv, 290.
470. Krahe B, Bondü R, Höse A, Esser G. Child Aggression as a Source and a Consequence of Parenting Stress: A Three-Wave Longitudinal Study. *J Res Adolesc* [Internet]. 2015;25(2):328–39. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jora.12115>
471. Barthel AL, Hay A, Doan SN, Hofmann SG. Interpersonal Emotion Regulation:

A Review of Social and Developmental Components. *Behav Chang.* 2018;35(4):203–216.

472. Carrère S, Bowie BH. Like Parent, Like Child: Parent and Child Emotion Dysregulation. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2012;26(3):e23–30. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941711001907>
473. Chan N, Neece CL. Parenting Stress and Emotion Dysregulation among Children with Developmental Delays: The Role of Parenting Behaviors. *J Child Fam Stud* [Internet]. 2018;27(12):4071–82. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1219-9>
474. Rodriguez CM, Baker LR, Pu DF, Tucker MC. Predicting Parent-Child Aggression Risk in Mothers and Fathers: Role of Emotion Regulation and Frustration Tolerance. *J Child Fam Stud* [Internet]. 2017;26(9):2529–38. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0764-y>
475. Frick PJ. *Conduct disorders and severe antisocial behavior*. New York: Springer Science & Business Media; 1998.
476. Waller R, Hyde L. Callous-Unemotional Behaviors in Early Childhood: Measurement, Meaning, and the Influence of Parenting. *Child Dev Perspect.* 2017 Jun;11(2):120–6.
477. Viding E, Jones AP, Paul JF, Moffitt TE, Plomin R. Heritability of antisocial behaviour at 9: do callous-unemotional traits matter? *Dev Sci* [Internet]. 2008;11(1):17–22. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-7687.2007.00648.x>
478. Viding E, Blair RJR, Moffitt TE, Plomin R. Evidence for substantial genetic risk for psychopathy in 7-year-olds. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2005;46(6):592–7. Available from: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2004.00393.x>
479. Pardini DA. The callousness pathway to severe violent delinquency. *Aggress Behav* [Internet]. 2006 Nov 1;32(6):590–8. Available from: <https://doi.org/10.1002/ab.20158>
480. Muñoz LC, Frick PJ. Callous-Unemotional Traits and Their Implication for Understanding and Treating Aggressive and Violent Youths. *Crim Justice Behav* [Internet]. 2012;39(6):794–813. Available from: <https://doi.org/10.1177/0093854812437019>
481. Kumsta R, Sonuga-Barke E, Rutter M. Adolescent callous–unemotional traits and conduct disorder in adoptees exposed to severe early deprivation. *Br J Psychiatry.* 2012;200(3):197–201.

482. Barker ED, Oliver BR, Viding E, Salekin RT, Maughan B. The impact of prenatal maternal risk, fearless temperament and early parenting on adolescent callous-unemotional traits: a 14-year longitudinal investigation. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2011;52(8):878–88. Available from: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2011.02397.x>
483. Frick PJ, Cornell AH, Bodin SD, Dane HE, Barry CT, Loney BR. Callous-unemotional traits and developmental pathways to severe conduct problems. Vol. 39, *Developmental Psychology*. Frick, Paul J.: Dept of Psychology, U New Orleans, 2001 Geology & Psychology Building, New Orleans, LA, US, 70148, pflick@uno.edu: American Psychological Association; 2003. p. 246–60.
484. Hyde LW, Shaw DS, Hariri AR. Understanding youth antisocial behavior using neuroscience through a developmental psychopathology lens: Review, integration, and directions for research. *Dev Rev* [Internet]. 2013;33(3):168–223. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0273229713000208>
485. Waller R, Gardner F, Hyde LW. What are the associations between parenting, callous–unemotional traits, and antisocial behavior in youth? A systematic review of evidence. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2013;33(4):593–608. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027273581300041X>
486. Özbaran NB, Közse S, Kalyoncu T, Özyurt BE. “Katı-Duygusuz Özellikleri Tarama Ölçeği-Gençlik Formu” Türkçe Uyarlamasının Psikometrik Özellikleri. *J Pediatr Res* [Internet]. 2017;4(3). Available from: <http://search/yayin/detay/243010>
487. Tremblay RE. The development of aggressive behaviour during childhood: What have we learned in the past century? *Int J Behav Dev* [Internet]. 2000;24(2):129–41. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/016502500383232>
488. Hartup WW. Aggression in childhood: Developmental perspectives. Vol. 29, *American Psychologist*. US: American Psychological Association; 1974. p. 336–41.
489. Waller R, Gardner F, Hyde LW, Shaw DS, Dishion TJ, Wilson MN. Do harsh and positive parenting predict parent reports of deceitful-callous behavior in early childhood? *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2012 Sep 1;53(9):946–53. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02550.x>
490. Moran P, Rowe R, Flach C, Briskman J, Ford T, Maughan B, et al. Predictive Value of Callous-Unemotional Traits in a Large Community Sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2009;48(11):1079–84. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709602550>

491. Pisano S, Muratori P, Gorga C, Levantini V, Iuliano R, Catone G, et al. Conduct disorders and psychopathy in children and adolescents: aetiology, clinical presentation and treatment strategies of callous-unemotional traits. *Ital J Pediatr* [Internet]. 2017;43(1):84. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13052-017-0404-6>
492. Farrington DP. Psychosocial predictors of adult antisocial personality and adult convictions. *Behav Sci Law* [Internet]. 2000 Oct 1;18(5):605–22. Available from: [https://doi.org/10.1002/1099-0798\(200010\)18:5%3C605::AID-BSL406%3E3.0.CO](https://doi.org/10.1002/1099-0798(200010)18:5%3C605::AID-BSL406%3E3.0.CO)
493. Farrington DP, Ttofi MM, Crago R V, Coid JW. Intergenerational Similarities in Risk Factors for Offending. *J Dev Life-Course Criminol* [Internet]. 2015;1(1):48–62. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40865-015-0005-2>
494. Piquero AR, Lawton B. Individual risk for crime is exacerbated in poor familial and neighborhood contexts: the contribution of low birth weight, family adversity, and neighborhood disadvantage to life course-persistent offending. *Adv Life Course Res* [Internet]. 2002;7:263–95. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1040260802800375>
495. Chen W-C, Lin M-J, Liu J-T. Maternal age as a crucial factor between low birth weight and crime: Evidence from Taiwan’s National Data – A research note. *Soc Sci Res* [Internet]. 2010;39(6):1047–58. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049089X10001808>
496. Yang Y, Zhong C, Zhang X, Wang M-C, Gao Y. Longitudinal relations between maternal emotional expressivity and child callous-unemotional traits: the mediating role of parenting. *Curr Psychol* [Internet]. 2023; Available from: <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04637-7>
497. Conger RD, Wallace LE, Sun Y, Simons RL, McLoyd VC, Brody GH. Economic pressure in African American families: a replication and extension of the family stress model. *Dev Psychol*. 2002 Mar;38(2):179–93.
498. McLeod JD, Shanahan MJ. Poverty, parenting, and children’s mental health. *Am Sociol Rev*. 1993;58:351–66.
499. Jolliffe D, Farrington DP, Piquero AR, Loeber R, Hill KG. Systematic review of early risk factors for life-course-persistent, adolescence-limited, and late-onset offenders in prospective longitudinal studies. *Aggress Violent Behav*. 2017;33:15–23.
500. Wright N, Pickles A, Braithwaite EC, Sharp H, Hill J. Sex-dependent associations between maternal prenatal cortisol and child callous-unemotional traits: Findings from the Wirral Child Health and Development Study. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2019;109:104409. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453019301386>

501. Glenn AL. Early life predictors of callous-unemotional and psychopathic traits. *Infant Ment Health J* [Internet]. 2019;40(1):39–53. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/imhj.21757>
502. Wakschlag LS, Pickett KE, Cook E, Benowitz NL, Leventhal BL. Maternal Smoking During Pregnancy and Severe Antisocial Behavior in Offspring: A Review. *Am J Public Health* [Internet]. 2002 Jun 1;92(6):966–74. Available from: <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.6.966>
503. Hodgins S, Kratzer L, McNeil TF. Obstetric Complications, Parenting, and Risk of Criminal Behavior. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2001 Aug 1;58(8):746–52. Available from: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.8.746>
504. Arseneault L, Tremblay RE, Boulerice B, Saucier J-F. Obstetrical Complications and Violent Delinquency: Testing Two Developmental Pathways. *Child Dev* [Internet]. 2002 Mar 1;73(2):496–508. Available from: <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00420>
505. Cohen RS, Wong RJ, Stevenson DK. Understanding Neonatal Jaundice: A Perspective on Causation. *Pediatr Neonatol* [Internet]. 2010;51(3):143–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875957210600277>
506. Willoughby MT, Mills-Koonce WR, Gottfredson NC, Wagner NJ. Measuring Callous Unemotional Behaviors in Early Childhood: Factor Structure and the Prediction of Stable Aggression in Middle Childhood. *J Psychopathol Behav Assess* [Internet]. 2014;36(1):30–42. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9379-9>
507. Pardini D, Obradovic J, Loeber R. Interpersonal Callousness, Hyperactivity/Impulsivity, Inattention, and Conduct Problems as Precursors to Delinquency Persistence in Boys: A Comparison of Three Grade-Based Cohorts. *J Clin Child Adolesc Psychol* [Internet]. 2006 Feb 1;35(1):46–59. Available from: https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3501_5
508. Frick PJ, Ray J V, Thornton LC, Kahn RE. Annual Research Review: A developmental psychopathology approach to understanding callous-unemotional traits in children and adolescents with serious conduct problems. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2014 Jun 1;55(6):532–48. Available from: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12152>
509. Flom M, Saudino KJ. Do Genetic Factors Explain the Links Between Callous-Unemotional, Attention Hyperactivity and Oppositional Defiant Problems in Toddlers? *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2018;46(6):1217–28. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0361-y>
510. Longman T, Hawes DJ, Kohlhoff J. Callous–Unemotional Traits as Markers for Conduct Problem Severity in Early Childhood: A Meta-analysis. *Child*

- Psychiatry Hum Dev [Internet]. 2016;47(2):326–34. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0564-9>
511. Waller R, Hyde LW, Grabell AS, Alves ML, Olson SL. Differential associations of early callous-unemotional, oppositional, and ADHD behaviors: multiple domains within early-starting conduct problems? *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2015 Jun 1;56(6):657–66. Available from: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12326>
512. Zhang J, Li W, Zhang H, Wilson A, Shuai L, Xia W, et al. Callous-unemotional traits in Chinese preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2021;15(1):35. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00388-0>
513. Marton I, Wiener J, Rogers M, Moore C, Tannock R. Empathy and Social Perspective Taking in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2009;37(1):107–18. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9262-4>
514. Maoz H, Gvirts HZ, Sheffer M, Bloch Y. Theory of Mind and Empathy in Children With ADHD. *J Atten Disord* [Internet]. 2017 May 30;23(11):1331–8. Available from: <https://doi.org/10.1177/1087054717710766>
515. Childs AW, Fite PJ, Moore TM, Lochman JE, Pardini DA. Bidirectional Associations Between Parenting Behavior and Child Callous-Unemotional Traits: Does Parental Depression Moderate this Link? *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2014;42(7):1141–51. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9856-y>
516. Behrendt HF, Wade M, Bayet L, Nelson CA, Bosquet Enlow M. Pathways to social-emotional functioning in the preschool period: The role of child temperament and maternal anxiety in boys and girls. *Dev Psychopathol* [Internet]. 2019/07/26. 2020;32(3):961–74. Available from: <https://www.cambridge.org/core/article/pathways-to-social-emotional-functioning-in-the-preschool-period-the-role-of-child-temperament-and-maternal-anxiety-in-boys-and-girls/79CDE035B037DD6FC37F039796866C6A>
517. Harold GT, Elam KK, Lewis G, Rice F, Thapar A. Interparental conflict, parent psychopathology, hostile parenting, and child antisocial behavior: Examining the role of maternal versus paternal influences using a novel genetically sensitive research design. *Dev Psychopathol* [Internet]. 2012/10/15. 2012;24(4):1283–95. Available from: <https://www.cambridge.org/core/article/interparental-conflict-parent-psychopathology-hostile-parenting-and-child-antisocial-behavior-examining-the-role-of-maternal-versus-paternal-influences-using-a-novel-genetically-sensitive-research-design/D81C3A604199>

518. Birk SL, Stewart L, Olino TM. Parent–Child Synchrony After Early Childhood: A Systematic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev* [Internet]. 2022;25(3):529–51. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00383-7>
519. McLoughlin N, Rucklidge JJ, Grace RC, McLean AP. Can Callous-Unemotional Traits and Aggression Identify Children at High-Risk of Anti-Social Behavior in a Low Socioeconomic Group? *J Fam Violence* [Internet]. 2010;25(8):701–12. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10896-010-9320-x>
520. Dalsgaard S, Mortensen PB, Frydenberg M, Thomsen PH. Long-term criminal outcome of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Crim Behav Ment Heal* [Internet]. 2013;23(2):86–98. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cbm.1860>
521. Chang JP-C, Mondelli V, Satyanarayanan SK, Chiang Y-J, Chen H-T, Su K-P, et al. Cortisol, inflammatory biomarkers and neurotrophins in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in Taiwan. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020;88:105–13. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120303822>
522. Stress [Internet]. World Health Organization. 2023 [cited 2023 Jun 27]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>
523. Barkley RA. Why Emotional Impulsiveness Should Be a Central Feature of ADHD. *ADHD Rep* [Internet]. 2010;18(4). Available from: <https://www.proquest.com/openview/5b97f9d92f20ae9c8961598f8ea6b249/1?cbl=44810&pq-origsite=gscholar>